

TERAPIA E TRASMISSIONE DELL'HIV: 2 TEMI COLLEGATI

Giugno 2009 – Position Paper di LILA e NADIR

Premessa

Nella creazione di questa Position Paper LILA e NADIR si sono ispirate al documento redatto nell'aprile del 2009 da Deutsche AIDS-Hilfe e.V e disponibile nella sua versione originale sul sito www.aidshilfe.de. LILA e NADIR ne hanno fatto un adattamento al contesto storico, culturale e sociale italiano, riducendo in alcune parti il documento originale, con lo spirito di essere più chiari e comunicativi su una tematica che riteniamo delicata da affrontare, soprattutto per il nostro paese. Pur avendo lasciato una corposa bibliografia alla fine di questo scritto, esortiamo il lettore a consultare il documento originale prima citato qualora necessitasse di approfondimenti scientifici. Questa Position Paper è rivolta alle persone sieropositive, ai loro partner, alle associazioni di pazienti che svolgono un servizio di counselling e, auspichiamo, agli operatori sanitari.

Il doppio ruolo della terapia antiretrovirale

Poiché non è ancora possibile eradicare il virus dell'HIV, l'unico modo efficace per contrastare e controllare la sua azione distruttiva nell'organismo è, a tutt'oggi, l'utilizzo della *terapia antiretrovirale altamente efficace* (di seguito 'ARV'). Come sappiamo, la ARV svolge un importante ruolo nella gestione della sieropositività, consentendo di prolungare notevolmente l'aspettativa di vita delle persone e migliorandone, almeno dal punto di vista clinico, la qualità della vita. Ma la ARV, riducendo sensibilmente la carica virale, ha dimostrato di poter avere un ruolo strategico anche nella gestione del rischio di contagio. La trasmissione del virus HIV, infatti, *ha scarse probabilità di verificarsi durante un rapporto sessuale non protetto se sono soddisfatte, allo stesso tempo, tutte e tre le seguenti condizioni:*

- a) la carica virale del partner HIV-positivo è al di sotto del limite di rilevabilità da almeno sei mesi;
- b) i farmaci antiretrovirali sono assunti con regolarità (ossia 'piena aderenza alla terapia');
- c) i due partner non presentano lesioni alle mucose causate da un'altra infezione a trasmissione sessuale.

È stata la Commissione Federale svizzera per le questioni inerenti l'AIDS (CFPA) che, per prima, ha reso pubblica questa evidenza il 30 gennaio 2008 in un documento intitolato: "Le persone affette da HIV che non presentano altre malattie sessualmente trasmissibili e seguono una terapia antiretrovirale efficace non trasmettono il virus tramite i rapporti sessuali". Alla CFPA va quindi il merito di aver reso oggetto di pubblica discussione, di comunicazione tra partner e di educazione generale un argomento che, ad oggi, se viene trattato, trova spazio esclusivamente in sede privata, quasi fosse una cosa da dire sottovoce o da non dire affatto. LILA e NADIR, in qualità di associazioni di lotta all'AIDS, condividono la posizione dalla Commissione Federale svizzera e hanno perciò scelto di diffondere queste informazioni poiché vi sono elementi significativi di questo nuovo approccio sui quali è indispensabile aprire un confronto. In particolare esso:

- apre nuove possibilità per la prevenzione dell'infezione;
- è una significativa integrazione ai messaggi fin qui divulgati in materia di sesso protetto;
- può contribuire a ridurre lo stigma nei confronti delle persone sieropositive.

L'informazione è la base di un comportamento responsabile e autodeterminato

È nostra opinione che ogni singola persona debba essere messa in condizione di compiere scelte informate, autodeterminate e responsabili per la gestione del rischio di contagio correlato all'infezione da HIV. Questa possibilità di scelta autodeterminata e responsabile deve essere offerta prioritariamente alle persone sieropositive e a quelle più esposte al rischio, sia che quest'ultimo venga associato alla trasmissione sessuale o che derivi dalla condivisione di strumenti per l'assunzione per via iniettiva di sostanze stupefacenti. Affermare che - alle condizioni sopra menzionate - la trasmissione del virus HIV in un rapporto sessuale con una persona sieropositiva è improbabile, è rilevante non solo per la gestione del rischio di contagio e per la prevenzione primaria, ma anche perché contribuisce a depotenziare lo stigma che da sempre caratterizza questa epidemia dissipando, almeno in parte, la mitizzazione del rischio e le conseguenti paure irrazionali che riguardano l'argomento. Ridefinire più dettagliatamente le condizioni di rischio di trasmissione del virus HIV, sulla base di nuove evidenze scientifiche, non può che contribuire, dunque, a migliorare le condizioni di vita delle persone già sieropositive (si pensi, ad esempio, al carico emotivo presente in molte persone con HIV in merito alla trasmissione del virus di cui sono portatrici) e delle molte coppie sierodiscordanti¹, oltre che avere, potenzialmente, una generale ricaduta sui comportamenti dell'intera popolazione. Su quest'ultimo aspetto, però, essendo che la comunicazione sul tema è scarsa e spesso fatta 'per slogan', il rischio di non essere compresi è molto alto. Ecco perché LILA e NADIR esortano all'uso consapevole e non propagandistico dei contenuti di questa Position Paper.

Quando un rapporto sessuale è “sufficientemente sicuro”?

Il cosiddetto “sesso sicuro”, così come prevalentemente definito nell'area anglosassone, è inteso come astinenza o assenza di qualunque contatto con i fluidi corporei ed è un concetto che da sempre consideriamo irrealistico e inefficace, poiché non tiene conto del desiderio e dei bisogni legati alla sfera sessuale. La nostra strategia utilizza invece un approccio di promozione alla salute e di prevenzione del contagio che tiene conto dello stile di vita delle persone cui ci rivolgiamo, cercando di diffondere messaggi il più possibile accurati e praticabili. Promuoviamo la pratica del *safer sex* (*letteralmente 'sesso più sicuro'*) declinandola attraverso “comportamenti sufficientemente sicuri” che rendono improbabile la trasmissione del virus²: più sicuro del sesso non protetto, dunque, ma pur sempre non in grado di azzerare il rischio di contagio come solo l'astinenza può fare. Parlare di “sesso sufficientemente sicuro” significa riconoscere che sussiste un margine residuo di rischio che non può essere taciuto, ma sull'assunzione del quale deve essere la singola persona a decidere. Compito di chi fa prevenzione è rendere nota l'esistenza di tale rischio e fornire le informazioni necessarie affinché esso sia gestito con le modalità più consone in relazione alle persone cui le informazioni stesse sono rivolte. Siamo infatti convinti che anche le strategie di riduzione o minimizzazione del rischio possano rivelarsi utili nella prevenzione e contribuire in maniera determinante a “spegnere” un'epidemia. Del resto, per la popolazione generale, una strategia molto sicura come il sesso protetto può perdere tutta la sua efficacia se non è applicata con continuità mentre, di contro, una strategia profilattica di efficacia limitata, ma seguita regolarmente, può contribuire a ridurre il numero di contagi. Inoltre, sappiamo - e sosteniamo l'idea - che non sempre l'obiettivo della gestione del rischio coincide con il miglior comportamento preventivo: a seconda della situazione e della disposizione del momento, la

¹ In cui un partner è sieropositivo e l'altro sieronegativo.

² Le regole del *safer sex*, in senso stretto, sono le seguenti: usare il preservativo durante i rapporti anali e vaginali, evitare che sperma e sangue entrino a contatto con le mucose della bocca (cioè: “facendo sesso orale, evitare la presenza di sperma o di sangue mestruale in bocca”). In senso lato, invece, il sesso “sufficientemente sicuro” può essere inteso come una serie di misure atte a impedire al virus dell'HIV di penetrare nell'organismo o di entrare a contatto con le mucose in quantità sufficiente a dar luogo all'infezione.

Federazione Nazionale

persona può fare un bilancio e scegliere, ad esempio, di privilegiare l'esperienza del piacere sessuale rischiando le conseguenze di un'eventuale infezione o, al contrario, eliminare ogni ipotesi di rischio astenendosi da qualunque pratica sessuale.

Autodeterminazione significa “volontariamente e senza costrizioni”

Il rispetto delle libere scelte individuali significa non solo divulgare tutte le informazioni disponibili sulla gestione del rischio di infezione, integralmente ed in forma adeguata al gruppo a cui sono rivolte, ma anche opporsi fermamente ad ogni tentativo di *costringere* la singola persona ad adeguarsi al “comportamento di massima prevenzione possibile”, comportamento da intendersi solo fine a se stesso. In termini espliciti, questo equivale a dire che, così come spetta alla singola persona scegliere se e quando intraprendere una terapia antiretrovirale, alla stessa spetta di decidere se e come proteggersi. Questa è una scelta che ogni persona sieronegativa o sieropositiva deve compiere autonomamente e non devono esserci pressioni o coercizioni come, per esempio, l'insistenza a iniziare il trattamento a scopo di prevenzione primaria. Ovviamente la scelta può riguardare la nostra salute, ma non quella altrui ed è quindi necessario tenere sempre ben presente le conseguenze negative che le nostre scelte possono avere su altre persone (ad esempio il partner).

Responsabilità individuale, condivisa, e verso gli altri

Sul fronte pubblico, ma anche su quello dei gruppi che fanno riferimento alle nostre associazioni, molti si aspettano da noi non solo informazioni, ma anche raccomandazioni. Questo approccio è peraltro in linea con la nostra concezione di sviluppare una rete nazionale di competenze per promuovere la prevenzione strutturale³ e, più in generale, la promozione della salute nell'ambito in cui operiamo. In questa veste, consideriamo nostro dovere valutare tutte le informazioni in ottica di prevenzione, orientandoci agli interessi e agli stili di vita delle persone cui ci rivolgiamo. Tuttavia, *nessuna raccomandazione può violare la libertà individuale: le raccomandazioni possono solo essere di natura generale*. Ecco perché, accanto alla raccolta e alla diffusione delle informazioni, l'offerta di una comunicazione approfondita e di counselling individuale adeguato è pertanto di centrale importanza. Optare per una gestione individuale del rischio (utilizzando le informazioni fornite o seguendo le raccomandazioni) è ovviamente una scelta personale. Ma specifichiamo che, per noi, la persona non deve essere sola davanti a questa responsabilità, anzi, è una responsabilità da condividere sempre con gli altri (tra cui il partner ed in particolare quando *i partner* non sono sullo stesso piano in quanto a conoscenze, intenzioni, sentimenti e abilità). Quindi, se l'individuo deve decidere in modo autodeterminato e agire con responsabilità, ha bisogno non solo di informazioni sufficienti, ma anche, in egual misura, di competenze e risorse, di accettazione e solidarietà, di confronto. Infine, questo nostro documento ha anche l'obiettivo di ridurre al minimo la differenza d'informazione tra operatori sanitari e pazienti, dando un messaggio chiaro, volto anche a prevenire possibili false informazioni.

Chiarimenti per le persone sieropositive con carica virale non rilevabile

Un'efficace terapia antiretrovirale da almeno sei mesi riduce la carica virale nel sangue, nello sperma e nelle mucose a livelli non rilevabili, rendendo improbabile il contagio del partner sessuale. Tuttavia, in presenza di ulcere o infiammazioni delle membrane mucose del pene,

³ Le misure di prevenzione destinate ai gruppi di popolazione si focalizzano sia su un comportamento che consente una migliore protezione individuale (prevenzione comportamentale) sia sulle condizioni esistenziali socio-economiche e giuridiche che consentono e promuovono il comportamento preventivo (prevenzione strutturale). I motti della prevenzione sono pertanto: «imparare» (a proteggere se stessi e gli altri) e «non discriminare» («integrare» invece di discriminare le persone sieropositive).

Federazione Nazionale

dell'intestino o della vagina - soprattutto se provocate da malattie sessualmente trasmissibili come sifilide o herpes - il rischio aumenta nuovamente per il partner perché l'HIV si accumula nelle membrane mucose lesionate, che sono più permeabili al virus. Il rischio per il partner sieronegativo diventa allora impossibile da valutare. Finché la lesione non guarisce completamente, il sesso andrebbe fatto solo col preservativo, per evitare che il virus entri nell'organismo o venga a contatto con le mucose. Come regola, in caso di sintomi che potrebbero indicare la presenza di una malattia a trasmissione sessuale, è necessario sottoporsi ad accertamenti medici ed eventuali cure. Anche i partner ne dovrebbero essere informati, così da potersi far visitare a loro volta e, se necessario, intraprendere un trattamento. Ribadiamo che, finché il trattamento della malattia sessualmente trasmissibile non è concluso con successo, si raccomanda di fare sesso con il preservativo.

Relazioni stabili con partner sieronegativo o sieroinfetto

Per il sesso senza preservativo in relazioni monogame in cui un partner è sieropositivo con carica virale non rilevabile e l'altro sieronegativo o sieroinfetto, si raccomanda la seguente procedura:

- acquisire le informazioni disponibili a riguardo e crearsi una solida base per compiere decisioni informate, anche attraverso percorsi di counselling adeguati;
- comunicare tali informazioni al partner;
- prendere decisioni comuni, che entrambi i partner possano accettare;
- assumere regolarmente i farmaci anti-HIV e presentarsi puntualmente alle visite mediche per verificare l'efficacia del trattamento e l'assenza di lesioni alle membrane mucose.

Rapporti occasionali

In caso di sesso con partner occasionali, l'eterna raccomandazione è di usare il preservativo, perché non è possibile verificare il costante monitoraggio della malattia a trasmissione sessuale (per sincerarsi che nessuno dei due presenti lesioni alle membrane mucose). Inoltre, in genere tra i partner, in questo caso, non c'è comunicazione, né tanto meno si prendono decisioni in comune. Alle persone sieropositive che, oltre che con il partner fisso, hanno rapporti occasionali con altri partner, raccomandiamo di sottoporsi a controlli regolari per malattie a trasmissione sessuale, poiché spesso esse non presentano sintomi eclatanti (e altrettanto spesso i sintomi non vengono notati) e possono essere individuate soltanto con una visita medica o esami clinici specifici.

Persone sieropositive con carica virale rilevabile e con partner sieroinfetti o sieronegativi

Alle persone sieropositive con carica virale rilevabile e con partner sieroinfetti o sieronegativi continuiamo a raccomandare di osservare la regola di “usare il preservativo nei rapporti insertivi (anali e vaginali)” ed “evitare che sangue e sperma entrino nell'organismo o vengano a contatto con le membrane mucose”.

Sesso senza preservativo in relazioni monogame tra partner sieronegativi e/o sieroinfetti

Entrambi i partner devono usare regolarmente il preservativo nei rapporti anali e vaginali ed evitare che sangue e sperma entrino nell'organismo o vengano a contatto con le membrane mucose per tre mesi, e poi effettuare il test HIV. Fino all'arrivo dei risultati, entrambi i partner dovranno continuare a fare sesso protetto. Se il test risulta negativo, i partner non hanno più bisogno di usare il preservativo, sempreché siano osservate le consuete misure profilattiche nei rapporti sessuali al di fuori della coppia. Questo presuppone tuttavia un alto grado di fiducia e

Federazione Nazionale

franchezza: ogni rapporto non protetto esterno alla coppia va rivelato al partner, per poi ripetere la procedura e fare nuovamente sesso protetto fino al test HIV seguente.

Coppie con partner entrambi sieropositivi

In caso di coppie in cui entrambi i partner sono sieropositivi, l'azione preventiva si concentra sulla possibile trasmissione di altre malattie a trasmissione sessuale. Dal momento che le persone sieropositive sono più a rischio di svilupparle, raccomandiamo di sottoporsi ad esami medici specifici almeno due volte all'anno. Segnaliamo che è possibile una reinfezione (anche se epidemiologicamente irrilevante) se la terapia di entrambi i partner non è efficace o durante un'interruzione dal trattamento. La reinfezione può risultare problematica quando vengono trasmessi virus resistenti ai farmaci.

Chi fa uso di sostanze stupefacenti per via iniettiva

Questi messaggi di prevenzione si riferiscono esclusivamente alla trasmissione sessuale dell'HIV. Per chi fa uso di sostanze stupefacenti per via iniettiva è ribadito il concetto rispetto al rischio di contagio attraverso lo scambio di siringhe o aghi infetti. Sebbene si possa presumere che, anche in questo caso, il rischio si abbassi quando la carica virale è al di sotto del limite di rilevabilità, le conclusioni degli studi sulla trasmissione dell'HIV per via sessuale non possono essere automaticamente riferite ai contagi correlati al consumo di sostanze stupefacenti per via iniettiva: le membrane mucose, se intatte, fanno da barriera al virus durante il sesso, il che non si verifica durante l'assunzione di droghe per via iniettiva. Ribadiamo che un consumo responsabile riduce anche il rischio di trasmettere e/o di acquisire altre infezioni come epatite B e C. Ciò nondimeno, anche queste persone possono trarre dei benefici da quanto qui illustrato. Chi fa uso di sostanze stupefacenti o assume farmaci sostitutivi (metadone o buprenorfina) necessita dunque di queste informazioni, come tutti gli altri, per individuare un metodo di gestione del rischio su misura per il proprio stile di vita. Ricordiamoci sempre che si parla di 'comportamenti' a rischio.

I detenuti

Per il contesto carcerario sono necessarie considerazioni particolari perché le persone detenute non hanno accesso ai mezzi profilattici (preservativi, gel lubrificanti, siringhe, aghi sterili o terapie sostitutive), alle terapie antiretrovirali e alla diagnostica necessaria per la valutazione della patologia. Il rischio di contagio durante il sesso o il consumo di droga all'interno delle carceri è dunque più alto. Bisogna quindi continuare la battaglia per garantire ai detenuti sieropositivi un'assistenza sanitaria adeguata, ai livelli di quella disponibile fuori dalle mura del carcere.

Chi desidera avere figli

Le seguenti affermazioni sono rivolte alle coppie in cui uno o entrambi i partner sono sieropositivi e desiderano avere figli:

- se la carica virale non è rilevabile e vengono soddisfatte le condizioni prima descritte, la coppia può concepire in modo naturale senza rischio di infezione per i partner;
- in caso di madre sieropositiva con carica virale non rilevabile, il rischio di trasmissione del virus al bambino durante la gravidanza o al momento del parto è basso. E' dunque possibile anche il parto vaginale, sotto controllo medico di specialisti;
- l'allattamento al seno, tuttavia, continua a essere sconsigliato - i dati scientifici a riguardo non consentono ancora di rivedere questa raccomandazione.

Carica virale e secrezioni genitali/rettali

Alla riduzione della carica virale nel sangue segue generalmente una riduzione della carica virale anche nel liquido spermatico (e pre-spermatico), nelle secrezioni del retto e nelle mucose. Sono però possibili eccezioni: è stata, infatti, evidenziata la presenza di HIV nello sperma di alcuni pazienti sieropositivi la cui carica virale nel plasma si era mantenuta al di sotto del limite di rilevabilità per più di sei mesi e che non presentavano altre malattie a trasmissione sessuale, tuttavia in questi casi non sono stati attestati eventi di trasmissione.

Comunicazione tra i partner

Più che rispetto al ‘metodo del preservativo’, il ‘metodo della riduzione della carica virale al di sotto del limite di rilevabilità’ (ossia quello esposto nel messaggio centrale di questo documento) richiede una buona comunicazione tra i due partner sessuali. In caso di inadeguata continuità nella terapia o di interruzioni impreviste o abbandono della terapia, i partner devono informarsi l’un l’altro e riprendere ad usare il preservativo. È bene che i counsellors (adeguatamente formati) affrontino sempre il tema “rapporti sessuali esterni alla coppia”, anche se i partner non intendono intrattenere altri rapporti al momento del counselling. Il problema dei contatti sessuali esterni alla coppia riguarda la possibilità di contrarre malattie a trasmissione sessuale, e che di conseguenza non sussistano più le condizioni per l’applicazione del ‘metodo della riduzione della carica virale’.

Vantaggi e svantaggi dei due metodi di prevenzione

I due metodi hanno profili differenti e, dunque, vantaggi e svantaggi. Possono essere combinati tra loro o con altre strategie di riduzione del rischio. I counsellors adeguatamente formati possono aiutare i loro assistiti, caso per caso, nella scelta e nella combinazione dei vari metodi di prevenzione.

Uso del preservativo :

| VANTAGGI | SVANTAGGI |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ non richiede la presenza di condizioni particolari (preliminari) per essere utilizzato; ✓ riduce anche il rischio di contrarre altre infezioni sessualmente trasmissibili (come sifilide, gonorrea, clamidia, ecc.) ed è perciò il metodo ideale per i rapporti occasionali e nella prostituzione; ✓ volendo, è anche un metodo contraccettivo. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ possono verificarsi errori d’impiego: lacerazioni, se non maneggiati correttamente; uso di lubrificanti non adeguati (es. oli grassi); applicazione di lubrificante tra pene e preservativo; ✓ è possibile (ma estremamente raro) che i materiali siano difettosi; ✓ la sua efficacia viene meno se non usato con assiduità (cioè nel 100% dei rapporti), per esempio perché si è assunto alcol o stupefacenti prima del rapporto sessuale (abbassando quindi la percezione del rischio), o a causa di disfunzioni erettili. |

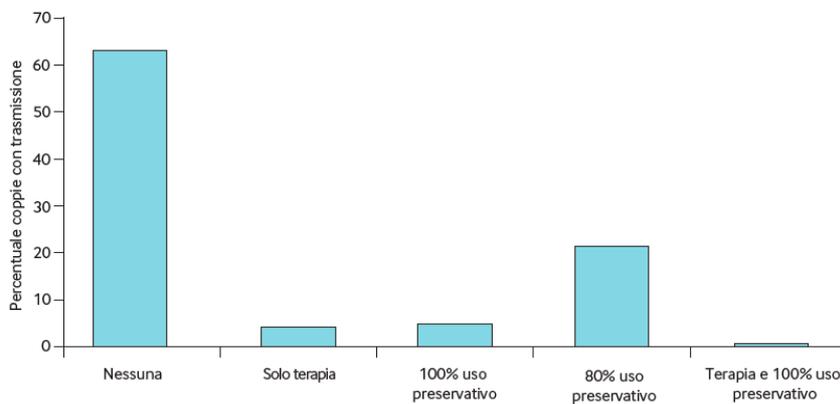
Riduzione della carica virale:

| VANTAGGI | SVANTAGGI |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ offre protezione non solo per le pratiche sessuali ad alto rischio di trasmissione, ma anche per i cosiddetti ‘rischi minori’, dove l’uso del preservativo di norma non è utilizzato: sesso orale, contatti tra sperma e mucose, ecc.... ✓ la gravidanza è possibile (se la si desidera). | <ul style="list-style-type: none"> ✓ richiede la verifica di condizioni preliminari: che la carica virale sia al di sotto del limite di rilevabilità (attualmente 40 copie/mL) da almeno sei mesi; che la sua misurazione venga effettuata su base regolare (di regola ogni tre mesi); che la terapia venga seguita assiduamente e che nessuno dei partner presenti lesioni alle mucose, per esempio a seguito di una malattia a trasmissione sessuale; ✓ la concentrazione virale può restare alta nelle |

| | |
|--|---|
| | <p>secrezioni genitali o rettali (raro);</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ la carica virale può aumentare a seguito di interazioni farmacologiche o fallimento terapeutico (il che si verifica in genere molto lentamente e viene rilevato solo durante i controlli); ✓ non fornisce protezione da altre malattie a trasmissione sessuale. |
|--|---|

Efficacia dell'uso del preservativo e della riduzione della carica virale

Sia l'uso assiduo del preservativo (nel 100% dei rapporti)⁴ sia la riduzione a livelli di non rilevanza della carica virale nel partner sieropositivo in assenza di lesioni alle mucose e di altre malattie a trasmissione sessuale in entrambi i partner, forniscono un'adeguata protezione contro l'infezione da HIV: il margine residuo di rischio di trasmissione è trascurabile⁵. I due metodi combinati danno un rischio residuo tendente allo zero.



Il grafico rappresenta il rischio di trasmissione per 100 atti sessuali tra coppie sierodiscordanti di persone che fanno sesso con uomini (secondo Garnett, Gazzard 2008). Gli autori si riferiscono a un modello di calcolo di Wilson et al (2008) che ipotizza un alto rischio di trasmissione e pone, tra l'altro, un occhio critico sulla validità del "metodo della carica virale".

Dati scientifici e obblighi morali

I dati epidemiologici in materia di "carica virale e infettività" dipingono un quadro peggiore per i rapporti omosessuali maschili che per quelli eterosessuali: un'inspiegabile disparità per cui non si prevedono variazioni nei prossimi anni. L'unico studio di intervento randomizzato (HIV Prevention Trial Network 2008) al momento in corso con lo scopo di valutare la riduzione dell'infettività durante la terapia antiretrovirale ha ultimato la fase di arruolamento e non comprende coppie di uomini omosessuali. Tuttavia, è lecito negare agli uomini omosessuali un metodo di prevenzione che si è dimostrato efficace per gli eterosessuali finché non saranno disponibili dati specifici su questa popolazione? O non abbiamo l'obbligo morale, a fronte del tasso sensibilmente più alto di incidenza dell'infezione da HIV tra gli uomini omosessuali, di trarre conclusioni analoghe e formulare raccomandazioni, seppur basate su meno evidenze

⁴ È convinzione comune che il sesso protetto riduca il rischio di trasmissione HIV del 95%. C'è un margine residuo di rischio dato da eventuali errori d'impiego del preservativo o materiali difettosi, o ancora dai cosiddetti "rischi minori", dove l'uso del preservativo di norma non è utilizzato (sesso orale, contatti tra mucose, contatti con il sangue). Un'analisi Cochrane (Weller et al, 2006) condotta su un campione di eterosessuali ha evidenziato un'efficacia profilattica dell'80%. Gli omosessuali sono generalmente considerati dotati di maggiore abilità manuale e quindi l'efficacia profilattica è più elevata (95%) che tra gli eterosessuali. Non esistono analisi Cochrane sull'affidabilità dei preservativi nei rapporti omosessuali maschili.

⁵ Con entrambi i metodi - l'uso del preservativo e la riduzione della carica virale - in rarissimi casi può verificarsi la trasmissione del virus nonostante la corretta osservanza delle regole; ad oggi, è stato documentato un solo caso, con il metodo della carica virale (Stürmer 2008).

Federazione Nazionale

scientifiche, per sfruttare ogni possibilità di prevenzione? LILA e NADIR ritengono ovviamente che tale obbligo sia imprescindibile. Niente fa presupporre che nel rapporto tra carica virale e infettività esista una sostanziale differenza tra eterosessuali ed omosessuali. Anche ammettendo l'eventualità che questo metodo per gli uomini omosessuali, per via dei rapporti anali, abbia minore efficacia che per la popolazione eterosessuale, si possono raggiungere e superare quei livelli di efficacia semplicemente associandovi anche l'uso del preservativo.

Livello individuale e livello di salute pubblica

A livello individuale, è ormai indiscusso anche nella comunità scientifica che la trasmissione dell'HIV è improbabile se sono soddisfatte le condizioni sopra menzionate (carica virale inferiore ai limiti di rilevabilità da almeno sei mesi, continuità della terapia, assenza di lesioni mucose). A livello di salute pubblica, invece, la situazione è tutt'altra. Si teme che l'adozione del 'metodo della carica virale' come mezzo preventivo possa causare un incremento delle nuove infezioni da HIV. Questa posizione ignora però vari argomenti:

- le condizioni in cui il 'metodo della carica virale' è efficace sono ben determinate: soltanto un numero relativamente esiguo di persone può praticarlo. Il documento della CFPA è stato pubblicato ormai da un anno e non si è riscontrato un calo dell'uso del preservativo;
- sono 25 anni che vengono divulgati messaggi preventivi imperniati sull'idea del sesso protetto, che comportano esattamente lo stesso margine residuo di rischio. Sarebbe incomprensibile non accettare un margine di rischio inferiore, a livello individuale. La prevenzione si concentra da 25 anni sulla protezione fornita da un metodo (es. l'uso del preservativo), piuttosto che sul suo esiguo rischio residuo;
- la prospettiva di essere anche lievemente meno infettivi può essere, per le persone sieropositive, un incentivo per avviare tempestivamente la terapia antiretrovirale e portarla avanti con continuità. Attualmente, sono ancora molti coloro che iniziano troppo tardi la terapia antiretrovirale, e molte delle nuove diagnosi, soprattutto in Italia, riguardano i cosiddetti "late presenters", ossia persone sostanzialmente in stato di AIDS.

Complessivamente LILA e NADIR non possono dunque avvallare i timori che l'adozione del metodo della riduzione della carica virale possa determinare una maggiore incidenza dell'infezione. Al contrario, nei benefici offerti dalla terapia antiretrovirale noi ravvisiamo una preziosa opportunità preventiva.

Bibliografia

1. Attia S, Egger M, Low N (2008). Can unsafe sex be safe? Review of sexual transmissibility of HIV-1 according to viral load, HAART, and sexually transmitted infections. THAC0505 World AIDS Conference, Messico
2. Barreiro P, et al (2006). Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 43:324-6
3. Bernasconi E, et al (2001). HIV transmission after suspension of highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001;27:209
4. Brenner BG, et al (2007) High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Infect Dis*. 2007;195:951-9
5. Campo J, et al (2006). Oral transmission of HIV. Reality or fiction? An update. *Oral Diseases* 12: 219-228
6. Castilla J, et al (2005). Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*;40:96-101
7. Chakraborty H, et al (2001). Viral burden in genital secretions determines male-to-female sexual transmission of HIV-1: a probabilistic empiric model. *AIDS*;15:621-7
8. Chesson HW, Pinkerton SD (2000). Sexually transmitted diseases and the increased risk for HIV transmission: implications for cost-effectiveness analyses of sexually transmitted disease prevention interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2000; 24:48-56
9. Cohen MS, et al (1997). Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. *Lancet*.;349:1868-73

Federazione Nazionale

10. Cohen MS, et al (2000). Limits on oral transmission of HIV-1. *The Lancet* 356:272
11. Cohen MS and Pilcher CD (2005). Amplified HIV-Transmission and new approaches to HIV prevention. EDITORIAL COMMENTARY *JID* 2005:191 (1 maggio) 1391
12. Craib KJP et al (1995) Rectal gonorrhoea as an independent risk factor for HIV infection in a cohort of MSM. *Genitourin Med* 1995; 17:150-154
13. Cu-Uvin S, et al (2006). Association between paired plasma and cervicovaginal lavage fluid HIV-1 RNA levels during 36 months. *J Acquir Immune Defic Syndr.*;42:584-7
14. Cu-Uvin, et al (2000). Effect of highly active antiretroviral therapy on cervicovaginal HIV-1 RNA. *AIDS.*;14:415-21
15. del Romero J, et al (2002). Evaluating the risk of HIV transmission through unprotected orogenital sex. *AIDS* 16:1296-1297
16. Deutsche AIDS-Gesellschaft und Österreichische AIDS-Gesellschaft (2007). Postexpositionelle Prophylaxe der HIV-Infektion. Deutsch-Österreichische Empfehlungen. www.daignet.de
17. Edwards S, Carne C (1998). Oral Sex and the transmission of viral STIs. *Sex Transm. Inf.* 74:6-10
18. Fleming DR (1999). From epidemiological synergy to public health policy and practice. The contribution of other STD to sexual transmission of HIV. *Sex Transm Inf* 1999;75:3-17
19. Fisher M et al, (2006) UK Guideline for the use of PEP for HIV following sexual exposure. *Int J of STD & AIDS.* 17:81-92
20. Garnett G, Gazzard B (2008). Risk of HIV-Transmission in discordant couples. *The Lancet* 2008; 372:270-271
21. Granich (2008) Universal voluntary HIV testing with immediate ART as a strategy for elimination of HIV transmission. A mathematic model. *The Lancet* Vol 373, 3 gennaio 2009
22. Gray R et al (2001) Probability of HIV-Transmission per coital act in monogamous heterosexual discordant couples in Rakai, Uganda. *The Lancet*, 357, 14-23 aprile
23. Kovacs A, et al (2001) Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*; 358:1593-601
24. Laga M, (1993) Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS* 1993 Jan;7(1):95-102
25. Lynn WA (2004). Syphilis and HIV. A dangerous combination. *The Lancet Infectious diseases* Vol 4, luglio 2004
26. Marcelin A-G et al (2008) Detection of HIV-1 RNA in seminal plasma samples from treated patients with undetectable HIV-1 RNA in blood plasma
27. Melo M, et al (2006). Demographic characteristics, sexual transmission and CD4 progression among heterosexual HIV-1 serodiscordant couples followed in Porto Alegre, Brazil: XVI International AIDS Conference: Abstract no. TUPE0430
28. Neely MN, et al (2007). Cervical shedding of HIV-1 RNA among women with low levels of viremia while receiving highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.*; 44:38-42
29. Nunnari G, et al (2002) Residual HIV-1 disease in seminal cells of HIV-1-infected men on suppressive HAART: latency without ongoing cellular infections. *AIDS*; 16:39-45
30. Pilcher CD, et al (2004) Brief but efficient: acute HIV infection and the sexual transmission of HIV. *J Infect Dis.*;189:1785-92
31. Porco TC, et al (2004) Decline in HIV infectivity following the introduction of highly active antiretroviral therapy. *San Francisco Young Men's Health Study.* *AIDS*; 18:81-8
32. Powers KA, Poole C, Pettifor AE, Cohen MS (2008) Rethinking the heterosexual infectivity of HIV-1: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet/infection.* pubblicato online il 5 agosto
33. Quinn TC, et al (2000) Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Rakai Project Study Group N Engl J Med.*; 342:921-9
34. Rotheram-Borus MJ (2009). The Past, Present, and Future of HIV Prevention. Integrating Behavioral, Biomedical and structural Intervention strategies for the next Generation of HIV Infection. *Annu Rev Clin Psychol* 2009. 5:143-67
35. Sadiq ST, et al (2002) The effects of antiretroviral therapy on HIV-1 RNA loads in seminal plasma in HIV-positive patients with and without urethritis. *AIDS*;16:219-25
36. Stürmer M et al (2008) Is transmission of HIV-1 in non-viraemic serodiscordant couples possible? *Antiviral Therapy* 13:729-732
37. Vernazza (2008) HIV-Transmission: EKAF Statement in Frage gestellt? - Eher bestätigt! Response to Wilson et al (*Lancet*, luglio 2008). Online edition
38. Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen (2008). HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. *Schweizerische Ärztezeitung*; 89: 5; pp 165-169
39. Vernazza PL, et al (2000). Potent antiretroviral treatment of HIV infection results in suppression of the seminal shedding of HIV. *The Swiss HIV Cohort Study.* *AIDS.* 14(2):117-21
40. Vettore MV et al (2006). Genital HIV-1 viral load is correlated with blood plasma HIV-1 viral load in Brazilian women and is reduced by antiretroviral therapy. *J Infect.*;52:290-3
41. Vielhaber B (2008) Viruslast in Genitalsekreten und Transmissionswahrscheinlichkeit. *HIV-Report der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.*, 10 gennaio 2008. Online edition
42. Vittinghoff E, et al (1999). Per-Contact-Risk of Human Immunodeficiency Virus Transmission between Male Sexual Partners. *American Journal of Epidemiology* 150:306-311
43. Weller SC, Davis-Beaty K (2006). Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD003255. DOI: 10.1002/14651858.CD003255
44. Wilson D et al (2008). Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *The Lancet* 2008; 372:314-320
45. Yerly S, et al (2001) Acute HIV infection: impact on the spread of HIV and transmission of drug resistance. *Swiss HIV Cohort Study.* *AIDS*;15:2287-92
46. Yerly S, et al (2001) HIV drug resistance and molecular epidemiology in patients with primary HIV infection. *Swiss HIV Cohort Study.* 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, 4-8 febbraio. Abstract 754
47. Zuckerman RA, et al (2004) Higher Concentration of HIV RNA in Rectal Mucosa Secretions than in Blood and Seminal Plasma, among Men Who Have Sex with Men, Independent of Antiretroviral Therapy. *J Inf Dis* 190:156-161