



1° Dicembre 2021

**GIORNATA MONDIALE
LOTTA ALL'AIDS**

a cura del CeSDA

Azienda USL Toscana Centro



CeSDA

Centro Studi su Dipendenze e AIDS

Via di S. Salvi, 12 – 50135 Firenze

Tel. 055/6933315

www.cesda.net

Responsabile

Paola Trotta

Staff

Andrea Cagioni

Valentina Menzella

Silvia Ritzu

Alba Russo

Si ringrazia per la gentile collaborazione:

*Monia Puglia e Fabio Voller - Osservatorio di Epidemiologia di ARS
Agenzia Regionale di Sanità*

copertina di R.F. e L.M.



Contenuti Dossier 2021

UNAIDS – Sintesi del Rapporto 2021
Estratti a cura di Andrea Cagioni

UNAIDS – Rapporti, dati e comunicati 2021 UNAIDS
Estratti a cura di Valentina Menzella

COA - Estratto Rapporto 2021 Centro Operativo AIDS
a cura di Alba Russo

ARS - Osservatorio di epidemiologia - Agenzia Regionale di
Sanità della Toscana
HIV/AIDS in Toscana
Aggiornamento al 31 dicembre 2020
a cura di Monia Puglia e Fabio Voller

CeSDA
Notizie pubblicate su www.cesda.net
dal 1 dicembre 2020 al 30 novembre 2021

ReteCedro
Notizie pubblicate su www.retecedro.net
dal 1 dicembre 2020 al 30 novembre 2021

Sitografia su tematiche HIV/AIDS
aggiornamento al 30 novembre 2021 a cura di Silvia Ritzu

INTRODUZIONE

Il Dossier HIV-AIDS 2021 offre come di consueto una ricca documentazione che consente di analizzare le principali tendenze del 2020 in merito alla diffusione di HIV-AIDS.

La prima sezione del Dossier è dedicata a UNAIDS, l'agenzia ONU per l'HIV e l'AIDS, che mette a disposizione una ricca mole di dati, informazioni e documentazione. Dopo la traduzione del messaggio introduttivo della direttrice di UNAIDS, Winnie Byanyima, dei cinque elementi chiave della Strategia globale AIDS e delle sfide operative incontrate nel 2021 dai programmi di Unaid in seguito alla pandemia Covid-19, viene riportata una sintesi di altri rapporti e documenti dell'agenzia ONU. In particolare, viene presentata la nuova strategia globale 2021-2026 di UNAIDS, l'importante dichiarazione politica su HIV e AIDS dell'ONU del giugno 2021, e alcuni dati, considerazioni e tendenze rispetto alle persistenti disuguaglianze di salute e ai problemi nell'accesso ai test e alle terapie delle popolazioni chiave. Questa sezione si conclude con le principali statistiche sulla diffusione di HIV e AIDS a livello globale.

Nella seconda sezione il focus si sposta sulla situazione della lotta all'HIV e AIDS in Italia e in Toscana. Grazie al rapporto di COA – Centro Operativo AIDS - e dell'Osservatorio di epidemiologia di ARS – Agenzia Regionale di Sanità della Toscana - è possibile analizzare i dati e le tendenze registrate nel 2020 in Italia e in Toscana.

La terza sezione è dedicata alla rassegna di articoli con tematica HIV-AIDS pubblicati nel periodo compreso fra 1 dicembre 2020 e novembre 2021 su www.cesda.net e www.retecedro.net

La sitografia finale permette di ricapitolare le principali fonti da cui è possibile attingere dati e informazioni su HIV e AIDS.

Vi auguriamo una buona lettura!

WORLD AIDS REPORT 2021- UNEQUAL, UNPREPARED, UNDER THREAT - Why bold action against inequalities is needed to end Aids, stop Covid-19 and prepare for future pandemics

Prefazione

(Winnie Byanyima, direttrice esecutiva UNAIDS)

“Noi possiamo far terminare l’AIDS entro il 2030. Alcuni paesi stanno facendo progressi considerevoli, mostrandoci che è possibile. Ma globalmente, non stiamo abbassando abbastanza rapidamente la curva per fermare la pandemia di AIDS (...) La luce rossa sta lampeggiando. I progressi contro l’AIDS, che erano già in affanno, sono ancora di più sotto tensione mentre la crisi Covid-19 continua a infuriare, interrompendo i servizi di prevenzione e di trattamento per l’HIV, i programmi scolastici, i programmi di prevenzione alla violenza e altro.

Le analisi nel report mostrano che milioni di vite saranno perse per cause collegate all’AIDS se continuiamo così – se non espandiamo rapidamente la copertura per fermare nuove infezioni e decessi e portare alla fine la pandemia. E non facciamo errori: l’AIDS rimane una pandemia.

(...) Attraverso la lotta alla pandemia di AIDS, abbiamo imparato molto rispetto a ciò che serve per confrontarsi in modo ottimale all’AIDS e a tutte le pandemie. Il mondo non deve scegliere fra il far finire la pandemia di AIDS che sta imperversando ora e prepararsi alle pandemie future. Il solo approccio di successo raggiungerà entrambi gli obiettivi. Ma oggi, non stiamo raggiungendo né questo né quello.

Il rapporto esamina cinque elementi chiave dalla Strategia Globale AIDS che devono essere universalizzati in modo urgente, e che sono anche cruciali, ma sotto-finanziati e non prioritari, per la prevenzione pandemica, e le relative risposte:

- 1-infrastrutture basate sulle comunità
- 2-accesso equo alle medicine, ai vaccini e alle tecnologie della salute
- 3-supportare i lavoratori sulle linee del fronte della pandemia
- 4-i diritti umani al centro delle risposte pandemiche
- 5-sistemi di dati basati sulle persone che sottolineano le disuguaglianze

Abbiamo raggiunto un bivio. La scelta da fare per i leader è fra l’attuare misure decise, audaci o mezze misure. Il dato di fondo è chiaro: essere troppo gradualisti è una scelta non affidabile.

Noi possiamo vincere, ma solo se siamo coraggiosi, e solo se agiamo insieme.

(...) Ogni minuto che passa, stiamo perdendo una vita preziosa a causa dell’AIDS. Non abbiamo tempo.

Facciamola finita con le disuguaglianze. Facciamola finita con l’AIDS. Facciamola finita con le pandemie.”

I cinque elementi chiave della Strategia globale AIDS

I cinque elementi chiave della Strategia globale AIDS necessari per rafforzare la prevenzione globale pandemica, la preparazione e l'architettura di risposta sono:

1-infrastrutture guidate basate sulle comunità.

Laddove i sistemi sanitari pubblici hanno coinvolto reti e organizzazioni comunitarie, e hanno rafforzato quelli più colpiti dalla pandemia, questi hanno avuto maggior successo nel contrastare la disinformazione, assicurando la continuità dei servizi sanitari e proteggendo i diritti e i mezzi di sostentamento dei più vulnerabili.

2-accesso equo alle medicine, ai vaccini e alle tecnologie della salute.

Ci sono voluti decenni perché i test HIV e le medicine diventassero disponibili e affidabili in modo ampio per tutti coloro che li necessitavano. Milioni di vite sono state perse lungo la strada. Le disuguaglianze del vaccino dell'attuale pandemia Covid-19 echeggiano le disuguaglianze di terapie delle prime risposte all'AIDS. All'inizio di novembre 2021, solo il 2% delle persone nei paesi a basso reddito era vaccinato in modo completo al Covid-19, contro il 65% dei paesi ad alto reddito.

3-supportare i lavoratori sulle linee del fronte della pandemia

Lavoratori sanitari, lavoratori sociali, insegnanti e assistenti non pagati sono gli eroi della risposta alla pandemia, perché a rischio della loro salute hanno fornito le cure e assicurato che i servizi e i beni essenziali rimanessero disponibili. Questi lavoratori operano in condizioni insicure e di sfruttamento, sono cronicamente sottopagati e hanno poche risorse, e sono poco apprezzati durante tutte le fasi della crisi, specie quelle più acute. Ascoltare i lavoratori essenziali e fornire loro le risorse e gli strumenti di cui necessitano è essenziale affinché continuino a lavorare.

4-i diritti umani al centro delle risposte pandemiche

Le violazioni dei diritti compromettono la fiducia e allontanano le persone dalle misure di salute pubblica. Ciò continua a rimanere una barriera per far terminare l'AIDS in molti paesi, e la mancanza di rispetto per i diritti sta compromettendo le misure Covid-19. Al contrario, risultati ed esperienze mostrano che far avanzare i diritti umani migliora la salute pubblica. Gli elementi chiave di una risposta alla pandemia basata sui diritti che costruisce la fiducia pubblica includono la limitazione delle leggi penali per rinforzare le misure di salute pubblica, l'identificazione di violazioni dei diritti quando accadono, istituzioni per i diritti umani e la giustizia effettiva, e gruppi della società civile indipendenti capaci di mettersi in contatto con i governi e con altri attori responsabili.

5-sistemi di dati basati sulle persone che sottolineano le disuguaglianze

In un mondo sommerso di dati, è facile prendere e scegliere dati che rinforzano i pregiudizi e proteggono interessi politici e personali. Le risposte pandemiche dovrebbero modellarsi attraverso una triangolazione oggettiva di vasti insiemi di dati. La collezione, analisi e uso di dati sia qualitativi che quantitativi – in un modo etico e che protegga la confidenzialità delle informazioni individuali – è critico per comprendere chi è più affetto durante una pandemia, chi è stato raggiunto dai servizi, chi non lo è stato e per quali motivi.

Una strategia di cinque anni per far finire le disuguaglianze e far finire l'AIDS.

Gli sforzi per salvaguardare e rienergizzare la risposta globale all'AIDS ha raggiunto due pietre miliari nel 2021: lo sviluppo di una strategia globale AIDS in cinque anni e l'approvazione dall'assemblea generale dell'ONU del focus della strategia sulle disuguaglianze, insieme a un esauriente set di obiettivi globali per il 2025.

La strategia globale AIDS e gli obiettivi globali 2025 riconoscono che l'HIV prospera sulla linea delle disuguaglianze all'interno e fra società, e lo fanno rivolgendosi a queste disuguaglianze come il punto nodale degli sforzi per bandire l'AIDS dai libri di storia. Non c'è solo l'HIV a riguardo: sottolineare le disuguaglianze è al cuore dell'impatto differenziato di Covid-19, tubercolosi, malaria, Ebola, colera e altre malattie infettive.

Molte popolazioni chiave – incluso sex worker, persone che si iniettano droghe, detenuti, transgender, omosessuali – sono a maggior rischio di HIV e di altre infezioni potenzialmente mortali a causa del loro status marginalizzato nella società, della discriminazione e della violenza che sperimentano, e dalle leggi che puniscono le loro azioni. Una nuova analisi fatta da UNAIDS mostra che i dati riportati da molti paesi sembrano sottostimare l'ampiezza delle popolazioni chiave, lasciando decine di milioni di persone in forte stato di bisogno, invisibili ai programmi e ai piani nazionali HIV.

Nell'Africa sub-sahariana, le adolescenti e le donne continuano a superare gli adolescenti e gli uomini fra le persone che contraggono l'infezione da HIV. Tuttavia, gli uomini in questa regione sono più difficili da raggiungere con i test HIV e i servizi di cura. La povertà e la mancanza di educazione sono barriere addizionali formidabili per la salute e i servizi HIV. Risultati sostanziali mostrano che rendere più forti ragazze e donne può non solo ridurre il loro rischio di HIV, ma anche conferire una gamma più ampia di salute e di benefici sociali. L'educazione, in particolare, riduce la vulnerabilità da HIV mentre aiuta a costruire società più forti, resilienti, sottolineando l'importanza di investimenti nazionali nei sistemi educativi in generale – e in modo specifico in misure che aiutano le ragazze a restare a scuola.

La strategia globale AIDS incorpora decenni di esperienze e di risultati in uno schema comprensibile di azioni trasformative per abbattere barriere per ottenere gli obiettivi HIV e fornire in modo completo risorse e aiuti per risposte efficienti all'HIV, integrandole nei sistemi sanitari, nei sistemi di protezione sociale, nei setting umanitari e nelle risposte pandemiche.

Molti aspetti della strategia globale AIDS sono importanti anche per aiutare la prevenzione e per rispondere alle pandemie del futuro.

Adattamenti e resilienza dei programmi HIV

I danni provocati ai programmi HIV da Covid-19 variano fra paesi. Ci sono stati sostanziali arretramenti, specie durante i primi sei mesi della crisi, e le persone che vivono con HIV hanno un rischio elevato di comorbilità e di mortalità correlati a Covid-19. Vi sono stati anche esempi ammirevoli di adattamento e di resilienza.

I servizi di riduzione del danno per le persone che usano droghe, che rappresentano un pezzo molto importante delle misure di prevenzione per l'HIV fra queste popolazioni chiave, sono stati interrotti in 2/3 dei 130 paesi che hanno risposto a un'indagine nel 2020. I programmi di circoncisione volontaria maschile medica sono stati malamente interrotti nel 2020, e alcuni paesi li hanno sospesi. Gli obiettivi per la circoncisione volontaria maschile medica in 15 paesi prioritari dell'Africa dell'est e del sud sono falliti di molto, ma mentre le restrizioni sociali rallentavano, questi programmi alla fine del 2020 hanno mostrato segni di ripresa. I programmi di profilassi pre-esposizione (PrEP) si

sono espansi nel 2020, ma l'accesso alla PrEP rimane distante dagli obiettivi globali per questa relativamente nuova opzione di prevenzione all'HIV.

Il ritmo del testing HIV è diminuito in modo quasi uniforme, e i risultati disponibili mostrano che le diagnosi di HIV sono diminuite e che meno persone che vivono con l'HIV hanno iniziato le terapie nel 2020, in 40 dei 50 paesi che hanno riportato questi dati a UNAIDS.

La maggiore interruzione si è verificata nella prima metà del 2020, quando molti paesi avevano adottato i loro primi lockdown e i programmi di HIV stavano capendo come adattarsi. Il numero di persone che vivono con l'HIV che ricevono la terapia antiretrovirale è aumentato di solo l'1.9% fra gennaio e giugno 2020, da 25,5 milioni a 26 milioni. A ciò è seguito un incremento accelerato del 4,9% da luglio a dicembre 2020, raggiungendo 27,3 milioni, e poi un aumento del 3,4% durante i primi sei mesi del 2021. Alla fine di giugno 2021, a livello globale vi erano 28,2 milioni di persone che vivono con l'HIV in terapia.



RAPPORTI E DOCUMENTI DI UNAIDS

In questa sezione documentale, oltre a una sintesi di alcuni dei principali contenuti dell'ultimo rapporto annuale di UNAIDS, traduciamo altri documenti e rapporti del Programma ONU per l'HIV e l'AIDS pubblicati nel 2021. L'intento è di offrire una panoramica dello stato delle politiche, dei trattamenti e dei servizi di cura sul piano internazionale.

Il contrasto alle disuguaglianze e alle discriminazioni è al centro dei messaggi e delle strategie di UNAIDS, tanto più nel corso di un anno segnato, a livello globale, dalla pandemia Covid-19. Come sottolineato da vari documenti e rapporti, le politiche di contrasto al Covid-19 hanno ampliato le disuguaglianze esistenti, a danno delle nazioni più povere e delle fasce di popolazione più fragili. **Nei paesi a basso reddito l'impatto della pandemia ha distolto importanti risorse e professionalità ai servizi di prevenzione e di cura dell'HIV-AIDS.** Ciò ha così determinato in alcuni contesti una regressione nella capacità di assicurare la continuità dell'accesso ai programmi e ai servizi di testing, di prevenzione e di cura dell'HIV e AIDS presso le popolazioni chiave. **Il raggiungimento degli obiettivi globali di presa in carico, di trattamento e di interventi precoci per alcuni gruppi vulnerabili è stato rallentato in diversi paesi, in particolare per quanto riguarda la riduzione delle infezioni da HIV nei bambini.**

La pandemia Covid-19 rischia inoltre di sottrarre, a livello di opinione pubblica, attenzione, finanziamenti e interesse verso una maggiore integrazione dei servizi per l'HIV e l'AIDS nei sistemi socio-sanitari, **allontanando nel tempo gli obiettivi di riduzione di nuove infezioni da HIV e di decessi AIDS correlati.**



LA NUOVA STRATEGIA GLOBALE UNAIDS 2021-2026 “END INEQUALITIES, END AIDS”

Il consiglio di amministrazione dell'UNAIDS adotta una nuova strategia globale contro l'AIDS che apre la strada alla fine dell'AIDS entro il 2030

La nuova strategia globale 2021-2026 di UNAIDS - “End Inequalities, End AIDS” - si focalizza sulla lettura delle disuguaglianze e sulle politiche per limitare le conseguenti lacune che impediscono di progredire verso la fine all'AIDS. Il 25 marzo 2021, infatti, il Comitato di coordinamento del programma dell'UNAIDS ha adottato per consenso una nuova strategia globale contro l'AIDS 2021-2026 per portare ogni paese e ogni comunità sulla buona strada per porre fine all'AIDS come minaccia per la salute pubblica entro il 2030.

“Quest'anno sono 40 anni da quando sono stati segnalati i primi casi di AIDS e 25 anni dall'istituzione dell'UNAIDS. Siamo in un momento critico nel nostro sforzo storico per porre fine all'AIDS”, ha affermato **Winnie Byanyima, Direttrice Esecutiva di UNAIDS.** “Come l'HIV prima di esso, il COVID-19 ha dimostrato che la disuguaglianza uccide. **Il COVID-19**

ha ampliato le disuguaglianze esistenti che bloccano i progressi per porre fine all'AIDS." Ed è proprio in questa ottica che la nuova strategia si concentra sulla lotta alle disuguaglianze, per garantire parità di accesso e di cura a tutti.

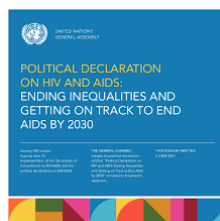
Le tre priorità strategiche sono: (1) massimizzare l'accesso equo e paritario a servizi completi per l'HIV incentrati sulle persone; (2) abbattere le barriere legali e sociali al raggiungimento degli esiti dell'HIV; e (3) fornire risorse e sostenere pienamente le risposte all'HIV e integrarle nei sistemi per la salute, la protezione sociale e le strutture umanitarie.

"L'Organizzazione Mondiale della Sanità è lieta di sostenere la strategia globale contro l'AIDS per i prossimi cinque anni, con la sua visione ambiziosa per porre fine alle disuguaglianze di genere e garantire il rispetto dei diritti umani, compreso il diritto alla salute, facendo appello a tutti i partner e le parti interessate nella risposta all'HIV in ogni paese per trasformare le norme di genere disuguali e porre fine allo stigma e alla discriminazione", ha affermato Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità e presidente del Comitato delle organizzazioni di sostegno dell'UNAIDS. "Affinché questa strategia possa essere pienamente realizzata, l'Oms continuerà a sostenere tutti i paesi per rafforzare i sistemi sanitari e in particolare l'assistenza sanitaria di base, sulla strada verso la copertura sanitaria universale".

Se gli obiettivi e gli impegni della strategia saranno raggiunti, il numero di persone che contraggono l'HIV diminuirà da 1,7 milioni nel 2019 a meno di 370.000 entro il 2025 e il numero di persone che muoiono di malattie legate all'AIDS diminuirà da 690.000 nel 2019 a meno di 250.000 nel 2025. L'obiettivo di eliminare le nuove infezioni da HIV tra i bambini vedrà il numero di nuove infezioni da HIV scendere da 150.000 nel 2019 a meno di 22.000 nel 2025.

La prevenzione dell'HIV rivolta alle popolazioni chiave riceve un'attenzione senza precedenti, focalizzandosi in particolare sulle ragazze adolescenti e giovani donne dell'Africa sub-sahariana, le lavoratrici del sesso, le persone che si iniettano droghe, gay e uomini che hanno rapporti sessuali con uomini, persone transgender e persone in regime carcerario.

La Strategia Globale contro l'AIDS 2021-2026 riceve il pieno sostegno anche dalla Rete Globale delle Persone che Vivono con l'HIV, poiché oltre a fondarsi sui diritti umani, l'uguaglianza di genere e la dignità, libera da stigma e discriminazione per tutte le persone che vivono con e colpite dall'HIV, è il risultato di un'analisi approfondita dei dati e di un processo inclusivo di consultazione con paesi, comunità e partner.



DICHIARAZIONE POLITICA SU HIV E AIDS

Gli Stati membri delle Nazioni Unite hanno adottato, in occasione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sull'AIDS, che si è svolta a New York nel giugno 2021, la *Political Declaration on HIV and Aids: Ending inequalities and getting on track to end Aids by 2030*.

La dichiarazione si basa su prove, fondate sui diritti umani e servirà da importante *road map* per far progredire la risposta globale all'HIV nei prossimi cinque anni.

Importanti progressi sono stati raggiunti nella dichiarazione politica del 2021, compresi nuovi obiettivi per garantire che il 95% delle persone a rischio di HIV utilizzi servizi combinati di prevenzione dell'HIV, una maggiore enfasi sulla fornitura di servizi guidata dalla comunità, incluso un

obiettivo per garantire che l'80% dei servizi di prevenzione per le popolazioni chiave sia fornito dalle comunità e l'impegno a porre fine alle disuguaglianze.

L'incontro di alto livello sull'AIDS è stato convocato dal presidente dell'Assemblea generale, con i co-facilitatori - gli ambasciatori di Australia e Namibia - a guidare i negoziati sulla dichiarazione politica; erano rappresentati 193 Stati membri e tra i relatori c'erano 14 presidenti, cinque vicepresidenti e quattro primi ministri, con molti dignitari di alto livello che hanno partecipato anche ai tavoli tematici e a 30 eventi di supporto. Gli eventi hanno riguardato varie questioni, ad esempio come aumentare la copertura del trattamento per i bambini e come aumentare la riduzione del danno e responsabilizzare i giovani e gli adolescenti.

I pannelli tematici hanno riguardato: 1) Affrontare le disuguaglianze per porre fine all'AIDS: 10 anni al 2030; 2) Mettere le persone e le comunità al centro della risposta all'AIDS; 3) Risorse e finanziamenti per una risposta efficace all'AIDS; 4) Promuovere l'uguaglianza di genere e responsabilizzare le donne e le ragazze nella risposta all'AIDS.

Affrontare l'impatto della pandemia di COVID-19 sulla risposta all'AIDS e migliorare la preparazione alla pandemia.

La dichiarazione si propone di ridurre il numero annuo di nuove infezioni da HIV a meno di 370.000 e i decessi correlati all'AIDS a 250.000, eliminare le nuove infezioni da HIV tra i bambini, porre fine all'AIDS pediatrico ed eliminare tutte le forme di discriminazione legate all'HIV entro il 2025. I partecipanti si sono inoltre impegnati fornire cure salvavita per l'HIV a 34 milioni di persone entro il 2025. Se la comunità internazionale raggiungerà gli obiettivi, entro il 2030 saranno evitate 3,6 milioni di nuove infezioni da HIV e 1,7 milioni di decessi correlati all'AIDS.

La dichiarazione politica invita i paesi a fornire al 95% di tutte le persone a rischio di contrarre l'HIV, l'accesso a opzioni di prevenzione combinate incentrate sulla persona ed efficaci. Invita inoltre i paesi a garantire che il 95% delle persone che vivono con l'HIV conosca il proprio stato di HIV, che il 95% delle persone che conosce il proprio stato sia in trattamento per l'HIV e che il 95% delle persone in trattamento sia a carica virale zero.

"Per porre fine all'AIDS, dobbiamo porre fine alle ingiustizie intersecanti che guidano le nuove infezioni da HIV e impediscono alle persone di accedere ai servizi", ha affermato Amina J. Mohammed, vicesegretario generale delle Nazioni Unite.

La dichiarazione politica rileva con preoccupazione che le popolazioni chiave - uomini gay e altri uomini che hanno rapporti sessuali con uomini, prostitute, persone che si iniettano droghe, persone transgender e persone in carceri e ambienti chiusi - hanno maggiori probabilità di essere esposte all'HIV e di dover affrontare violenza, stigma, discriminazione e leggi che limitano loro l'accesso ai servizi.

Gli Stati membri hanno dunque concordato l'obiettivo di garantire che entro il 2025 meno del 10% dei paesi disponga di quadri giuridici e politici restrittivi che portino alla negazione o alla limitazione dell'accesso ai servizi. Si sono inoltre impegnati a garantire che meno del 10% delle persone che vivono con, a rischio o affetti da HIV devono affrontare lo stigma e la discriminazione entro il 2025, anche sfruttando il concetto di non rilevabile = non trasmissibile (le persone che vivono con l'HIV che hanno raggiunto la soppressione virale non trasmettono l'HIV).

Esprimendo preoccupazione per il numero di nuove infezioni da HIV tra gli adolescenti, in particolare nell'Africa subsahariana, è stato assunto l'impegno di ridurre il numero di nuove infezioni da HIV tra le adolescenti e le giovani donne a meno di 50.000 entro il 2025. **Gli Stati membri si sono impegnati a eliminare tutte le forme di violenza sessuale e di genere, compresa la violenza del partner, adottando e applicando leggi che affrontano le molteplici e intersecanti forme di discriminazione e violenza affrontate dalle donne che vivono con, sono a rischio e sono colpite dall'HIV.** Si sono impegnati a ridurre a non più del 10% il numero di donne, ragazze e persone affette da HIV che subiscono disuguaglianze di genere e vio-

lenza sessuale e di genere entro il 2025. Inoltre, sono stati presi impegni per garantire che tutte le donne possano esercitare il loro diritto alla sessualità, compresa la loro salute sessuale e riproduttiva.

I paesi sono stati inoltre invitati a utilizzare i dati epidemiologici nazionali per identificare altre popolazioni prioritarie che sono a maggior rischio di esposizione all'HIV, che possono includere persone con disabilità, minoranze etniche e razziali, popolazioni indigene, comunità locali, persone che vivono in povertà, migranti, rifugiati, sfollati interni, uomini e donne in uniforme e persone in situazioni di emergenza umanitaria e in situazioni di conflitto e post-conflitto. I paesi si sono inoltre impegnati a garantire che il 95% delle persone che vivono con, a rischio e colpite dall'HIV sia protetto dalle pandemie, incluso il COVID-19.

Si sono inoltre impegnati a includere la fornitura di servizi HIV guidati da pari, anche attraverso contratti sociali e altri meccanismi di finanziamento pubblico.

Invitando ad ampliare l'accesso alle ultime tecnologie per la prevenzione, lo screening, la diagnosi, il trattamento e la vaccinazione della tubercolosi (TBC), gli Stati membri hanno convenuto di garantire che il 90% delle persone che vivono con l'HIV riceva un trattamento preventivo per la tubercolosi e di ridurre dell'80% i decessi per tubercolosi correlati all'AIDS entro il 2025.

I paesi si sono inoltre impegnati a garantire l'accessibilità, la disponibilità e l'accessibilità globale di medicinali sicuri, efficaci e di qualità garantita, inclusi generici, vaccini, diagnostica e altre tecnologie sanitarie per prevenire, diagnosticare e curare l'infezione da HIV, le sue coinfezioni e altre comorbilità.

“La risposta all'AIDS sta ancora lasciando indietro milioni di persone – persone LGBTI, lavoratrici del sesso, persone che fanno uso di droghe, migranti e prigionieri, adolescenti, giovani, donne e bambini – che meritano una vita ordinaria, con gli stessi diritti e dignità di cui gode la maggior parte delle persone in questa stanza”, ha detto un membro della rete globale di persone che vivono con l'HIV.

Nel 2020, 27,4 milioni dei 37,6 milioni di persone che vivono con l'HIV erano in cura, rispetto a soli 7,8 milioni nel 2010. Si stima che l'introduzione di cure di qualità a prezzi accessibili abbia evitato 16,2 milioni di morti dal 2001. Sono stati compiuti anche progressi nella riduzione delle nuove infezioni da HIV, ma è stata notevolmente più lenta: una riduzione del 30% dal 2010, con 1,5 milioni di persone appena infettate dal virus nel 2020, rispetto a 2,1 milioni nel 2010.



RAPPORTO FINALE DELL'INIZIATIVA START FREE, STAY FREE, AIDS FREE

Un nuovo rapporto rivela forti disuguaglianze nell'accesso ai servizi di prevenzione e cura dell'HIV per i bambini: i partner chiedono un'azione urgente

Quasi la metà (46%) degli 1,7 milioni di bambini nel mondo che vivono con l'HIV non era in cura nel 2020 e 150.000 bambini sono stati contagiati di recente dall'HIV, quattro volte di più rispetto all'obiettivo di 40.000 per il 2020.

Nel rapporto finale dell'iniziativa Start Free, Stay Free, AIDS Free, UNAIDS e partner avvertono che i progressi verso la fine dell'AIDS tra bambini, adolescenti e giovani donne si sono fermati e nessuno degli obiettivi per il 2020 è stato raggiunto.

Il rapporto mostra che il numero totale di bambini in trattamento è diminuito per la prima volta, nonostante il fatto che quasi 800.000 bambini che vivono con l'HIV non siano attualmente in trattamento. Mostra anche che si stanno perdendo opportunità di identificare i neonati e i bambini piccoli che vivono con l'HIV: **più di un terzo dei bambini nati da madri che vivono con l'HIV non sono stati testati. Se non curato, circa il 50% dei bambini che vivono con l'HIV muore prima di raggiungere il secondo anno di età.**

Le disuguaglianze sono impressionanti: **i bambini hanno quasi il 40% in meno di probabilità rispetto agli adulti di ricevere cure salvavita** (54% dei bambini contro il 74% degli adulti) **e rappresentano un numero sproporzionato di decessi** (appena il 5% di tutte le persone che vivono con HIV sono bambini, ma i bambini rappresentano il 15% di tutti i decessi correlati all'AIDS).

Start Free, Stay Free, AIDS Free è un quadro quinquennale iniziato nel 2015, a seguito del piano globale di *grande successo* verso l'eliminazione delle nuove infezioni da HIV tra i bambini entro il 2015 e il mantenimento in vita delle loro madri. **L'approccio ha intensificato l'attenzione su 23 paesi, 21 dei quali in Africa, che rappresentano l'83% del numero globale di donne incinte che vivono con l'HIV, l'80% dei bambini che vivono con l'HIV e il 78% delle giovani donne di età compresa tra 15 e 24 anni di recente contagiate dall'HIV.**

Sebbene gli obiettivi per il 2020 siano stati mancati, i 21 paesi focus in Africa hanno compiuto progressi migliori rispetto ai paesi non focus. Tuttavia, c'erano grandi disparità tra i paesi e questi paesi sopportano ancora il maggior carico di malattie: 11 paesi rappresentano quasi il 70% dei "bambini scomparsi", quelli che vivono con l'HIV ma non sono in cura. C'è stato un calo del 24% nelle nuove infezioni da HIV tra i bambini dal 2015 al 2020 nei paesi focus rispetto a un calo del 20% a livello globale. I paesi focus hanno anche raggiunto l'89% di copertura del trattamento per le donne incinte che vivono con l'HIV, rispetto all'85% a livello globale, ma ancora al di sotto dell'obiettivo del 95%. Inoltre vi sono enormi differenze tra i paesi. Ad esempio, il Botswana ha raggiunto il 100% di copertura del trattamento, mentre la Repubblica Democratica del Congo ha raggiunto solo il 39%.

Il rapporto delinea tre azioni necessarie per porre fine alle nuove infezioni da HIV tra i bambini nei paesi focus. In primo luogo, raggiungere il prima possibile le donne in gravidanza con test e cure: si sono verificate 66.000 nuove infezioni da HIV tra i bambini perché le loro madri non hanno ricevuto alcun trattamento durante la gravidanza o l'allattamento. **In secondo luogo, garantire la continuità del trattamento e la soppressione virale durante la gravidanza, l'allattamento e per tutta la vita:** 38.000 bambini hanno contratto l'HIV perché le loro madri non sono state curate durante la gravidanza e l'allattamento. **Terzo, prevenire nuove infezioni da HIV tra le donne in gravidanza e allattamento:** 35.000 nuove infezioni tra i bambini si sono verificate perché la madre ha contratto l'HIV durante la gravidanza o l'allattamento.

Sono stati compiuti alcuni progressi nell'impedire alle ragazze adolescenti e alle giovani donne di contrarre l'HIV. Nei paesi focus, il numero di ragazze adolescenti e giovani donne che hanno contratto l'HIV è diminuito del 27% dal 2015 al 2020. Tuttavia, il numero di ragazze e giovani donne che hanno contratto l'HIV nei 21 paesi focus è stato di 200.000, il doppio dell'obiettivo globale per il 2020 (100.000). Inoltre, il COVID-19 e la chiusura delle scuole stanno interrompendo molti servizi educativi e di salute sessuale e riproduttiva per ragazze e giovani donne, evidenziando l'urgente necessità di raddoppiare gli sforzi di prevenzione dell'HIV per raggiungere le giovani donne e le ragazze adolescenti.

Porre fine alla trasmissione da madre a figlio richiede approcci innovativi che supportino la donna per tutto il corso della vita, compresi sforzi intensificati di prevenzione primaria, come la profilassi pre-esposizione (PrEP), l'accesso a cure riproduttive complete e un'attenzione specifica focalizzata su ragazze adolescenti e giovani donne. Il rapporto Start Free, Stay Free, AIDS Free include nuovi obiettivi per il 2025 che, se raggiunti, daranno avvio a una nuova era di prevenzione e trattamento dell'HIV per donne, bambini e famiglie.



GIORNATA INTERNAZIONALE DEI TOSSICODIPENDENTI

Nella Giornata internazionale dei tossicodipendenti, UNAIDS chiede un'azione contro la criminalizzazione delle persone che fanno uso di droghe e per programmi di riduzione del danno guidati dalla comunità.

In occasione della Giornata Internazionale dei Tossicodipendenti, **UNAIDS chiede** attraverso un comunicato stampa **che gli Stati membri avviino con urgenza un'azione a favore della decriminalizzazione delle persone che fanno uso di sostanze**; azioni riparatrici rispetto agli effetti negativi che la criminalizzazione legata ad HIV, epatite virale e altri problemi di salute, ha generato, soprattutto per quanto riguarda le disuguaglianze sociali, a fronte di garantire all'umanità intera il rispetto dei diritti universali alla salute e di accesso alle cure. UNAIDS chiede dunque un maggior investimento in termini di finanziamenti dedicati ai programmi di riduzione del danno, soprattutto quando partecipati e guidati dalla comunità interessata.

"UNAIDS chiede il pieno coinvolgimento delle comunità di persone che fanno uso di sostanze nella realizzazione di riforme legali volte alla depenalizzazione e nell'organizzazione di programmi di riduzione del danno a livello nazionale. Questo ci aiuterà a porre fine alle disuguaglianze e all'AIDS", ha affermato il direttore esecutivo, Winnie Byanyima.

Le persone che usano o iniettano sostanze sono tra i gruppi a più alto rischio di contrarre l'HIV, ma rimangono spesso emarginate e bloccate nell'accesso ai servizi sanitari e sociali.

Nel 2020, il 9% di tutte le nuove infezioni da HIV riguardava le persone che si iniettavano droghe. Al di fuori dell'Africa sub-sahariana la percentuale sale al 20%. Sebbene le donne rappresentino meno del 30% del numero di persone che fanno uso di droghe, le donne che fanno uso di droghe hanno maggiori probabilità di convivere con l'HIV rispetto ai loro omologhi maschi.

L'introduzione tempestiva e l'attuazione su vasta scala di programmi di riduzione del danno accessibili possono prevenire le infezioni da HIV, nonché molti casi di epatite virale B e C, tubercolosi e overdose di farmaci. Il sistema delle Nazioni Unite è unito nel promuovere servizi di riduzione del danno e depenalizzazione del possesso personale di droghe, sulla base dell'evidenza che la riduzione del danno e la depenalizzazione forniscono sostanziali benefici per la salute pubblica e personale e non aumentano il numero di persone con tossicodipendenza.

L'introduzione tempestiva e l'attuazione su vasta scala di programmi di riduzione del danno accessibili possono prevenire le infezioni da HIV, nonché molti casi di epatite virale B e C, di tubercolosi e di overdose. **Il sistema delle Nazioni Unite è unito nel promuovere servizi di riduzione del danno e la depenalizzazione del possesso personale di sostanze, sulla base dell'evidenza che la riduzione del danno e la depenalizzazione forniscono sostanziali benefici per la salute pubblica e personale e non aumentano il numero di persone con dipendenza.** Nonostante questa posizione, esplicitata nel *"United Nations system common position supporting the implementation of the international drug control policy through effective*

inter-agency collaboration”, in realtà meno dell'1% delle persone che si iniettano droghe vive in paesi con standard minimi raccomandati dalle Nazioni Unite rispetto a programmi di riduzione del danno e accesso alle terapie sostitutive, tant'è che il deficit di finanziamento per questi interventi nei paesi a basso e medio reddito si attesta a un misero 95%.



I SERVIZI DI RIDUZIONE DEL DANNO RIDUCONO LE NUOVE INFEZIONI DA HIV

I vicini stati baltici dell'Estonia e della Lettonia offrono esempi nettamente contrastanti di come i diversi approcci alla salute pubblica influenzino le epidemie di HIV tra le persone che si iniettano droghe. All'inizio degli anni 2000, i due paesi avevano tra i più alti tassi di diagnosi di HIV in Europa. Come avveniva a quel tempo per molti paesi europei, la condivisione di apparecchiature per iniezioni non sterili tra i tossicodipendenti stava alimentando le loro epidemie di HIV.

Le due epidemie hanno cominciato a divergere a metà degli anni 2000. Secondo lo studio HERMETIC, le nuove infezioni da HIV in Estonia sono diminuite del 61% a livello nazionale e del 97% tra gli uomini che si iniettano droghe tra il 2007 e il 2016.

L'epidemia di HIV in Lettonia ha seguito una traiettoria diversa. Lo studio HERMETIC evidenzia che, tra il 2007 e il 2016, le nuove infezioni da HIV sono aumentate complessivamente del 72%. Nel 2016, l'incidenza complessiva dell'HIV in Lettonia era quasi il doppio di quella in Estonia (35 casi ogni 100.000 persone contro 19 casi ogni 100.000).

Entrambe le epidemie erano incentrate in gran parte sulla condivisione di apparecchiature per l'iniezione da parte di persone che si iniettano droghe e probabilmente sul sesso non protetto tra persone che si iniettano droghe e i loro partner sessuali. **Lo studio HERMETIC conclude che la principale differenza tra le due epidemie risiede nella disponibilità di servizi di riduzione del danno.**

I programmi ago-siringa erano operativi in Lettonia dal 1997, ma su scala molto limitata. Ancora nel 2016, la Lettonia distribuiva circa 93 aghi-siringhe per tossicodipendente all'anno; la vicina Estonia ne distribuiva 230 per utente all'anno. Entrambi i paesi hanno ampliato l'accesso alla terapia sostitutiva degli oppioidi, che ha dimostrato di ridurre l'iniezione di droga e la trasmissione dell'HIV, e hanno migliorato i test HIV e i servizi di terapia antiretrovirale per le persone che si iniettano droghe. Sebbene l'accesso alla terapia sostitutiva con oppioidi sia rimasto limitato in entrambi i paesi, è stato più elevato in Estonia che in Lettonia.



1° DICEMBRE: GIORNATA MONDIALE CONTRO L'AIDS

Ogni anno, il 1° dicembre, il mondo commemora la Giornata mondiale contro l'AIDS. Le persone di tutto il mondo si uniscono per mostrare sostegno alle persone che vivono con l'HIV e per ricordare coloro che sono morti a causa di malattie legate all'AIDS.

Ogni Giornata Mondiale contro l'AIDS si concentra su un tema specifico, che quest'anno sarà Fine delle disuguaglianze. Fine dell'AIDS. Fine delle pandemie.

La Giornata mondiale contro l'AIDS rimane rilevante oggi come lo è sempre stata, ricordando alle persone e ai governi che l'HIV non è scomparso. C'è ancora un bisogno critico di maggiori finanziamenti per la risposta all'AIDS, per aumentare la consapevolezza dell'impatto dell'HIV sulla vita delle persone, per porre fine allo stigma e alla discriminazione e per migliorare la qualità della vita delle persone che vivono con l'HIV.

WAD 2021 FINE DELLE DISUGUAGLIANZE. FINE DELL'AIDS. FINE DELLE PANDEMIE.

In questa Giornata mondiale contro l'AIDS, UNAIDS sottolinea l'urgente necessità di porre fine alle disuguaglianze che causano l'AIDS e altre pandemie in tutto il mondo.

Senza un'azione coraggiosa contro le disuguaglianze, il mondo rischia di non raggiungere gli obiettivi per porre fine all'AIDS entro il 2030, così come una prolungata pandemia di COVID-19 e una spirale di crisi sociale ed economica.

A quarant'anni da quando sono stati segnalati i primi casi di AIDS, l'HIV minaccia ancora il mondo. Oggi, il mondo è fuori strada dal mantenere l'impegno condiviso per porre fine all'AIDS entro il 2030, non a causa della mancanza di conoscenze o di strumenti per sconfiggere l'AIDS, ma a causa di disuguaglianze strutturali che ostacolano soluzioni comprovate per la prevenzione e il trattamento dell'HIV.

Se vogliamo porre fine all'AIDS entro il 2030, è urgente porre fine alle disuguaglianze economiche, sociali, culturali e legali.

Oltre ad essere fondamentale per porre fine all'AIDS, **affrontare le disuguaglianze farà progredire i diritti umani delle popolazioni chiave e delle persone che convivono con l'HIV, renderà le società più preparate a sconfiggere il COVID-19 e altre pandemie e sosterrà la ripresa e la stabilità economica.** Mantenere la promessa di affrontare le disuguaglianze salverà milioni di vite e andrà a beneficio della società nel suo insieme.

Ma porre fine alle disuguaglianze richiede un cambiamento trasformativo. Le politiche, economiche e sociali, devono tutelare i diritti di tutti e prestare attenzione ai bisogni delle comunità svantaggiate ed emarginate.

In questa Giornata mondiale contro l'AIDS ricordiamo ai nostri governi che le disuguaglianze globali riguardano tutti noi, non importa chi siamo o da dove veniamo. In questa Giornata mondiale contro l'AIDS esigiamo un'azione per porre fine alle disuguaglianze e porre fine all'AIDS e a tutte le altre pandemie che prosperano sulle disuguaglianze.



DISUGUAGLIANZE A CONFRONTO

Uno dei principali temi sviluppati negli ultimi due anni da UNAIDS riguarda la questione dell'**impatto della pandemia Sars-Cov-19 sui sistemi socio-sanitari** e, indirettamente, sulle politiche pubbliche di contrasto all'HIV-AIDS, specie nei paesi a basso reddito. Da varie fonti è stato sottolineato come uno dei maggiori effetti a breve e medio termine della pandemia sia l'**aumento delle disuguaglianze e delle povertà**. Tale aumento delle disuguaglianze sta impattando in particolare sulle fasce più vulnerabili della popolazione. La recessione economica provocata dalla pandemia ha significato, per molti paesi a basso reddito, un crollo del PIL e della conseguente capacità di fornire adeguati finanziamenti e servizi per contrastare la pandemia. In questo contesto, tutto il sistema sanitario è andato in crisi. Al tempo stesso, sono proprio i paesi più poveri a presentare i tassi di vaccinazione per Covid-19 più bassi.

Ciò rende necessario, secondo UNAIDS, due misure. **In primo luogo, è urgente la cancellazione del debito e la fornitura di budget ad hoc per questi paesi**, uniche misure in grado di assicurare, dal punto di vista finanziario, le risorse per standard minimi di assistenza socio-sanitaria. **In secondo luogo, nel caso dell'attuale pandemia è necessaria una moratoria dei brevetti di proprietà intellettuale delle multinazionali sui vaccini**, al fine di renderne possibile la produzione e la distribuzione su larga scala a costi sostenibili. Su questo aspetto proprio l'esperienza, a inizio millennio, delle terapie salvavita per l'AIDS appare di grande attualità. Infatti, a inizio anni 2000, a causa dei brevetti sui nuovi farmaci antiretrovirali il costo delle terapie era assolutamente fuori dalla portata di quasi tutti i pazienti: solo grazie a un intenso dibattito pubblico e a campagne politiche mirate si riuscì a rendere accessibili a tutti i farmaci antiretrovirali. **A distanza di più di venti anni, l'aver reso disponibile i farmaci antiretrovirali ha consentito di salvare milioni di vite e di conseguire così un grande successo a livello di salute pubblica.**



HIV E COVID-19

Il rapporto UNAIDS mostra che le persone che vivono con l'HIV affrontano un doppio rischio, l'HIV e il COVID-19, mentre le popolazioni chiave e i bambini continuano a essere lasciati indietro nell'accesso ai servizi per l'HIV.

Le persone che convivono con l'HIV hanno un rischio più elevato di contrarre malattie gravi e morte per COVID-19, tuttavia alla stragrande maggioranza viene negato l'accesso ai vaccini COVID-19. Le popolazioni chiave e i loro partner sessuali rappresentano il 65% delle nuove infezioni da HIV, ma sono in gran parte escluse dalle risposte sia all'HIV che al COVID-19: 800.000 bambini che vivono con l'HIV non ricevono il trattamento di cui hanno bisogno per mantenerli in vita.

L'[UNAIDS Global AIDS Update 2021](#) mette in evidenza le prove che le persone che convivono con l'HIV sono più vulnerabili al COVID-19, ma che le crescenti disuguaglianze stanno impedendo loro di accedere ai vaccini COVID-19 e ai servizi per l'HIV.

Studi in Inghilterra e Sud Africa hanno scoperto che il rischio di morire di COVID-19 tra le persone che vivono con l'HIV era il doppio di quello della popolazione genera-

le. Nell'Africa subsahariana, che ospita i due terzi (67%) delle persone che convivono con l'HIV, meno del 3% aveva ricevuto almeno una dose di vaccino contro il COVID-19 entro luglio 2021. Allo stesso tempo, la prevenzione dell'HIV e i servizi di trattamento stanno eludendo le popolazioni chiave, così come i bambini e gli adolescenti.

I vaccini per il COVID-19 potrebbero salvare milioni di vite nei paesi in via di sviluppo, ma vengono tenuti fuori dalla portata poiché i paesi ricchi e le società si aggrappano saldamente al monopolio della produzione e della consegna delle forniture a scopo di lucro. Ciò sta avendo un grave impatto in tutto il mondo poiché i sistemi sanitari nei paesi in via di sviluppo vengono sopraffatti, come in Uganda, dove gli stadi di calcio vengono trasformati in ospedali di fortuna.

"I paesi ricchi in Europa si stanno preparando a godersi l'estate poiché le loro popolazioni hanno un facile accesso ai vaccini COVID-19, mentre il Sud del mondo è in crisi", ha affermato Winnie Byanyima, direttore esecutivo di UNAIDS. "Non siamo riusciti a imparare la lezione dell'HIV, quando a milioni di persone sono state negate le medicine salvavita e sono morte a causa delle disparità di accesso. Questo è assolutamente inaccettabile".

Il nuovo rapporto dell'UNAIDS mostra come i blocchi per il COVID-19 e altre restrizioni abbiano gravemente interrotto il test dell'HIV: in molti paesi ciò ha portato a forti cali nelle diagnosi dell'HIV, ai rinvii ai servizi di assistenza e all'inizio del trattamento dell'HIV. Nel KwaZulu-Natal, in Sudafrica, ad esempio, si è registrato un calo del 48% dei test HIV dopo che il primo blocco nazionale è stato imposto nell'aprile 2020. Ci sono state anche meno nuove diagnosi di HIV e un netto calo dell'inizio del trattamento. Ciò si è verificato quando 28.000 operatori sanitari della comunità HIV sono stati spostati dal test HIV allo screening dei sintomi COVID-19.

Il rapporto, *Confronting inequalities*, mostra che nel 2020 1,5 milioni di nuove infezioni da HIV sono avvenute prevalentemente tra le popolazioni chiave e i loro partner sessuali. Le persone che si iniettano droghe, donne transgender, prostitute, uomini gay e altri uomini che hanno rapporti sessuali con uomini e i partner sessuali di queste popolazioni chiave, hanno rappresentato il 65% delle infezioni da HIV a livello globale nel 2020. **Le popolazioni chiave rappresentavano il 93% dei nuovi infetti da HIV al di fuori dell'Africa subsahariana e il 35% all'interno dell'Africa subsahariana. Tuttavia, rimangono emarginati e in gran parte fuori dalla portata dei servizi per l'HIV nella maggior parte dei paesi.**

"I miliardari stanno navigando con i loro yacht nelle stesse acque del Mediterraneo in cui stanno annegando i migranti", ha affermato Winnie Byanyima. "Come possiamo stare a guardare e lasciare che questa sia la "nuova normalità"? Dobbiamo affrontare queste orribili disuguaglianze e riportare l'accento sul rispetto dei diritti umani fondamentali e fondamentali».

Le disuguaglianze non sono presenti in natura. Sono il risultato di politiche e azioni programmatiche che dividono anziché includere. Ad esempio, le popolazioni chiave sono emarginate e criminalizzate per la loro identità ed espressione di genere, orientamento sessuale e mezzi di sussistenza. La nuova analisi inclusa nel rapporto mostra una correlazione positiva tra i migliori risultati dell'HIV e l'adozione di leggi che promuovono la non discriminazione. Uno studio dell'Africa subsahariana ha rilevato che la prevalenza dell'HIV tra le prostitute era del 39% nei paesi che criminalizzavano il lavoro sessuale, rispetto al 12% nei paesi in cui il lavoro sessuale era parzialmente legalizzato.

"Siamo da 40 anni nella lotta contro l'HIV. Sia i successi che i fallimenti ci hanno insegnato che non possiamo prepararci o sconfiggere una pandemia a meno che non abbattiamo le disuguaglianze, promuoviamo approcci centrati sulle persone e basati sui diritti e lavoriamo insieme alle comunità per raggiungere tutti i bisognosi", ha affermato Byanyima.



REPORT COA - Centro Operativo AIDS 2020
Istituto Superiore di Sanità
Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da Hiv e dei casi di AIDS in
Italia al 31 dicembre 2020

Nel 2020, sono state effettuate **1.303 nuove diagnosi** di infezione da Hiv pari a 2,2 nuovi casi per 100.000 residenti. L'incidenza (casi/popolazione) osservata in Italia è inferiore rispetto all'incidenza media osservata tra le nazioni dell'Unione Europea (3,3 nuovi casi per 100.000).

L'incidenza delle nuove diagnosi Hiv è in diminuzione dal 2012, con una riduzione più evidente dal 2018 e particolarmente accentuata nell'ultimo anno. Nel 2020, l'incidenza più elevata di nuove diagnosi Hiv si riscontra nella fascia di età **25-29 anni**.

Dal 2018 si osserva una evidente diminuzione dei casi per tutte le modalità di trasmissione.

La **modalità di trasmissione più frequente è attribuita a maschi che fanno sesso con maschi (MSM)** ed è superiore a quella attribuibile a rapporti eterosessuali (maschi e femmine). Tra i maschi, più della metà delle nuove diagnosi Hiv è in MSM.

Dal 2016 si osserva una **diminuzione del numero di nuove diagnosi Hiv in stranieri**.

Nel 2020 più di 1/3 delle persone con nuova diagnosi Hiv scopre di essere Hiv positivo a causa della presenza di sintomi o patologie correlate all'Hiv.

Nuovi casi di Aids

Sono **352 i nuovi casi di Aids**, pari a un'incidenza di 0,7 nuovi casi per 100.000 residenti.

L'80% dei casi di Aids segnalati nel 2020 era costituito da persone che hanno scoperto di essere Hiv positive nei sei mesi precedenti alla diagnosi di Aids.

Rimane stabile il numero di decessi in persone con Aids.

DATI IN SINTESI

Nel 2020, sono state segnalate 1.303 nuove diagnosi di infezione da HIV pari a un'incidenza di 2,2 nuove diagnosi ogni 100.000 residenti. Dal 2012 si osserva una diminuzione delle nuove diagnosi HIV, che appare più evidente dal 2018, con un declino ulteriore nel 2020. L'Italia, in termini di incidenza delle nuove diagnosi HIV, nel 2020 si colloca al di sotto della media dei Paesi dell'Unione Europea (3,3 casi per 100.000 residenti). Nel 2020, le incidenze più alte sono state registrate in Valle d'Aosta, Liguria, Provincia Autonoma di Trento e Lazio. Le persone che hanno scoperto di essere HIV positive nel 2020 erano maschi nel 79,9% dei casi. L'età mediana era di 40 anni sia per i

maschi che per le femmine. L'incidenza più alta è stata osservata tra le persone di 25-29 anni (5,5 nuovi casi ogni 100.000 residenti) e di 30-39 anni (5,2 nuovi casi ogni 100.000 residenti); in queste fasce di età l'incidenza nei maschi è circa 4 volte superiore a quelle delle femmine. Nel 2020, la maggior parte delle nuove diagnosi di infezione da HIV era attribuibile a rapporti sessuali non protetti da preservativo, che costituivano l'88,1% di tutte le segnalazioni. Diversamente dagli anni precedenti, in cui erano preponderanti le diagnosi associate a trasmissione eterosessuale, nel 2020, la quota di nuove diagnosi HIV attribuibili a maschi che fanno sesso con maschi (MSM) (45,7%) è maggiore a quella ascrivibile a rapporti eterosessuali (42,4%). I casi attribuibili a trasmissione eterosessuale erano costituiti per il 59,4% da maschi e per il 40,6% da femmine. Tra i maschi, il 57,3% delle nuove diagnosi era rappresentato da MSM.

Il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in stranieri è in diminuzione dal 2017. Nel 2020, si osserva un lieve aumento della proporzione di persone con una nuova diagnosi di HIV con nazionalità straniera, passando dal 27,5% nel 2019 al 32,6% nel 2020. Tra gli stranieri, il 52,8% delle nuove diagnosi era attribuibile a rapporti eterosessuali (eterosessuali femmine 28,1%; eterosessuali maschi 24,7%). Dal 2015 aumenta la quota di persone a cui viene diagnosticata tardivamente l'infezione da HIV (persone in fase clinicamente avanzata, con bassi CD4 o in AIDS). Nel 2020 il 41,0% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV è stato diagnosticato tardivamente con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/μL e il 60,0% con un numero inferiore a 350 cell/μL. Una diagnosi HIV tardiva (CD4 < 350 cell/μL) è stata riportata in 2/3 degli eterosessuali sia maschi che femmine (67,6%). Nel 2020, oltre un terzo delle persone con nuova diagnosi HIV ha eseguito il test HIV per sospetta patologia HIV o presenza di sintomi HIV correlati (37,1%). Altri principali motivi di esecuzione del test sono stati: rapporti sessuali senza preservativo (17,2%), comportamento a rischio generico (10,0%), iniziative di screening/campagne informative (6,5%), accertamenti per altra patologia (3,5%).

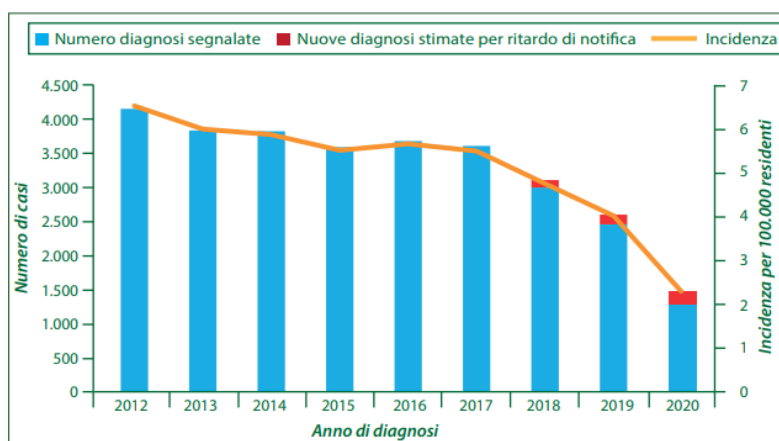


Figura 1 - Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza corretta per ritardo di notifica (2012-2020)

NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV

Nel 2020, l'incidenza HIV (vedi Note tecniche per la lettura, punto c) è 2,2 nuove diagnosi per 100.000 residenti. Rispetto all'incidenza riportata dai Paesi dell'Unione Europea, l'Italia si posiziona al di sotto della media europea (3,3 nuovi casi per 100.000 residenti). L'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (stimata e ricostruita sulla base dei

dati delle Regioni che avevano già attivato un sistema di sorveglianza) è aumentata nella seconda metà degli anni '80, raggiungendo il picco di 26,8 nuovi casi per 100.000 residenti nel 1987 (dati non mostrati) per poi diminuire gradualmente negli anni '90 fino a stabilizzarsi dal 2000 intorno a un'incidenza media di 6-7 casi per 100.000 residenti. Dal 2012 l'incidenza mostra un andamento in diminuzione. Disaggregando per fascia di età, tale diminuzione è più evidente nella fascia di età sopra i 25 anni, mentre nella fascia di età 15-24 anni si osserva un lieve aumento negli anni 2015-2017 (Figura 2).

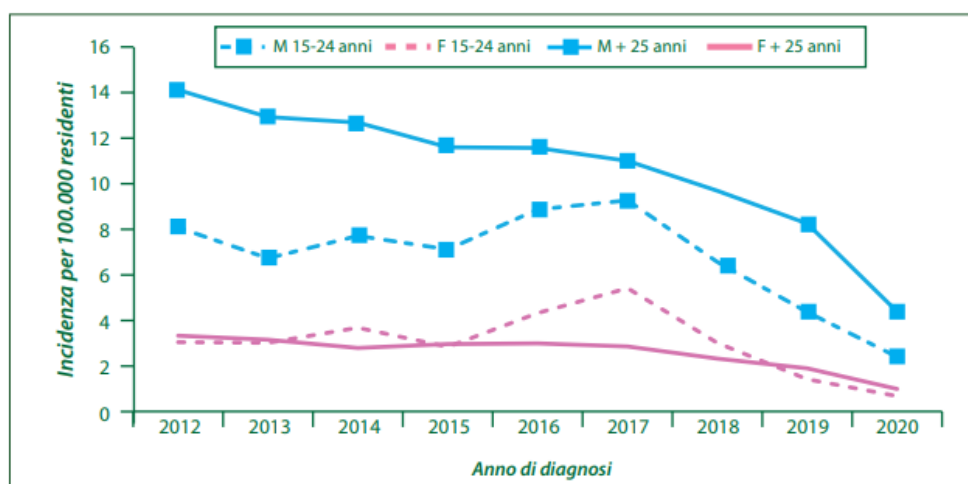


Figura 2 - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per genere, età e anno di diagnosi (2012-2020)

Nel 2020, le incidenze più alte sono state registrate nelle Regioni: Valle d'Aosta (4,0 per 100.000 residenti), Liguria (3,9 per 100.000 residenti), PA di Trento (3,7 per 100.000 residenti) e Lazio (3,6 per 100.000 residenti) (Tabella 2). Le incidenze più alte si presentano nelle Regioni e Province del Centro-Nord (Figura 3A-3 b). Gli andamenti temporali dell'incidenza nelle singole Regioni sono riportati in Appendice (dati non corretti per ritardo di notifica). È opportuno ribadire che il numero annuo delle segnalazioni può subire delle variazioni dovute al ritardo di notifica e al conseguente recupero di diagnosi di anni precedenti; questo fenomeno è particolarmente accentuato per l'ultimo anno e per singola Regione.

Nel 2020, le incidenze più alte sono state registrate nelle Regioni: Valle d'Aosta (4,0 per 100.000 residenti), Liguria (3,9 per 100.000 residenti), PA di Trento (3,7 per 100.000 residenti) e Lazio (3,6 per 100.000 residenti). Le incidenze più alte si presentano nelle Regioni e Province del Centro-Nord.

GENERE ED ETÀ DELLA DIAGNOSI DA HIV

Dal 2012 al 2020 il rapporto M/F alla diagnosi HIV è aumentato passando da **3,7 a 4 casi in maschi per ogni caso in femmine**. Escludendo le persone di età inferiore ai 15 anni diagnosticate con HIV, soltanto per le femmine si osservano ampie variazioni dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione che passa da 36 anni nel 2012 a 40 anni nel 2020; per i maschi l'età mediana alla diagnosi passa da 38 anni nel 2012 a 40 nel 2020. La Tabella 3 mostra la distribuzione delle **nuove diagnosi di infezione da HIV per**

classe di età e genere. A esclusione della fascia di età 0-14 anni, nella quale si riportano pochissimi casi, nelle classi d'età successive **la proporzione di maschi aumenta progressivamente all'aumentare dell'età; la classe d'età con maggiore differenza per genere è la classe 60-69 anni con 86,5% di maschi e 13,5% di femmine.** Nel 2020, l'età mediana alla diagnosi di HIV è nettamente più alta negli italiani rispetto agli stranieri.

Tabella 3 - Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV, per classe di età e genere (2020)

Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale*	
	n.	% di riga	n.	% di riga	n.	% di colonna
0-2	2	40	3	60,0	5	0,4
3-14	0	0,0	2	100,0	2	0,2
15-19	7	77,8	2	22,2	9	0,7
20-24	66	79,5	17	20,5	83	6,4
25-29	145	84,8	26	15,2	171	13,1
30-39	279	78,4	77	21,6	356	27,3
40-49	256	79,8	65	20,2	321	24,6
50-59	191	77,6	55	22,4	246	18,9
60-69	64	86,5	10	13,5	74	5,7
≥ 70	31	86,1	5	13,9	36	2,8
					1.303	100,0
Totale	1.041	79,9	262	20,1	1.303	100,0

(*) Le 7 diagnosi in età pediatrica (0-14 anni) comprendono 7 casi di trasmissione verticale in 4 neonati e in 3 bambini di età 2, 6 e 10 anni; 6 di nazionalità straniera e un italiano

La Figura 4 riporta la distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e modalità di trasmissione. **Le più alte proporzioni di MSM si riscontrano nella fascia di età 25-29 anni (63,2%).** **Le più alte proporzioni di eterosessuali maschi si osservano invece nella classe di età 60-69 anni (41,9%).** La classe con la **più alta proporzione di eterosessuali femmine è 50-59 anni (21,1%).** Le sette diagnosi riportate in età pediatrica (0-14 anni) comprendono sette casi di trasmissione verticale in quattro neonati e in tre bambini di età 2, 6 e 10 anni; sei sono di nazionalità straniera e uno di nazionalità italiana con madre straniera.

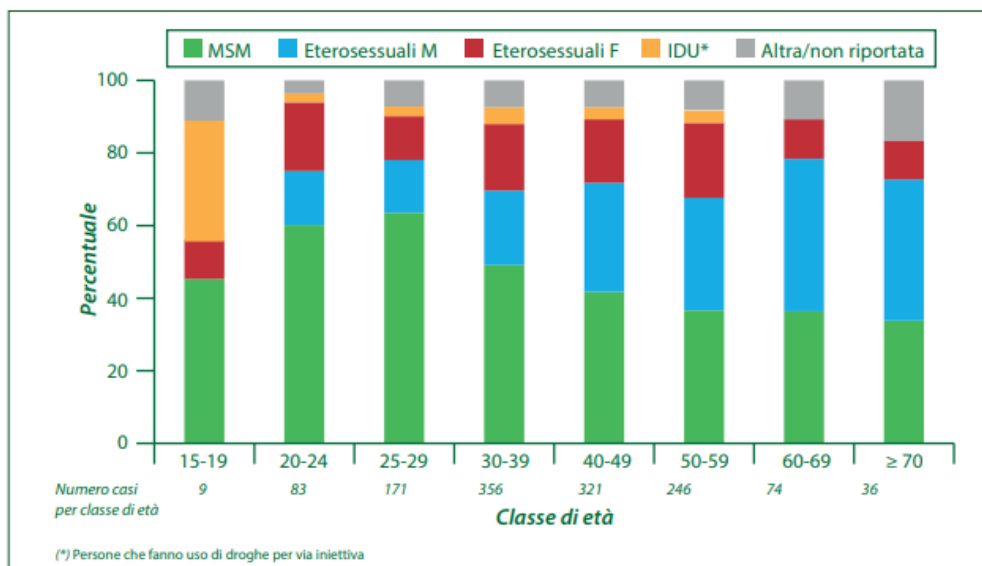


Figura 4 - Proporzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e modalità di trasmissione (2020)

La Figura 5 mostra la distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV e l'incidenza per classe di età e genere nel 2020.

Le classi di età numericamente più rappresentate sono **30-39 anni** con un'incidenza di 5,2% nuovi casi per 100.000 residenti, e **40-49 anni** con un'incidenza di 3,6 nuovi casi per 100.000 residenti.

La classe di età **25-29 anni** ha riportato l'incidenza più alta (5,5 nuovi casi per 100.000 residenti). **Le incidenze per classi di età presentano valori di circa quattro volte superiori nei maschi rispetto alle femmine.**

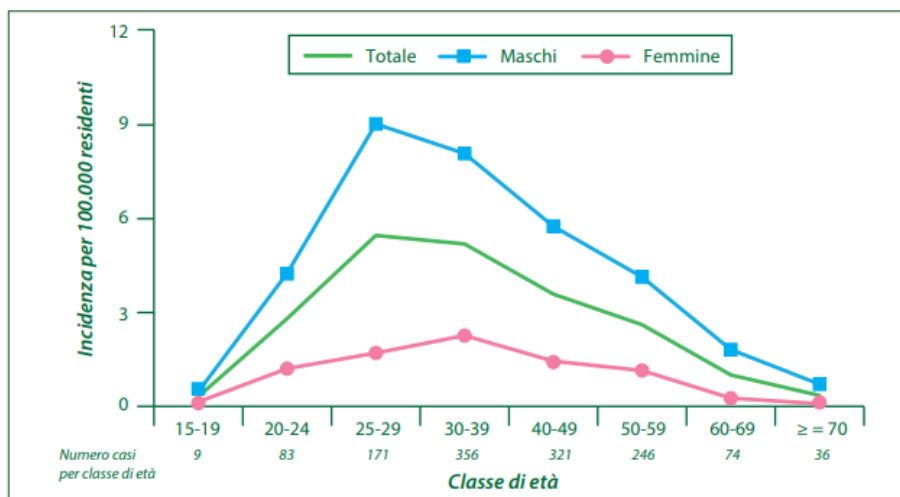


Figura 5 - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e genere (2020)

MODALITA' DI TRASMISSIONE

La distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione mostra come, da almeno 10 anni, la proporzione maggiore di casi è attribuibile alla trasmissione sessuale, che nel 2020 si è attestata all'88,1%. Dal 2012 la percentuale dei casi attribuibili a trasmissione eterosessuale (maschi e femmine) è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 42%, mentre la proporzione di casi attribuibili a trasmissione tra MSM, nello stesso periodo, è gradualmente aumentata dal 38,2% nel 2012 al 45,7% nel 2020.

Dal 2012 il numero più elevato di diagnosi è stato riportato ogni anno negli MSM (Figura 6).

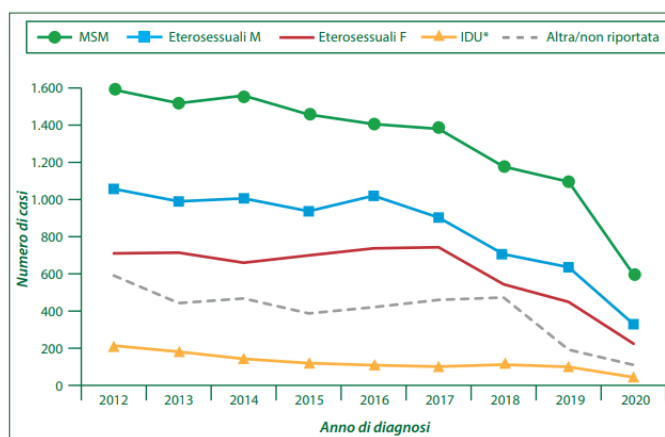


Figura 6 - Numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione e anno di diagnosi (2012-2020)

(*) Persone che fanno uso di droghe per via iniettiva

Per tutte le modalità di trasmissione si osserva, dal 2012, una costante diminuzione del numero di casi.

Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione

La Tabella 6 mostra il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV e l'incidenza per Regione di residenza nel 2020, stratificato per modalità di trasmissione sia nelle Regioni che nel 2020 hanno riportato un numero di nuove diagnosi superiore a 100, che nei rispettivi capoluoghi di Regione, quella di eterosessuali maschi in Lombardia (33,3%), di eterosessuali femmine in Emilia-Romagna (30,0%).

Nei rispettivi capoluoghi di Regione la proporzione più alta di MSM si osserva a Firenze (66,7%) a seguire la proporzione più elevata di eterosessuali maschi è riportata a Roma, mentre la proporzione più elevata di eterosessuali femmine si riscontra a Bologna (32,1%).

Tabella 6 - Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione nelle Regioni (e nei rispettivi capoluoghi di residenza) con numero di diagnosi > 100 (2020)

Regioni ^a	MSM		Eterosessuali M		Eterosessuali F		IDU		Totale dei casi con modalità riportata	Totale dei casi con modalità non riportata ^c	Totale	Incidenza per 100.000 residenti
	n.	% di riga ^b	n.	% di riga ^b	n.	% di riga ^b	n.	% di riga ^b	n.	n.	n.	
Lombardia	47	46,1	34	33,3	20	19,6	1	1,0	102	10	112	1,2
Emilia-Romagna	57	40,7	36	25,7	42	30,0	5	3,6	140	16	156	3,1
Toscana	72	52,2	37	26,8	22	15,9	7	5,1	138	6	144	3,1
Lazio	121	56,5	60	28,0	32	15,0	1	0,5	214	13	227	3,6
Campania	52	47,3	29	26,4	23	20,9	6	5,4	110	2	112	2,0
Totale	349	49,7	196	27,8	139	19,7	20	2,8	704	47	751	
Altre Regioni												
Nord	120	49,2	63	25,8	48	19,7	13	5,3	244	40	284	
Centro	20	37,7	20	37,7	9	17,0	4	7,6	53	6	59	
Sud e Isole	107	55,8	50	26,0	28	14,6	7	3,6	192	17	209	
Totale	247	50,5	133	27,2	85	17,4	24	4,9	489	63	552	
Capoluoghi												
Regioni^a												
Milano	27	61,4	12	27,2	4	9,1	1	2,3	44	1	45	1,4
Bologna	14	50,0	3	10,7	9	32,1	2	7,2	28	11	39	3,8
Firenze	16	66,7	3	12,5	4	16,7	1	4,1	24	1	25	2,5
Roma	96	54,9	52	29,7	25	14,3	2	1,1	175	11	186	4,4
Napoli	40	62,5	11	17,2	8	12,5	5	7,8	64	2	66	2,2
Totale Italia	596	50,0	329	27,6	224	18,7	44	3,7	1.193	110	1.303	2,2

(a) Con più di 100 diagnosi nel 2020; (b) percentuale calcolata sul totale dei dati disponibili per modalità di trasmissione; (c) comprende 7 casi di trasmissione verticale (5 casi nella classe di età 0-2 anni e 2 nella classe 3-14 anni)

Nel 2020, le incidenze più alte sono state registrate nelle Regioni: Valle d'Aosta (4,0 per 100.000 residenti), Liguria (3,9 per 100.000 residenti), PA di Trento (3,7 per 100.000 residenti) e Lazio (3,6 per 100.000 residenti). Le incidenze più alte si presentano nelle Regioni e Province del Centro-Nord (Figura 3A-3 b).

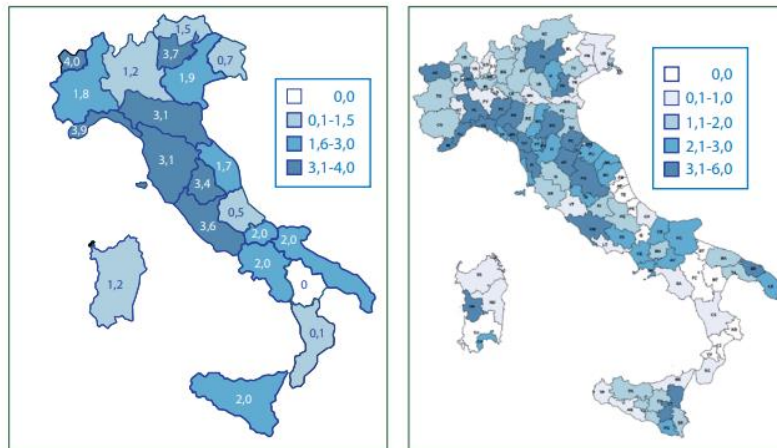


Figura 3A - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (per 100.000 residenti) per Regione di residenza (2020)

Figura 3B - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (per 100.000 residenti) per Provincia di residenza (2020)

GENERE ED ETÀ ALLA DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV

Dal 2012 al 2020 il rapporto M/F alla diagnosi HIV è aumentato passando da 3,7 a 4 casi in maschi per ogni caso in femmine. Escludendo le persone di età inferiore ai 15 anni diagnosticate con HIV, soltanto per le femmine si osservano ampie variazioni dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione che passa da 36 anni nel 2012 a 40 anni nel 2020; per i maschi l'età mediana alla diagnosi passa da 38 anni nel 2012 a 40 nel 2020. L'andamento dell'età mediana alla diagnosi di infezione da HIV cambia in base alla modalità di trasmissione. Dal 2012 al 2018 per gli MSM l'età mediana aumenta lievemente da 36 a 38 anni, raggiungendo i 38 anni nel 2020, mentre per gli eterosessuali maschi aumenta in modo più marcato passando dai 41 a 45 anni, per le eterosessuali femmine da 35 a 41 anni e per gli IDU si osserva una diminuzione da 40 a 36 anni.

La Figura 4 riporta la distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e modalità di trasmissione. Le più alte proporzioni di MSM si riscontrano nella fascia di età 25-29 anni (63,2%). Le più alte proporzioni di eterosessuali maschi si osservano invece nella classe di età 60-69 anni (41,9%). La classe con la più alta proporzione di eterosessuali femmine è 50-59 anni (21,1%). Le sette diagnosi riportate in età pediatrica (0-14 anni) comprendono sette casi di trasmissione verticale in quattro neonati e in tre bambini di età 2, 6 e 10 anni; sei sono di nazionalità straniera e uno di nazionalità italiana con madre straniera.

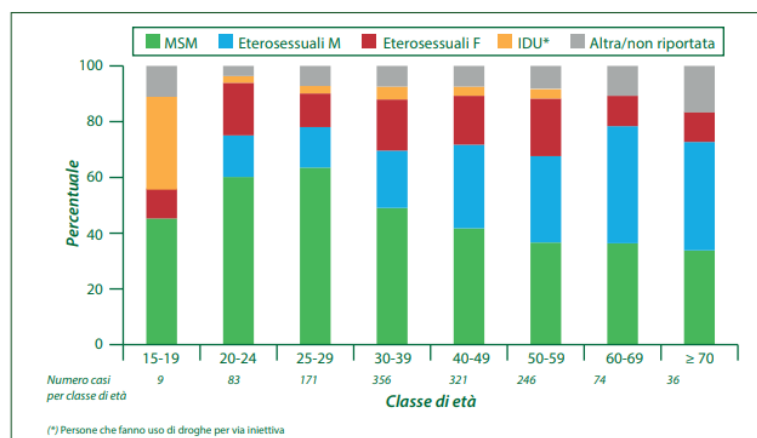


Figura 4 - Proporzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e modalità di trasmissione (2020)

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE: ETA' E GENERE

L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di AIDS mostra un aumento nel tempo, sia tra i maschi che tra le femmine. Infatti, se nel 2001 la mediana era di 39 anni per i maschi e di 36 per le femmine, nel 2020 le mediane sono salite rispettivamente a 48 e 46 anni (Figura 14). Nell'ultimo decennio la proporzione di casi di AIDS in femmine tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 23-26%. La Tabella 16 mostra la distribuzione dei casi per classe d'età e genere negli anni 2000, 2010, 2020 e nel totale dei casi notificati dall'inizio dell'epidemia. Il 65% del totale dei casi si concentra nella classe d'età 30-49 anni. In particolare, rispetto al 2000, è aumentata in modo rilevante la quota di casi di età ≥ 40 anni: per i maschi dal 44,1% nel 2010 al 71,8% nel 2020 e per le femmine dal 27,0% nel 2000 al 69,0% nel 2020.

Tabella 16 - Percentuale dei casi di AIDS, per classe di età e genere negli anni 2000, 2010, 2020 e nel totale dei casi (percentuali di colonna)

Classe d'età	Maschi			Femmine			Totale (1982-2020)		
	2000 n. 1.488	2010 n. 850	2020 n. 255	2000 n. 470	2010 n. 300	2020 n. 97	Maschi n. 55.200	Femmine n. 16.391	Totale n. 71.591
0	0,0	0,1	0,0	0,4	0,3	0,0	0,2	0,9	0,4
1-4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,9	0,4
5-9	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,5	0,2
10-12	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
13-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1
15-19	0,1	0,0	0,4	0,4	1,0	0,0	0,3	0,5	0,3
20-24	1,0	2,1	2,4	4,9	5,0	0,0	3,1	6,4	3,9
25-29	5,3	4,7	4,7	15,3	9,0	6,2	15,3	21,5	16,7
30-34	18,5	10,4	7,8	27,0	14,3	11,3	24,9	25,5	25,0
35-39	30,8	17,2	12,9	24,5	14,0	13,4	19,9	17,7	19,4
40-49	27,5	36,6	24,3	18,7	36,3	26,8	21,7	17,0	20,6
50-59	11,0	18,2	31,0	4,7	15,7	34,0	9,5	6,1	8,7
≥ 60	5,6	10,6	16,5	3,6	4,0	8,2	4,7	2,9	4,3

MODALITA' DI TRASMISSIONE

Le modalità di trasmissione, per i casi di AIDS come per le nuove diagnosi di infezione da HIV, vengono attribuite a ogni singolo caso secondo un ordine gerarchico che risponde ai criteri del Sistema di sorveglianza europeo dell'AIDS. La distribuzione dei casi adulti per modalità di trasmissione e periodo di diagnosi evidenzia come il 49,9% del totale dei casi segnalati tra il 1982 e il 2020 sia attribuibile a persone che fanno uso di droghe per via iniettiva (IDU). La distribuzione nel tempo mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili ai rapporti sessuali (MSM ed eterosessuali, quest'ultima rappresenta la modalità di trasmissione più frequente nell'ultimo biennio) e una corrispondente diminuzione dei casi attribuibili alle altre modalità di trasmissione. La distribuzione dei casi di AIDS attribuibili a rapporti eterosessuali (18.662 casi), ulteriormente suddivisa in base alla provenienza del soggetto o al tipo di partner e al genere, è presentata in Tabella 18 (vedi Note tecniche per la lettura, punto i). Sono stati inclusi nel gruppo "partner promiscuo" i partner di prostituta e le prostitute. Si osserva che in un decennio è diminuita la proporzione degli eterosessuali che hanno un partner IDU.

DIAGNOSI TARDIVE DI AIDS

La Tabella 21 riporta le caratteristiche dei pazienti suddivisi secondo il tempo intercorso tra il primo test HIV positivo e la diagnosi di AIDS (informazione che viene raccolta dal 1996). Si osserva che la proporzione di pazienti con una diagnosi di sieropositività vicina (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è in costante aumento, passando dal 48,2% nel 2000 all'80,4% nel 2020. Nell'ultimo quinquennio si è stabilizzata intorno al 70% dei casi. Nel periodo 2000-2020 tale proporzione è stata più elevata tra coloro che hanno come modalità di trasmissione i rapporti sessuali (eterosessuale 69,7%, MSM 65,0%) e tra gli stranieri (72,2%). Questi risultati indicano che molti soggetti ricevono una diagnosi di AIDS avendo scoperto da poco tempo la propria sieropositività.

Tabella 21 - Tempo intercorso tra il 1° test HIV+ e la diagnosi di AIDS

Anno di diagnosi	< 6 mesi		≥ 6 mesi	
	n. casi	% di riga	n. casi	% di riga
2000	922	48,2	992	51,8
2001	851	47,8	930	52,2
2002	890	51,3	845	48,7
2003	865	51,0	832	49,0
2004	803	51,0	773	49,0
2005	769	52,0	710	48,0
2006	745	53,8	641	46,2
2007	718	55,1	585	44,9
2008	740	58,7	521	41,3
2009	670	60,1	444	39,9
2010	700	66,2	357	33,8
2011	614	62,3	372	37,7
2012	670	66,0	345	34,0
2013	688	67,9	325	32,1
2014	614	71,1	250	28,9
2015	595	73,7	212	26,3
2016	620	75,8	198	24,2
2017	543	74,9	182	25,1
2018	502	75,1	166	24,9
2019	393	70,9	161	29,1
2020	258	80,4	63	19,6
Genere				
Maschi	14.096	51,6	13.247	48,4
Femmine	3.962	45,3	4.782	54,7
Modalità di trasmissione				
Eterosessuale	9.362	69,7	4.071	30,3
MSM	4.835	65,0	2.609	35,0
IDU*	1.917	15,3	10.574	84,7
Trasmissione verticale	47	51,1	45	48,9
Altro/Non riportata	1.897	72,2	730	27,8
Area geografica di provenienza				
Italia	13.383	45,2	16.219	54,8
Estera	4.506	72,2	1.735	27,8
Non nota	169	69,3	75	30,7
Totale	18.058	50,0	18.029	50,0

(*) Persone che fanno uso di droghe per via iniettiva

HIV/AIDS in Toscana

Monia Puglia e Fabio Voller

Osservatorio di epidemiologia - Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

In Italia, la raccolta sistematica dei dati sui casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) è iniziata nel 1982 e nel giugno 1984 è stata formalizzata in un sistema di sorveglianza nazionale attraverso il quale vengono segnalati i casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche del Paese. Con il Decreto Ministeriale del 28 novembre 1986 (Gazzetta Ufficiale n. 288 del 12 Dicembre 1986), l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria, ovvero è sottoposta a notifica speciale mediante la compilazione di un'apposita scheda che il medico segnalatore compila e trasmette sia all' Agenzia Regionali di Sanità della Toscana (ARS) sia al Centro Operativo AIDS dell'ISS.

Il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è stato istituito con il Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 (Gazzetta Ufficiale n. 175 del 28 luglio 2008). In seguito alla pubblicazione del Decreto, molte regioni italiane hanno istituito un sistema di sorveglianza di questa infezione, unendosi ad altre regioni e province che già da vari anni si erano organizzate in modo autonomo e avevano iniziato a raccogliere i dati. Dal 2012, tutte le regioni italiane hanno attivato un Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV raggiungendo così una copertura del Sistema di sorveglianza del 100%.

Il Decreto Ministeriale affida al COA il compito di raccogliere le segnalazioni, gestire e analizzare i dati e assicurare il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute. I dati vengono raccolti in prima istanza dalle regioni che, a loro volta, li inviano al COA.

Al Sistema di sorveglianza vengono notificati i casi in cui viene posta per la prima volta la diagnosi di infezione da HIV, a prescindere dalla presenza di sintomi AIDS-correlati.

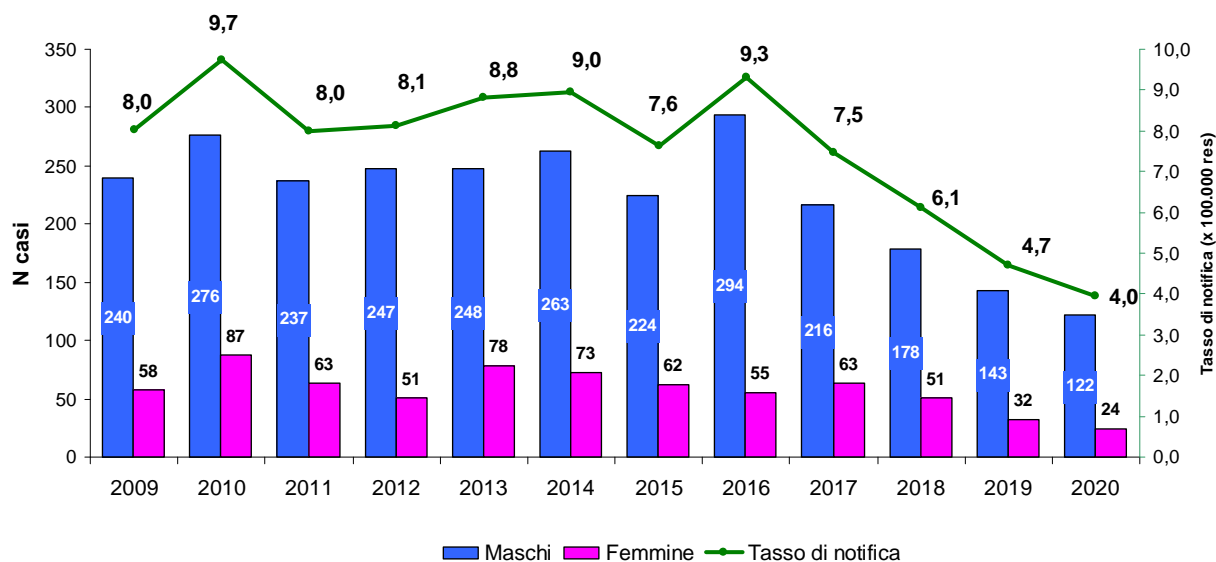
In Toscana il sistema di sorveglianza di entrambe le patologie è affidato all'Agenzia regionale di sanità, che dal 2004 gestisce il Registro Regionale AIDS (RRA) e dal 2009 la notifica delle nuove diagnosi di HIV.

HIV

In Italia, nel 2020, l'incidenza HIV è pari a 2,2 nuove diagnosi per 100.000 residenti. Rispetto all'incidenza riportata dai Paesi dell'Unione Europea, l'Italia si posiziona lievemente al di sotto della media europea (3,3 nuovi casi per 100.000 residenti). La Toscana con 3,1 nuove diagnosi per 100.000 residenti, è tra le regioni con incidenza più alta della media italiana¹.

Le nuove diagnosi di infezione da HIV notificate in Toscana (dati aggiornati al 31 ottobre 2021), stabili dal 2009 al 2016, sono in diminuzione negli ultimi anni, così come in Italia, in particolare negli ultimi due anni: 175 casi (tasso di notifica: 4,7 per 1000.000 residenti) nel 2019, in diminuzione del 24% rispetto al 2018 quando i casi erano 229 e del 50% rispetto al 2016 quando i casi erano 349; 146 casi nel 2020 (tasso di notifica: 4,0 per 1000.000 residenti) in calo di un ulteriore 17% rispetto al 2019 (**Figura 1**). I casi del 2019-2020 potrebbero essere sottostimati a seguito di un ritardo di notifica di alcune schede dai centri clinici, reparti di malattie fortemente impegnati per la cura del Covid-19 e dalle misure necessarie per il contenimento della pandemia che potrebbero aver ridotto l'accesso ai servizi. Ma una reale diminuzione potrebbe essere il risultato sia di efficienti campagne di prevenzione e di sensibilizzazione sia di nuove terapie come la Profilassi Pre Esposizione (PrEP), la somministrazione preventiva di farmaci in caso di rischio. L'83,6% dei casi notificati riguarda il genere maschile (rapporto maschi/femmine 5,1:1; incidenza maschi: 6,8 per 100.000; femmine: 1,3 per 100.000).

Figura 1 Numero di nuove diagnosi di HIV in Toscana e tasso di notifica (per 100.000 residenti) per genere ed anno di diagnosi. Anni 2009-2020

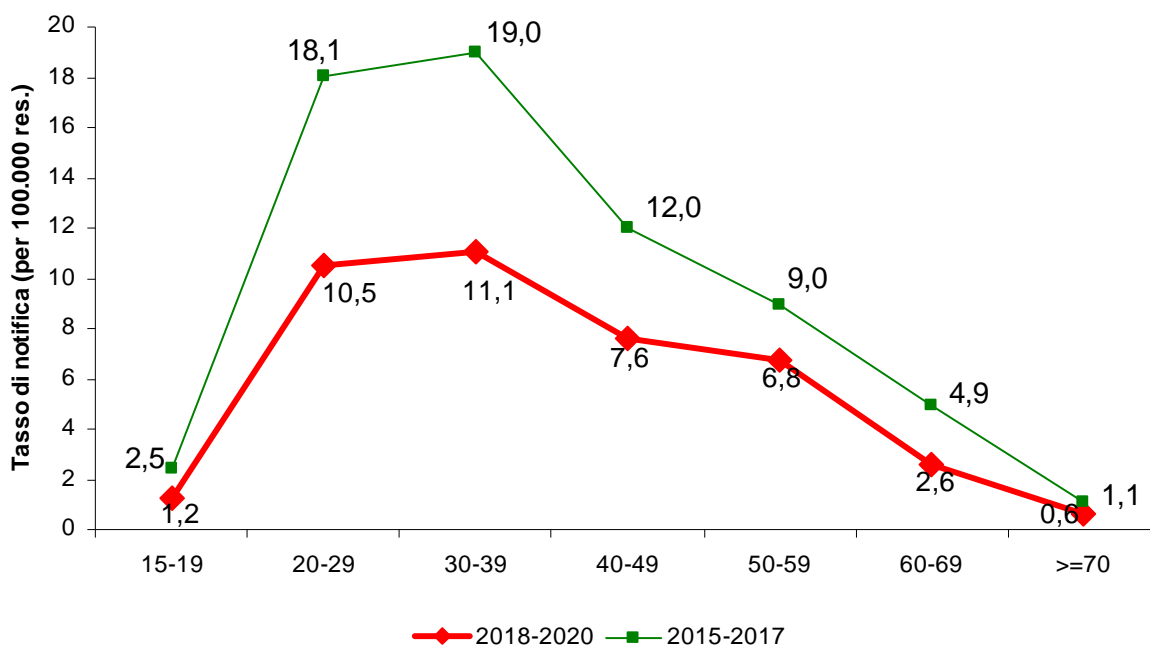


I più colpiti sono i 30-39 enni, seguiti dai giovani di età compresa tra 20 e 29 anni e dagli adulti di età compresa tra 40 e 49 anni, in tutte le fasce di età si registra una diminuzione dei casi rispetto al triennio precedente (**Figura 2**). Per le femmine si osservano ampie variazioni

¹ COA (Centro Operativo Aids). Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2020. Volume 34, Numero 11, Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 2021, Roma.

dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione, che passa da 32 anni (range interquartile: IQR: 27-41 anni) nel 2009-11 a 43 anni (IQR: 31-52 anni) nel 2018-20; per i maschi l'età mediana alla diagnosi resta invariata, pari a 39 anni. I casi pediatrici, che presentano quasi tutti modalità di trasmissione verticale tra madre e figlio, sono diventati rari, grazie alla terapia antiretrovirale somministrata alla madre sieropositiva e all'introduzione del test per HIV tra gli esami previsti nel libretto di gravidanza. Non si sono verificati casi pediatrici negli ultimi cinque anni in Toscana.

Figura 2 Tasso di notifica (per 100.000 residenti) di HIV per classi di età alla diagnosi. Triennio 2018-2020 e confronto triennio 2015-2017



Tra i casi diagnosticati in Toscana nel triennio 2018-20, 187 (34,1% del totale) riguardano la popolazione straniera: le nazionalità straniere più frequenti sono Brasile, Perù e Nigeria. I tassi grezzi dei casi per cittadinanza (**Figura 3**) evidenziano sia per gli stranieri che per gli italiani un andamento in diminuzione negli anni sebbene i tassi degli stranieri si mantengono 4 volte e mezzo superiori a quelli degli italiani.

La modalità di trasmissione viene attribuita secondo un ordine gerarchico che risponde a criteri definiti a livello internazionale². Ogni nuova diagnosi è classificata in un solo gruppo e coloro che presentano più di una modalità vengono classificati nel gruppo con rischio di trasmissione più elevato (in ordine decrescente di rischio: IDU, MSM, eterosessuali, non riportato).

La maggior parte delle infezioni da HIV è attribuibile a rapporti sessuali non protetti, a sottolineare l'abbassamento del livello di guardia e la bassa percezione del rischio nella popolazione. I rapporti eterosessuali rappresentano la modalità di trasmissione nettamente più frequente per le donne (90,0% nell'ultimo triennio). Nei maschi il contagio è nel 30,3% eterosessuale e nel 58,5% dei casi

²Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. MMWR 2005;54(RR02):1-20.

omosessuale. La proporzione di casi attribuibili a trasmissione tra MSM è gradualmente aumentata negli anni dal 49,2% nel 2009-2011 al 58,5% nel 2018-2020. Le persone che si sono infettate a causa dell'uso di droghe iniettive sono il 5,6% e il 4,7% rispettivamente per maschi e femmine (Figura 4).

Figura 3 Tasso di notifica (per 100.000 residenti) di HIV per cittadinanza ed anno di diagnosi. Anni 2009-2020

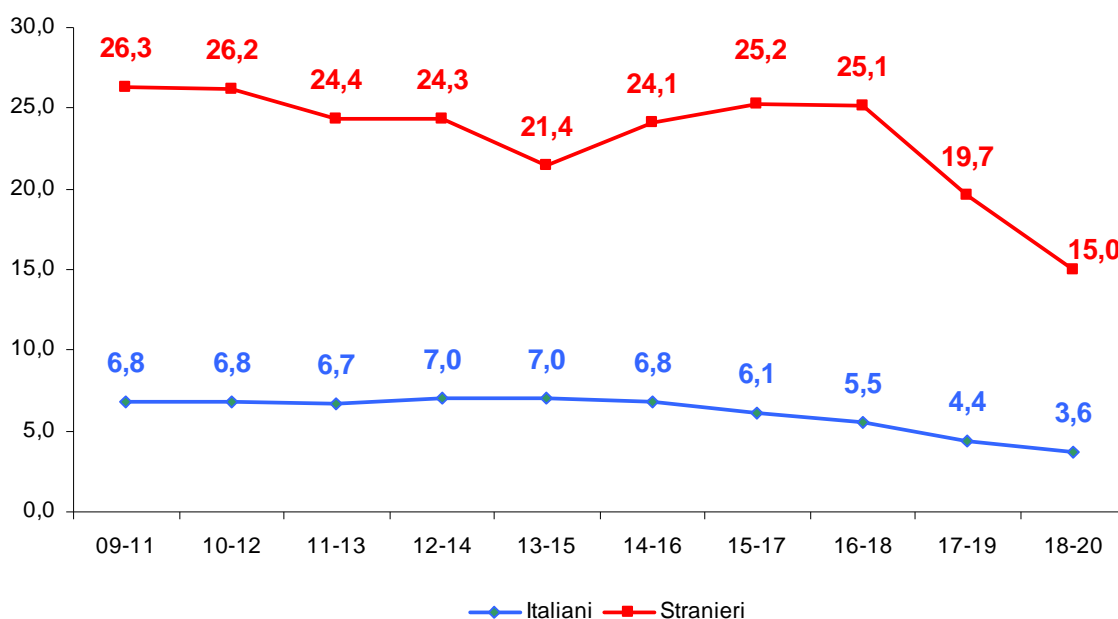
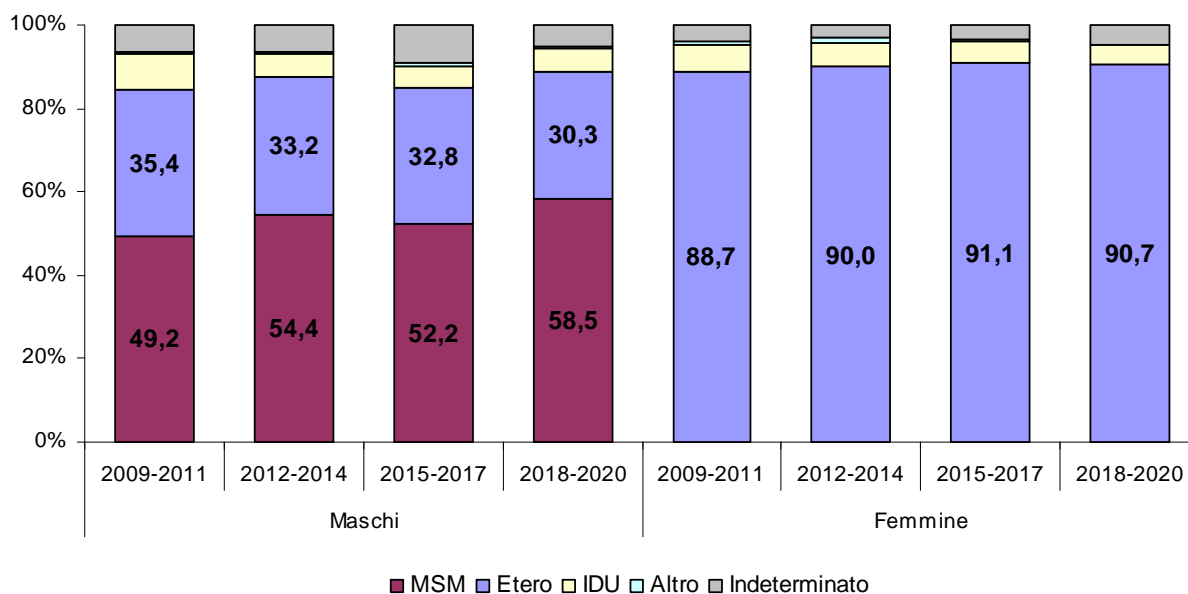


Figura 4 Modalità di trasmissione dei casi adulti di HIV notificati in Toscana per genere. Anni 2009-2020



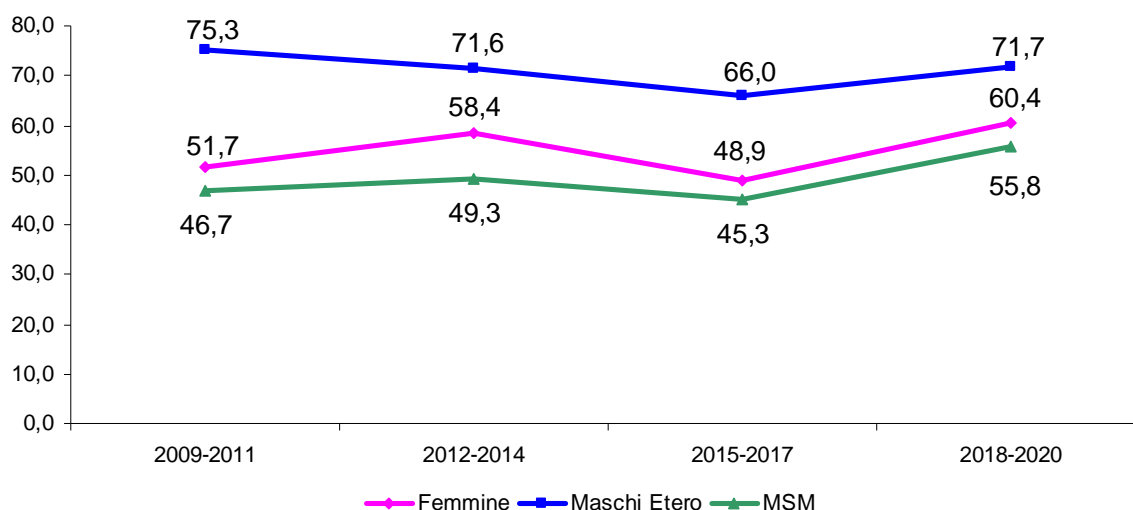
MSM: Maschi che fanno sesso con maschi; IDU: (Injection Drug Users) Uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa; Altro: ha ricevuto fattori della coagulazione/trasfusione, cellule staminali, contatto accidentale con sangue, ecc

Una quota importante di pazienti si presenta tardi alla prima diagnosi di sieropositività, evidenziando già un quadro immunologico compromesso. Una diagnosi tardiva dell'infezione HIV comporta, oltre ad un conseguente ritardo dell'inizio del percorso terapeutico, una ridotta efficacia della terapia, in quanto è più probabile che il paziente presenti infezioni opportunistiche che rischiano di compromettere l'effetto della terapia. Inoltre nei pazienti con infezione avanzata, il virus tende a replicarsi più velocemente, determinando un aumento della carica virale e un conseguente rischio di infezione.

La consapevolezza da parte del paziente del proprio stato di sieropositività è un elemento molto importante in quanto permette di accedere tempestivamente alla terapia antiretrovirale e di ridurre la probabilità di trasmissione dell'infezione legata a comportamenti a rischio.

Un caso di HIV su 4 è già in AIDS conclamato al momento della diagnosi di sieropositività, trend in leggero aumento negli anni. La proporzione delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV diagnosticate con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/μL è del 42,9%, mentre quella di coloro con un numero di CD4 inferiore a 350 cell/μL è del 59,3%, valori in aumento negli anni e in linea con quelli medi nazionali. Il 60,4% è *Late Presenter* (LP) ovvero si presenta alla prima diagnosi di sieropositività con un quadro immunologico già compromesso (numero di CD4 < 350 cell/ μL), o con una patologia indicativa di AIDS. Gli eterosessuali maschi presentano proporzioni sempre superiori di diagnosi tardive rispetto agli MSM e alle femmine. Da notare, comunque, il trend in crescita anche per gli MSM e le femmine eterosessuali (**Figura 5**).

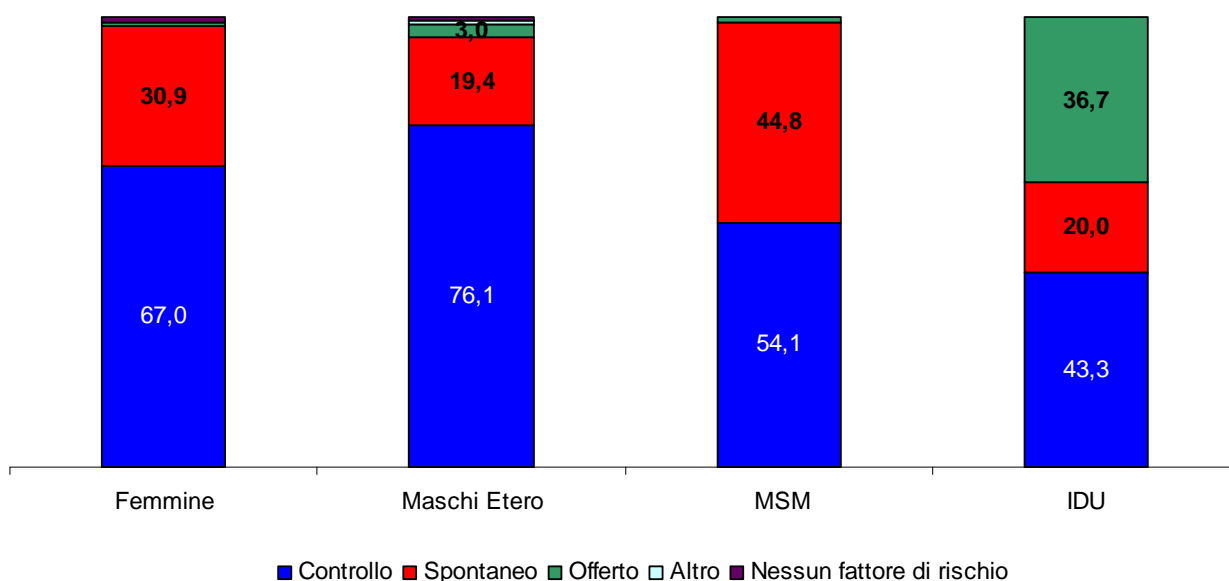
Figura 5 *Late Presenter* (CD4<350 cell/μL oppure patologia indicativa di AIDS) per modalità di trasmissione del virus e genere. Anni 2009-2020



La scheda di segnalazione rileva anche il motivo per cui è eseguito il test HIV. Nell'ultimo triennio il 61,1% dei pazienti effettua il test in seguito ad un controllo, nel momento in cui vi è il sospetto di una patologia HIV-correlata o una sospetta malattia a Trasmissione Sessuale (MTS) o un quadro

clinico di infezione acuta e solo il 33,8% lo effettua spontaneamente per percezione di rischio, a confermare la bassa percezione del rischio. Nelle femmine oltre a queste due motivazioni, si aggiunge una quota importante di donne che ha eseguito il test durante un controllo ginecologico in gravidanza (9,4%). Gli MSM continuano ad avere una maggior percezione del rischio rispetto agli eterosessuali, effettuando il test spontaneamente per percezione del rischio nel 44,8% dei casi (19,4% negli etero maschi e 30,9% nelle femmine etero) (**Figura 6**).

Figura 6 Motivo di esecuzione del test dei casi adulti di HIV notificati in Toscana per modalità di trasmissione del virus. Anni 2018-2020



AIDS

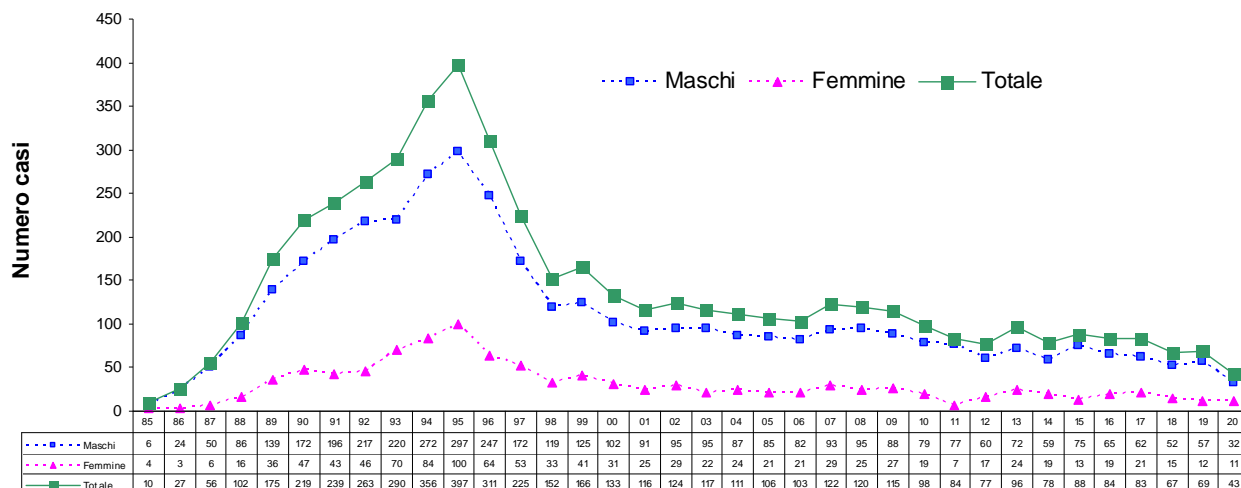
L'andamento dei casi di AIDS in Toscana (**Figura 7**) è analogo a quello nazionale: si evidenzia un incremento dell'incidenza dall'inizio dell'epidemia sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione dal 1996 fino al 2000 e da una successiva costante lieve diminuzione, accentuata nel 2020 con 43 casi notificati, corrispondenti ad un tasso di notifica di 1,2 per 100.000 abitanti (dati aggiornati al 31 ottobre 2021). I casi dell'ultimo anno potrebbero essere sottostimati a seguito di un ritardo di notifica di alcune schede dai centri clinici ma comunque una leggera riduzione dei casi potrebbe essere reale come conseguenza stessa della riduzione dei casi di HIV.

L'incidenza per area geografica mostra in Italia la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro paese, come risulta dall'incidenza che è mediamente più bassa nelle regioni meridionali. La Toscana, secondo gli ultimi dati pubblicati dall'ISS³, continua ad avere

3 COA (Centro Operativo Aids). Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2020. Volume 34, Numero 11, Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 2021, Roma.

un tasso di incidenza leggermente maggiore rispetto a quello nazionale (0,8 per 100.000 vs 0,7 per 100.000 residenti) e a collocarsi tra le regioni con incidenza più alta.

Figura 7 Numero di casi di AIDS notificati in Toscana per anno di diagnosi e genere - Anni 1985-2020



In Toscana, dall'inizio dell'epidemia al 31 dicembre 2019, sono stati notificati 5022 nuovi casi di AIDS. I casi pediatrici risultano 55: 52 casi registrati prima del 2001, 1 nel 2011, 1 nel 2012 e un caso nel 2015. Nessun caso è stato registrato negli ultimi 5 anni. Ci si ammala di AIDS in età sempre più avanzata: l'età mediana alla diagnosi presenta, nel corso degli anni, un aumento progressivo in entrambi i generi. Ciò si verifica in seguito ai cambiamenti nei comportamenti individuali: la modalità di trasmissione è passata da essere legata alla tossicodipendenza e al mondo giovanile alla trasmissione per via sessuale che riguarda non più solo i giovani ma tutta la popolazione. L'età aumenta anche per effetto della terapia farmacologica che ritarda, anche di molto, la progressione dell'HIV in AIDS. Si è così passati dalle età mediane di 31 anni nel 1990, ai 39 anni nel 2000, ai 45 anni nel 2010 fino ad arrivare ai 48 anni nel 2020.

A fronte di una stabilizzazione dei casi notificati si contrappone un forte incremento dei casi prevalenti⁴ (2.277 al 31/12/2020), legato all'aumento della sopravvivenza (**Figura 8**).

La modalità di trasmissione del virus HIV ha subito nel corso degli anni un'inversione di tendenza: il maggior numero di infezioni non avviene più, come agli inizi dell'epidemia per la tossicodipendenza ma è attribuibile a trasmissione sessuale, soprattutto eterosessuale. Queste due ultime categorie di trasmissione rappresentano nell'ultimo triennio l'88,3% dei nuovi casi adulti di AIDS e, in particolare, il 48,6% è relativo a rapporti eterosessuali (**Figura 9**).

⁴ Il dato della mortalità può essere sottostimato in quanto si basa unicamente sulle segnalazioni di decesso dei reparti di malattie infettive, segnalazione che non è obbligatoria.

Figura 8 Tassi di notifica e prevalenza di AIDS (per 100.000 residenti) notificati in Toscana – Anni 1988-2020

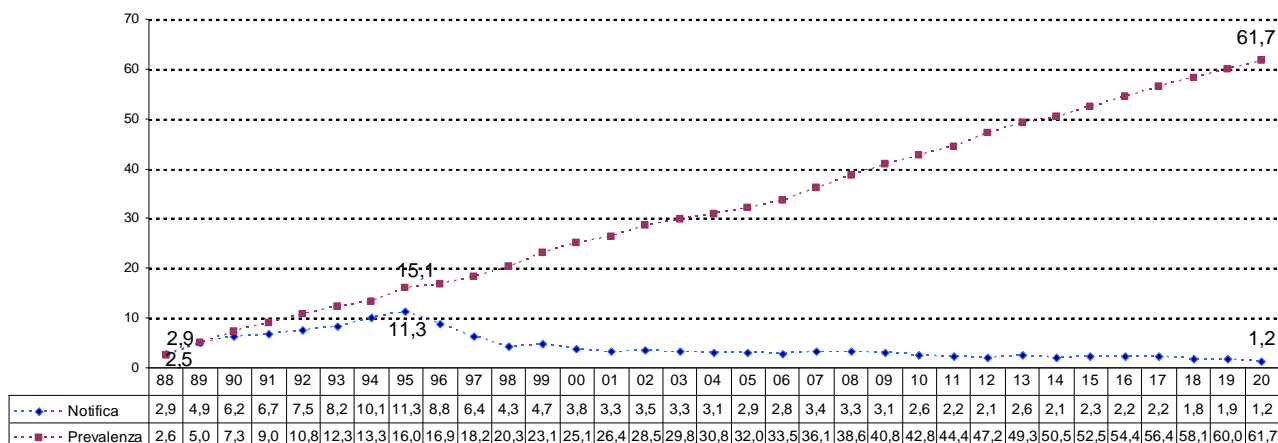
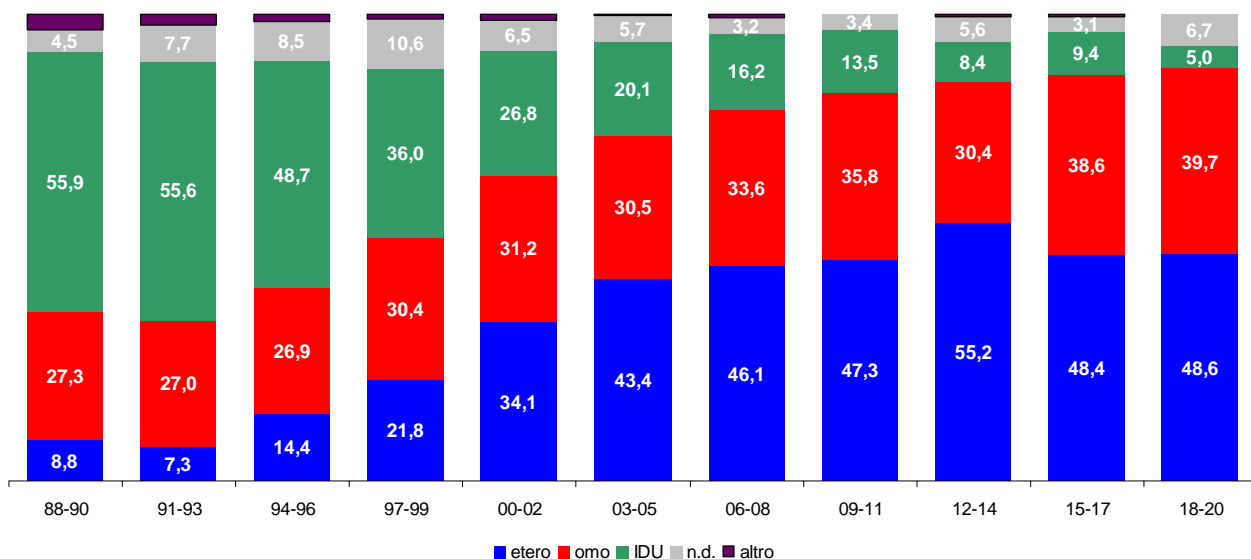


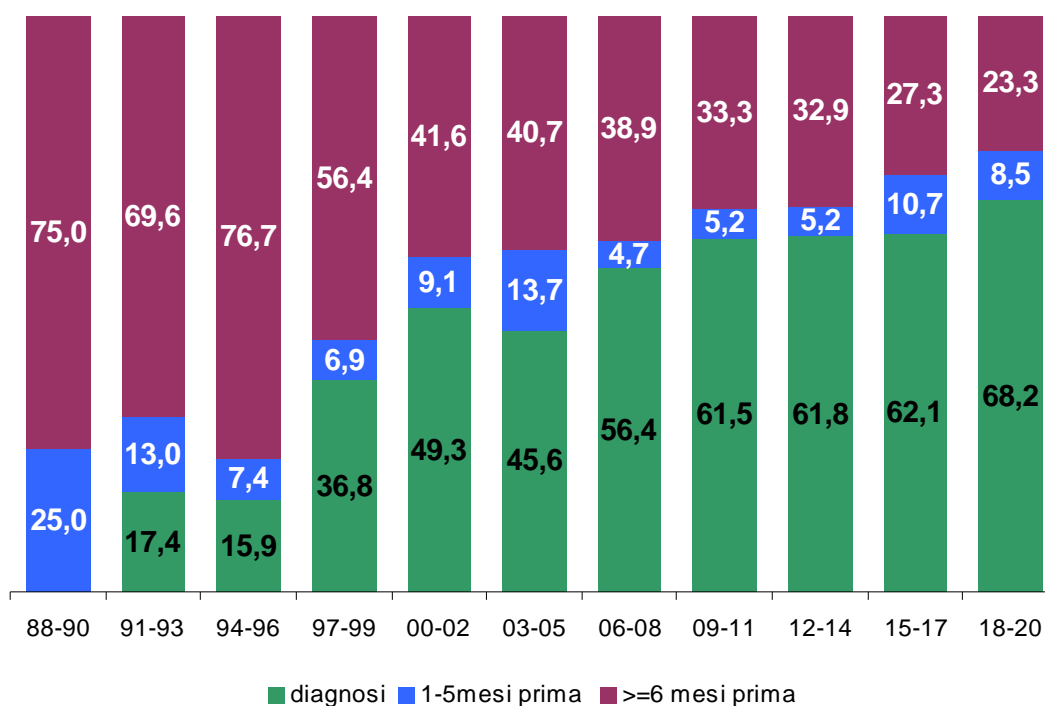
Figura 9 Modalità di trasmissione dei casi adulti di AIDS notificati in Toscana. Anni 1988-2020



MSM: Maschi che fanno sesso con maschi; IDU: (Injection Drug Users) Uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa; Altro: ha ricevuto fattori della coagulazione/trasfusione, cellule staminali, contatto accidentale con sangue, ecc

Questo dato sottolinea l'abbassamento del livello di guardia nella popolazione generale: gli eterosessuali non si ritengono soggetti "a rischio" ed invece rappresentano la categoria che più ha bisogno di informazione. Molti dei nuovi sieropositivi, che hanno contratto il virus attraverso rapporti sessuali non protetti, non sanno di esserlo e continuano a diffondere la malattia senza avere coscienza del rischio. Si osserva che la proporzione di pazienti con una diagnosi di sieropositività vicina (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è in costante aumento nel tempo (**Figura 10**) ed è più elevata tra coloro che hanno come modalità di trasmissione i rapporti eterosessuali. Questi risultati indicano che molti soggetti ricevono una diagnosi di AIDS avendo scoperto da poco tempo la propria sieropositività.

Figura 10 Tempo intercorso tra la diagnosi di HIV e la diagnosi di AIDS dei casi adulti di AIDS notificati in Toscana. Anni 1988-2020



In conclusione, in Toscana i nuovi dati del Sistema di Sorveglianza HIV rivelano una tendenza alla diminuzione delle nuove notifiche, già in atto negli ultimi anni, ma più evidente negli ultimi 2 anni. Il ridotto numero di casi del 2019-2020 potrebbe essere ascrivibile a più fattori: la ridotta disponibilità dei servizi sanitari, la diminuita presentazione delle persone agli stessi con conseguente ritardo di diagnosi, il ritardo di notifica e la reale diminuzione d'incidenza dell'infezione.

Si conferma, come per gli scorsi anni, la bassa o moderata percezione del rischio di HIV nella popolazione che effettua il test solo quando vi è il sospetto di una patologia HIV correlata o una sospetta MTS o un quadro clinico di infezione acuta e solo il 34% lo effettua spontaneamente per percezione di rischio. Viene così a conoscenza della propria sieropositività in fase avanzata di malattia, spesso già in AIDS. Questo comportamento porta alla diffusione anche inconsapevole dell'infezione e ad un ritardo nell'accesso alle cure. Iniziare la terapia antiretrovirale precocemente è un vantaggio sia in termini di sopravvivenza che di qualità della vita.

La diagnosi tardiva suggerisce problemi persistenti con l'accesso e la diffusione del test. Per ridurre l'alta percentuale di persone con diagnosi tardiva, è essenziale dare priorità a una serie di interventi di sanità pubblica finalizzati ad aumentare la consapevolezza sul grado di diffusione dell'infezione e sulle modalità di trasmissione e prevenzione e facilitare all'accesso ai test.



Di seguito sono riportati, in ordine cronologico, gli articoli pubblicati sul sito www.cesda.net. I contenuti degli articoli riguardano report di ricerche, abstract di pubblicazioni di riviste scientifiche, segnalazione di iniziative di prevenzione di interesse generale. Per una lettura più esaustiva sul tema HIV/AIDS si rimanda alla sezione tematica del sito Cesda.



CHEMSEX, RISCHI CORRELATI ALL'USO DI SOSTANZE

Publicato il [22 Novembre 2021](#) da [redazione](#)

Un articolo di **Riccardo Gatti**, direttore del Dipartimento delle Dipendenze della **Asl Città di Milano**, fa chiarezza su alcuni **miti e inesattezze attorno al chemsex**, ossia all'uso di **sostanze psicotrope finalizzato al presunto aumento di piacere sessuale e/o a una maggiore disinibizione**. Sono varie le sostanze usate a tal proposito: le più comuni sono **alcol, cocaina, mefedrone, GHB, ketamina**. Secondo Gatti il pericolo principale di questa pratica risiede da una parte nel fatto che può dissimulare un comportamento additivo o una patologia mentale, dall'altra che il poliuso di sostanze espone al rischio di danni e di effetti indesiderati o non controllabili. Scrive Gatti: **“Il termine “chemsex” era, in origine, riferito ad eventi correlati a rapporti sessuali tra uomini e, in forma più estensiva a parte della popolazione LGBT (Lesbian, gay, bisexual and transgender). Oggi, tuttavia, il chemsex, non può essere più considerato solo una pratica correlata ad ambiti specifici ed interessa anche persone eterosessuali.** Purtroppo alcune sostanze usate nel chemsex possono creare problemi di dipendenza psicologica, altre dipendenza fisica, e comportare rischi non indifferenti per la salute, fisica e mentale. Questo anche in interazione tra loro o con altri farmaci che, eventualmente, la persona già assume. **L'alterazione che ne deriva può essere una importante concausa di comportamenti a rischio, per la trasmissione di HIV ed HCV ed altre malattie a trasmissione sessuale.** Tutto ciò anche con difficoltà nel dare consenso consapevole ai rapporti con uno specifico partner o a specifiche pratiche sessuali, una volta che le sostanze assunte hanno manifestato il loro effetto. Questo, anche se, il chemsex, non si identifica necessariamente con pratiche di “sesso estremo”. La diffusione del chemsex nel nostro Paese non è nota.

(...) **Quasi tutte le sostanze, salvo forse gli inibitori delle 5 fosfodiesterasi (farmaci per la disfunzione erettile), sebbene in modo diverso, hanno in comune la capacità di alterare la percezione, la critica ed il giudizio.** Anche a questo si lega la loro azione, che il consumatore cerca di modulare, in base all'esperienza, miscelandole diversamente ed in dosaggi differenti, a seconda dell'effetto desiderato ed ottenuto che è probabilmente legato anche alle aspettative di chi lo ricerca.

Pensare ad un reale completo controllo della situazione, in queste condizioni, diventa molto complicato. Gli effetti di molte sostanze utilizzate sono pienamente descritti e divulgati in diversi ambiti, ma **manca la conoscenza dell'effetto delle stesse quando sono in combinazione tra loro**, per altro in modo differente ed a dosaggi diversi. Inoltre, come succede anche per tutti i farmaci, persone diverse possono avere effetti diversi dalla stessa sostanza assunta nel medesimo modo e con analogo dosaggio.

Ciò che viene chiamato chemsex o, più in generale, il sesso legato all'uso di sostanze, può essere parte di una consapevole scelta di uno stile di vita e/o della ricerca del piacere, ma può anche essere o diventare la manifestazione di un comportamento additivo e, come molti i comportamenti additivi, essere legato ad altre patologie psichiatriche come, ad esempio, la

depressione, il disturbo bipolare, il disturbo da deficit di attenzione nell'adulto, oppure, ancora, essere legato ad una tossicodipendenza o ad una dipendenza patologica da sesso oppure a comportamenti sessuali compulsivi.”



HIV-AIDS: SITUAZIONE IN TOSCANA AL 31-8-2021

Publicato il 3 Novembre 2021 da redazione

Lo scorso 13 ottobre CERGAS SDA Bocconi, in partnership con SIMIT, ha realizzato il progetto **APRI-AIDS Plan Regional Implementation**, per esplorare lo **stato di attuazione del Piano Nazionale PNAIDS (HIV e AIDS – Legge 135/90) dopo due anni di pandemia**. I risultati hanno fotografato una **realtà italiana disomogenea in termini di sorveglianza, presa in carico e prevenzione** dell'infezione HIV. Un approfondimento ha riguardato la situazione in **Toscana**. “In Toscana il sistema di sorveglianza di HIV e di AIDS è affidato all'Agenzia regionale di sanità (ARS), che dal 2004 gestisce il Registro Regionale AIDS (RRA) e dal 2009 la notifica delle nuove diagnosi di HIV. **I nuovi dati del Sistema di Sorveglianza HIV (aggiornati al 31 agosto 2021) rivelano una tendenza alla diminuzione delle nuove notifiche**, già in atto negli ultimi anni, ma più evidente negli ultimi 2 anni: dai 9,3 casi ogni per 100.000 residenti del 2016 siamo scesi a 3,9 casi ogni 100.000 nel 2020. **Tuttavia, si sta osservando un graduale aumento dei casi tra gli omosessuali maschi**: la proporzione di casi attribuibili a trasmissione tra MSM è passata dal 49,3% nel 2009-2011 al 58,5% nel 2018-2020. **Una quota sempre maggiore di pazienti si presenta tardi alla prima diagnosi di sieropositività, cioè in una fase già avanzata di malattia con un quadro immunologico compromesso e spesso già in AIDS**. Questo comportamento è collegato con la bassa o moderata percezione del rischio di HIV nella popolazione che effettua il test solo quando vi è il sospetto di una patologia HIV correlata o una sospetta MTS o un quadro clinico di infezione acuta e non spontaneamente per percezione di rischio. **I casi di Aids sono stabili negli ultimi anni e la Toscana con un'incidenza di 1,3 per 100.000 residenti si colloca nel panorama italiano tra le regioni con incidenza più alta**”, ha spiegato **Monia Puglia, Agenzia Regionale di Sanità Osservatorio Epidemiologia ARS Toscana**.

“**Limitare la diffusione dell'HIV oggi significa dare un forte impulso alla diagnosi precoce e alla rilevazione del sommerso**. Le evidenze scientifiche ci dicono che **se una persona scopre di avere l'HIV e inizia subito il percorso di cura può azzerare la carica virale nel sangue ed evitare gravi danni al sistema immunitario ma soprattutto non è più in grado di trasmettere il virus agli altri**. Occorre che questo principio e funzione della terapia, noto come U=U (Undetectable=Untransmittable) sia sempre più diffuso alle persone perché può incentivare la necessità di fare il test e abbassare la paura e lo stigma verso le persone con HIV. È altrettanto verificato infatti che lo stigma sia a tutto gli effetti una forte barriera sia all'accesso al test (nonostante siano presenti numerosi tipi di offerta più accessibili come quelli al di fuori dei contesti ospedalieri detti Community Based) che alla capacità delle persone con HIV di seguire regolarmente le cure, di confidare la loro situazione agli altri. Inutile dire quanto questo incida sul benessere e salute del singolo e della collettività. C'è molto ancora da fare per migliorare la situazione nonostante i molto sforzi in atto. La limitazione dell'HIV è qualcosa su cui agire e che dipende da ognuno di noi”, ha dichiarato **Sabrina Bellini, Presidente LILA Toscana**.”



PROMETTENTE STUDIO CON NANOPARTICELLE SULL'HIV

Publicato il 22 Ottobre 2021 da redazione

Un **nuovo studio sull'HIV**, che utilizza una nuova tecnica basata sugli **esonomi, promette future applicazioni per bloccare il virus negli esseri umani**: il gruppo di ricercatori del National Institute of Mental Health è riuscito a **bloccare la replicazione del virus dell'HIV nei topi tramite l'utilizzo di nanoparticelle**. “Secondo quanto spiega il comunicato del NIMH, queste nanoparticelle vengono assorbite dalle cellule dei topi infettate dal virus fornendo loro nuove proteine le quali, dopo essersi attaccate al materiale genetico del virus, sono in grado di impedirne la replicazione. La procedura viene spiegata in uno studio pubblicato su *Nature Communications*.^[2] Secondo il comunicato dell'istituto americano, questi risultati potrebbero fornire nuovi metodi per sopprimere lo stesso HIV anche negli esseri umani. (...) **Le**

minuscole particelle sono denominate esosomi, piccoli complessi multi proteici che possono degradare varie tipologie di RNA.

Come spiega Jeymohan Joseph, uno dei responsabili della divisione di ricerca sull'AIDS del NIMH e uno degli autori dello studio, **si tratta di risultati che mostrano quanto potenziale c'è dietro l'ingegneria degli esosomi** onde ideare nuove terapie epigenetiche **per silenziare l'espressione genica dell'HIV nei tessuti cerebrali.** Il virus dell'HIV, infatti, è in grado di nascondersi molto bene dai vari trattamenti proprio nell'area dei tessuti cerebrali (...) In questo nuovo studio i ricercatori hanno usato gli esosomi per fornire proteine ricombinanti anti HIV, denominate ZPAMt, nelle cellule dei topi. Si tratta di proteine progettate in laboratorio in modo che si leghino ad una particolare sezione del virus denominato LTR.

La sezione LTR è quella che è alla base del processo di replicazione del virus. Quello che fa la proteina è modificare la modalità con la quale viene espressa l'informazione genetica del virus rendendo il virus stesso incapace di replicarsi. **La particolarità sta nel fatto che gli esosomi sono in grado, diversamente da altre particelle, di superare più agevolmente la barriera ematoencefalica.**

Una volta iniettate queste particelle nel cervello, nel midollo osseo e nella milza dei topi infettati dall'HIV, **i ricercatori scoprivano che le proteine fornite alle cellule sopprimevano l'espressione del virus.** (...) Secondo Kevin Morris, ricercatore del City of Hope e del Menzies Health Institute Queensland presso la Griffith University, si tratta di risultati che suggeriscono che **è possibile eseguire terapie su cellule infette dall'HIV utilizzando gli esosomi. Si tratta, secondo il ricercatore, di una "tecnologia innovativa** che potrebbe essere un metodo di consegna (dei farmaci, n.d.r.) futuro da utilizzare non solo nell'HIV ma anche per il trattamento di varie altre malattie del cervello come il Parkinson, l'Alzheimer e la dipendenza".



HIV E AIDS IN ITALIA: ANALISI E PROSPETTIVE

Publicato il [24 Settembre 2021](#) da redazione

Secondo l'**ultimo rapporto dell'Iss** in collaborazione col Ministero della Salute le **nuove diagnosi di Hiv sono in calo** (2.532 nel 2019, contro i 2.847 nel 2018), **così come i nuovi casi di Aids** (571 contro i 661 nel 2018), **ma l'incidenza più alta si registra nella fascia 25-29 anni.** Per fare il punto su HIV-AIDS nel nostro paese, il Quotidiano della Sanità ha pubblicato la **sintesi di un confronto fra esperti, ricercatori, medici e politici.** Fra gli interventi riportati, significativo quello di **Stefano Vella,** che ha evidenziato **alcune somiglianze tra l'Aids e la pandemia Covid.** **"L'Aids ha scoperchiato il vaso delle disuguaglianze mondiali.** Perché se fino al 1996 di Aids si moriva in ogni parte del mondo, negli anni successivi la ricerca ha permesso ai pazienti dei paesi 'ricchi' di ricorrere a terapie fortemente efficaci, mentre **in Africa è rimasto un gravissimo problema di accesso ai trattamenti. Un caso che ricorda un po' quello dell'attuale distribuzione dei vaccini contro il Covid.** Anche in quel caso si trattava di una questione di salute globale, ma ci sono voluti anni per migliorare la situazione in Africa". (...) La questione della diagnosi tempestiva è stata una di quelle su cui hanno più spinto gli ospiti di *Camerae Sanitatis.* Anche perché "diagnosi tempestiva significa anche prevenzione per gli altri". In questo ambito Vella ha evidenziato come i farmaci di profilassi di pre-esposizione possa essere utilizzato anche come forma di prevenzione: "Le persone che seguono il trattamento non trasmettono il virus".

Dunque, sensibilizzazione e informazione anzitutto. Ma anche, ha evidenziato **Barbara Suligoj,** **"sorveglianza e monitoraggio dei nuovi casi"**. Un aspetto su cui il Direttore del Centro Operativo Aids dell'Iss ha battuto il punto in quanto, ha spiegato, **"attualmente il numero di nuove diagnosi di Aids è monitorato attraverso un sistema di monitoraggio nato negli anni 80, quindi vecchio e non efficiente"** e, peraltro, "diverso da quello utilizzato per l'Hiv, regolamentato da un decreto ministeriale del 2008". Se non bastasse, ha evidenziato Suligoj, i dati vengono ancora raccolti e trasmessi all'Iss "in forma cartacea", creando un problema anche di privacy, oltre che il rischio di mancata notifica dei casi registrati come Hiv ma poi evoluti in Aids. **"Nel 2021 si prevedeva completamento di piattaforma unica, ma non è stato così, anche a causa del Covid"**, ha detto Suligoj che ha sollecitato il raggiungimento di questo obiettivo, "per migliorare la qualità del dato, garantire un sistema digitalizzato e anche livelli adeguati di privacy".

(...) **La diagnosi e l'accesso alle cure sono,** però, solo una parte, peraltro iniziale, del percorso per i pazienti con Hiv e Aids. Come ripetuto più volte nel corso della puntata, **Hiv e Aids sono ormai a tutte gli effetti considerate malattie croniche. Chi si ammala di Aids vive di più. Anche gli stili di vita sono paragonabili a quelli della popolazione generale.** "Si stima – ha spiegato **Lucia Ferrara** – che entro il 2030, in molti Paesi, 3 persone su 4 con Hiv avranno più di 50 anni e di questi oltre l'80% avrà almeno un'altra patologia cronica oltre l'Hiv, come diabete, malattie cardio vascolari ed epatiche". **Per questo la ricercatrice del Cergas Bocconi** ha posto il problema di realizzare

un **modello di presa in carico sul territorio piuttosto che centrato, come avviene ancora oggi, sugli ospedali e sui reparti di malattie infettive** come strutture di riferimento. Tuttavia, “ad oggi solo 6 regioni italiane hanno definito il Pdta per Hiv”, ha detto la ricercatrice del Cergas Bocconi. E se per Ferrara la leadership clinica deve rimanere nelle mani dell’infettivologo, va comunque costruita una rete integrata di servizi e professionisti, di cui deve far parte anche “la medicina generale per il monitoraggio e la continuità assistenziale”.



IL PROGETTO NEWTECH: NETWORKING TECHNOLOGIES CONTRO L’HIV

Publicato il 16 Settembre 2021 da redazione

Il **CNCA**, insieme a [Anlaids](#), [Arcigay](#), [Caritas](#), [CICA](#), [Gruppo Abele](#), [Lila](#), [Mario Mieli](#), [NADIR](#), [Plus](#), [San Benedetto al Porto](#), sta partecipando al progetto **NeWTeCH**, finanziato dal Ministero della Salute al Dipartimento di Epidemiologia Regione Lazio, sul tema **prevenzione dell’HIV rivolta a giovani via web**. Il progetto **NetWorking Technologies Contro l’Hiv: una ricerca-intervento rivolta ai giovani per la prevenzione dell’HIV** ha come obiettivo generale la realizzazione di una ricerca-intervento che, partendo dall’analisi di contenuti non strutturati disponibili su forum, discussioni, blog e social media possa fornire delle **linee di indirizzo per un intervento preventivo mirato ai giovani digitali**, attraverso la **produzione di una serie di strumenti comunicativi “pilota” per l’eventuale costruzione di una campagna di informazione e prevenzione HIV Aids per i giovani**. Tra i risultati attesi la rilevazione, rappresentazione e descrizione delle aree semantiche “critiche” ricorrenti dei contenuti web, associazione erronea di concetti, disinformazione, fattori culturali associabili alla bassa percezione del rischio e allo stigma verso HIV; lo sviluppo di una revisione sistematica sull’efficacia della comunicazione via web e i social media, con identificazione e sintesi delle evidenze disponibili; la produzione di un documento condiviso da un panel di esperti sulla comunicazione via web per la prevenzione HIV.



CONSUMO DI ALCOL E DISTURBO DA USO DI ALCOL IN ERA SARS-COV-2

Publicato il 7 Settembre 2021 da redazione

L’introduzione dell’articolo **CONSUMO DI ALCOL E DISTURBO DA USO DI ALCOL IN ERA SARS-COV-2**, a cura di G. Testino, F. Caputo, V. Patussi, T. Vignoli, E. Scafato, pubblicato sull’ultimo numero di **MEDICINA DELLE DIPENDENZE**, è dedicata a descrivere e ricostruire le specifiche virali del SARS-CoV-2 e le sue modalità di sviluppo in sindrome citochinica, che può essere clinicamente severa. Tutto a sottolineare quanto sia ben nota la **correlazione dose-dipendente tra infezioni virali e consumo alcolico**.

I dati evidenziano che il 30-40% dei pazienti con AUD (Alcohol Use Disorder) è affetto da HCV e/o HIV; il 70% dei pazienti affetti da HCV e/o HIV ha una storia di AUD (Ruuskanen et al. 2011; Testino et al. 2016). Il consumo di alcol – proseguono gli autori – aumenta anche il rischio di infezioni comunitarie (IC), tra le più frequenti cause di polmonite (si pensi che in Nord America e in Europa hanno un’incidenza annuale di 5-11 casi per 1000 adulti). Naturalmente il CCA (Consumo Cronico di Alcol) incrementa il rischio di infezioni virali e può portare allo sviluppo del cosiddetto “**polmone alcolico**” (Testino, 2000). Ovviamente, ci spiega l’autore il tutto si traduce in maggior rischi di sviluppare danni acuti e polmoniti. In sostanza l’attività di alcuni gruppi di cellule T, B e NK viene drasticamente alterata dall’etanolo, che apre così loro la via primaria di accesso a possibili aggressione virali, sgombrandola da eventuali “ostacoli”. Tra gli altri fattori, poi, non va dimenticato che i pazienti affetti da AUD sono esposti a maggior rischio infettivologico anche per ragioni di **vita irregolare, con possibile mancanza di accesso alle comuni norme igieniche, e talvolta anche il peso di uno stigma che rende ancor più difficile l’accesso al sistema sanitario**.

I pazienti affetti da epatopatia cronica alcol-correlata (*alcohol related liver disease*, ALD) in era covid sono certamente molto fragili. L’articolo prosegue indicando quali alterazioni del sistema immunitario rendono più facili l’acquisizione di infezioni. In particolare l’ALD anche nelle fasi iniziali (steatosi/steatoepatite) produce livelli elevati di citochine, creando un terreno “fertile” per accogliere Covid-19. D’altronde alterazioni epatiche erano già state riscontrate nelle precedenti epidemie da CoV.

Pazienti con AUD e/o con disturbo da uso di sostanze (*Substance Use Disorder*, SUD) sono certamente a maggior rischio di contrarre l’infezione da SARS-CoV-2 e di averne un decorso peggiorato. Sono inoltre

pazienti che presentano spesso comorbidità psichiatrica o intrinseca associata, il cui decorso è particolarmente lungo e complesso. È necessario dunque, concludono gli autori, **approntare una strategia che innanzitutto identifichi e supporti i pazienti affetti da AUD e/o SUD come parte della strategia più complessiva per affrontare la pandemia.**

Per quanto riguarda il tema dei **vaccini**, l'articolo fa riferimento alle dichiarazioni recentemente riportate dai media da parte delle autorità russe sul rapporto tra alcol ed efficacia della vaccinazione (Sputnik V): viene consigliata astensione alcolica nei 15 giorni precedenti e nei 24 successivi la somministrazione del vaccino (raccomandazione peraltro già fornita dall'Osservatorio Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità e dalla Società Italiana Alcolologia). L'interferenza fra alcol e vaccini non è comunque una novità (antiinfluenzale, vaccino HBV, ecc.). **In sostanza, è bene astenersi dal bere in prossimità delle vaccinazioni, o comunque non superare mai i dosaggi "a basso rischio" (1 unità alcolica per la donna e 1-2 per l'uomo), come "doveroso atto di prudenza".** Per quanto riguarda i pz AUD la raccomandazione del Centro Alcolologico è quella di portare i pazienti in astensione da almeno 30 giorni prima di procedere alla vaccinazione, tempo prudenziale necessario per ristabilire l'attività piastrinica, nonché alcuni parametri dell'immunità innata e acquisita.

CONSUMO DI ALCOL E DISTURBO DA USO DI ALCOL IN ERA SARS-COV-2

Di G. Testino, F. Caputo, V. Patussi, T. Vignoli. E. Scafato

Pag 27-31

in MEDICINA DELLE DIPENDENZE

ANNO XI – NUMERO 42

GIUGNO 2021

Articolo completo <https://www.medicinadelledipendenze.it/rivista/tutti-i-numeri/alcol-nuove-e-vecchie-frontiere.html>



RISULTATI POSITIVI PER DUE STUDI FASE TRE PER TRATTAMENTI HIV-AIDS

Publicato il 13 Agosto 2021 da redazione

I risultati di **due studi di fase 3**, riportati da Il Quotidiano della Sanità, sono stati presentati all'**undicesima Conference on HIV Science della International AIDS Society (IAS)**. L'analisi aggregata di due studi di fase III (Studio 1489 e Studio 1490) ha mostrato risultati molto incoraggianti: **il 99% dei partecipanti che hanno iniziato il trattamento con BIC/FTC/TAF ha mantenuto una carica virale non rilevabile (HIV-1 RNA <50 copie/ml) nel corso di 192 settimane di follow-up** (settimana 192, n=476/480, mancanti=esclusi). "Nelle 48 settimane di estensione in aperto nei partecipanti trattati con BIC/FTC/TAF non si sono verificati casi di resistenza emergente dal trattamento a qualsiasi componente del farmaco. Questi risultati – insieme ai dati a lungo termine degli studi di fase III condotti su afroamericani virologicamente soppressi e persone con HIV virologicamente sopresse di età pari o superiore a 65 anni – hanno dimostrato che **BIC/FTC/TAF ha un'efficacia sostenuta, con un'elevata barriera alla resistenza in una gamma di persone con HIV, a prescindere dalla loro anamnesi di trattamento e da sesso, razza o età.**

(...) Gilead ha presentato **ulteriori dati su BIC/FTC/TAF alla conferenza IAS 2021, compresi i risultati dello studio BRAAVE 2020, uno studio clinico di fase III disegnato con il contributo della comunità HIV** e condotto per valutare le risposte specifiche al trattamento di adulti con soppressione virologica, auto-identificatisi come neri o afroamericani, in seguito a uno switch a BIC/FTC/TAF da diversi altri regimi.

In totale, 495 partecipanti allo studio sono stati randomizzati e trattati secondo un rapporto 2:1 per passare a BIC/FTC/TAF in aperto per un massimo di 72 settimane (n=330) o per rimanere su un regime standard di due inibitori nucleosidici della trascrittasi inversa (NRTI) più un terzo agente per 24 settimane, con switch ritardato a BIC/FTC/TAF fino a 48 settimane (n=165).

A 72 settimane, il 99% dei partecipanti (n=246/248, mancanti=esclusi) che sono passati a BIC/FTC/TAF all'inizio dello studio ha mantenuto una carica virale non rilevabile, a prescindere dall'età o dal sesso alla nascita. Questi risultati forniscono ulteriori prove che BIC/FTC/TAF è un'opzione di trattamento efficace e duratura per gli adulti neri virologicamente soppressi.

(...) "Un programma di ricerca clinica che mira ad affrontare i bisogni differenziati insoddisfatti delle persone con HIV può aiutare a informare le strategie di trattamento a lungo termine, ed è fondamentale per la mission di Gilead, quella cioè di aiutare a porre fine all'epidemia di HIV", afferma **Frank Duff**, Senior Vice President, Virology Therapeutic Area Head presso Gilead Sciences. **"I dati quadriennali presentati alla**

conferenza IAS dimostrano l'efficacia e il profilo di sicurezza e duraturi di BIC/FTC/TAF come opzione di trattamento per una vasta gamma di persone con HIV”.



CAMPAGNA DI SCREENING GRATUITI HCV E HIV A FIRENZE

Publicato il 18 Maggio 2021 da redazione

L'ONG Medici con l'Africa (Cuamm) in collaborazione con la rete [Firenze Fast-Track City](#), in particolare con Associazione Progetto Arcobaleno, C.A.T. cooperativa sociale e Fondazione Solidarietà Caritas di Firenze effettueranno nei giorni del 18 e del 19 maggio 2021 uno **screening gratuito di HIV e HCV** rivolto a ospiti, utenti e beneficiari accolti e seguiti dalle realtà sopraindicate.

L'iniziativa, **patrocinata dal Comune di Firenze e dalla Società della Salute**, si colloca all'interno del progetto **Insieme contro l'AIDS e l'Epatite del SIMG** (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie) e **prevede l'offerta gratuita di test per la ricerca di queste due infezioni, garantendo l'anonimato e la professionalità delle prestazioni**. In caso di positività, la persona sarà indirizzata al centro di riferimento, in caso di negatività, saranno fornite informazioni utili ad assumere comportamenti corretti e non a rischio.



ULTIME DALLA 64° SESSIONE DELLA COMMISSION ON NARCOTIC DRUG (CND)

Publicato il 13 Maggio 2021 da redazione

Riportiamo qui una sintesi del dettagliatissimo report della 64° riunione annuale della **Commissione delle Nazioni Unite sugli stupefacenti** (CND), pubblicato recentemente sul sito di International Drugs Policy Consortium ([IDPC](#)). Quest'anno l'evento si è svolto in modalità “ibrida” online/offline, e coincideva con una serie di ricorrenze importanti: il 60° anniversario della Convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, il 50° anniversario della Convenzione delle Nazioni Unite sugli stupefacenti del 1971 e il 5° anniversario della sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sulle droghe, UNGASS 2016.

A quanto riporta l'autrice, i negoziati sono stati lunghi e difficili; si è partiti dalla Dichiarazione originariamente proposta dalla Russia alla fine del 2020, che però non includeva una valutazione esplicita rispetto al rischio che il COVID-19 rappresenta per le persone in regime di detenzione, per giungere poi ad approvare un [testo finale](#) in cui se ne riconosce la maggior vulnerabilità, insieme alle persone dipendenti da sostanze.

La novità maggiore, secondo l'IDPC, è rappresentata però dalla [dichiarazione in plenaria degli Stati Uniti che per la prima volta hanno espresso un sostegno esplicito e positivo alla riduzione del danno](#). Nella dichiarazione si richiedono “soluzioni moderne, come l'ampliamento dell'accesso ai servizi di riduzione del danno e ai servizi di trattamento basati sull'evidenza, in favore di dare priorità all'equità razziale (*ndr* nell'accesso ai servizi)”.

Una seconda questione, prosegue l'articolo, di particolare attenzione è stata quella della depenalizzazione o meglio **decriminalizzazione dell'uso/possesso personale**, che ha ricevuto un sostegno significativo dall'[Ufficio dell'Alto Commissariato per i diritti umani](#), da [UNAIDS](#) e dal [Fondo globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria](#). Nella dichiarazione di UNAIDS si legge “l'impatto positivo sulla salute pubblica della riduzione del danno è ben consolidato la letteratura scientifica. Ambienti legali e politici che evitano la punizione e la criminalizzazione del consumo di sostanze e guardano invece alla tossicodipendenza con un approccio centrato sulla salute pubblica, riducono drasticamente tra le persone che fanno uso di sostanze le nuove infezioni da HIV, oltre che migliorare l'aderenza al trattamento. Ci sono prove schiaccianti che correlano la criminalizzazione del consumo di sostanze stupefacenti con l'aumento del rischio di trasmissione dell'HIV”. Il tema è stato oggetto anche di due eventi collaterali, ma di senso opposto. Da una parte l'evento [We are the evidence. Community-Led responses on Decriminalization, Harm Reduction and COVID-19](#), co-sponsorizzato dal governo norvegese, in cui l'International Network of People who Use Drugs (INPUD) ha presentato un recente rapporto [Drug Decriminalisation: Progress or Political Red Herring?](#) – che contribuisce al dibattito apportando la prospettiva, anche critica, delle persone che fanno uso di sostanze. Dall'altra, invece, nell'evento collaterale [Decriminalizzazione: cosa funziona e cosa no](#), organizzato da Movendi International, si è argomentato contro la depenalizzazione, pur riconoscendo che le persone con una dipendenza dovrebbero ricevere “sanzioni” alternative, ovvero cure e trattamento, non

carcerazione. Di fatto, sottolinea l'autrice, le Nazioni Unite ad oggi già promuovono esplicitamente la decriminalizzazione sia attraverso il testo della [Common Position](#) sia attraverso la nuova [Global AIDS strategy](#).

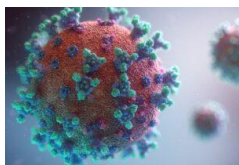
I dibattiti hanno superato i tempi previsti, ritardo causato principalmente da una risoluzione presentata dal Canada; e in particolar modo, è stata oggetto di accesi dibattiti la definizione di “**emarginazione**”. Anche in questo caso, secondo l'articolo, gli Stati Uniti hanno fatto la differenza, prendendo una posizione netta e dimostrato di mantenere il loro nuovo impegno verso l'equità razziale.

L'altra risoluzione che l'articolo descrive è stata quella presentata dalla Nigeria e dagli altri stati alleati dell'Africa, **sull'uso non medico degli oppioidi**. Questa risoluzione ha sollevato un campanello d'allarme sulla questione del tramadolo rispetto alle possibili risposte eccessivamente punitive e restrittive, tanto da impedirne anche l'utilizzo in ambito medico; si limiterebbe così del tutto l'accesso a questo importantissimo – soprattutto in Africa – medicinale per la terapia del dolore (con conseguenze importanti, come più volte [raccomandato anche dall'OMS](#)). Inoltre, anche in Nigeria stessa, ad esempio, esistono molti consumatori di tramadolo a scopo appunto “non medico”, che sviluppata una dipendenza cercano di soddisfare le esigenze dell'astinenza con altre opzioni, talvolta più pericolose, o con sostanze di bassa qualità e contraffatte, trattandosi in realtà di un mix di altri oppioidi. E la proibizione in sé del farmaco non sarebbe risolutiva neanche in questo caso.

Per concludere, l'autrice riporta una nota di particolare rilevanza politica: forse l'impostazione virtuale, ha reso favorito la comparsa, molto controversa, del tenente generale Than Hlaing, a nome dello stato del Myanmar; partecipazione che è stata **aspramente criticata**, ritenuta un affronto al governo democraticamente eletto. È stata la prima apparizione in un forum delle Nazioni Unite di un rappresentante militare di alto livello del Myanmar direttamente coinvolto nel colpo di stato ed è stato **interrogato dai gruppi della società civile**.

Le nuove linee per il futuro dibattito sulla politica delle Nazioni Unite sulle droghe, sembrano quindi disegnate: **la questione del sovraffollamento carcerario; la questione delle popolazioni emarginate, e di come per queste – soprattutto rispetto alle minoranze indigene, native o di colore (America, Africa, ecc.) – l'impatto della “guerra alla droga” sia sproporzionato in termini di perdita dei diritti umani.**

Articolo full text: <https://idpc.net/blog/2021/05/the-un-drugs-debate-goes-virtual-greater-inclusion-but-common-divisions>



PANDEMIA E SOGGETTI FRAGILI CON INFEZIONE DA HIV E CON DUS

Publicato il 9 Febbraio 2021 da [redazione](#)

Un articolo di **Giovanni Di Perri et al.**, pubblicato sull'ultimo numero di *Medicina delle Dipendenze*, **confronta le problematiche fra due gruppi fragili (pazienti con HIV e pazienti con disturbo da uso di sostanze, DUS) emerse durante la pandemia**. Dall'inizio della pandemia è stato sottolineato come le persone affette da patologie che causano immunodepressione come l'HIV o che presentino una condizione di disturbo da uso di sostanze (DUS) potessero trovarsi a maggiore rischio di contrarre forme gravi di Covid-19. Tuttavia, gli studi e le review citati dagli autori che esaminano le **correlazioni fra HIV e SARS-CoV-2**, giungono a **risultati non del tutto univoci**, che sembrano in parte ridimensionare, per coloro affetti da HIV, il rischio di sviluppare maggiori complicanze da SARS-CoV-2 rispetto alla popolazione generale. Uno studio di coorte pubblicato da *Lancet HIV* indica che **la multimorbilità era maggiormente rappresentata nei pazienti coinfecti rispetto a coloro con solo infezione da HIV**. Altri studi hanno indagato se “l'ART potesse svolgere un ruolo protettivo rispetto al Covid-19 o ne riducesse la morbilità e/o la mortalità”. Altre caratteristiche spesso associate ai pazienti con HIV (patologie psichiatriche, reddito basso) sovra-espongono questa popolazione ad altri aspetti negativi della crisi pandemica.

Nelle conclusioni, gli autori sottolineano che “**I comportamenti additivi con o senza sostanze e il SARS-CoV-2**, ma anche l'HIV e il SARS-CoV-2, **formano un insieme pericoloso**, i cui componenti facilitano l'uno la diffusione dell'altro. Gli strati più bassi della popolazione, che sono anche i più a rischio per sviluppare DUS o contrarre l'HIV, devono ricevere materiale informativo adeguato e di semplice approccio, riguardo alle misure di protezione individuale contro il COVID-19”.

Di Perri G. et al., *La pandemia di COVID-19 e i soggetti fragili. Analogie o differenze nella gestione dei pazienti con infezione da HIV (con ART) e di quelli con DUS*, *Medicina delle Dipendenze*, pp. 30-34.

Articolo disponibile c/o Cesda



AIDS: NUOVI FONDI DELLA REGIONE TOSCANA PER LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

Publicato il 13 Gennaio 2021 da redazione

Il Quotidiano della Sanità informa che la **Giunta della Regione Toscana** ha deliberato uno **stanziamento, pari a milione e mezzo di euro, per progetti formativi sull'Aids**, destinati al **personale che opera nei reparti di malattie infettive**, beneficiari degli assegni di studio. “La somma stanziata è destinata alla formazione prevista dalla normativa nazionale nell’ambito del “Programma di investimenti urgenti per la prevenzione e la lotta contro l’Aids”. Le **Aziende sanitarie toscane**, sottolinea una nota della regione, hanno tempo entro 45 giorni dalla data di approvazione della delibera per presentare anche i progetti formativi sulle infezioni ospedaliere, con la finalità primaria di favorire maggiormente l’incolumità dei pazienti ricoverati.

“Anche se in Toscana assistiamo a una progressiva riduzione dei casi di Hiv e di Aids conclamato – spiega l’assessore alla Sanità Bezzini – non possiamo abbassare la guardia. È importante continuare a investire in formazione e prevenzione a tutela della salute di tutti: delle molte persone che ancora oggi lottano contro la propria sieropositività, che spesso scoprono tardi, e del personale sanitario che opera nei reparti delle malattie infettive, e non solo. La Toscana ha una lunga tradizione di investimenti mirati nell’ambito della sanità pubblica, e intendiamo proseguire in questa direzione”.

[LINK ALL'ARTICOLO](#)



“SanPa”: LE OPINIONI DI CHIONETTI E CIPPITELLI

Publicato il 10 Gennaio 2021 da redazione

“SanPa”, serie tv in cinque puntate, disponibile sulla piattaforma Netflix, ricostruisce la vicenda di una delle più famose – e controverse – esperienze comunitarie di recupero per persone con dipendenza da sostanze: **la comunità di San Patrignano**. Attorno alla serie si è acceso un animato dibattito pubblico. Dopo la presa di posizione della stessa Comunità di San Patrignano, segnaliamo le **opinioni di Domenico ‘Megu’ Chionetti della Comunità di San Benedetto al Porto di Genova e Claudio Cippitelli della Cooperativa Parsec di Roma**. Per entrambi, sostenitori di un diverso modello d’intervento e di cura delle dipendenze da sostanze, **la serie tv omette due dati: l’esistenza, negli stessi anni della fondazione di San Patrignano, di altre tipologie di accoglienza e di aiuto comunitario, e un certo fraintendimento attorno alle pratiche coercitive usate nella comunità riminese.** “Domenico “Megu” Chionetti della Comunità di San Benedetto al Porto di Genova, continua a portare avanti il lavoro di Don Andrea Gallo, e **ci tiene a chiarire che le “comunità non sono tutte uguali”. Quella fondata dal Gallo è una comunità di “accoglienza”, molto diversa da quella di San Patrignano**, qui “non ci sono catene, né porte chiuse a chiave, nessuno è costretto a restare”. “Tagliare i contatti con l’esterno, recludere le persone, imporre un ordine e una disciplina che annullano le storie e i vissuti di chi ha una dipendenza, questo non è di certo il nostro modello – spiega Megu – **Noi non vogliamo che le persone cancellino le loro vite, le ragioni e i percorsi che li hanno portati a drogarsi. Perché un tossicodipendente per noi non è un debole, un pazzo o un malato, non è un essere inferiore su cui imporre la nostra volontà”.**

Claudio Cippitelli è invece sociologo e il presidente della Cooperativa Sociale Parsec di Roma, che da decenni si occupa di riduzione del danno e dipendenze. “Prima c’erano solo due approcci: quello del Sert che con il farmaco di sostituzione, il metadone, medicalizzava il tossicodipendente trattandolo solo come un malato, e poi le comunità che pretendevano e pretendono di ricostruire la persona che vi entra cancellando l’esperienza della tossicodipendenza, la sua identità e la sua storia”. Le famiglie di solito sceglievano la comunità: i figli magari non finivano in galera né si ammalavano, ma soprattutto “la sofferenza era rimossa da loro davanti, il problema delegato a chi presupponevano avesse gli strumenti per affrontarlo”. **“Tutto cambia con l’arrivo dell’Aids – spiega Cippitelli – In quel momento si comincia a lavorare sulla riduzione del danno, salvando decine di migliaia di vite. Ci sono soggetti come noi di Parsec che cominciano a lavorare sui territori, nei quartieri delle città, senza pensare di estraniare il ‘tossico’ dal suo contesto, anzi valorizzandone il vissuto e l’esperienza”.** La

fuoriuscita dal consumo non viene affidata a un leader carismatico come in comunità, ma passa per la volontà individuale, nuovi servizi si strutturano in alleanza e non in contrapposizione con il servizio sanitario e i Sert, il metadone diventa non lo strumento ma uno degli strumenti.

Ed ecco l'altro nodo della questione: il rapporto con le istituzioni e il Servizio sanitario nazionale. “Il servizio pubblico è fondamentale, le istituzioni non si possono ritirare come sta accadendo dai servizi per la tossicodipendenza affidandole a strutture private. – racconta Domenico Chionetti – È una questione prima di tutto di giustizia sociale, altrimenti solo chi ha il denaro per farlo può disintossicarsi se lo vuole, e poi è un problema di trasparenza: per noi il servizio sanitario nazionale è il primo referente e alleato, cosa succede invece in comunità chiuse all'esterno? Rischiamo che rimangano invisibili e senza nessun controllo”. Cosa succede poi quando si esce della comunità? E soprattutto chi non è stato “salvato” dall'esperienza in comunità che fine fa? “Gli spariamo? Lo abbandoniamo?”. Megu sceglie una metafora per spiegare la necessità di servizi sui territori e di prossimità: “C'è un pesce che si ammala perché si trova in uno stagno inquinato, lo tolgo dallo stagno e lo metto in un acquario bello pulito e guarisce, poi lo rimetto nello stagno e che succede? Si ammala di nuovo”. Welfare, percorsi lavorativi e di inserimento, senza una società meno diseguale chi vuole combattere la propria dipendenza avrà più difficoltà in molti casi. Fuori dalla cultura proibizionista il “tossico” non viene stigmatizzato né perseguitato, benché meno ci si arroga il diritto di sostituirsi con la coercizione alla sua volontà.

[LINK ALL'ARTICOLO:](#)



GLI EFFETTI DI COVID-19 SUI SERVIZI HIV-AIDS E SULLE POPOLAZIONI CHIAVE

Pubblicato il 7 Dicembre 2020 da redazione

Continuiamo la pubblicazione di stralci del **Dossier Hiv-AIDS 2020** a cura di Cesda. Di seguito la traduzione di alcuni dei passaggi più significativi del **rapporto 2020 di UNAIDS**.

“Rispondere e imparare da Covid-19

Covid-19 ha imposto profonde sfide a tutti i paesi e comunità, incluso le risposte all'HIV e le persone più colpite dalla pandemia HIV. **UNAIDS sta lavorando con i paesi per tracciare le tendenze nell'uso dei servizi HIV di mese in mese, e questi dati mostrano che le interruzioni in servizi chiave sono accadute in vari paesi.** I report della società civile e di altri partner suggeriscono che le restrizioni correlate a Covid-19 stanno avendo un impatto disfunzionale sui più vulnerabili, incluso le comunità marginalizzate e stigmatizzate.

Ma anche se Covid-19 ha interrotto i servizi HIV, la pandemia ha sottolineato la natura trasformativa degli investimenti per HIV e il ruolo essenziale che le comunità giocano nella risposta alla pandemia e nel costruire uno sviluppo durevole e sostenibile. **Le sfide create dai lockdown e da altri restrizioni collegate a Covid-19 si sono spesso accompagnate con l'adozione accelerata di approcci differenziati, basati sulla persona che hanno provato di essere più accessibili e accettabili per le persone che vivono con HIV e per le persone a rischio di infezioni HIV.** In molti paesi, la copertura di servizi è presto ripresa. Mentre ha vivamente esposto nette disuguaglianze, Covid-19 ha messo al centro dell'attenzione il funzionamento di sistemi sanitari e di altre istituzioni pubbliche più giuste, più inclusive e meglio capaci di rispondere alle sfide del 21 secolo.

L'impatto sulle persone affette e che vivono con HIV

Mentre i governi di tutto il mondo provano a rallentare la diffusione di Covid-19 nei primi mesi del 2020 e rallentano la pressione sui sistemi sanitari affollati attraverso il distanziamento sociale e i lockdown, **i primi modelli proiettano che un'interruzione di sei mesi della terapia antiretrovirale potrebbe causare più di 500.000 morti aggiuntive da cause correlate all'AIDS, incluso tubercolosi, nell'Africa sub-sahariana nel 2020-2021.** Assicurare la continuazione della terapia per le persone che vivono con HIV è stato incluso nelle linee guida di OMS per mantenere i servizi sanitari essenziali nel contesto di Covid-19, e sembra a riguardo che molti paesi stiano seguendo tale suggerimento. Fra 25 paesi che riportano su base mensile un numero sufficiente di dati sull'utilizzo dei servizi di terapia a settembre 2020, molti non mostrano nessuna diminuzione da aprile 2020 sul numero di persone che vivono con HIV che ricevono terapia antiretrovirale. (...) **Il largo e sostenuto calo di testing HIV che è stato riportato in molti dei 19 paesi che rilasciano sufficienti dati mensili è oggetto di particolare preoccupazione.** Mentre due di questi paesi sono ritornati, per il testing, a settembre a livelli pre-Covid-19,

in altri 16 paesi – inclusi paesi dell’Africa dell’Est e del Sud con diffusi programmi di testing HIV – il numero di test HIV condotto rimane sotto i livelli di gennaio e febbraio.

Insieme con il decremento del testing, la pandemia Covid-19 appare minare gli sforzi per iniziare terapie con le persone diagnosticate per la prima volta. La diminuzione del numero delle persone che vivono con HIV che stanno iniziando terapia è stato riportato in tutti 28 paesi tranne uno che rilasciano sufficienti dati mensili (Jamaica è l’eccezione). Queste diminuzioni sono state particolarmente marcate in Repubblica Dominicana, Kirgizstan, Lesotho, Sierra Leone e Sud Africa.

(...) Il testing e i servizi di terapia per la prevenzione della trasmissione di Hiv fra madre e bambino ha avuto un’interruzione simile. (...) L’HIV testing e i servizi di terapia sono inoltre minacciati dall’interruzione associata alle misure di controllo Covid-19 che hanno riguardato la manifattura e il trasporto di merci. Già ha il potenziale di generare blocchi delle medicine antiretrovirali o di contribuire all’aumento dei prezzi per questi prodotti in futuro. Un’indagine condotta in 26 paesi in Europa e Asia fra fine aprile e inizio maggio 2020 ha scoperto prove di penuria di medicine per l’HIV in sette diversi paesi, incluso blocchi relativi agli appalti in Russia e Ucraina.

L’impatto sulle donne e sulle ragazze

Covid-19 ha peggiorato le disuguaglianze di genere e la violenza basata sul genere, la quale a sua volta incrementa la vulnerabilità all’HIV delle donne e delle ragazze. In Europa e nell’Asia centrale, le donne sono più a rischio di perdere il loro lavoro o la loro attività rispetto agli uomini come conseguenza di Covid-19. (...) **Dall’inizio della pandemia, l’Agenzia Donne delle Nazioni Unite ha documentato un aumento della violenza domestica in molte regioni e paesi, con picchi specie in occasione di ordini di confinamento domestico.** Ad esempio in Kenia report mensili a UNAIDS mostrano che il numero di persone che cercano aiuto dopo avere subito violenza sessuale o basata sul genere è aumentata da aprile 2020. (...) Anche le interruzioni dei servizi sanitari hanno un impatto sulla salute e sul benessere di donne e ragazze.

L’impatto sulle popolazioni chiave e altri a rischio di infezione HIV

Le popolazioni chiave ad alto rischio di infezione HIV sono anche affette, in modo sproporzionato, dalle misure di contenimento di Covid-19. Una review UNAIDS sulle esperienze in 16 paesi mostra che mentre le lavoratrici sessuali erano private della possibilità di lavorare a causa delle misure di lockdown, a volte erano escluse da misure di aiuto finanziario. Questa review documenta inoltre esempi di violenza e di molestia contro omosessuali uomini e altri uomini che fanno sesso con altri uomini e le persone transgender.

Un’indagine globale fra persone lesbiche, omosessuali, bisessuali, transgender e intersex che usano un’app di social network in ottobre e novembre 2020 ha scoperto che il 20% era incapace di soddisfare i propri bisogni primari a causa della perdita di risorse. (...) I report nazionali a UNAIDS mostrano come le risposte a Covid-19 stanno avendo effetti all’accesso ai servizi HIV per le popolazioni chiave.”



OBIETTIVI E RISULTATI NELLA LOTTA GLOBALE ALL’HIV-AIDS

Publicato il 4 Dicembre 2020 da redazione

Pubblichiamo di seguito la traduzione di alcuni estratti del rapporto 2020 di UNAIDS, facenti parte del dossier sull’HIV-AIDS 2020 di CESDA.

“Verso i tre zero: progressi importanti, ma insufficienti

I risultati nella ricerca di realizzare la visione dei tre zero – zero nuove infezioni HIV, zero discriminazione e zero morti correlate all’AIDS – si sono mescolati negli anni scorsi e sono ben inferiori alle aspirazioni globali. Il fallimento collettivo di investire in modo sufficiente in risposte complete, basate sui diritti e centrati sulle persone, comporta un prezzo molto alto: **dal 2015 al 2020, ci sono state 3,5 mil. di nuove infezioni HIV e 820.000 nuovi decessi AIDS-correlati in più rispetto agli obiettivi 2020 che a livello globale ci si era posti.**

Zero nuove infezioni

Un totale di 23 paesi sono riusciti a ridurre le nuove infezioni HIV di più del 45% entro la fine del 2019 e sono sulla strada di raggiungere una riduzione del 90% entro il 2030. Cinque di questi paesi sono localizzati nell’Africa dell’Est e del Sud. Queste storie di successo sottolineano l’impatto delle azioni concertate.

Globalmente, tuttavia, **le nuove infezioni HIV sono diminuite solo del 23% fra 2010 e 2019. 1.7 mil. di nuove infezioni che sono avvenute nel 2019 sono tre volte più alte che l'obiettivo globale di meno di 500.000 nuove infezioni nel 2020. Il numero di giovani donne neo-infettate nel 2019, 280.000, è quasi tre volte più grande dell'obiettivo globale di meno di 100.000 entro il 2020. Ci sono inoltre circa 150.000 nuove infezioni HIV fra i bambini (0-14 anni) nel 2019, rispetto all'obiettivo del 2020 di meno di 20.000.** Inoltre, praticamente nulla è stato fatto rispetto al numero di nuove infezioni fra le sex worker donne, le persone che fanno uso di droghe per via iniettiva e le donne transgender, e le nuove infezioni fra omosessuali maschi e altri uomini che fanno sesso con uomini sono aumentate del 25% fra 2010 e 2019. **Nel 2019, le popolazioni chiave (inclusi gli uomini omosessuali e altri uomini che fanno sesso con uomini, persone che fanno uso di droghe per via iniettiva, sex worker, persone transgender, detenuti) e i loro partner rappresentano il 62% di tutte le nuove infezioni a livello mondiale, includendo la maggiore ripartizione di nuove infezioni in ogni regione altra dall'Africa dell'Est e del Sud.**

Zero decessi correlati all'AIDS

Riduzioni continue, stabili nei decessi dovuti a cause correlate all'AIDS rappresentano il più promettente progresso raggiunto nell'ultimo decennio. Un totale di 26 paesi sono sulla strada di raggiungere la riduzione del 90% nella modalità correlata all'AIDS entro il 2030, inclusi nove stati nell'Africa dell'Est e del Sud, la regione dove vive più del 55% di tutte le persone che vivono con HIV. In tutto, **il numero globale di decessi correlati all'AIDS nel 2019 (690.000) eccede l'obiettivo 2020 di riduzione della mortalità di meno di 500.000 unità.**

Zero discriminazioni

Mentre la risposta HIV ha fatto grandi passi nello scalare gli approcci bio-medici, specialmente nel testing e nella terapia, il fallimento nel rivolgersi a questioni sociali e strutturali diminuisce l'ampiezza, l'impatto e la sostenibilità dei servizi HIV. **Le indagini sulla popolazione indicano che mentre gli atteggiamenti discriminatori verso le persone che vivono con HIV stanno diminuendo in alcuni paesi, altrove stanno aumentando, e rimangono inaccettabilmente alti in tutti i contesti dove le indagini sono state condotte.** Le indagini di persone con HIV in 13 paesi confermano anche che lo stigma e la discriminazione nei servizi sanitari – sotto forma di cure negate, atteggiamenti sprezzanti, procedure coercitive o violazioni della confidenzialità – rimangono, in modo disturbante, comuni.

Non all'altezza degli obiettivi Fast-Track

Il progresso insufficiente verso la visione dei tre zero frena da un fallimento globale nel restare sulla strada per avere successo in tutti gli obiettivi 2020 Fast-Track.

L'avanzamento verso il testing 90-90-90 e gli obiettivi nella terapia è stato una nota positiva. Alla fine del 2019, l'81% delle persone che vivono con HIV conoscono loro status HIV; fra coloro che conoscono il loro status, l'82% è in terapia, e l'88% di coloro in terapia ha raggiunto la soppressione virale. Tuttavia, le distanze lungo questa cascata di servizi si combinano nel lasciare la proporzione di tutte le persone che vivono con HIV con carica virale soppressa al 59%, molto al di sotto dell'obiettivo dell'auspicio della soppressione virale del 73% degli obiettivi 90-90-90. Le nuove infezioni HIV fra bambini si sono ridotte di più della metà fra 2010 e 2019, ma l'avanzamento nell'eliminazione della trasmissione HIV fra madre e figlio è rallentato a partire dal 2016. Questo è in parte attribuibile alle sfide relative alle donne che sono state diagnosticate nella fase avanzata di gravidanza e durante l'allattamento. La terapia fra i bambini che vivono con HIV (53% nel 2019) ha raggiunto un livello molto inferiore alla copertura degli adulti, pari al 68%.

(...) Nel 2019, 18.6 bilioni di dollari erano disponibili per la risposta globale all'HIV – circa il 30% in meno dei 26.2 bilioni di dollari che UNAIDS stima necessari per la risposta globale. Come per altri aspetti della risposta, gli sforzi di mobilitazione sono rallentati durante il periodo Fast-track: il totale di risorse HIV è aumentato del 20% fra 2010 e il 2015, ma solo del 3% fra 2015 e 2019, incluso una diminuzione dal 2017. La visione Fast-Track di trasformare le condizioni sociali e strutturali che incidono sulla vulnerabilità all'HIV e il consumo dei servizi è rimasta inattuata. In 46 paesi dove sono state condotte indagini fra 2014 e 2018, circa una donna sposata, fidanzata, adolescente e giovane donna su cinque ha subito violenza fisica e/o sessuale da un partner nei 12 mesi precedenti. Ciò dimostra in modo inequivocabile il fallimento globale nell'eliminazione delle disuguaglianze di genere e per terminare tutte le forme di violenza e di discriminazione entro il 2020 contro le donne e le ragazze, le persone che vivono con HIV e le popolazioni chiave.

Il mondo ha fallito anche nel raggiungere l'obiettivo di 75% delle persone che vivono con, a rischio di o affette da HIV che beneficiano di protezione sociale. Solo cinque paesi su 21 con un alto carico di HIV che hanno strategie sociali che menzionano in modo specifico le persone che vivono con HIV come beneficiari chiave riportano di avere raggiunto la copertura di almeno il 50% per almeno un benefit di protezione sociale. I report di 90 paesi rivelano distanze nell'aiuto legale per le persone che vivono con e sono affette di HIV.”



DOSSIER HIV- AIDS CESDA 2020

Publicato il 1 Dicembre 2020 da redazione

In occasione della Giornata Mondiale della Lotta all'AIDS del 1° dicembre 2020 il Cesda ha realizzato, come ogni anno, un dossier di aggiornamento sul tema dell'Hiv/AIDS.

Il dossier contiene dati epidemiologici regionali, nazionali e mondiali, indicazioni dei servizi dedicati e materiale documentale di vario tipo utile all'approfondimento.

Il dossier CESDA del 2020 è disponibile in versione on-line:

[DOSSIER AIDS 2020](#)



Di seguito sono riportati, in ordine cronologico, gli articoli pubblicati sul sito www.retecedro.net

I contenuti degli articoli riguardano report di ricerche, abstract di pubblicazioni di riviste scientifiche, segnalazione di iniziative di prevenzione di interesse generale. Per una lettura più esaustiva sul tema HIV/AIDS si rimanda alla sezione tematica del sito Rete Cedro.



HIV E AIDS: i dati dell'Istituto superiore di sanità sulle nuove diagnosi in Italia nel 2020

Publicato il 22 Novembre 2021 da redazione

I dati sulle nuove diagnosi di infezione da Hiv e dei casi di Aids in Italia al 31 dicembre 2020 sono pubblicati sul Notiziario Istisan volume 34, n. 11 – novembre 2021, redatto con il contributo di alcuni componenti del Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della salute e i referenti della Direzione Generale della Prevenzione sanitaria del Ministero della salute.

Il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e il Registro Nazionale Aids costituiscono due basi di dati dinamiche, permanentemente aggiornate dall'afflusso continuo delle segnalazioni inviate dalle regioni e dai centri segnalatori al Centro Operativo Aids (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Il COA pubblica annualmente un fascicolo del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità dedicato all'aggiornamento di questi due flussi di sorveglianza (sorveglianza Hiv e Aids). La completezza dei dati dei due flussi è strettamente legata al ritardo di notifica, cioè al tempo che intercorre tra la diagnosi e l'arrivo delle schede/file dai centri clinici/regioni al COA.

Dal 2012 i dati sulla sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV hanno una copertura nazionale. Si sottolinea che i dati relativi al 2020 hanno risentito dell'emergenza Covid-19.

Nuove diagnosi

Nel 2020, sono state effettuate **1.303 nuove diagnosi di infezione da Hiv pari a 2,2 nuovi casi per 100.000 residenti**. L'incidenza (casi/popolazione) osservata in Italia è inferiore rispetto all'incidenza media osservata tra le nazioni dell'Unione Europea (3,3 nuovi casi per 100.000).

L'incidenza delle nuove diagnosi Hiv è in diminuzione dal 2012, con una riduzione più evidente dal 2018 e particolarmente accentuata nell'ultimo anno.

Nel 2020, l'incidenza più elevata di nuove diagnosi Hiv si riscontra nella fascia di età 25-29 anni. **Dal 2018 si osserva una evidente diminuzione dei casi per tutte le modalità di trasmissione.** La modalità di trasmissione più frequente è attribuita a maschi che fanno sesso con maschi (MSM) ed è superiore a quella attribuibile a rapporti eterosessuali (maschi e femmine). Tra i maschi, più della metà delle nuove diagnosi Hiv è in MSM. Dal 2016 si osserva una diminuzione del numero di nuove diagnosi Hiv in stranieri.

Nel 2020 più di 1/3 delle persone con nuova diagnosi Hiv scopre di essere Hiv positivo a causa della presenza di sintomi o patologie correlate all'Hiv.

Nuovi casi di Aids

Sono **352 i nuovi casi di Aids, pari a un'incidenza di 0,7 nuovi casi per 100.000 residenti**.

L'80% dei casi di Aids segnalati nel 2020 era costituito da persone che hanno scoperto di essere Hiv positive nei sei mesi precedenti alla diagnosi di Aids.

Rimane stabile il numero di decessi in persone con Aids.



COVID E HIV: analogie e differenze tra due pandemie. Anticorpi monoclonali le terapie del futuro

Publicato il 2 Novembre 2021 da redazione

Prof.ssa Anna Maria Cattelan, Direttore dell'Unità Operativa Complessa Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedaliera di Padova: **“Un nuovo anticorpo monoclonale allo studio contro l'HIV si attacca alle cellule CD4 impedendo l'ingresso del virus nella cellula.** Questo approccio terapeutico è stato studiato per i pazienti con alle spalle una lunga storia di terapia antiretrovirale ed in fallimento virologico”.

HIV e SARS-CoV-2 sono virus molto diversi, ma hanno in comune l'effetto di un'accelerazione dell'invecchiamento dell'individuo, fenomeno sotto osservazione della comunità scientifica riunita nel Congresso ICAR a Riccione, occasione per la firma dell'accordo di partnership ICAR-IAPAC e per numerose iniziative per sensibilizzare la popolazione sul tema dell'HIV e dell'AIDS.

Scienza al lavoro su HIV e SARS-CoV-2: nuove soluzioni all'orizzonte dopo gli straordinari progressi degli ultimi mesi. Se per il Covid i vaccini hanno permesso di ridurre i contagi e i casi gravi di malattia, l'HIV già da qualche anno si può considerare un'infezione cronica grazie all'avvento della terapia antiretrovirale a elevata efficacia che permette il controllo della replicazione virale e la conseguente soppressione virologica, sintetizzata nello U=U, Undetectable=Untransmittable: l'HIV non viene trasmesso se la viremia del partner HIV positivo non è più determinabile nel sangue, grazie alla corretta assunzione di una efficace terapia antiretrovirale.

I nuovi orizzonti terapeutici offrono ulteriori spunti: sia per l'HIV che per il Covid, infatti, ulteriori soluzioni potrebbero essere negli anticorpi monoclonali. Questo è uno degli spunti che emerge dalla **13a edizione del Congresso ICAR – Italian Conference on AIDS and Antiviral Research**, in corso a Riccione sino al 23 ottobre.

Gli approcci terapeutici con anticorpi monoclonali

Gli anticorpi monoclonali sono diventati uno dei prodotti farmaceutici più importanti anche in ambito infettivologico: il primo monoclonale in tal senso è stato impiegato per il virus respiratorio sinciziale, poi per il Clostridium difficile; recentemente sono iniziati gli studi e le prime applicazioni per l'HIV e per il Covid.

Nella recente pandemia, questo approccio terapeutico si è rivelato fondamentale **per evitare che la patologia innescata dal Covid degenerasse nelle sue forme più gravi**. In HIV, vi è un anticorpo monoclonale, l'ibalizumab, che ha superato la fase 3 di sperimentazione, è già stato approvato da FDA ed EMA ed è in corso di approvazione AIFA proprio questi giorni, e che a breve sarà disponibile nei nostri ambulatori.

“Questo anticorpo monoclonale si attacca alle cellule CD4 impedendo l'ingresso del virus nella cellula – spiega la prof.ssa Anna Maria Cattelan – Questo approccio terapeutico è stato studiato per i pazienti con alle spalle una lunga storia di terapia antiretrovirale ed in fallimento virologico. I dati a 96 settimane di trattamento indicano che anche in soggetti pluri-falliti vi è stata una risposta virologica nel 56% dei casi; direi un risultato importante per futuri sviluppi della molecola. Questo è solo l'inizio, visto che questi anticorpi monoclonali potrebbero essere usati anche in altri contesti, come nella terapia iniziale e addirittura nella prevenzione dell'HIV”.

“Uno studio pubblicato quest'anno sul **New England Journal of Medicine** nella **prevenzione dell'infezione da HIV su più di 4mila soggetti ad elevato rischio di infezione**, pur non dimostrando un'efficacia nel raggiungimento di questo ambizioso risultato, ha rappresentato un importante **“proof of concept”**, sia per lo sviluppo di futuri vaccini, che per la programmazione di ulteriori futuri studi che dovranno prevedere la contemporanea combinazione di più anticorpi monoclonali capaci di aggredire il virus in modo definitivo – prosegue Cattelan – Certamente si sta aprendo un decennio che vedrà lo sviluppo di molte strategie terapeutiche avanzate, tra cui certamente la terapia genica”.

Long Covid e HIV alla base di un precoce invecchiamento: l'impatto della “geroscience”

Tra le non poche analogie che caratterizzano Covid e HIV, si sta facendo spazio una ricerca inerente all'effetto che entrambi i virus hanno sull'invecchiamento dell'individuo, inteso come condizione di fragilità rispetto all'accumulo di deficit nel corso della nostra vita.

“L'HIV è un modello raffinato di accentuazione e accelerazione del fenomeno dell'invecchiamento – sottolinea il prof. Giovanni Guaraldi, medico infettivologo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena e Professore Associato presso la locale Università – Nell'ultimo anno, tra gli effetti della pandemia, abbiamo osservato anche il Post Acute Covid Syndrome – PACS, spesso definito semplicemente Long Covid, anch'esso

un fenomeno di invecchiamento della persona, come si evince dal riscontro empirico in molti pazienti che dopo il Covid si sentono cambiati. HIV e PACS sono uniti da questo meccanismo biologico di accelerazione del fenomeno dell'invecchiamento con progressione della fragilità”.

“Proprio sul tema dell'invecchiamento si è delineata da alcuni anni una nuova scienza, la geroscienza, secondo cui l'invecchiamento è una malattia su cui si dovrebbe intervenire con diagnosi precoci per favorire interventi mirati attraverso farmaci senolitici, che possono uccidere le cellule che invecchiano, e senomorfici, che possono modificare l'invecchiamento cellulare – spiega Guaraldi – Essendo HIV e Covid due malattie da invecchiamento, è interessante capire l'approccio della geroscienza su queste patologie. Tuttavia, HIV può essere considerato già un modello in cui la geroscienza è applicata, visto che la terapia antiretrovirale svolge di fatto una funzione senomorfica”.

HIV e SARS-CoV-2 in laboratorio

Il Covid-19 ha fatto rivivere agli infettivologi l'incubo vissuto negli scorsi decenni proprio di fronte all'HIV. Eppure, le due infezioni hanno presentato profonde differenze, che si riflettono soprattutto nelle analisi di laboratorio.

“SARS-CoV-2 e HIV differiscono per l'importanza dell'aspetto quantitativo, per il rapporto tra infezione e contagiosità, per il monitoraggio dell'immunità, per il ruolo delle varianti – sottolinea la prof.ssa Maria Rosaria Capobianchi – Nel Covid, che è un'infezione acuta, si è ridotta notevolmente l'importanza degli aspetti quantitativi della carica virale, cruciale invece per il monitoraggio dell'infezione nell'HIV, infezione cronica. Se un paziente affetto da HIV ottiene una riduzione quantitativa della carica virale può non essere più contagioso, come enunciato nel principio U=U; nel Covid invece vi possono essere persistenze prolungate del genoma virale nell'albero respiratorio, senza però che corrispondano a una persistenza della contagiosità”.

“Inoltre, cambia il concetto di immunità: nell'HIV non è sintomo di guarigione, ma di infezione che si protrae per tutta la vita, mentre per il Covid la presenza di anticorpi è la testimonianza di aver incontrato il virus e di aver superato l'infezione – prosegue Capobianchi – Gli anticorpi sono anche un parametro fondamentale per la valutazione della protezione indotta dal vaccino, in popolazioni modello da cui trarre informazioni sulla durata e l'entità della protezione, in modo da poter disegnare strategie flessibili e tempestive per le politiche vaccinali”.

“Al momento sono disponibili molti strumenti per la misura dell'immunità, sia naturale che acquisita grazie al vaccino – spiega Capobianchi – Tuttavia non sono ancora chiari i livelli anticorpali che corrispondono allo stato di protezione, e in molti laboratori si sta lavorando al paragone fra i diversi metodi immunometrici e il test biologico che misura la capacità di neutralizzare l'infettività del virus. Infatti questo test, per la sua complessità, non può rappresentare lo standard di routine, e per questo, ai fini delle applicazioni quotidiane, vanno identificati strumenti più accessibili e semplici”.

“Inoltre i dati più recenti focalizzano l'attenzione anche sull'immunità cellulare, che sembra avere una durata più prolungata rispetto alla immunità anticorpale. L'immunità cellulare sembra anche risentire in minor misura della variabilità virale – continua la prof.ssa Capobianchi – Collegato a questo, va detto che sul versante Covid c'è grande attenzione per le varianti del virus che potrebbero vanificare la protezione dell'immunità indotta dal vaccino. **In HIV l'esperienza maturata in questi 40 anni ci ha insegnato che le mutazioni hanno importanza in un ambito diverso, principalmente legato alla efficacia dei farmaci antiretrovirali”.**

ICAR 2021: tante iniziative e la firma dell'accordo ICAR-IAPAC

Covid e HIV con tutte le loro implicazioni, le analogie e le differenze, sono al centro della 13a edizione del Congresso ICAR – Italian Conference on AIDS and Antiviral Research, in corso al Palazzo dei Congressi di Riccione sino a sabato 23 ottobre. ICAR, organizzato sotto l'egida della SIMIT, Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali, di tutte le maggiori società scientifiche di area infettivologica e virologica e del mondo della community, è punto di riferimento per la comunità scientifica in tema di HIV-AIDS, Epatiti, Infezioni Sessualmente Trasmissibili e virali. Presenti oltre mille partecipanti e 200 ricercatori e scienziati da tutto il mondo.

I presidenti sono la prof.ssa Cristina Mussini, Professore Ordinario di Malattie Infettive presso l'Università di Modena e Reggio Emilia; la prof.ssa Annamaria Cattelan, Direttore dell'Unità Operativa Complessa Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedaliera di Padova; Giulia Valeria Calvino, Vicepresidente Anlaids Onlus; la prof.ssa Maria Rosaria Capobianchi, già Direttore del Laboratorio di Virologia e del Dipartimento di Epidemiologia, Ricerca Preclinica e Diagnostica Avanzata dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “L. Spallanzani”.

Proprio in occasione del Congresso, la prof.ssa Antonella d'Arminio Monforte (delegato per l'Italia di Fast-Track Cities, nonché Presidente ICAR) e Bertrand Audoin (Vice President, Strategic Partnerships, IAPAC International Association of Providers of AIDS Care, Paris) il prossimo 23 ottobre sottoscriveranno l'accordo di partnership ICAR-IAPAC. **Nel mondo, sono oltre 300 le città che hanno aderito al Progetto Fast-Track Cities, di cui 8 In Italia (Bergamo, Brescia, Firenze, Latina, Milano, Palermo,**

Sanremo, Torino) al fine di impegnarsi ad incrementare le risposte nella lotta all'AIDS, con una rete di collaborazione tra enti pubblici e privati, una condivisione di buone pratiche d'azione e di monitoraggio, delle idee innovative lanciate con le altre città Fast Track.

ICAR si conferma dunque come appuntamento notevolmente dinamico: oltre alla parte scientifica, è prevista l'assegnazione di 10 premi alle giovani eccellenze italiane della ricerca scientifica con gli ICAR-CROI Awards 2021, gli Scientific Committee Awards e i SIMIT Special Awards.



HIV: LA PANDEMIA TORNA A CORRERE TRA I GIOVANI

Publicato il 19 Ottobre 2021 da redazione

La pandemia da HIV, contenuta dalle scoperte della scienza, non ferma la sua corsa anche a causa dei **rallentamenti nei servizi di assistenza e di prevenzione causati dalle diverse ondate del Covid-19**. Il risultato è che **si contagiano sempre più persone e sempre più giovani** e questo stride con quanto annunciato precedentemente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che aveva fissato per il 2030 la debellazione totale della diffusione dell'HIV. Ebbene: con **38milioni di persone sieropositive nel mondo e poco meno di 2milioni di nuove diagnosi** solo nel 2020, il termine difficilmente sarà rispettato.

Occorre fare qualcosa al più presto: occorre riportare al centro della discussione l'HIV e questo compito spetta sia ai media, sia soprattutto alle istituzioni sanitarie, chiamate a scrivere i nuovi percorsi sanitari per questi pazienti che, grazie ai nuovi farmaci, sono sempre più cronicizzati.

Per questi motivi Motore Sanità ha organizzato il webinar dal titolo: **FOCUS TOSCANA – HIV: UNA PANDEMIA SILENZIOSA. COME LIMITARNE LA DIFFUSIONE**. Obiettivo fare il punto sull'attuale situazione e sul futuro della prevenzione diagnosi e cura dell'HIV nella regione in oggetto.

“La Lega Italiana per la Lotta all'Aids (LILA) fa test in modo continuativo”, ha dichiarato la dottoressa Sabrina Bellini, Presidente LILA Toscana. “Si tratta di un grande sforzo, in termini di mantenimento di questo servizio, al fine di scoprire **il 90% del sommerso in relazione a quelle persone che ancora non sanno di aver contratto l'HIV**. Tale obiettivo, a sua volta, consentirebbe di fare entrare questo **90% nei percorsi di cura e avere il 90% di carica virale azzerata tra le persone che vengono seguite, con un conseguente miglioramento della loro qualità di vita**. A questo importante aiuto che può dare il territorio però, per quanto riguarda le Associazioni, ci vogliono dei budget dedicati. Per quanto ci riguarda, siamo riusciti solo quest'anno ad avere una convenzione con l'Asl per i servizi di test e screening. Prima lo abbiamo fatto auto supportandoci. In tutto questo lo stigma è ancora molto presente e qui si apre uno scenario più ampio. Non basta solo fare informazione, occorre lavorare tanto in termini di educazione. Noi cerchiamo di dare **input a livello di sensibilità personale, che permettano di vedere le cose in un modo diverso. Le Associazioni sono molto attente e competenti su questo fronte e sul territorio siamo uno specchio importantissimo**. Certo, i piani sono tanti e si intersecano e ampliare le occasioni di screening serve come supporto alla possibilità di creare una cultura diversa. Se però da una parte è bello poter fare il test anche dal dentista, dall'altra se mi vergogno, non riesco ad abbassare la paura e lo stigma, non posso nemmeno rendere pienamente fruibile un'opportunità di ampliamento della possibilità dello screening. C'è da tenere presente tutte queste cose. **Ruota ancora tutto su come viene percepito l'HIV. È importante capire e far comprendere che l'HIV e l'AIDS non sono la stessa cosa**”.



Porre fine alle disuguaglianze per sconfiggere l'AIDS entro il 2030

Publicato il 11 Settembre 2021 da redazione

Porre fine alle disuguaglianze e rimettersi rapidamente in carreggiata per raggiungere l'obiettivo della sconfitta dell'AIDS entro il 2030: è questa, in sintesi, la parola d'ordine che giunge dal **Meeting ONU ad alto livello sull'AIDS, High Level Meeting, svoltosi a New York dall'8 a a 10 giugno 2021**. 193 gli Stati membri rappresentati con 14 Presidenti tra i relatori oltre a cinque vicepresidenti e a quattro primi ministri. Nella sua introduzione all'High Level Meeting (HLM) il Segretario Generale dell'ONU, Antonio Guterres ha spiegato con chiarezza: “I percorsi concordati sei anni fa per debellare l'AIDS entro il 2030, obiettivo integrante dell'Agenda per uno Sviluppo Sostenibile (DSGs), hanno perso slancio mancando gli obiettivi concordati per il 2020. Il **netto contrasto tra i grandi successi riportati in alcune aree del mondo**

e i fallimenti registrati in molte altre aree conferma che l'HIV rimane una pandemia di disuguaglianze. Questo incontro -ha proseguito Guterres- ci offre la possibilità di rilanciare gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile proprio a partire da urgenti azioni contro le disuguaglianze, da maggiori investimenti internazionali per la salute, per le iniziative umanitarie e nei sistemi di controllo delle pandemie”.

Tante le urgenze affrontate negli interventi dall'aumento della copertura del trattamento per i bambini, all'implementazione delle riduzioni del danno, all'informazione di giovani e adolescenti. Cinque sono stati invece i panel di lavoro dedicati ai seguenti temi:

- Affrontare le disuguaglianze per porre fine all'AIDS: dieci anni al 2030.
- Mettere le persone e le comunità al centro della risposta all'AIDS.
- Risorse e finanziamenti per una risposta efficace all'AIDS.
- Promuovere l'uguaglianza di genere e responsabilizzare le donne e le ragazze nella risposta all'AIDS.
- Affrontare l'impatto della pandemia di COVID-19 sulla risposta all'AIDS e migliorare la preparazione alla pandemia.

La dichiarazione politica finale del HLM prescrive per questo nuovi e ambiziosi obiettivi globali per il 2025 e si basa sulla **strategia UNAIDS “End inequalities. End Aids – porre fine alle disuguaglianze, sconfiggere l'AIDS”**, un documento che assume come principi guida, il rispetto dei diritti umani, la fine delle disuguaglianze, la lotta allo stigma, alla violenza di genere ma anche alle **discriminazioni prodotte da legislazioni nazionali criminalizzanti e punitive**. Fondamentale il ruolo guida assegnato dalla strategia ONU/UNAIDS a ONG e community. “Le forti disuguaglianze messe in luce da HIV e COVID-19 sono un campanello d'allarme per il mondo affinché dia priorità e investa pienamente nella realizzazione del diritto umano alla salute per tutti senza discriminazioni”, ha affermato la Direttrice esecutiva UNAIDS Winnie Byanyima.

La società civile che ha preso parte alle fasi preparatorie del HLM ha prodotto a tale scopo una dichiarazione in cui si rivendicano ruolo e necessità delle community, adeguati riconoscimenti e risorse, azioni politiche guidate dal pieno rispetto e soddisfacimento dei diritti umani.

Tra i target concordati per il 2025 figurano quello che prevede che **il 90% delle persone a rischio di HIV possa avere accesso a servizi di prevenzione combinata e quello che prescrive che l'80% dei servizi di prevenzione per le popolazioni chiave sia fornito dalle community**.

La dichiarazione invita, inoltre, i governi a garantire che, entro il 2025, il 95% delle persone con HIV sia reso consapevole del proprio stato, che il 95% delle PLWHIV abbia accesso ai trattamenti antiretrovirali e che la stessa quota di persone possa raggiungere la soppressione virologica, stato clinico che impedisce la trasmissione del virus, secondo il principio U=U. I Paesi Membri si sono inoltre impegnati ad assicurare ad almeno il 95% di PLWHIV un'efficace protezione contro altre coinfezioni e/o pandemie, incluso il COVID 19.

Altri target cruciali prevedono di portare il numero di nuove infezioni dal milione e 700mila registrato nel 2019 a 370mila nel 2025 e di portare i decessi collegati all' AIDS dai 690mila del 2019 a 250mila nel 2025.

La dichiarazione rileva con preoccupazione anche come violenza, stigma, discriminazioni, siano tra le principali cause di trasmissione dell'HIV che, conseguentemente, colpisce in modo sproporzionato, soprattutto uomini gay, uomini che fanno sesso con altri uomini (MSM), sex workers, persone che si iniettano droghe, persone transgender, detenuti e detenute, migranti precludendo l'accesso ai servizi di questi gruppi di popolazione (Key population). Per questo gli Stati Membri hanno concordato il perseguimento e il raggiungimento di un altro gruppo di obiettivi:

- Portare sotto il 10%, la percentuale di paesi che adottano leggi e politiche punitive nei confronti delle persone con HIV o esposte all'HIV.
- Ridurre sotto il 10%, la percentuale di persone che subiscono discriminazioni e stigma.
- Portare sotto la soglia del 10% la percentuale di casi di violenza di genere o di disuguaglianza in base al genere.

Cruciale è anche l'impegno ad aumentare il finanziamento della risposta all'AIDS fino a 29 miliardi di dollari entro il 2025 per i paesi a basso e medio reddito. I paesi membri si sono inoltre impegnati a includere tra i servizi per la risposta all'HIV quelli forniti da ONG e community (almeno il 30%) che andranno così adeguatamente finanziati.

Se la comunità internazionale raggiungerà gli obiettivi, entro il 2030 –prevede la dichiarazione- **si eviteranno 3 milioni seicentomila nuove infezioni da HIV e un milione e settecentomila decessi correlati all'AIDS**.



AIDS 2020: la PrEP previene tre quarti delle infezioni da HIV

Pubblicato il [10 Agosto 2021](#) da [redazione](#)

Un ampio studio sull'offerta della **PrEP (profilassi pre-esposizione**, ossia l'assunzione regolare di farmaci a scopo di prevenzione) in 16 comunità in Kenya e Uganda ha evidenziato una **diminuzione del 74% negli eventi di infezione da HIV nei partecipanti appartenenti a gruppi ad alto rischio che iniziavano il trattamento**. Si tratta della più cospicua riduzione mai riscontrata da un programma di offerta della PrEP in Africa sub-sahariana.

I risultati dello studio sono stati presentati alla [23° Conferenza Internazionale sull'AIDS \(AIDS 2020: Virtual\)](#).

Lo studio **SEARCH (Sustainable East Africa Research in Community Health)** è operativo in 32 comunità in Kenya e Uganda fin dal 2013. Inizialmente era unicamente mirato all'offerta universale di test e trattamento, ma dal giugno 2016 all'interno delle 16 comunità di intervento si è iniziato a offrire la PrEP a individui ad alto rischio di infezione da HIV, per esempio persone che lavorano nei trasporti o nella pesca, o che comunque si ritengono a rischio di contrarre l'infezione.

Dei 15.632 individui identificati come ad alto rischio, 5447 (il 35%) hanno iniziato la PrEP; **l'incidenza HIV è risultata pari allo 0,35% all'anno**. In mancanza di un gruppo di controllo trattato con placebo, i dati sono stati messi a confronto con quelli di individui che avevano partecipato a SEARCH nel corso dei due anni prima che si iniziassero a erogare i farmaci profilattici. Dai dati storici è emerso che in precedenza l'incidenza era dello 0,92%, il che significa che il tasso di infezione dal momento in cui era iniziata l'erogazione della PrEP era calato del 74%. **La diminuzione più marcata si è osservata tra le donne (-76%); anche tra gli uomini si è registrato un calo dell'incidenza, ma solo del 40%, dunque un dato statisticamente non significativo**. Sebbene l'83% dei partecipanti che iniziavano il trattamento a un certo punto lo interrompevano, il 50% di chi aveva smesso ha successivamente ricominciato ad assumere i farmaci.



INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE: UNA MONOGRAFIA IN INGLESE PENSATA PER I RAGAZZI

Pubblicato il [5 Maggio 2021](#) da [redazione](#)

È online la versione in inglese della monografia **“Le infezioni sessualmente trasmesse. Come riconoscerle e prevenirle”** rivolta ai ragazzi delle scuole secondarie e curata, già nel 2018, da Barbara Sulgoi e Maria Cristina Salfa (ISS) per la collana di libri **“I Ragazzi di Pasteur”**, frutto della cooperazione tra Ibsa Foundation e Istituto Pasteur Italia. Alla traduzione in inglese hanno preso parte anche Erika Lindh (ISS, EUPHEM-ECDC) e Loredana Ingrosso (ISS).

La prima parte della monografia illustra le **“Regole del sesso sicuro”** spiegando ai giovani come riconoscere le infezioni sessualmente trasmesse, i potenziali rischi ad esse connesse e a chi rivolgersi per avere delucidazioni a riguardo. Nella seconda trova spazio un fumetto a cura della Scuola Romana dei Fumetti, la cui sceneggiatura è stata elaborata dagli studenti del Liceo Scientifico Galileo Galilei di Trento, sempre incentrato sulla tematica delle infezioni sessualmente trasmesse.

Il linguaggio è stato appositamente studiato da esperti per trasmettere le informazioni in modo semplice e non tecnico.

Per approfondire consulta la versione inglese [“Sexually transmitted infections. How to recognize and prevent them”](#) e quella in italiano monografia [“Le infezioni sessualmente trasmesse. Come riconoscerle e prevenirle”](#)



HIV: la Fda approva il primo trattamento iniettabile a rilascio prolungato per adulti

Pubblicato il [26 Gennaio 2021](#) da [redazione](#)

La Food and drug administration ha approvato **cabotegravir e rilpivirina**, in formulazione iniettabile come **regime completo per il trattamento dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana di tipo 1 (Hiv-1) negli adulti**, per sostituire l'attuale regime antiretrovirale in coloro che hanno

raggiunto la soppressione virologica con un regime antiretrovirale stabile senza storia di fallimento del trattamento e senza resistenza nota o sospetta né a cabotegravir né a rilpivirina. Si tratta del primo regime completo iniettabile approvato dalla Fda per adulti con infezione da Hiv che viene somministrato una volta al mese.

La combinazione

La Fda, come riporta una nota diffusa dall'ente regolatorio, ha anche approvato (cabotegravir, formulazione in compresse), che deve essere assunto in combinazione con rilpivirina orale per un mese prima di iniziare il trattamento con cabotegravir e rilpivirina per garantire che i farmaci siano ben tollerati prima di passare alla formulazione iniettabile a rilascio prolungato.

“Attualmente, lo standard di cura per i pazienti con Hiv include pazienti che assumono pillole quotidiane per gestire adeguatamente la loro condizione. Questa approvazione consentirà ad alcuni pazienti la possibilità di ricevere iniezioni una volta al mese invece di un regime di trattamento orale giornaliero”, ha affermato John Farley, direttore dell'ufficio delle malattie infettive del Centro per la valutazione e la ricerca sui farmaci della Fda. “Avere questo trattamento disponibile per alcuni pazienti fornisce un'alternativa per la gestione di questa condizione cronica”.

Gli studi

La sicurezza e l'efficacia del farmaco le hanno stabilite due studi clinici randomizzati, in aperto e controllati su 1.182 adulti con infezione da Hiv che erano virologicamente soppressi (HIV-1 RNA inferiore a 50 copie / millilitro) prima dell'inizio del trattamento con il farmaco. I pazienti in entrambi gli studi hanno mostrato soppressione virologica alla conclusione di ogni studio e non si è osservata alcuna variazione clinicamente rilevante rispetto al basale nella conta delle cellule CD4.

Reazioni avverse

Le reazioni avverse più comuni con cabotegravir e rilpivirina sono state reazioni al sito di iniezione, febbre (piressia), affaticamento, mal di testa, dolore muscoloscheletrico, nausea, disturbi del sonno, capogiri ed eruzione cutanea. Cabenuva non deve essere usato se è nota una precedente reazione di ipersensibilità a cabotegravir o rilpivirina, o in pazienti che non sono viralmente soppressi (HIV-1 RNA maggiore di 50 copie / millilitro).



TEST HIV, ti aiutiamo noi!

Pubblicato il [14 Gennaio 2021](#) da [redazione](#)

Lila ha attivato un nuovo servizio gratuito di supporto per l'esecuzione dell'AutoTest, che puoi effettuare in casa tua. Così possiamo darti una mano anche in questi tempi di distanziamento fisico.

1. Acquista un autotest per l'Hiv

Nelle farmacie italiane è possibile acquistare diversi tipi di autotest prodotti da aziende diverse: si tratta di test rapidi che prevedono l'auto prelievo di una goccia di sangue dal dito e forniscono un risultato in 15 minuti. Il costo medio di un autotest è di circa 20 euro. Ricordati di acquistarlo per tempo: potrebbe volerci qualche giorno perché molte farmacie devono ordinarlo al deposito.

Nota bene: anche su internet è possibile acquistare gli autotest, ma in questo caso non possiamo garantirti né l'affidabilità del test né il supporto tecnico per eseguirlo correttamente. Per questo ti chiediamo di acquistare l'autotest in farmacia.

2. Calcola il momento giusto per fare il test

Tieni presente che gli autotest hanno un periodo finestra di 3 mesi: vuol dire che possono darti un esito certo e definitivo solo dopo 3 mesi dall'ultimo comportamento a rischio. Se non te la senti di aspettare così a lungo, puoi fare un primo test dopo almeno un mese (prima sarebbe completamente inutile), ma se l'esito fosse negativo dovrai ripetere il test allo scadere del periodo finestra.

3. Fatti supportare dalla Lila

Rispetto ai test tradizionali, l'autotest offre senza dubbio dei grandi vantaggi (la possibilità di effettuare il test in autonomia, la riservatezza, la rapidità dei risultati), ma è bene tener presente anche le controindicazioni: fare il test è un momento delicato e a volte molto stressante e farlo in solitudine ti priva del sostegno di cui potresti aver bisogno. Per questo Lila ti offre un servizio gratuito di counseling e di supporto al test: staremo con te a distanza durante tutta l'effettuazione del test; prevedi di prenderti un tempo di 30/40 minuti senza essere disturbata/o. Puoi scegliere la modalità telefonica, cioè al telefono con un nostro operatore o con una

nostra operatrice, oppure la modalità online attraverso la piattaforma zoom (se non l'hai già, puoi scaricare l'app gratuita di zoom su qualunque dispositivo: pc, smarthphone, iPad...).

Prenota il tuo appuntamento compilando il form sottostante.

Dopo aver compilato il form, riceverai la conferma della tua prenotazione all'indirizzo e-mail che ci hai fornito con i dettagli dell'appuntamento. Tieni presente che la mail di conferma non è una mail automatica che arriva immediatamente, ma ti risponderà un operatore dopo aver verificato la disponibilità effettiva nell'orario richiesto.

[LILA – SUPPORTO ALL'AUTO TEST](#)

SITOGRAFIA SU TEMATICHE AIDS e HIV **Aggiornata al 30 novembre 2021**

<https://www.aids.ch/it/>

Portale di informazione svizzero per le persone con HIV e loro partner, di riferimento per i casi di discriminazione e di violazione della privacy in materia di HIV/AIDS, per la prevenzione e campagne specifiche

<https://www.aids2020.org/>

23rd International AIDS Conference, virtual

<https://www.aids2018.org>

22nd International AIDS Conference, Amsterdam 2018

<https://aidsinfo.nih.gov/>

Informazioni su linee guida, trattamenti e prevenzione da cui sono scaricabili delle App

<http://www.aidsonline.it/>

Novità farmacologiche e complicanze dell'Aids gestito da Xagena

<http://www.anlaidsonlus.it/>

Associazione Nazionale per la Lotta contro l'Aids italiana

<https://www.ars.toscana.it/it/>

Agenzia Regionale di Sanità Toscana: annuale aggiornamento dati epidemiologici HIV/AIDS della Regione Toscana

<http://www.asamilano30.org/>

Associazione Solidarietà Aids – Onlus, Milano

<http://www.arcobalenoaids.it/>

Associazione Arcobaleno Aids, Torino

www.cesda.net

Centro Studi, ricerca e documentazione su Dipendenze e AIDS – AUSL Toscana Centro

<http://www.cicanazionale.it>

C.I.C.A. Coordinamento Italiano Case alloggio per persone con HIV/AIDS

<http://www.cnca.it/>

Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza

https://ec.europa.eu/health/home_en

Commissione Europea sulla salute in Europa

<https://ecdc.europa.eu/en/hiv-infection-and-aids>

European Centre for Disease Prevention and Control

<https://www.epicentro.iss.it/aids/>

Il portale dell'epidemiologia per la Sanità pubblica – Istituto Superiore di Sanità

<http://www.failtestanchetu.it/>

Progetto della Regione Abruzzo per facilitare l'accesso al test

<https://frontlineaids.org/>

Partenariato mondiale di organizzazioni che sostengono e promuovono iniziative di contrasto all'HIV/AIDS

<http://www.gbchealth.org/>

Aziende e organizzazioni impegnate contro le malattie infettive: covid-19, ebola, HIV/AIDS, tubercolosi e malaria

<http://genderandaids.unwomen.org/en>

Portale per la promozione dell'uguaglianza di genere correlata all'epidemia di HIV/AIDS

[Home - Help AIDS](#)

Portale di informazioni del SSR dell'Emilia-Romagna con Forum su HIV, servizio di consulenza online e gestione numero verde 800.85.60.80

<https://www.iasociety.org/>

Founded in 1988, the IAS is the world's largest association of HIV professionals

<https://ias2021.org/>

11th IAS Conference on HIV Science, Berlin 2021
Virtual event with a local partner hub in Berlin

<https://www.ias2019.org>

10th IAS Conference on HIV Science, Mexico City 2019

<https://www.ias2017.org>

9th IAS Conference on HIV Science, Paris 2017

<http://www.isid.org/>

International Society for Infectious Diseases

<https://www.iss.it/malattie-infettive-hiv>

Istituto Superiore di Sanità, sezione dedicata all'HIV/AIDS

<https://www.isstdr.org>

International Society for Sexually Transmitted Diseases Research

www.lila.it

Lega Italiana Lotta all'Aids

<http://www.lila.toscana.it/>

Sezione toscana LILA

<https://lovelife.org.za/en/>

Iniziativa LoveLife di prevenzione dell'HIV in Sud Africa rivolta ai giovani tra i 12 e i 19 anni

<https://www.nadironlus.org>

Associazione onlus Nadir con pubblicazioni scientifiche su tematiche HIV/AIDS, tra cui la rivista Delta

<http://www.npsitalia.net/>

Network persone sieropositive con forum e informazioni

[http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1758-2652](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1758-2652)

Journal of the International AIDS Society

<https://www.osservatoriomalattie.it/hiv>

Osservatorio malattie rare

<http://www.propositiv.bz.it/>

Associazione Propositiv Südtiroler AIDS Hilfe, organizzazione di volontariato dell'Alto Adige

<http://www.retecedro.net/>

Sito di approfondimento sulle dipendenze con sezione tematica HIV/AIDS

<http://www.salute.gov.it/portale/hiv/dettaglioContenutiHIV.jsp?lingua=italiano&id=5206&area=aids&menu=conoscere>

Ministero della Salute del Governo Italiano, sezione dedicata all' HIV/AIDS

www.spaziobianco.com

L'Associazione di Volontariato Spazio Bianco ONLUS compie assistenza e supporto a persone sieropositive in Umbria e gestisce il numero verde 800015249

<https://unaids.org/en>

UNAIDS - Programma delle Nazioni Unite per AIDS/HIV

www.uniticontrolaids.it

Sito promosso e finanziato dal Ministero della Salute - Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione. Responsabilità scientifica dell'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione - Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate - Istituto Superiore di Sanità.

www.who.int/hiv/en

Organizzazione Mondiale della Sanità sezione HIV