

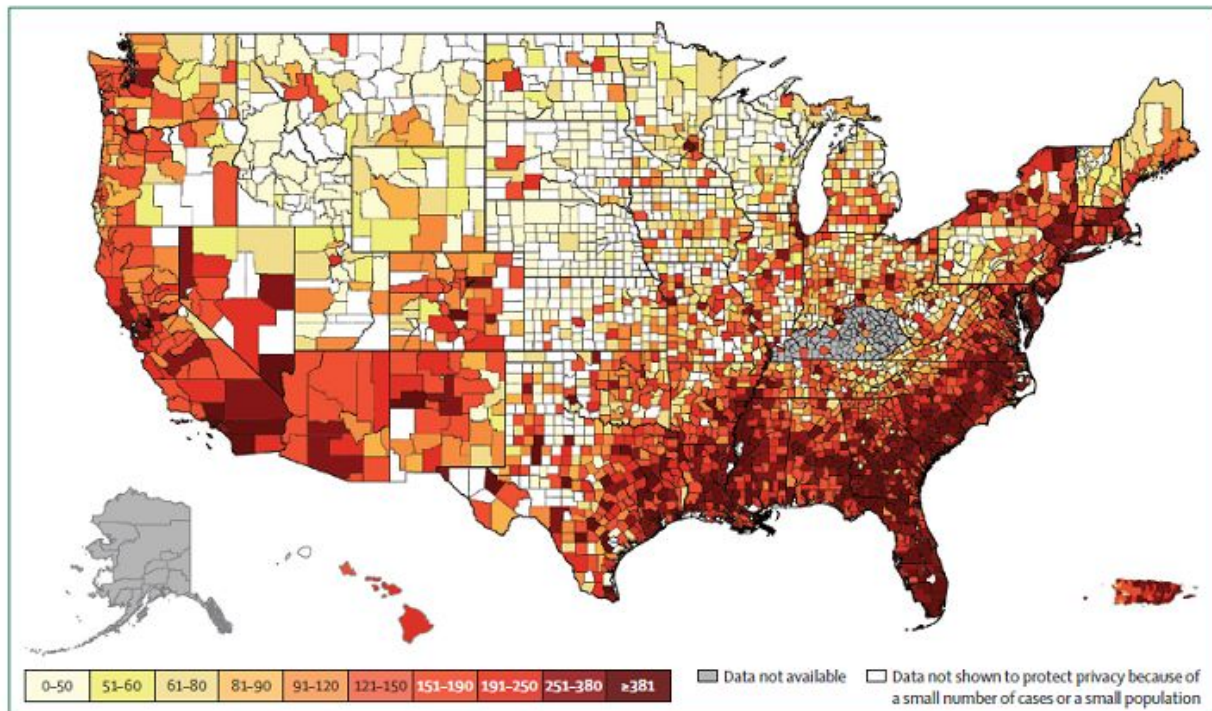
Enrico Tagliaferri

L'epidemia HIV/AIDS negli USA è costruita su una storica ingiustizia sociale a danno della popolazione nera, su un ineguale accesso a servizi di prevenzione e cura.

Un recente articolo di *Lancet* analizza ampiamente l'epidemiologia dell'HIV negli USA. [\[1\]](#) La conclusione è che si tratta di un'epidemia costruita su una storica ingiustizia sociale, su un ineguale accesso a servizi di prevenzione e cura. Basti pensare che dall'inizio dell'epidemia negli USA sono morte 700.000 persone di HIV/AIDS, di cui ben il 41% erano neri, che costituiscono solo 13% della popolazione.

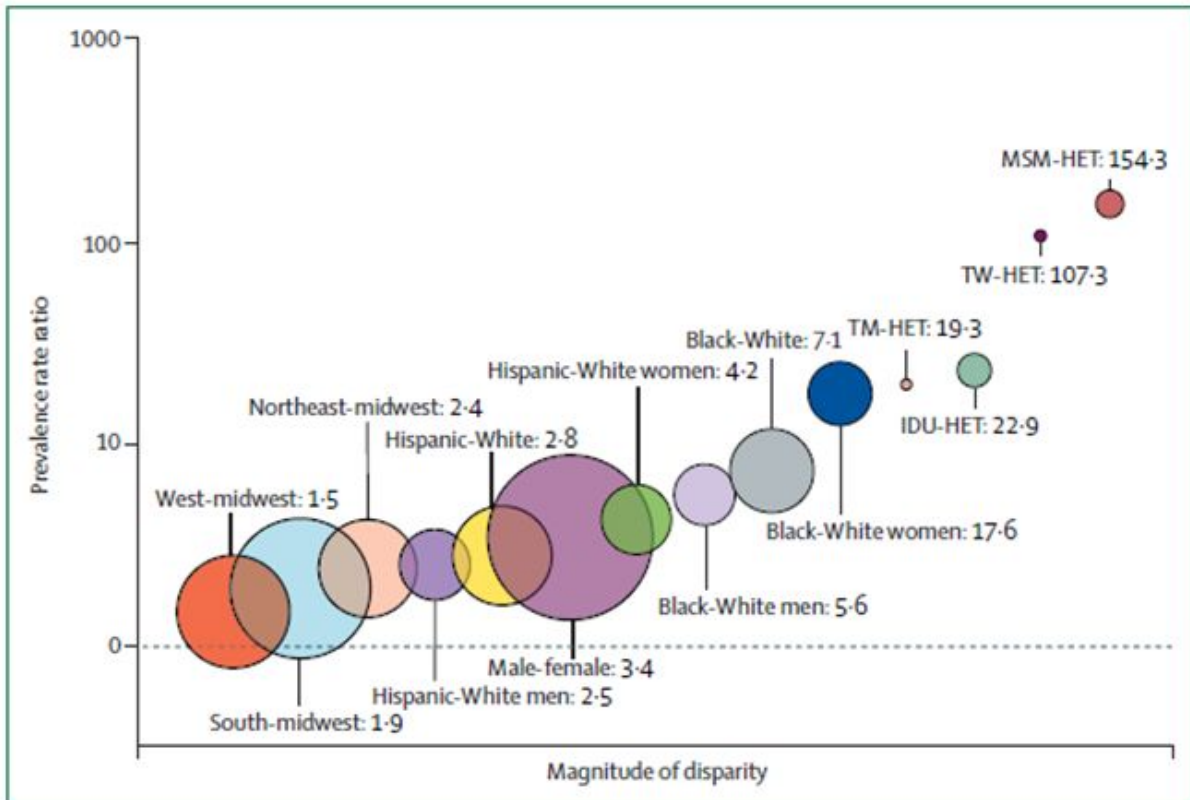
Le infezioni da HIV negli USA sono concentrate in alcune aree geografiche. All'inizio dell'epidemia l'incidenza era maggiore nelle zone costiere e nelle grandi città. Nel 2018 più della metà delle nuove infezioni si è verificata a Washington DC, Puerto Rico e 48 contee concentrate nel sud.

Figura 1. Prevalenza di infezioni da HIV negli USA per Contea, 2018



Questa concentrazione di casi nel sud riflette probabilmente la distribuzione di gruppi svantaggiati. Mentre i neri costituiscono il 13% della popolazione generale, in Georgia sono il 31%, in Louisiana il 32% e in Mississippi il 38%. Focalizzando l'attenzione sul gruppo degli omosessuali e considerando il rapporto tra infezioni in omosessuali neri e bianchi, questo va da 2,4 a 10,1 nei vari stati ed è maggiore negli stati del sud. Nel 2018 il 38% delle nuove diagnosi tra gli omosessuali è avvenuto tra i neri e il 63% di queste diagnosi è avvenuto nel sud. Ancora nel 2018 il 58% delle nuove diagnosi tra le donne riguardava donne nere e il 65% di tali diagnosi è avvenuto nel sud.

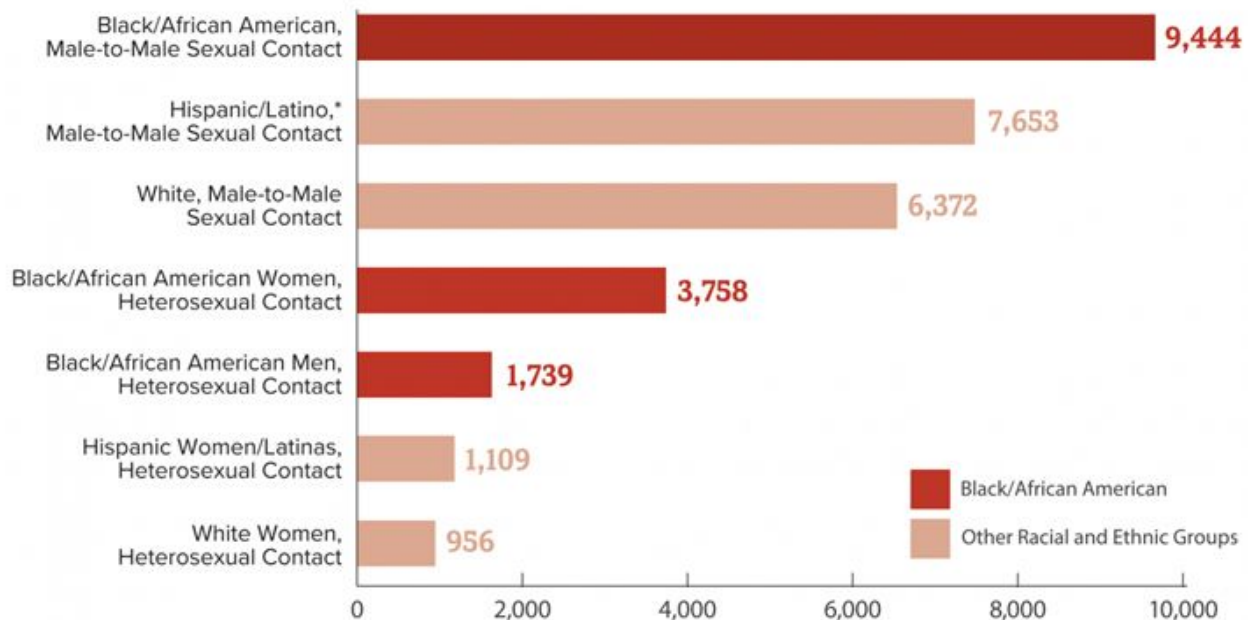
Figura 2. Diseguaglianze in prevalenza di infezione da HIV negli USA per gruppo etnico, genere, comportamenti a rischio e area geografica, 2017



Le dimensioni dei cerchi sono proporzionate alle dimensioni della popolazione in quel gruppo. Ad esempio la popolazione degli IDU (verde chiaro) è più piccola della popolazione delle donne nere (blu scuro), ma la diseguaglianza IDU-HET (22,9) è maggiore della diseguaglianza tra donne nere e donne bianche (17,6)

[HET=heterosexual people. MSM=men who have sex with men. IDU= injection drug users. TM=transgender men. TW=transgender women]

Nel 2018 gli afroamericani, che costituiscono il 13% della popolazione generale, hanno costituito il 42% (16.002) delle 37.968 nuove infezioni da HIV negli USA.[2] Alla fine del 2018 circa 1.200.000 americani avevano l'infezione da HIV, di questi 482.900 erano afroamericani.

Figura 3. Nuove diagnosi di HIV negli USA e gruppi di popolazione più colpiti, 2018

Ormai grazie alla terapia le persone con infezione da HIV hanno un'aspettativa e una qualità di vita paragonabili alla popolazione generale, a patto di aderire scrupolosamente ai controlli e alle cure. Anche da questo punto di vista tuttavia, esistono importanti diseguglianze: ogni 100 afroamericani con HIV, 63 ricevono qualche tipo di cura, 48 sono seguiti regolarmente (hanno cioè almeno due test di viremia o linfociti CD4 in un anno a distanza di almeno tre mesi), 51 hanno la viremia soppressa all'ultimo test, mentre tali percentuali riferite alla popolazione generale dei pazienti HIV sono 65, 50 e 56.[\[3\]](#)

La review di Sullivan pone l'accento sulla difficoltà di avere dati epidemiologici aggiornati e completi e fa il punto su possibili strategie innovative. Per esempio l'utilizzo della biologia molecolare, ormai da anni in uso per la diagnosi e il *follow up* del singolo paziente, si sta gradualmente diffondendo anche a scopo epidemiologico, soprattutto per identificare precocemente *cluster* epidemici. Anche il monitoraggio dei casi focalizzato per area geografica e per gruppo di popolazione (*time-space cluster detection*), può portare a identificare tempestivamente focolai di trasmissione e mettere in atto interventi preventivi mirati. In questo modo per esempio è stato identificato un cluster tra tossicodipendenti a Seattle, quindi sono stati rafforzati i servizi di screening nelle carceri e nelle strutture sanitarie dedicate alle emergenze, l'offerta di siringhe sterili e gli altri programmi comunitari mobili, inclusa l'offerta della profilassi pre-esposizione (PrEP) alle prostitute.

Il governo degli USA ha creato un programma chiamato Minority HIV/AIDS Fund che dovrebbe ideare e realizzare progetti di prevenzione e cura dell'HIV con un approccio innovativo e condiviso tra istituzioni e comunità. Nel 2016 il Minority HIV/AIDS Fund ha messo in atto 31 progetti in 40 stati coinvolgendo più di 200 organismi pubblici e privati.[4]

Anche l'epidemiologia di COVID-19 negli USA mette in evidenza clamorose diseguaglianze. I neri costituiscono il 13% della popolazione ma ben il 25% dei contagiati e il 39% dei morti.[5] In alcune zone del paese le diseguaglianze sono ancora maggiori: a New Orleans i neri costituiscono poco meno di un terzo della popolazione, ma il 60% delle morti per COVID-19. Naturalmente questa maggior vulnerabilità dei neri ha più di una spiegazione, ma sicuramente pesano i determinanti sociali di salute, la maggior povertà con tutte le sue conseguenze, la convivenza con familiari più giovani veicolo di contagio, le difficoltà ad accedere a servizi sanitari di qualità.

Da questo punto di vista, alcuni sostengono che la scelta di offrire la vaccinazione prioritariamente agli anziani e ad alcune categorie professionali, come gli operatori sanitari, potrebbe acuire queste diseguaglianze. Basti pensare che mentre i neri costituiscono il 13% della popolazione generale, rappresentano solo il 10% della popolazione al di sopra dei 65 anni. Interessante in proposito che **al 3 maggio 2021 negli USA il 39% dei bianchi ha ricevuto almeno una dose di vaccino, a fronte di una copertura del 25% tra i neri e del 27% tra gli ispanici.**[6]

È evidente che le ragioni di tali diseguaglianze di salute sono soprattutto di natura economica e sociale. Tuttavia interventi sanitari mirati possono almeno in parte attenuare tali diseguaglianze e il vaccino rappresenta in questo senso una grande opportunità.

Bibliografia

1. Sullivan PS, Satcher Johnson A, Pembleton ES, et al. Epidemiology of HIV in the USA: epidemic burden, inequities, contexts, and responses. *Lancet* 2021; 397(10279):1095-1106. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00395-0. Epub 2021 Feb 19. PMID: 33617774.
2. CDC. [Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2018](#) [PDF - 7 MB]. HIV Surveillance Report 2020;31.
3. CDC. [Estimated HIV incidence and prevalence in the United States, 2014-2018 pdf](#) [PDF - 3 MB]. HIV Surveillance Supplemental Report 2020;25(1).
4. [What Is the Minority HIV/AIDS Fund?](#) Ultimo accesso 11 maggio 2021.

5. Johnson JH Jr, Bonds JM, Parnell AM, Bright CM. [Coronavirus Vaccine Distribution: Moving to a Race Conscious Approach for a Racially Disparate Problem](#). J Racial Ethn Health Disparities 2021:1-4. doi: 10.1007/s40615-021-01051-2.
6. [Latest Data on COVID-19 Vaccinations Race/Ethnicity](#). Kaiser family Foundation, Ultimo accesso 11 maggio 2021.