

Enrico Tagliaferri

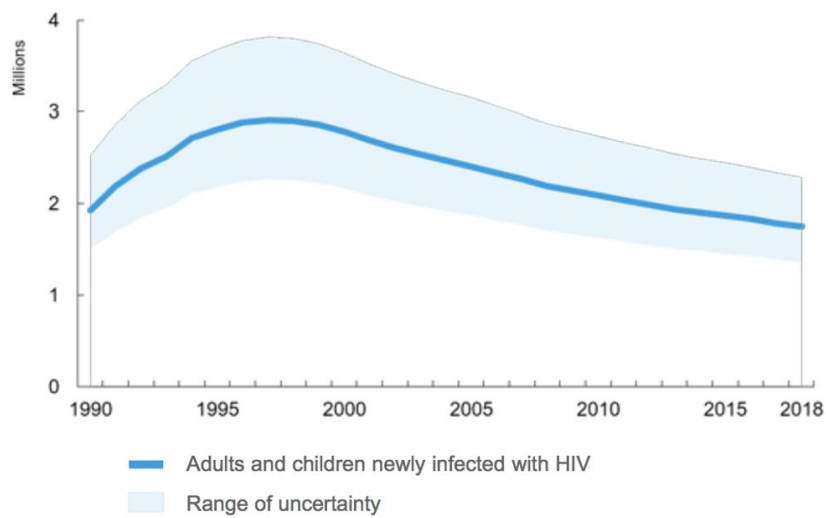
L'epidemia di HIV/AIDS è tutt'altro che domata. I farmaci tengono l'infezione sotto controllo ma non la guariscono e un vaccino efficace è lontano da venire. Quindi l'unica arma veramente efficace è la prevenzione.

Il 1° dicembre - Giornata mondiale HIV/AIDS - è l'occasione per venire a conoscenza dei più recenti dati epidemiologici internazionali e nazionali. La situazione globale è annualmente aggiornata dal Rapporto dell'Agenzia delle Nazioni Unite (UNAIDS) da cui abbiamo estratto le Figure 1, 2 e 3. La **prima** mostra l'andamento delle nuove infezioni HIV dal 1990 al 2018: il picco fu raggiunto alla fine degli anni 90 del secolo scorso (oltre 3 milioni) per scendere lentamente fino al livello di 1,7 milioni di nuovi casi di infezione nel 2018. La **seconda figura** mostra per lo stesso periodo di tempo l'andamento dei decessi da AIDS: in questo caso il picco si è registrato nel 2005, 1,5 milioni di morti, per dimezzarsi nel 2018 (770 mila morti). La **terza figura** rappresenta il dato di prevalenza di HIV/AIDS nel mondo, cioè quante sono le persone che convivono con l'infezione: in questo caso il dato è in crescita (38 milioni di persone) perché ai nuovi casi si aggiungono i casi che, pur infettati, sopravvivono - e nella maggioranza dei casi vivono in buona salute - grazie alla terapia antiretrovirale.

Figura 1

Figura 1. Nuove infezioni con HIV in adulti e bambini. 1990-2018

Adults and children newly infected with HIV | 1990–2018

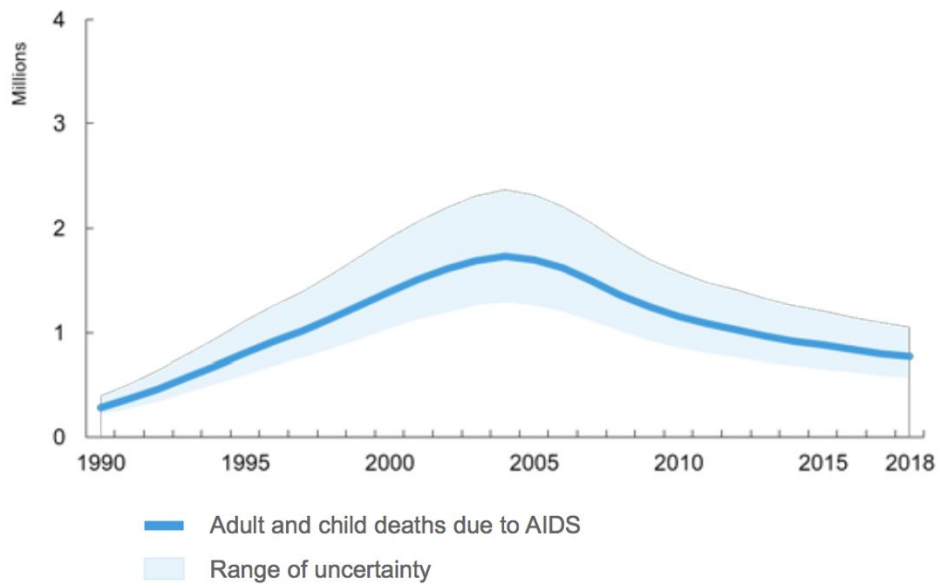


Fonte. UNAIDS, 2019

Figura 2

Figura 2. Numero decessi da AIDS in adulti e bambini. 1990-2018

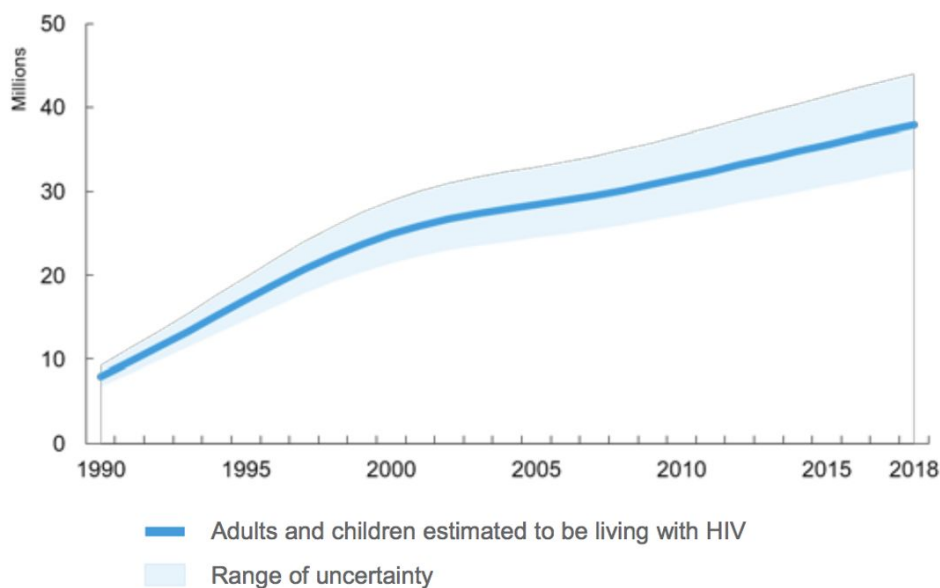
Adult and child deaths due to AIDS | 1990–2018



Fonte. UNAIDS, 2019

Figura 3

Figura 3. Adulti e bambini che vivono con HIV. 1990-2018

Adults and children estimated to be living with HIV | 1990–2018

Fonte. UNAIDS, 2019

I dati italiani riferiti da [Epicentro](#) indicano che nel 2018, sono state riportate **2.847 nuove diagnosi di infezione da HIV**, pari a 4,7 nuovi casi per 100.000 residenti, in calo rispetto all'anno precedente. Tra le Regioni con un numero di abitanti superiore al milione e mezzo le incidenze più alte sono state registrate in **Lazio, Toscana e Liguria**. Le persone che hanno scoperto di essere HIV positive nel 2018 sono **maschi nel 85,6% dei casi**. L'età mediana è di 39 anni per i maschi e 38 anni per le femmine. L'incidenza più alta è stata osservata nelle fasce d'età **25-29 anni e 30-39 anni**. La maggioranza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è attribuibile a **rapporti sessuali non protetti**, che costituiscono l'**80,2%** di tutte le segnalazioni. Inoltre, più della metà delle persone con una nuova diagnosi di HIV è stata diagnosticata in fase avanzata di malattia.

La diagnosi in fase avanzata della malattia è un dato comune nella [regione europea](#), dove il fenomeno del ritardo nella diagnosi di infezione da HIV riguarda soprattutto le donne 40enni. Nel 2018 **il 60% delle diagnosi di HIV tra le donne si sono verificate nel gruppo di età 30-49 anni**, nel 92% dei casi avendo come via di trasmissione quella eterosessuale.

La Tabella 4 descrive la distribuzione dei nuovi casi di infezione, dei decessi e della prevalenza dell'infezione da HIV nelle diverse regioni del mondo e mostra come l'Africa sub-Sahariana continui ad essere la regione del pianeta più colpita. E se vi è un progressivo miglioramento della situazione, siamo ancora di fronte a un'epidemia tutt'altro che domata, anche perché - com'è noto - i farmaci tengono sotto controllo l'infezione ma non la guariscono e un vaccino efficace è lontano da venire. **Quindi l'unica arma veramente efficace è la prevenzione.**

Tabella 4

Tabella 1. Statistiche regionali HIV e AIDS. 2018

Regional HIV and AIDS statistics and features | 2018

	Adults and children living with HIV	Adults and children newly infected with HIV	Adult and child deaths due to AIDS
Eastern and southern Africa	20.6 million [18.2 million–23.2 million]	800 000 [620 000–1.0 million]	310 000 [230 000–400 000]
Western and central Africa	5.0 million [4.0 million–6.3 million]	280 000 [180 000–420 000]	160 000 [110 000–230 000]
Middle East and North Africa	240 000 [160 000–390 000]	20 000 [8500–40 000]	8400 [4800–14 000]
Asia and the Pacific	5.9 million [5.1 million–7.1 million]	310 000 [270 000–380 000]	200 000 [160 000–290 000]
Latin America	1.9 million [1.6 million–2.4 million]	100 000 [79 000–130 000]	35 000 [25 000–46 000]
Caribbean	340 000 [290 000–390 000]	16 000 [11 000–24 000]	6700 [5100–9100]
Eastern Europe and central Asia	1.7 million [1.5 million–1.9 million]	150 000 [140 000–160 000]	38 000 [28 000–48 000]
Western and central Europe and North America	2.2 million [1.9 million–2.4 million]	68 000 [58 000–77 000]	13 000 [9400–16 000]
TOTAL	37.9 million [32.7 million–44.0 million]	1.7 million [1.4 million–2.3 million]	770 000 [570 000–1.1 million]

The ranges around the estimates in this table define the boundaries within which the actual numbers lie, based on the best available information.

Fonte. UNAIDS. 2019

La nazione al mondo più colpita da HIV/AIDS è il Sudafrica (vedi [Un migliore futuro per la sanità del Sudafrica](#)). Su una popolazione di 56 milioni abitanti, 7,7 milioni di essi vivono con l'infezione. La situazione è indubbiamente migliorata rispetto al passato: nel 2018 le nuove infezioni sono state 240 mila (rispetto alle 390 mila del 2010), i decessi 71 mila (dimezzati rispetto al 2010). I pazienti in terapia antiretrovirale sono passati dai 900 mila del 2010 agli oltre 5 milioni del 2018. **Tra la popolazione oltre i 14 anni le donne che vivono con HIV sono quasi il doppio degli uomini: 4,7 milioni vs 2,8 milioni. Il divario di genere aumenta nelle fasce di età più giovani** dove l'incidenza di HIV è 4 volte maggiore tra le ragazze rispetto ai coetanei maschi.

Per questo ha fatto molto discutere un recente documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che ha rivisto le linee di indirizzo in merito alla contraccezione in donne ad alto rischio di contrarre l'infezione da HIV.^[1] Le affermazioni del documento si basano quasi esclusivamente su uno studio pubblicato a giugno di quest'anno su *Lancet dall'Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes (ECHO) consortium*.^[2] Scopo dello studio era stabilire se le donne che assumono medrossiprogesterone acetato in formulazione deposito intramuscolare siano a maggior rischio di contrarre l'infezione da HIV. Si tratta di un tema non da poco se si considera la

rilevanza della pianificazione familiare e le difficoltà che possono avere molte donne ancora oggi ad avere un libero e regolare accesso a metodiche contraccettive di adeguata qualità ed efficacia, soprattutto in Africa. Lo studio, condotto in Sud Africa, Kenya, Zambia, ed Eswatini (Swaziland), ha comparato il rischio di contrarre l'infezione da HIV con tre metodi anticoncezionali: medrossiprogesterone deposito intramuscolare, dispositivo intrauterino e impianto sottocutaneo di levonorgestrel. Gli autori hanno rilevato che l'incidenza di infezione da HIV nello studio è stata molto alta (3,81/100 donne all'anno), ma senza differenze significative tra un metodo e l'altro.

L'OMS ha stabilito, in accordo con altre agenzie internazionali, i criteri di utilizzo dei vari metodi anticoncezionali, definendo 4 categorie, che vanno dalla categoria 1, nella quale non vi sono rischi ad usare il metodo, fino alla categoria 4 nella quale l'uso di quel metodo rappresenta un inaccettabile rischio per la salute. Sulla base di questi dati l'OMS ha posto il medrossiprogesterone deposito intramuscolare in categoria 1, cioè sicuro senza restrizioni. **Tuttavia, tale presa di posizione è stata fortemente criticata.**[3] Da una lettura attenta dello studio si capisce che il rischio nelle donne che assumevano la formulazione intramuscolo era maggiore rispetto al dispositivo intrauterino e soprattutto rispetto all'impianto sottocute di lenorgestrel, con una differenza di poco non statisticamente significativa (p 0,06). Tali differenze potrebbero trovare spiegazione in studi clinici e animali che suggeriscono come il medrossiprogesterone deposito intramuscolo aumenterebbe la permeabilità della mucosa genitale, aumenterebbe la concentrazione di recettori e corecettori di HIV a livello genitale e avrebbe un effetto simil-cortisonico sull'immunità cellulo-mediata e umorale.[4]

Inoltre nello studio non vi è un gruppo di controllo di donne che non assumevano contraccezione, con cui paragonare il rischio di infezione. Naturalmente a tutte le donne arruolate nello studio sono stati proposti anche *counselling* e interventi per la prevenzione dell'HIV, ma non è dato sapere ad esempio quanto queste donne hanno avuto rapporti protetti rispetto a donne che non facevano contraccezione. Probabilmente molto meno. In un recente studio condotto in Kenya, ad esempio, l'uso di contraccettivi ormonali era associato ad un minor utilizzo di profilattici, sia con partner regolari che occasionali. [5] Mentre in precedenza l'OMS raccomandava con forza di usare sempre il profilattico oltre al medrossipregesterone intramuscolo[6], adesso enfatizza maggiormente l'opportunità di offrire a queste donne la profilassi pre-esposizione (PrEP) in contesti con prevalenza di infezione da HIV superiore al 3%. Se è vero che la PrEP può essere un'opzione molto utile, ad esempio per donne che non sono in condizione di negoziare l'utilizzo del profilattico da parte dell'uomo, sicuramente la PrEP non previene le altre malattie sessualmente trasmesse. In una lettera sottoscritta da 12 leader femminili africane e indirizzata all'OMS si

legge che **“Chiaramente è stato deciso che per le donne e le ragazze africane è peggio una gravidanza dell’infezione da HIV.”**[7]

Probabilmente l’OMS in questa occasione è stato incauto nel formulare raccomandazioni basate su dati in parte fuorvianti. Quello che è sicuro è che le donne dovrebbero avere ovunque libero e informato accesso a tutte le misure di contraccezione e di prevenzione dell’infezione da HIV per poter scegliere la strategia migliore per le proprie esigenze.

Enrico Tagliaferri. Infettivologo. Azienda universitaria-ospedaliera pisana.

Risorse

[UNAIDS, DATA 2019](#) [PDF: 9 Mb]

Bibliografia

1. World Health Organization. [Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV. Guidance statement: recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV](#). Geneva: WHO, 2019.
2. Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes (ECHO) Trial Consortium. HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomised, multicentre, open-label trial. [Correction in Lancet 2019;394:302.] Lancet 2019;394:303-13. 31204114
3. Sathyamala C. Depot contraception and HIV: an exercise in obfuscation. BMJ 2019;367:l5768 doi: 10.1136/bmj.l5768 (Published 7 October 2019)
4. Hapgood JP, Kaushic C, Hel Z. Hormonal Contraception and HIV-1 Acquisition: Biological Mechanisms. Endocr Rev 2018;39(1):36-78. doi: 10.1210/er.2017-00103.
5. Kosugi H, Shibanuma A, Kiriya J, Wafula SW, Jimba M. Consistent condom use among highly effective contraceptive users in an HIV-endemic area in rural Kenya. PLoS One 2019;14(5):e0216208. doi: 10.1371/journal.pone.0216208. eCollection 2019.
6. World Health Organization. Hormonal contraception and HIV: technical statement. WHO/RHR/12.08. WHO, 2012.
7. Green A, Pilane P. [New WHO contraceptive guidelines “disturbing”](#). eHealth News 2019 Aug 29.