



## **Epidemiologia delle infezioni da hiv nella regione Abruzzo negli anni 2006-2011**

**Claudio Turchi**

**Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica**

**ASL Lanciano-Vasto-Chieti**

**novembre 2012**

## Riassunto

La Regione Abruzzo con Determinazione Dirigenziale 20/38 del 22 giugno 2011 ha attivato il sistema di sorveglianza delle nuove infezioni da hiv su tutto il territorio regionale.

I Centri Clinici individuati a segnalare le nuove sieropositività sono le U.O. di Malattie Infettive di Teramo, L'Aquila, Avezzano, Pescara, Chieti e Vasto che, per il periodo 2006-2011, hanno riportato 253 nuovi casi di infezione hiv di cui 211 residenti in Abruzzo.

Relativamente ai soli casi residenti in regione il 22% è costituito da cittadini stranieri ed il 25% da donne; la percentuale di queste ultime sale al 59% se si considerano i soli cittadini stranieri.

Per quanto riguarda i fattori di rischio nel 91% dei casi l'infezione è da ricondurre a comportamenti sessuali a rischio (sia eterosessuale che omosessuale) e solo nel 4% dei casi all'uso endovenoso di droghe.

L'età mediana in cui viene posta la diagnosi di infezione è più bassa nelle donne (33 anni) rispetto agli uomini (41 anni).

In conseguenza della frequente trasmissione sessuale del virus hiv il 30% dei casi risulta essere affetto anche da altre patologie che riconoscono una trasmissione sessuale quale HBV, HCV, HPV e sifilide.

Particolarmente preoccupante è il fenomeno dei Late Presenters, ossia dei soggetti che arrivano alla diagnosi con bassi livelli di linfociti cd4 e/o un quadro di aids conclamato.

In base ai livelli di linfociti cd4 alla diagnosi risulta che il 39% dei casi ha valori inferiori a 200 cd4 per  $\mu\text{l}$  ed il 16% una concentrazione tra i 200 e 349 cd4 per  $\mu\text{l}$  a dimostrare come una elevata quota dei casi acceda tardivamente ai servizi sanitari; infatti l'età mediana alla diagnosi dei soggetti con valori di cd4 inferiori a 200 per  $\mu\text{l}$  è sensibilmente maggiore rispetto ai soggetti con valori pari o superiori a 500 cd4 per  $\mu\text{l}$ .

Considerando invece il quadro clinico il 15% dei casi è in aids conclamato al momento della diagnosi di sieropositività.

## Introduzione

Nel D.M. 15 dicembre 1990 è prevista la segnalazione dei casi di AIDS anche se con un flusso informativo che non coinvolge i Servizi di Sanità Pubblica ma prevede la trasmissione dal medico che pone la diagnosi direttamente al Centro Operativo AIDS presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Nel corso degli anni, però, l'epidemiologia dell'AIDS è notevolmente cambiata evidenziandosi dal 1996 ad oggi un continuo decremento delle diagnosi di AIDS e dei decessi; tale risultato, secondo gli esperti, è da attribuire principalmente all'allungamento del tempo di incubazione conseguente all'uso combinato delle nuove terapie retrovirali.

Infatti il tempo di incubazione della malattia si è allungato tanto da far registrare una riduzione dei nuovi casi di AIDS conclamata e, quindi, una diminuzione di incidenza come diretta conseguenza della diminuzione dei soggetti che evolvono in AIDS a partire dalla condizione di sieropositività.

I cambiamenti di questi parametri rendono sempre più difficile la stima delle infezioni HIV e dimostrano come non sia assolutamente più possibile identificare le modifiche recenti nella diffusione del virus sulla base delle sole segnalazioni dei casi di AIDS; occorre, quindi, avvalersi di sistemi di sorveglianza rivolti a tutti i soggetti sieropositivi. Rispetto a tale situazione il Ministero della Salute con Decreto 31 marzo 2008 ha istituito il sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV che rappresenta il metodo migliore per descrivere le modificazioni in atto nell'epidemia.

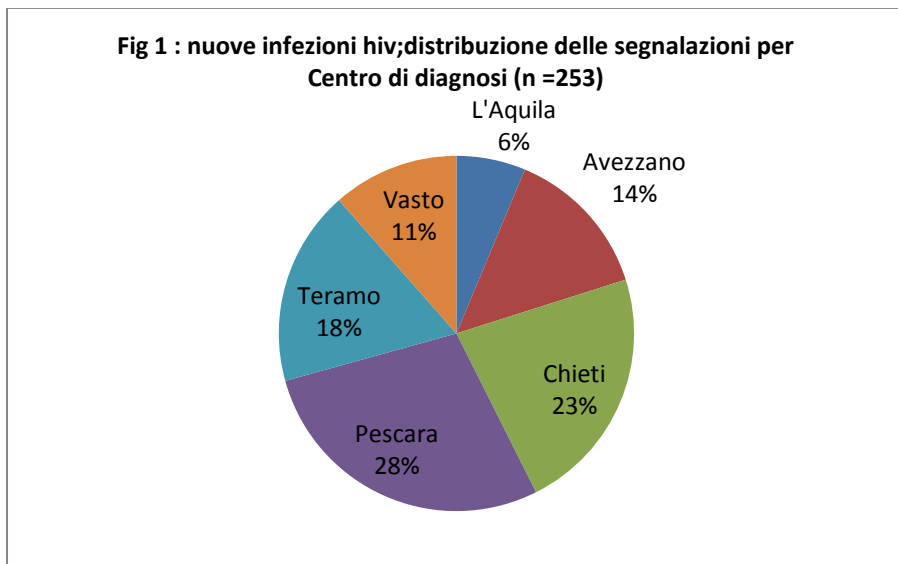
Anche la Regione Abruzzo con Determinazione Dirigenziale 20/38 del 22 giugno 2011 ha attivato il sistema di sorveglianza delle nuove infezioni da HIV su tutto il territorio regionale fornendo alle Asl le indicazioni operative ed il modello di scheda per la raccolta delle informazioni.

I Centri Clinici individuati a segnalare le nuove sieropositività sono le U.O. di Malattie Infettive di Teramo, L'Aquila, Avezzano, Pescara, Chieti e Vasto che, in questa prima fase di attivazione del sistema di sorveglianza, hanno provveduto ad una ricostruzione retrospettiva dei casi diagnosticati dal 2006 al 2010 a cui si sono aggiunte le nuove segnalazioni effettuate nel corso del 2011.

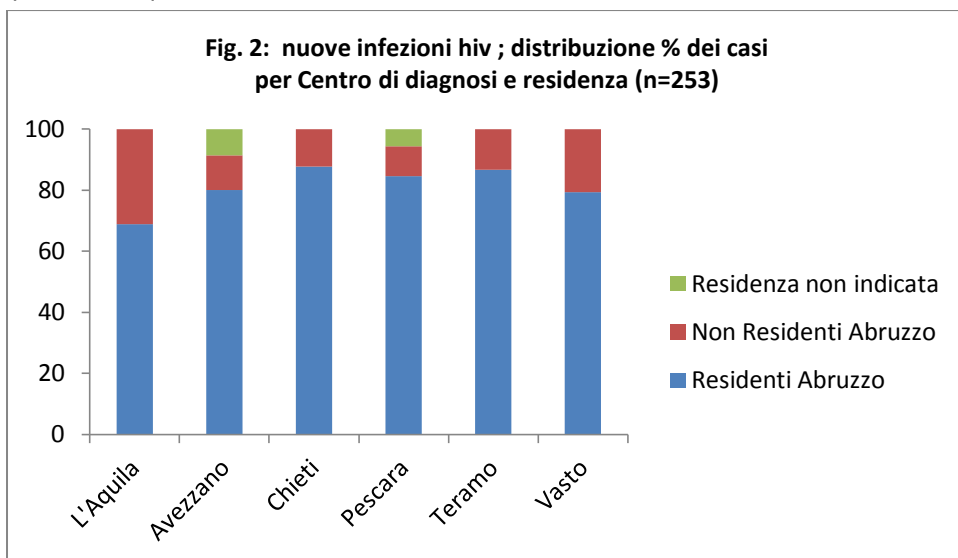
Si fa presente, comunque, che trattandosi di un lavoro di ricostruzione che va indietro nel tempo, non tutti i casi diagnosticati nel corso degli anni possono essere stati inseriti nel data-base utilizzato per questa prima elaborazione.

## Risultati

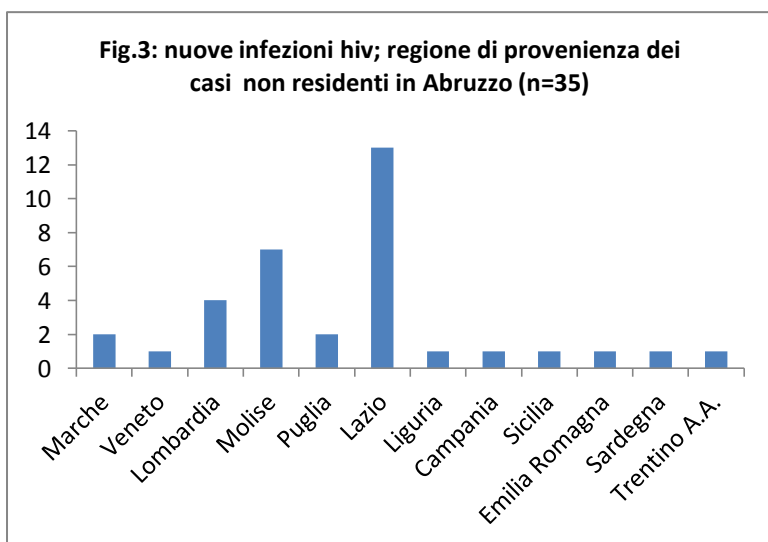
I casi segnalati sono 253 ed in figura 1 riportiamo la loro distribuzione per Centro di segnalazione evidenziandosi che la metà dei casi è stata segnalata dai reparti di Malattie Infettive degli ospedali di Pescara e Chieti.



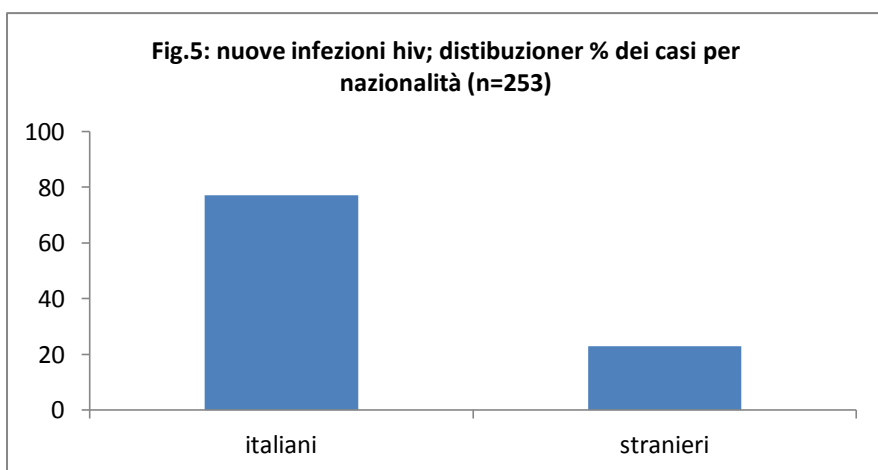
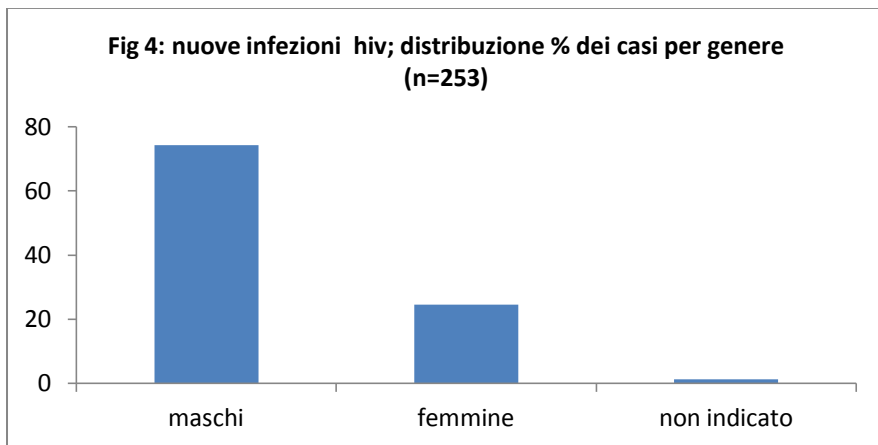
Nella figura 2 riportiamo, invece, la distribuzione delle segnalazioni in base alla residenza dei casi, evidenziandosi che i Centri nei quali si raggiungono le maggiori percentuali di segnalazioni di casi hiv + non residenti in Abruzzo sono quelli di L'Aquila e di Vasto .



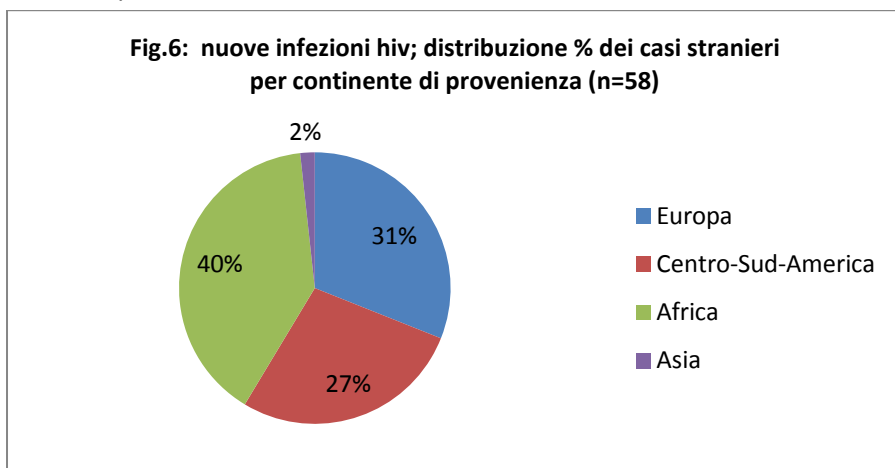
Escludendo i 7 casi per i quali non è segnalata la regione di residenza riportiamo, nella figura 3, le regioni di provenienza dei casi non residenti in Abruzzo; si evidenzia una certa "immigrazione diagnostica" proveniente dal Lazio e dal Molise ma non dalle Marche.



Nelle figure 4 e 5 riportiamo, rispettivamente, la distribuzione dei casi per genere (maschi 74%) e per nazionalità (italiani 77%).

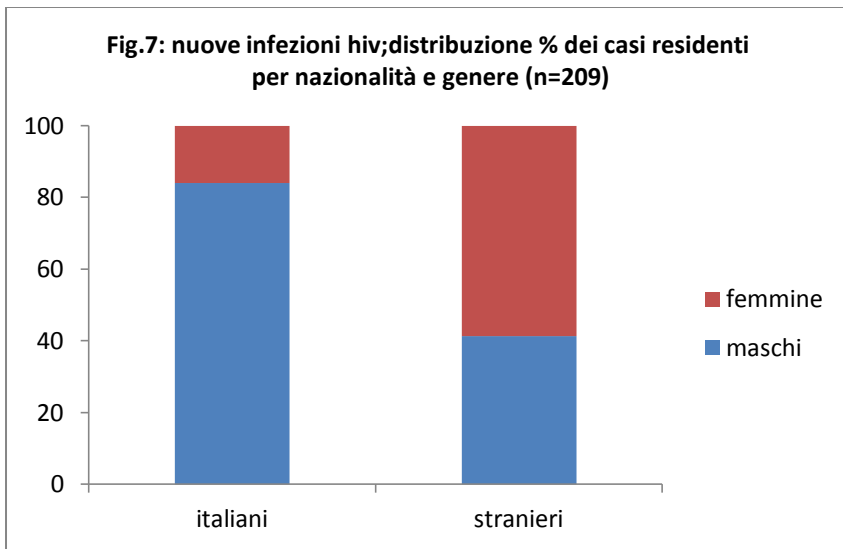


Nella figura 6 riportiamo, inoltre, il continente di provenienza dei casi stranieri evidenziandosi un maggior contributo dei casi a provenienza africana.



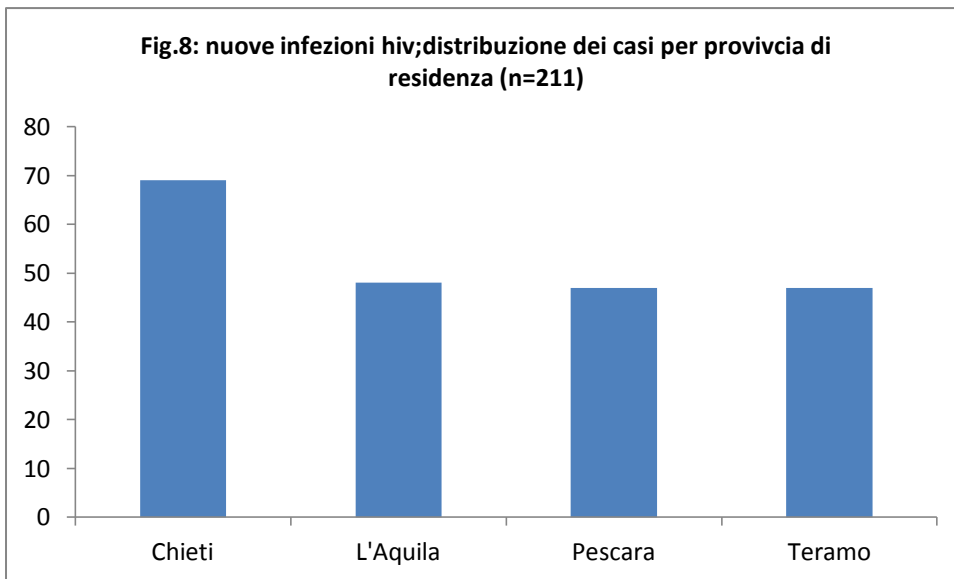
Passando all'analisi dei soli casi residenti in Abruzzo risulta che essi sono 211 di cui il 22% stranieri ed il 25% femmine.

E' interessante osservare, però, come la distribuzione per genere evidenzia delle importanti differenze, rispetto al dato globale, se viene eseguita un'analisi stratificata per nazionalità (figura 7):

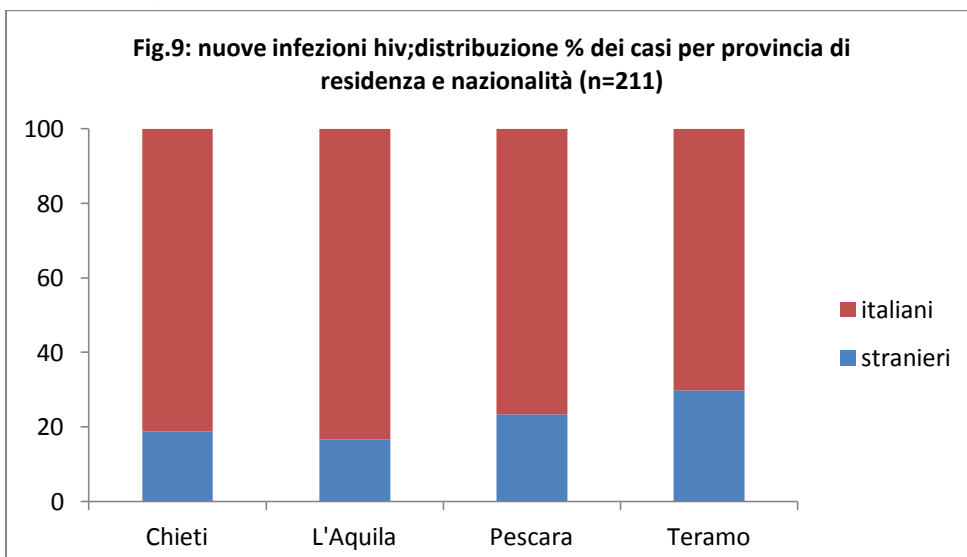


infatti la percentuale delle femmine che tra i cittadini italiani è del 16% arriva al 59% tra gli stranieri.

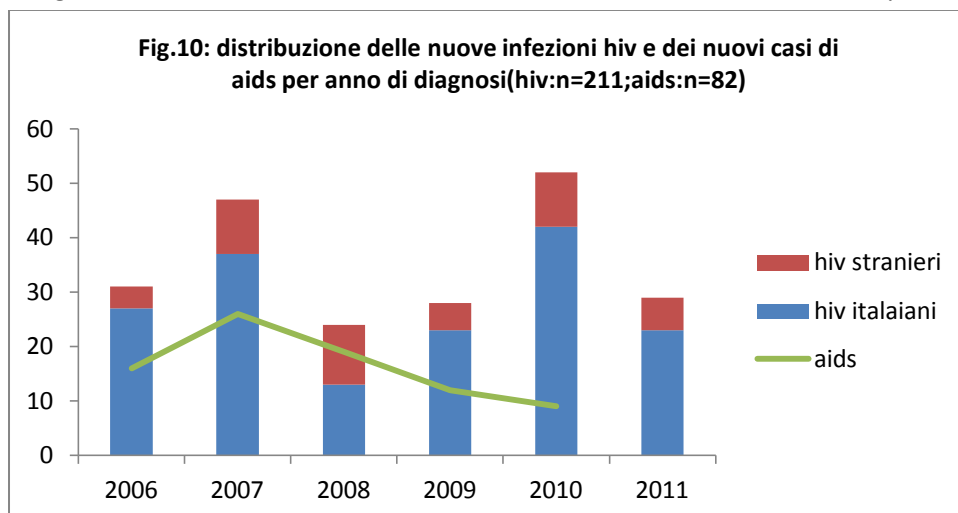
Nella figura 8 è riportata la distribuzione dei casi per provincia di residenza evidenziandosi che la maggioranza relativa è residente nella provincia di Chieti (33%), mentre il numero dei casi residenti è praticamente simile nelle altre tre province.



Nella figura 9 si è operata, nell'ambito della residenza provinciale, una differenziazione percentuale tra casi italiani e casi stranieri, che mostra come la provincia di residenza in cui gli stranieri hanno il maggior peso percentuale sia Teramo(30%)



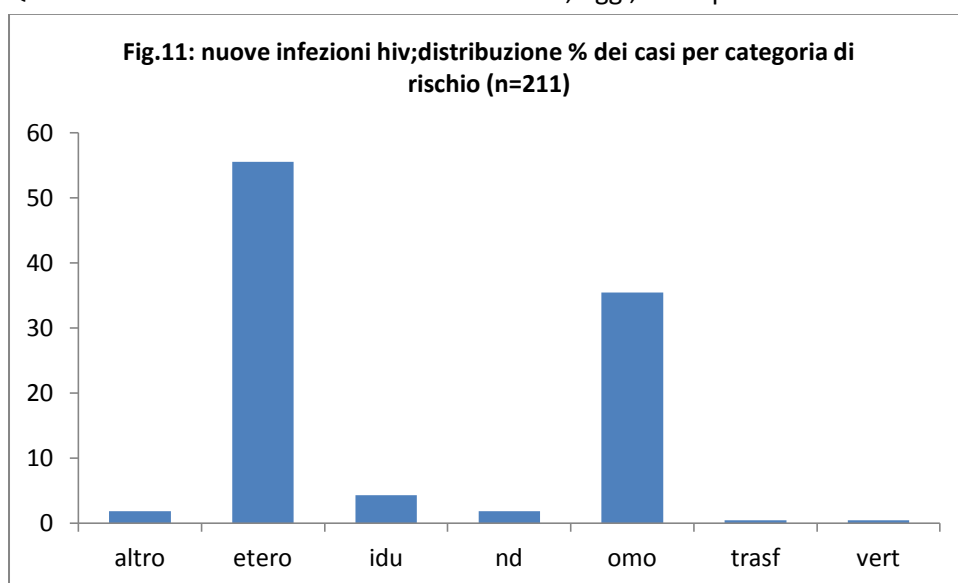
La figura 10 mostra la distribuzione delle infezioni da hiv e dei casi di aids per anno di diagnosi



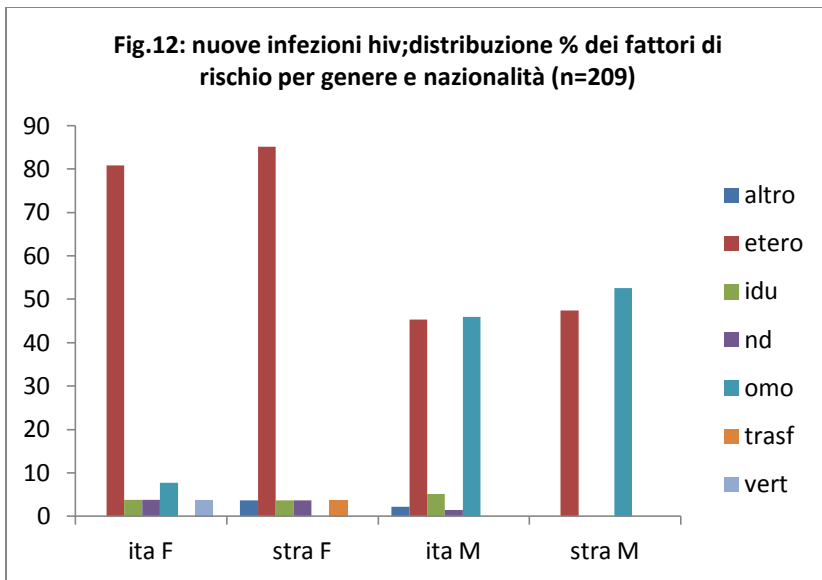
La media annuale delle segnalazioni hiv è pari a 35 casi (range: 24-52) ed il contributo degli stranieri (valore medio del 22%) varia dal minimo del 13% del 2006 al massimo del 46% del 2008; si osserva, inoltre, che mentre le segnalazioni di nuove infezioni da hiv presentano un andamento annuale altalenante, nel periodo 2006-2010 le segnalazioni relative a nuovi casi di aids fanno registrare un valore medio annuale di 16 casi ed una tendenza alla diminuzione.

Per quanto riguarda i fattori di rischio la figura 11, mostrando la loro distribuzione percentuale, evidenzia come i comportamenti sessuali a rischio (sia eterosessuali, sia omosessuali) sono riscontrabili nel 91% dei casi, mentre l'uso endovenoso di droghe si riscontra solo nel 4% di essi; ad altri (trasfusioni, trasmissione verticale) e non determinati fattori di rischio è riconducibile il restante 5% dei casi.

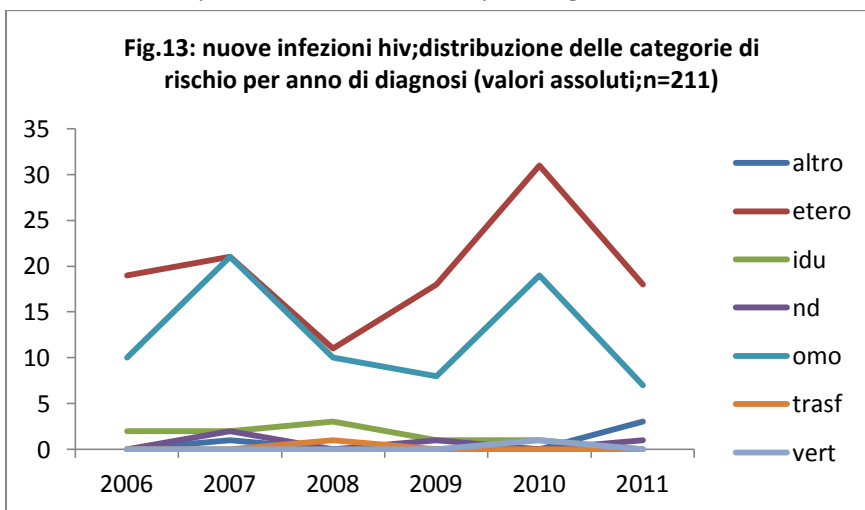
Questi dati confermano che l'infezione da hiv è, oggi, una tipica infezione a trasmissione sessuale



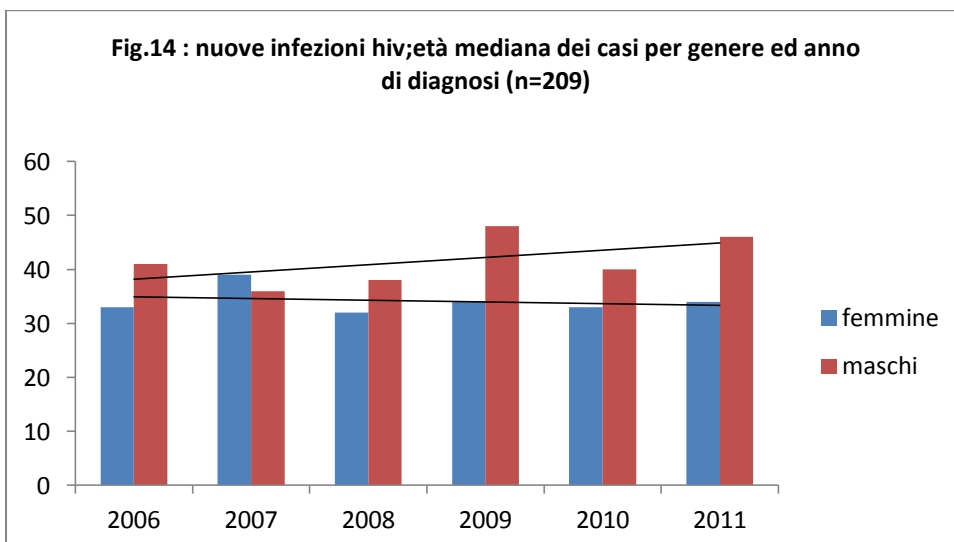
Un'analisi più approfondita dei fattori di rischio è riportata nelle figure 12 e 13; nella figura 12 è mostrata la distribuzione dei fattori di rischio per genere e nazionalità: si evidenzia come nel genere femminile, sia tra le italiane che tra le straniere, i rapporti eterosessuali rappresentino la modalità di rischio nettamente prevalente (oltre l'80% dei casi); tra i maschi, invece, sia italiani che stranieri, ai rapporti eterosessuali si affiancano, tra i comportamenti a rischio, i rapporti omosessuali (MSM).



La figura 13, che riporta la distribuzione dei fattori di rischio nel corso degli anni, evidenzia anch'essa l'importanza che hanno i comportamenti sessuali, rispetto agli altri fattori, nella trasmissione delle nuove infezioni da hiv.



Relativamente all'età mediana in cui viene posta la diagnosi di infezione da hiv essa è, per il periodo 2006-2011, di 39 anni, più bassa nelle femmine (33 anni) che nei maschi (41 anni); nella la figura 14 è riportata per i singoli anni e per i due generi l'età mediana dei casi al momento della diagnosi osservandosi una tendenza in lieve diminuzione nelle donne e lievemente in aumento nei maschi.

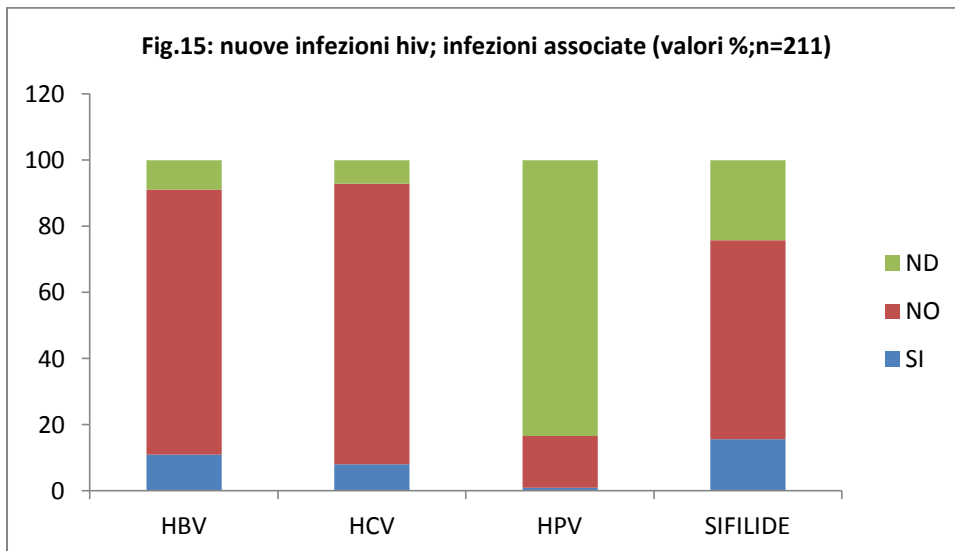




In relazione alla frequente trasmissione sessuale del virus hiv 64 soggetti ( pari al 30% dei casi considerando al denominatore anche i casi con test “non eseguito” o con test”non disponibile”)risultano essere affetti da altre infezioni che riconoscono una possibile trasmissione sessuale.

Di questi 64 casi 53 hanno una sola coinfezione ed 11 presentano 2 coinfezioni; le associazioni riguardano 6 casi con sifilide ed HCV, 4 casi con sifilide ed HBV ed 1 caso con HCV ed HPV.

Tenuto conto, come abbiamo detto, che in alcuni casi nello stesso soggetto sono presenti contemporaneamente più infezioni, dall’esame della figura 15 risulta che l’HBV è presente nell’11% dei casi, l’HCV nell’8%, l’HPV nell’1% e la sifilide nel 16%.



In quest’ultima parte della relazione prendiamo in considerazione un aspetto particolarmente importante rappresentato dal fenomeno del ritardo diagnostico.

L’avvento delle nuove terapie anti-retrovirali, infatti, ha segnato un importante passo nella lotta all’AIDS, trasformando una malattia potenzialmente letale in una patologia cronica tenuta sotto controllo dai farmaci. Allo stesso tempo le campagne informative hanno portato ad una notevole riduzione dei casi di infezione da HIV nella popolazione generale evitando la diffusione della malattia in modo epidemico.

Tuttavia, nonostante le modificazioni epidemiologiche e cliniche, una considerevole quota di persone si presenta in modo tardivo alla diagnosi, ignorando o sottostimando, nella maggior parte dei casi, il rischio di infezione. Questo comporta un ulteriore aggravio clinico e psicologico nel superare l’impatto della malattia.

E’ di estrema importanza, infatti, che la diagnosi sia eseguita precocemente, cioè a poca distanza di tempo dall’avvenuta infezione, quindi in buone condizioni immunologiche; aumentano in tal modo le opzioni terapeutiche e si riducono la possibilità di contagio ad altre persone e i costi sanitari.

Una diagnosi tardiva con presenza di infezioni opportunistiche, come in caso di AIDS conclamato, limita infatti le possibilità di intervento terapeutico e aumenta i costi sociali (in termini di diffusione della malattia) e sanitari. Ne deriva quindi che l’esecuzione tardiva di un test per infezione da HIV diventa fondamentale nella storia del paziente.

In Europa circa un terzo delle persone con infezione da HIV non accede tempestivamente ai Servizi Sanitari; a tal proposito, nel corso del 2010 è stato istituito un gruppo di lavoro europeo (European Late Presenter Consensus working group) al fine di definire univocamente il concetto di “Late Presenter”, ovvero il paziente che si presenta tardivamente alla diagnosi di sieropositività.

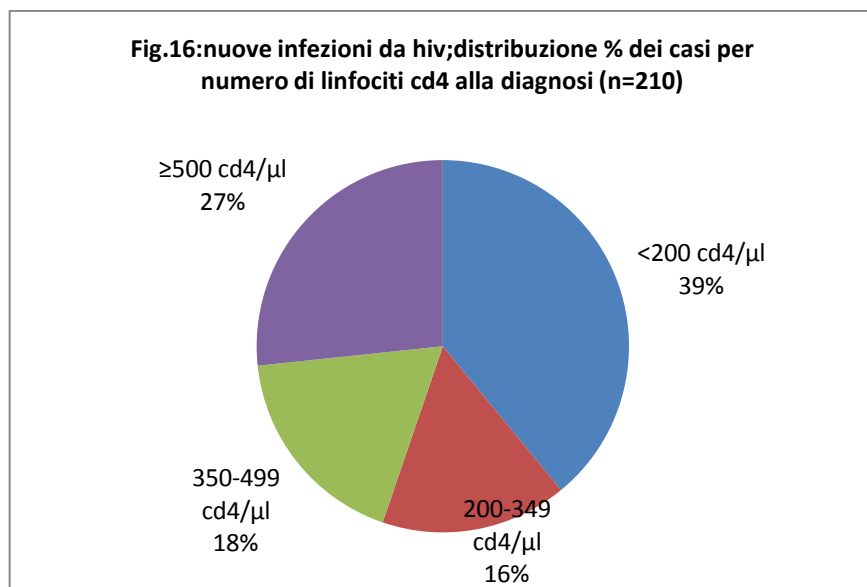
Pertanto sono state adottate le seguenti definizioni:

**Late Presenters (LP)** – persone che accedono ai Servizi sanitari con un numero di linfociti cd4 inferiore a 350 cellule/  $\mu$ l, oppure persone che all’accesso presentavano già un quadro clinico di AIDS, indipendentemente dalla conta dei linfociti cd4.

**Advanced HIV Disease Presenters (AHDP)** – persone che accedono ai Servizi sanitari con un numero di linfociti cd4 inferiore a 200 cellule/  $\mu$ l, oppure persone che all’accesso presentavano già un quadro clinico di AIDS, indipendentemente dalla conta dei linfociti cd4.

Si precisa che, per definizione, tali categorie non sono tra loro esclusive, ma l’una risulta essere un sottoinsieme dell’altra.<sup>1</sup>

Nella figura 16 è riportata la distribuzione percentuale dei casi in base alla concentrazione di linfociti cd 4 presenti al momento della diagnosi; ne risulta che il 39% dei casi ha valori inferiori a 200 cd 4 per  $\mu\text{l}$  ed il 16% una concentrazione tra i 200 e 349 cd 4 per  $\mu\text{l}$  a dimostrare come una elevata quota dei casi acceda tardivamente ai servizi sanitari.

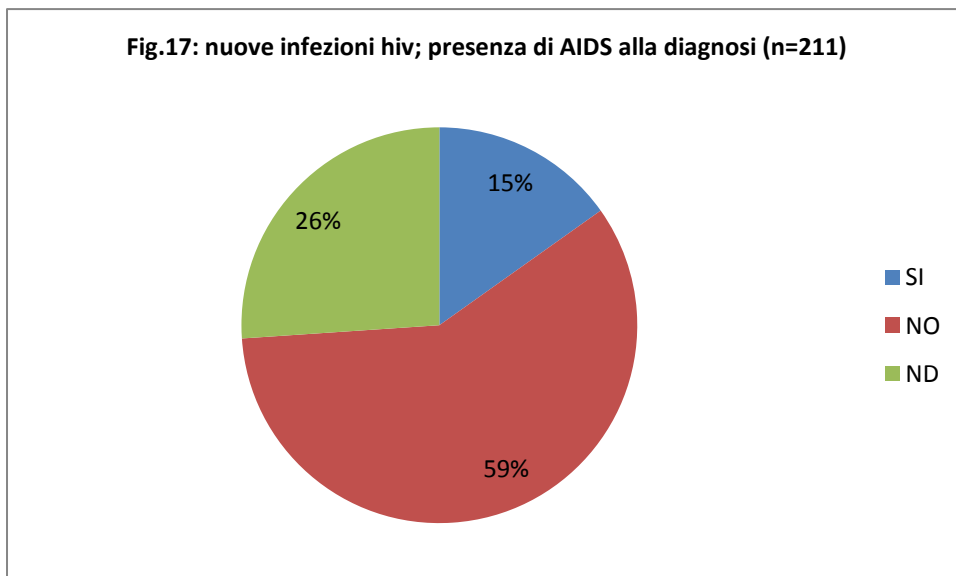


Nella tabella 1 riportiamo alcune caratteristiche epidemiologiche dei casi appartenenti ai due raggruppamenti estremi in base al livello dei linfociti cd 4 presente alla diagnosi; si conferma ,nei soggetti con bassi livelli di cd4, un'età mediana al momento della diagnosi più elevata rispetto ai soggetti con livelli maggiori degli stessi linfociti.

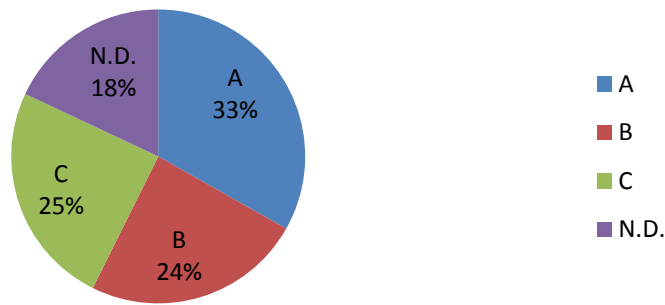
**Tab.1: Nuove diagnosi di infezione da hiv;caratteristiche dei casi secondo il numero dei linfociti cd4 alla diagnosi.**

Caratteristiche	<200 cd4/ $\mu\text{l}$	≥500 cd4/ $\mu\text{l}$
Età mediana femmine	40	32
Età mediana maschi	44	38
Persone ≥ 60 anni	7,3%	3,6%
Contatti eterosessuali	59,8%	57,1%
Stranieri	17,1%	16,1%

In conclusione riportiamo nella figura 17 l'eventuale presenza della condizione di AIDS al momento della diagnosi di sieropositività (15% dei casi) e nella figura 18 la distribuzione dei casi in stadi clinici.



**Fig.18:nuove infezioni da hiv; distribuzione % dei casi per stadi clinici (n=211)**



Purtroppo, trattandosi per 5 anni su 6 di un lavoro di ricostruzione delle informazioni da parte dei Centri di Diagnosi, come emerge dalle due ultime figure, in una elevata percentuale di record i campi "DIAGNOSI AIDS" e "STADIO CLINICO" sono privi dei rispettivi valori e pertanto esse non sono di immediata confrontabilità; in considerazione del fatto che anche per le segnalazioni più recenti relative all'anno 2011 i due campi sono privi di valore rispettivamente nel 13% e nel 18% dei casi, si rende necessaria una maggiore accuratezza nella compilazione delle schede affinché si possano avere informazioni più corrette.

## Conclusioni

In Abruzzo per il periodo 2006-2011 sono stati segnalati 253 nuove infezioni da hiv di cui 211 a carico di soggetti residenti in regione.

Nei soggetti residenti in regione 1 su 4 è donna ed 1 su 5 è straniero; tra questi ultimi ogni 10 casi 6 sono donne. L'età mediana alla diagnosi dell'infezione è più bassa nelle donne (33 anni) che negli uomini (41 anni).

L'analisi dei fattori di rischio documenta come l'infezione da hiv sia un'infezione sessualmente trasmessa riscontrandosi in 9 casi su 10 comportamenti sessuali a rischio sia di tipo eterosessuale ( nelle donne italiane e straniere) sia etero/omosessuale (nei maschi italiani e stranieri); l'utilizzo endovenoso di droghe ed altri fattori di rischio si riscontrano in circa 1 caso su 10.

La trasmissione prevalentemente sessuale dell'infezione hiv si accompagna allo sviluppo anche di altre malattie sessualmente trasmesse per cui in circa 1 soggetto su 3 sono presenti anche altre MST quali HBV, HCV, HPV e sifilide.

Notevole, per tutte le sue conseguenze clinico-assistenziali, è il problema del ritardo diagnostico dato che più di 1 caso su 2 al momento della diagnosi ha livelli di linfociti cd4 inferiori a 350 per  $\mu$ l.

L'analisi delle segnalazioni ha altresì evidenziato che, trattandosi per 5 anni su 6, di un lavoro di ricostruzione retrospettiva delle informazioni, alcuni campi dei record non sempre sono compilati per cui alcune informazioni, come quelle relative alla presenza di MST e di AIDS al momento della diagnosi e la classificazione in stadi clinici, possono essere meno precise.

Questo aspetto, relativo al corretto inserimento delle informazioni, dovrà essere migliorato così come sarà necessario che le strutture istituzionali regionali richiedano al COA i record dei soggetti residenti in Abruzzo ma diagnosticati fuori regione in modo da poter calcolare anche i tassi di incidenza ( calcolo non possibile sulla base delle segnalazioni provenienti dai soli Centri Clinici abruzzesi) e poter fornire, nei futuri aggiornamenti, dati epidemiologici più precisi.

<sup>1</sup> Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la Salute:

Lo stato dell'infezione HIV/AIDS in Emilia-Romagna (aggiornamento al 31.12.2010)