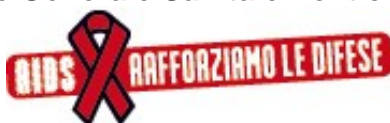




LO STATO DELL'INFEZIONE DA HIV/AIDS IN EMILIA-ROMAGNA

Aggiornamento sull'epidemia al 31/12/2009

Servizio Sanità Pubblica
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali



Il rapporto è stato curato da:

Erika Massimiliani

Andrea Mattivi

Gabriella Frasca

Lucia Droghini

Alba Carola Finarelli

Servizio Sanità Pubblica - Regione Emilia-Romagna – Novembre 2010

Hanno collaborato inoltre alla stesura del report Flavia Baldacchini del Servizio Sanità pubblica, Regione Emilia-Romagna; Vanni Borghi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena.

Si ringraziano inoltre Carlo Alberto Goldoni, Giuliano Carrozzi e Letizia Sampaolo dell'Azienda USL di Modena, Gisella Garaffoni e Massimo Clò del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche sociali, Regione Emilia-Romagna.

Un ringraziamento particolare va alle Unità Operative di Malattie Infettive e Pediatriche delle Aziende Sanitarie regionali che hanno permesso la realizzazione del nuovo sistema di sorveglianza per le nuove diagnosi di infezione da HIV e in particolare: Francesco Alberici, Alessandro Ruggieri (Piacenza); Carlo Ferrari; Giancarlo Pasetti, Giancarlo Izzi, Icilio Dodi (Parma); Giacomo Magnani, Maria Alessandra Ursitti (Reggio Emilia); Roberto Esposito, Vanni Borghi (Modena); Pierluigi Viale, Vincenzo Colangeli, Marco Borderi, Massimo Masi, Angela Miniaci (Bologna); Alessandra Govoni (Imola); Florio Ghinelli, Marco Libanore, Laura Sighinolfi (Ferrara); Paolo Bassi, Giuseppe Ballardini (Ravenna); Claudio Cancellieri (Forlì); Stefano Brighi (Cesena); Massimo Arlotti, Andrea Boschi (Rimini) e tutti i loro collaboratori.

Infine si ringraziano i Componenti della Commissione consultiva tecnico-specifica per la promozione di interventi per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS e le Associazioni di volontariato operanti in regione che hanno contribuito all'impostazione del sistema di sorveglianza regionale.

INDICE

1. Il sistema di sorveglianza regionale	3
2. Il contesto internazionale e nazionale	5
3. Epidemiologia dell'infezione da HIV.....	9
3.1 <i>Casi segnalati e residenza</i>	9
3.2 <i>Caratteristiche socio-demografiche.....</i>	11
3.3 <i>Modalità di trasmissione.....</i>	17
3.4 <i>Motivo di esecuzione del test.....</i>	19
4. Comportamenti a rischio	21
4.1 <i>Utilizzo di droghe per via endovenosa - IDU.....</i>	21
4.2 <i>Rapporti omo-bisessuali non protetti e MSM.....</i>	24
4.3 <i>Rapporti eterosessuali non protetti.....</i>	26
4.4 <i>Donne che scoprono la sieropositività in gravidanza.....</i>	28
5. Ritardo diagnostico e Late Presenters	31
6. L'AIDS in Emilia-Romagna	37
Considerazioni	43

1. Il sistema di sorveglianza regionale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) e la Commissione Europea hanno fortemente raccomandato l'implementazione di sistemi di sorveglianza nazionali per il monitoraggio delle infezioni da HIV in Europa, al fine di ottenere informazioni aggiornate sulla diffusione, l'andamento e le caratteristiche dell'infezione nella regione europea, dove l'HIV/AIDS rimane un grave problema di sanità pubblica. Questa raccomandazione è divenuta un obiettivo primario dal 2005, anno di costituzione dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Istituzione che ha come missione il controllo e la prevenzione delle malattie infettive in Europa.

In seguito al Decreto Ministeriale "Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV" del 31.03.2008, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 175 del 28 luglio 2008, che rende obbligatoria la notifica dell'infezione da Virus dell'Immunodeficienza Umana (HIV), si è reso necessario attivare un sistema di sorveglianza a livello nazionale.

A partire dal 1 gennaio 2009, la Regione Emilia-Romagna, sulla base delle esperienze maturate negli anni in due realtà provinciali¹, dopo aver consultato anche la Commissione regionale di lotta all'AIDS, ha implementato il sistema di sorveglianza sulla sieropositività da HIV in tutto il territorio regionale.

Il nuovo sistema di sorveglianza registra tutte le nuove diagnosi di infezione da HIV relative ad adulti e bambini presi in carico dalle strutture specialistiche di assistenza (Unità operative di malattie infettive e di pediatria esperte nell'assistenza a bambini HIV). La raccolta delle informazioni relative a ciascun caso, anonimizzate e gestite attraverso l'utilizzo di un codice identificativo criptato nel rispetto della normativa sulla privacy, è a cura del Servizio Sanità pubblica della Regione. Il Servizio Sanità pubblica regionale provvede poi ad inviare al Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità i dati informatizzati in forma aggregata.

Al fine di ottenere un'immagine esaustiva dell'epidemia si è deciso inoltre di recuperare retrospettivamente le segnalazioni di nuove diagnosi relative ai tre anni precedenti all'avvio del sistema: è possibile pertanto presentare ad oggi i dati relativi al quadriennio 2006-2009.

L'obiettivo di questo rapporto è quello di fornire, insieme ad un breve riferimento al contesto internazionale e nazionale, un quadro epidemiologico dell'epidemia da HIV in Emilia-Romagna. Tali informazioni permettono la produzione di dati consistenti e un corretto confronto tra le diverse aree del territorio.

Oltre alla descrizione epidemiologica dell'infezione HIV nel tempo e per caratteristiche socio-demografiche, sono state approfondite la modalità di trasmissione e il motivo di esecuzione del test. E' stato inoltre analizzato il fenomeno dei Late Presenters, ovvero dei casi che vengono diagnosticati tardivamente. La diagnosi tardiva assume un'importanza rilevante sia dal punto di vista sanitario-sociale che da quello economico. Diagnosticare in tempo un'infezione da HIV significa curare meglio e tempestivamente il paziente, nonché ridurre il rischio di trasmissione e ritardare la progressione in AIDS.

Dato che l'istituzione del sistema di sorveglianza regionale è recente, i dati relativi ai primi due anni, recuperati retrospettivamente, potrebbero essere affetti da sottostima e presentare limiti di completezza. Per questo motivo le analisi temporali, dove possibile, sono state integrate con i dati e le elaborazioni a cura del

¹ In Regione Emilia-Romagna dal 1985 è attivo l'Osservatorio provinciale di Modena sull'infezione da HIV e, più recentemente, l'Azienda USL di Rimini ha implementato il proprio sistema di monitoraggio dell'infezione.

COA e dell'Osservatorio della Provincia di Modena che, anche se riferiti a realtà specifiche e quindi non completamente generalizzabili all'intero territorio regionale, dispongono di una serie storica molto lunga.

Da considerare inoltre che, come definito dal Decreto Ministeriale, per motivi di privacy la scheda di sorveglianza non prevede la rilevazione del comune di residenza del paziente con nuova diagnosi di infezione da HIV, bensì la provincia. Tale informazione non permette quindi, per alcuni casi relativi alle province di Bologna e Forlì-Cesena, l'associazione all'Azienda USL di residenza. Per questo motivo, e per permettere anche confronti con le altre realtà, nel presente report le analisi per Azienda si riferiscono all'Azienda USL di notifica.

Infine è presente anche una sintesi sull'andamento epidemico relativo all'AIDS.

Tutte le elaborazioni statistiche sono state realizzate con il software SAS (SAS Institute, Version 9.1, Cary, NC).

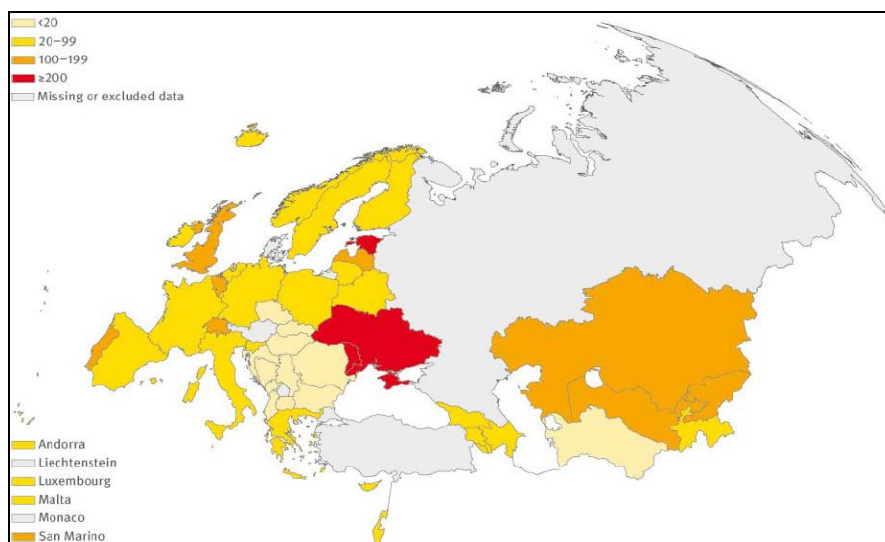
2. Il contesto internazionale e nazionale

I dati aggiornati del rapporto 2010 sull'epidemia di AIDS, presentati dal programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV-AIDS (UNAIDS) e dell'OMS, stimano che nel 2009 siano circa 33,3 milioni (31,4 – 35,3) le persone che vivono nel mondo con una infezione da HIV o con AIDS conclamato, 2,6 milioni (2,3 - 2,8) le persone con nuova diagnosi di HIV nel 2000 e 1,8 milioni i deceduti nel solo ultimo anno.

L'HIV/AIDS è un grave problema di salute pubblica anche in Europa, dove la situazione epidemiologica appare molto differente se osservata per le diverse aree geografiche. I primi risultati dell'impegno che ha visto unite le nazioni europee al fine di ottenere dati consistenti sulla diffusione e sulle caratteristiche delle nuove diagnosi da HIV, pubblicati nel 2009 su *Eurosurveillance*², evidenziano come i tassi di incidenza più alti si osservino in Estonia (406 casi per milione di abitanti), Lettonia (158 per milione di abitanti) e Regno Unito (119 per milione di abitanti). Tassi attorno al valore di 100 casi per milione di abitanti sono inoltre evidenziati in Portogallo (106), Belgio (101), Lussemburgo e Italia (97). Tra i 23 paesi che hanno fornito dati consistenti dall'anno 2000, si osserva, dal 2000 al 2008, un incremento del tasso di incidenza pari a 14 casi per milione di abitanti (da 42 a 56 casi per milione di abitanti). Anche in Germania, Norvegia, Lituania e Regno Unito i tassi appaiono in aumento ed essi sono addirittura raddoppiati in Bulgaria, Repubblica Ceca, Ungheria, Olanda, Slovacchia e Slovenia.

La mappa riportata in figura 1 rappresenta la diffusione geografica del fenomeno sul territorio europeo, evidenziando con colore più intenso le aree con tassi di incidenza maggiori; per alcuni Paesi i dati non sono ancora completamente disponibili.

Figura 1 – Tassi nazionali di incidenza di HIV riportati nel 2008 nella Regione europea Oms. (per milione di abitanti)



Fonte: ECDC/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2008

Una valutazione più approfondita dell'andamento del tasso di incidenza della malattia in relazione alle aree geografiche e alle modalità prevalenti di trasmissione, è stata realizzata nel 2007³.

² van de Laar MJ, Likatavicius G. HIV and AIDS in the European Union, 2008. *Euro Surveill.* 2009;14(47):pii=19422.

³ van de Laar MJ, Likatavicius G, Stengaard AR, Donoghoe MC. HIV/AIDS surveillance in Europe: update 2007. *Euro Surveill.* 2008;13(50):pii=19066

Le caratteristiche delle nuove diagnosi, distinte per le tre aree europee (Ovest, Centro, Est) sono presentate in tabella 1 e in figura 2 e mostrano chiaramente come l'area est sia caratterizzata ancora da un tasso di incidenza in crescita, legato principalmente a casi dovuti all'uso di stupefacenti per via parenterale. L'area ovest, a cui l'Italia appartiene, riporta invece tassi piuttosto stabili nel tempo e in essa prevale come modalità di trasmissione quella sessuale legata a uomini che fanno sesso con altri uomini (Men who have Sex with Men – MSM). Nell'area centrale la modalità di trasmissione principale è rappresentata dai rapporti eterosessuali, anche se si registra un graduale aumento del numero di nuovi casi a trasmissione omosessuale.

Tabella 1 – Caratteristiche dei casi incidenti di HIV nella regione europea dell'OMS per area geografica, anno 2007.

	Regione Europea dell'OMS*	Ovest*	Centro	Est*
Numero di casi HIV	48.892	24.202	1.897	22.793
Tasso per milione di abitanti	76,4	77,0	10,1	164,8
Percentuali dei casi:				
Età 15-29 anni	33%	26%	41%	40%
Femmine	33%	31%	24%	36%
Modalità di trasmissione**				
Eterosessuale***	36%	29%	53%	42%
MSM	20%	40%	30%	0,4%
Tossicodipendenti per via iniettiva	32%	8%	13%	57%

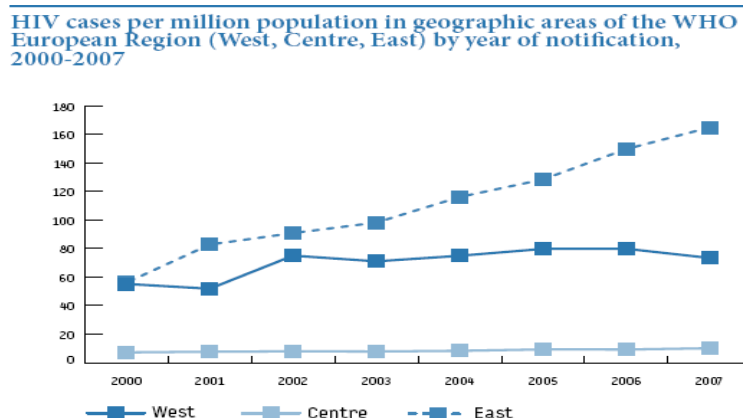
Fonte: Eurosurveillance

* Dati mancanti: Austria, Italia, Monaco, Federazione Russa

** Il gruppo di trasmissione non noto è escluso dalle percentuali

*** Esclude persone che provengono da paesi con epidemia a livello endemico (4.555 in totale; 4,540 nell'Ovest)

Figura 2 – Tassi di incidenza annuali di HIV, distinti per area geografica delle regione europea dell'OMS, 2000-2007. (per milione di abitanti)



Data not included from: West: Andorra, Austria, France, Italy, Malta, Monaco, Spain; Centre: Serbia; East: Russian Federation.

Fonte: Eurosurveillance

In Italia, dove non è ancora a regime un sistema di sorveglianza nazionale che raccoglie le segnalazioni di nuove diagnosi di HIV da parte di tutte le Regioni, la situazione può essere descritta dai dati COA, riferiti ad un pool costituito dalle Regioni e/o Province dove, al 31/12/2008, il sistema era già attivo⁴.

⁴ Lazio dal 1985, Veneto dal 1988, Friuli Venezia Giulia dal 1985, Piemonte dal 1999, Liguria dal 2001, Puglia dal 2007, Marche dal 2007, Emilia-Romagna dal 2008, Valle d'Aosta dal 2008, le province autonome di Trento dal 1985 e Bolzano dal 1985, le province di Sassari dal 1987 e Catania dal 2007.

Nel 2008 sono state segnalate, dalle Regioni e Province partecipanti, 2.012 nuove diagnosi di infezione da HIV in residenti, pari a un'incidenza di 6,7 per 100.000 abitanti residenti⁵. L'andamento dell'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV osservata nel periodo 1985-2008 (figura 3a) mostra, dopo un picco registrato nel 1987, un trend che decresce in modo consistente fino alla fine degli anni '90; dal 2000 l'andamento si è tendenzialmente stabilizzato, mantenendo una lieve diminuzione che persiste fino ad oggi. I tassi di incidenza distinti per sesso, sebbene abbiano un andamento sovrapponibile, evidenziano come l'infezione colpisca maggiormente i maschi. Da sottolineare come la notevole differenza tra i tassi riscontrati nei maschi e nelle femmine osservata ad inizio periodo tende a ridursi lentamente nel tempo. Confrontando i dati tra regioni si nota come l'incidenza più bassa sia stata osservata nella provincia autonoma di Bolzano, quella più alta in Emilia-Romagna (figura 3b). Non sono presenti però regioni come la Lombardia o la Toscana, che storicamente hanno tassi di incidenza di AIDS sempre simili o più elevati rispetto all'Emilia-Romagna.

Figura 3a – Incidenza annuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per sesso. (Pool COA). 1985-2008.

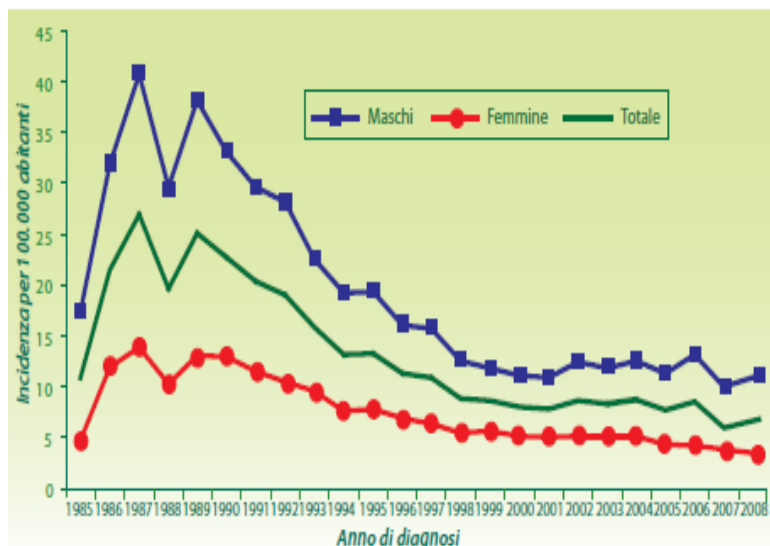


Figura 3b – Tasso annuale di incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV, 2008. (per 100.000 residenti)



Fonte: COA – Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31/12/2008 e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2009

Per quanto riguarda l'età mediana al momento della diagnosi di infezione, si osserva un aumento nel corso degli anni: se nel 1985 nei maschi era pari a 26 anni e 24 anni nelle femmine, nel 2008 ha raggiunto i 38 anni nei maschi e 35 nelle femmine. Si osserva anche un netto cambiamento nelle modalità di trasmissione: la proporzione di tossicodipendenti è diminuita dal 74,6% nel 1985 al 7,7% nel 2008, mentre i casi attribuibili a contatto sessuale (etero-sessuale e omosessuale) nello stesso periodo sono aumentati dal 7,8% al 75,7%. Per una parte delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV, pari a 16,6% nel 2008, non è stato possibile stabilire la modalità di trasmissione.

⁵ Incidenza calcolata sulla base della popolazione ISTAT del pool in esame.

3. Epidemiologia dell'infezione da HIV

3.1 Casi segnalati e residenza

Nel quadriennio 2006-2009 sono state notificate in Emilia-Romagna 1.752 nuove diagnosi di infezione da HIV, di cui 1.552 (88,6%) relative a cittadini residenti in regione. Tali numerosità determinano un tasso di incidenza medio annuo nel periodo pari a 10,3 casi per 100.000 abitanti, valore che scende a 9,1 se si limita l'osservazione ai soli cittadini residenti (tabella 2).

Tabella 2 – Casi segnalati residenti e non residenti con nuova diagnosi di HIV. Emilia-Romagna, 2006-2009.
(valori assoluti, percentuali e tassi di incidenza per 100.000 abitanti)

	2006			2007			2008			2009			2006-2009		
	N	%	Inc.	N	%	Inc.	N	%	Inc.	N	%	Inc.	N	%	Inc.
Residenti	357	91,5	8,5	374	89,3	8,9	415	88,9	9,7	406	85,3	9,4	1.552	88,6	9,1
Non residenti	33	8,5		45	10,7		52	11,1		70	14,7		200	11,4	
Totale segnalati	390	100,0		419	100,0		467	100,0		476	100,0		1.752	100,0	

Casi segnalati non residenti

Distinguendo le segnalazioni per regione di residenza, è possibile individuare una quota crescente di casi segnalati che non risiedono in Emilia-Romagna, proporzione che nel 2009 si è attestata al 14,7% del totale delle notifiche pervenute, pari a 200 segnalazioni. Questo dato evidenzia comunque come le Unità operative di malattie infettive della regione svolgano un ruolo assistenziale importante anche per utenti provenienti da altre regioni. Confrontando l'osservazione a questo specifico gruppo di casi "importati" per comprenderne le caratteristiche salienti, si osserva che il 74,0% dei casi è di sesso maschile, la classe di età prevalente è compresa tra i 20 e i 49 anni (il 39,0% solo nella classe 30-39 anni). Il 43,0% dei casi non residenti è di nazionalità straniera, originari per gran parte dell' Africa Sub-Sahariana e dell'America del Sud. Tra gli italiani non residenti in Emilia-Romagna, invece, le regioni di residenza maggiormente rappresentate sono la Sicilia (14,9%), la Puglia (13,2%), la Lombardia (12,3%) e le Marche e la Campania (11,4%).

Casi segnalati residenti

Un quadro generale del fenomeno nei casi residenti in Emilia-Romagna è invece sintetizzato in tabella 3, dove è riportata la distribuzione dei casi e dei relativi tassi di incidenza per le principali caratteristiche socio-demografiche, quali sesso, età e nazionalità. Le caratteristiche prevalenti della persona/caso sieropositiva sono: essere maschio (72,0%), di età compresa tra i 30 e i 39 anni (35,6%) e di nazionalità italiana (71,0%).

Tabella 3 – Casi con nuova diagnosi di HIV per sesso, classe d'età e nazionalità. Emilia-Romagna, 2006-2009.
(valori assoluti, percentuali e tassi di incidenza per 100.000 abitanti residenti)

	2006			2007			2008			2009			2006-2009		
	N	%	Inc.	N	%	Inc.	N	%	Inc.	N	%	Inc.	N	%	Inc.
Maschi	250	70,0	12,3	266	71,1	12,9	305	73,5	14,7	296	72,9	14,0	1.117	72,0	13,5
Femmine	107	30,0	5,0	108	28,9	5,0	110	26,5	5,0	110	27,1	4,9	435	28,0	5,0
<20	3	0,8	0,4	2	0,5	0,3	2	0,5	0,3	4	1,0	0,5	11	0,7	0,4
20-29	42	11,8	9,7	55	14,7	13,1	64	15,4	15,3	75	18,5	17,9	236	15,2	14,0
30-39	125	35,0	18,0	131	35,0	18,9	147	35,4	21,2	150	36,9	21,7	553	35,6	20,0
40-49	105	29,4	16,4	115	30,7	17,5	126	30,4	18,6	109	26,8	15,6	455	29,3	17,0
50 e +	82	23,0	4,7	71	19,0	4,0	76	18,3	4,3	68	16,7	3,8	297	19,1	4,2
Italiani	239	66,9	6,1	268	71,7	6,9	311	74,9	8,0	284	70,0	7,3	1.102	71,0	7,1
Stranieri	118	33,1	40,8	106	28,3	33,3	104	25,1	28,4	122	30,0	28,9	450	29,0	32,3
Tot. residenti	357		8,5	374		8,8	415		9,7	406		9,3	1.552		9,1

Si precisa che nelle parti successive del report, tutte le analisi, a meno di esplicite specificazioni, sono riferite ai soli cittadini residenti.

3.2 Caratteristiche socio-demografiche

Sesso ed età

La struttura per sesso ed età dei casi, relativa a tutto il periodo considerato, è riportata in tabella 4. La fascia di età più rappresentata è quella compresa tra i 30 e i 49 anni (64,9% dei casi), anche se tale proporzione è dovuta principalmente ai maschi appartenenti a questa specifica classe di età (47,6% delle diagnosi totali). Come già anticipato precedentemente, i maschi rappresentano il 72,0% dei casi totali, determinando un rapporto complessivo maschi/femmine pari a 2,6:1. Tale rapporto non è costante se si distingue l'osservazione per classi di età: la proporzione dei maschi è infatti maggiore per i casi sopra i 40 anni, dove la quota sale all'80% circa (rapporto maschi/femmine pari a 4,4:1). Non è così nelle classi di età più giovani, dove, sotto i 30 anni di età, la distribuzione dei casi distinta per sesso appare più omogenea, determinando un rapporto molto vicino a 1 (rapporto maschi/femmine pari a 1,2:1).

Tabella 4 – Casi con nuova diagnosi di HIV per sesso e classe d'età. Emilia-Romagna, 2006-2009.
(valori assoluti, percentuali e tassi di incidenza per 100.000 abitanti)

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	N	%	Inc.	N	%	Inc.	N	%	Inc.
< 20	6	0,5	0,4	5	1,1	0,4	11	0,7	0,4
20-29	130	11,6	15,1	106	24,4	12,8	236	15,2	14,0
30-39	369	33,0	26,0	184	42,3	13,6	553	35,6	20,0
40-49	370	33,1	27,3	85	19,5	6,5	455	29,3	17,0
50 e più	242	21,7	7,6	55	12,6	1,4	297	19,1	4,2
Totale	1.117	100,0	13,5	435	100,0	5,0	1.552	100,0	9,1

Il tasso medio annuo osservato sull'intero periodo 2006-2009 e calcolato in modo distinto tra maschi e femmine, è pari rispettivamente a 13,5 e 5,0 casi per 100.000 abitanti. Per un'analisi temporale esaustiva del fenomeno, i dati regionali del Sistema di Sorveglianza sono stati integrati con i dati prodotti dall'Osservatorio provinciale di Modena, per i quali è disponibile una serie storica molto lunga. Entrambe le fonti riportano un andamento concordante dei tassi di incidenza per sesso (figure 4 e 5) e gli uomini hanno sempre un tasso più elevato rispetto alle donne. L'andamento registrato è anche in linea con i risultati prodotti a livello nazionale. Dai dati dell'Osservatorio di Modena, che permettono di valutare il fenomeno a partire dall'anno 1985, è evidente inoltre che il rapporto maschi/femmine non è costante nel tempo, ma tende a ridursi gradualmente nel corso degli anni. Questo calo è imputabile soprattutto ad una più accentuata riduzione delle nuove diagnosi di HIV nella popolazione di sesso maschile.

Figura 4 – Tassi di incidenza per sesso. Emilia-Romagna, 2006-2009. (per 100.000 abitanti)

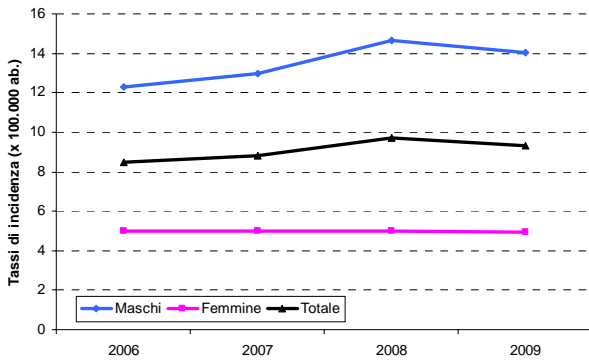
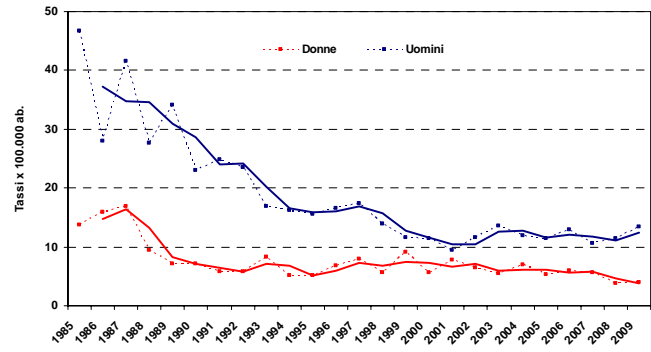


Figura 5 – Tassi di incidenza per sesso. Modena, 1985-2009. (per 100.000 abitanti)



Fonte: Osservatorio provinciale sull'infezione da HIV di Modena - 2009

L'età media delle persone al momento della diagnosi di infezione HIV è pari a 40,4 anni e appare in leggero decremento nel corso del quadriennio osservato, passando da 41,5 anni (2006) a 39,3 anni (2009). L'età mediana, indicatore che non risente del peso di osservazioni estreme, scende rispettivamente da 40 a 38 anni.

La rappresentazione dei tassi di incidenza specifici per classi età, distinti per anno di diagnosi, illustra come il fenomeno sia appena rilevabile al di sotto dei 20 anni, mentre nelle fasce di età successive (20-29 e 30-39 anni), i tassi aumentino progressivamente di anno in anno. Un andamento differente si rileva invece nella classe di età degli ultra-cinquantenni, per i quali il tasso è piuttosto stabile (figura 6). Analizzando i dati per sesso, si nota come l'incremento registrato tra i 20 e i 39 anni sia attribuibile sostanzialmente ai soggetti di sesso maschile, mentre tra le donne, che scoprono più precocemente degli uomini l'infezione da HIV, i tassi si mantengono pressoché stabili nei quattro anni osservati (figura 8 e 9).

Figura 6 – Tassi di incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV, per fasce d'età e anno di notifica. Emilia-Romagna, 2006-2009. (per 100.000 abitanti)

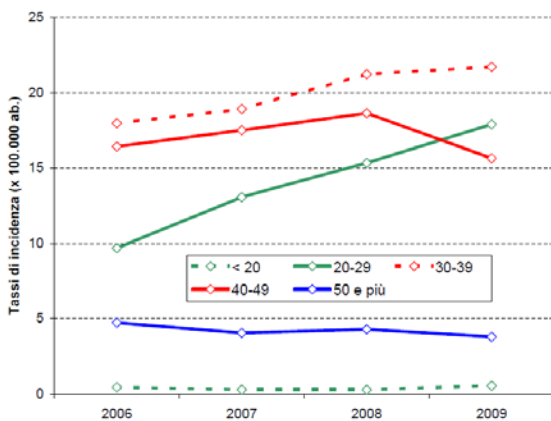
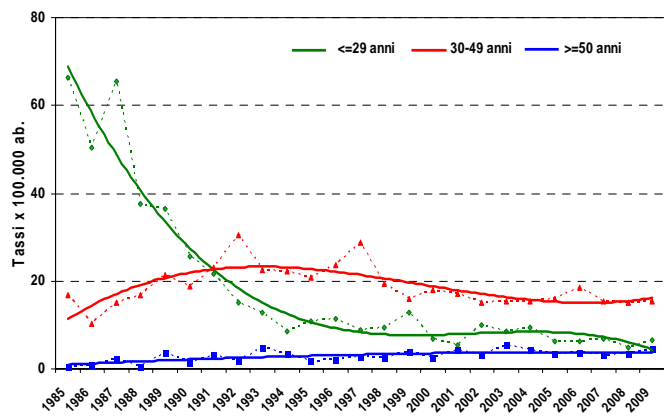


Figura 7 – Tassi di incidenza dei casi di nuove diagnosi di infezione da HIV per classi di età. Modena, 1985-2009. (per 100.000 abitanti)



Fonte: Osservatorio provinciale sull'infezione da HIV di Modena - 2009

Figura 8 – Tassi di incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV nei maschi, per fasce d'età e anno di notifica. Emilia-Romagna, 2006-2009. (per 100.000 abitanti)

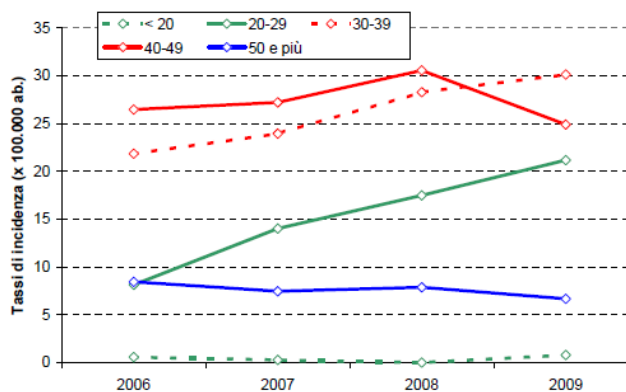
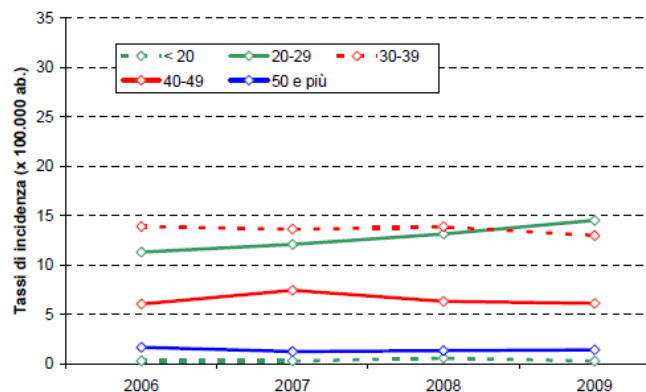


Figura 9 – Tassi di incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV nelle femmine, per fasce d'età e anno di notifica. Emilia-Romagna, 2006-2009. (per 100.000 abitanti)



Quattro anni non sono però sufficienti a spiegare esaurientemente l'andamento e le considerazioni rispetto a cambiamenti nel lungo periodo sono limitate. I dati dell'Osservatorio di Modena sono in grado di superare questo limite, anche se essi si riferiscono solo alla provincia di Modena. La serie storica a disposizione per questa provincia permette infatti di fare valutazioni sul lungo periodo, ovvero dal 1985 ad oggi: è evidente come i tassi di incidenza specifici per classi di età abbiano subito notevoli variazioni, soprattutto fino a metà anni '90, mentre nell'ultimo decennio si assiste ad una sostanziale stabilizzazione dei tassi. La fascia di età che ha riportato i cambiamenti più consistenti nel tasso di incidenza specifico è quella dei giovani fino ai 29 anni, che, dal 1985 al 1995, ha registrato un calo da 66,4 casi per 100.000 abitanti a 10,8 (figura 7). Gli ultimi anni non evidenziano, tra i giovani sotto i 29 anni, lo stesso incremento registrato a livello regionale, probabilmente in quanto l'accorpamento, nei dati prodotti dall'Osservatorio di Modena, della classe d'età 20-29 anni a quella dei giovanissimi (< 20 anni), in sostanziale stabilità per i dati regionali, riduce la visibilità del fenomeno.

Distribuzione geografica

Per una valutazione della diffusione dell'infezione da un punto di vista spaziale, sono stati determinati tassi di incidenza specifici per Azienda USL (figura 10). Dal confronto tra le diverse realtà territoriali emerge che le Aziende USL di Forlì (12,9 casi per 100.000 abitanti), Parma (12,2) e Rimini (10,8) riportano tassi di incidenza più alti, mentre le Aziende nelle quali il fenomeno è meno diffuso sono quelle di Piacenza (7,0 casi per 100.000 abitanti), Cesena (6,7) e Imola (4,5). Non si intravede alcun gradiente geografico tra Aziende poiché la variabilità dipende soprattutto dalla struttura della popolazione di ciascuna Azienda.

Figura 10 – Tassi di incidenza medi delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per Azienda USL di notifica. Emilia-Romagna, 2006 – 2009. (per 100.000 abitanti)

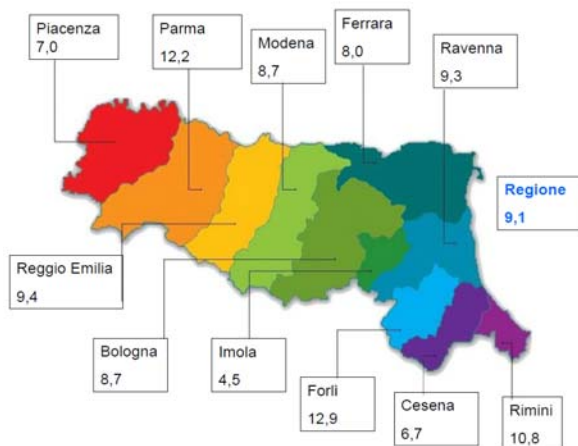
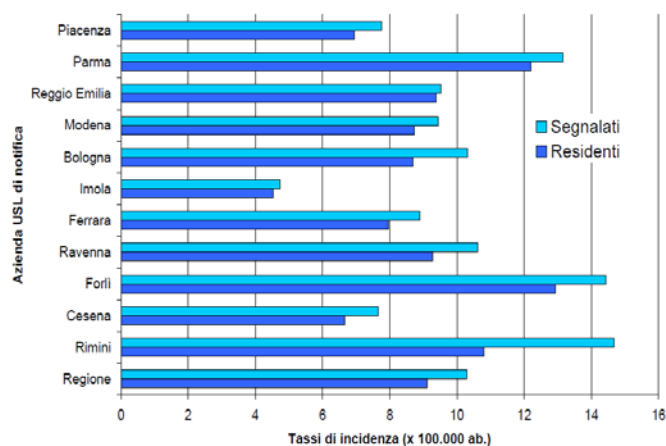


Figura 11 – Tassi di incidenza medi delle nuove diagnosi di infezione da HIV, distinti tra residenti e segnalati, per Azienda USL di notifica. Emilia-Romagna, 2006 – 2009. (per 100.000 abitanti)



Se per ciascuna Azienda USL di notifica si confrontano i tassi di incidenza della totalità dei casi segnalati con quelli dei soli residenti, si nota come tale differenza non sia omogenea sul territorio: sono soprattutto la Romagna e l'Azienda di Bologna che registrano le differenze maggiori, mentre l'Azienda che ne registra meno è Imola (figura 11).

In tabella 5 è rappresentata la distribuzione dei casi e dei tassi di incidenza per Azienda USL di notifica, distinta per ciascun anno. Non emergono particolari tendenze all'interno delle Aziende, solo le realtà di Bologna e Cesena evidenziano un trend con un leggero ma graduale aumento.

Tabella 5 - Casi con nuova diagnosi di HIV e tassi di incidenza, distinti per anno e Azienda USL di notifica. Emilia-Romagna, 2006-2009. (Tassi di incidenza per 100.000 abitanti)

Azienda USL	2006		2007		2008		2009		2006-2009	
	N. casi	Inc.	N. casi	Inc.	N. casi	Inc.	N. casi	Inc.	N. casi	Inc.
Piacenza	20	7,2	19	6,8	19	6,7	20	7,0	78	7,0
Parma	54	13,0	50	11,9	48	11,3	55	12,7	207	12,2
Reggio Emilia	37	7,5	55	11,0	54	10,6	44	8,5	190	9,4
Modena	69	10,4	51	7,6	55	8,1	61	8,9	236	8,7
Bologna	58	7,0	70	8,4	77	9,2	85	10,0	290	8,7
Imola	5	4,0	4	3,2	8	6,3	6	4,6	23	4,5
Ferrara	26	7,4	30	8,5	34	9,6	23	6,4	113	8,0
Ravenna	30	8,1	36	9,6	43	11,3	31	8,0	140	9,3
Forlì	22	12,3	26	14,4	25	13,7	21	11,4	94	12,9
Cesena	7	3,6	10	5,1	17	8,5	19	9,4	53	6,7
Rimini	29	10,0	23	7,8	35	11,7	41	13,5	128	10,8
Regione Emilia-Romagna	357	8,5	374	8,8	415	9,7	406	9,3	1.552	9,1

Nazionalità

In Italia, la proporzione di stranieri osservata tra le nuove diagnosi di infezione da HIV è aumentata nel tempo: si è passati dall'11% di inizio anni '90 a circa il 30% nel quadriennio 2005-2008 (dati COA). Le informazioni rilevate dalla scheda di sorveglianza regionale mostrano come in Emilia-Romagna le persone residenti con nazionalità straniera, a cui viene diagnosticata una infezione da HIV, pari al 29% del totale, siano sensibilmente più giovani rispetto agli italiani. Questo aspetto è ancora più evidente se si limita l'osservazione ai soli casi di sesso femminile. L'età mediana alla diagnosi è infatti di 38 anni per i maschi stranieri contro i 42 degli italiani; nelle femmine la differenza si accentua maggiormente: 33 anni per le straniere contro i 39,5 anni delle donne italiane sieropositive.

In figura 12 è rappresentata la distribuzione percentuale per sesso e classi di età relativa ai casi stranieri. È evidente come il gruppo degli stranieri sia a preponderanza femminile e che l'età della maggior parte delle donne sia compresa tra i 20 e i 39 anni. Gli uomini, invece, hanno una distribuzione leggermente più omogenea e la maggior parte dei casi si concentra tra i 30 e i 49 anni.

Più della metà dei casi nati all'estero (58,0%) proviene dall'Africa Sub-Sahariana (tabella 6). Le altre aree maggiormente rappresentate sono l'Europa Centrale (10,0%), l'America del Sud (8,9%), l'Africa del Nord (7,6%) e l'Europa dell'Est (7,6%). Anche in questo caso la distinzione per genere mostra andamenti differenti: mentre la distribuzione per area di provenienza delle donne riflette quasi fedelmente quella totale, si nota che, tra gli uomini, dopo l'Africa Sub-Sahariana (46,2%), le aree più rappresentate sono l'America del Sud (17,1%), l'Europa Centrale (11,1%) e l'Africa del Nord (10,6%).

Figura 12 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra i residenti stranieri per sesso e classi di età. Emilia-Romagna, 2006-2009. (Valori percentuali)

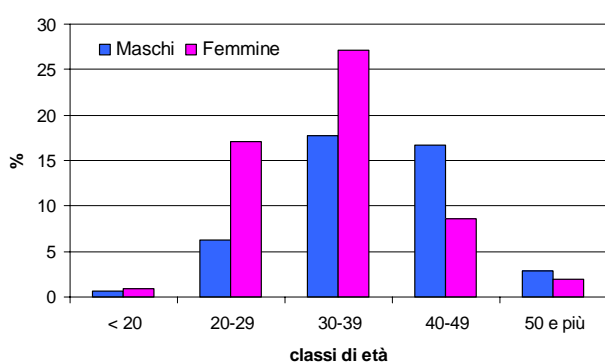


Tabella 6 – Casi con nuova diagnosi di HIV per sesso e area geografica di provenienza. Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori assoluti e percentuali)

Area geografica di provenienza	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Africa Sub-sahariana	92	46,2	169	67,3	261	58,0
Europa Centro	22	11,1	23	9,2	45	10,0
America Sud	34	17,1	6	2,4	40	8,9
Africa Nord	21	10,6	13	5,2	34	7,6
Europa Est	12	6,0	22	8,8	34	7,6
Asia	5	2,5	7	2,8	12	2,7
America Centro	5	2,5	6	2,4	11	2,4
Europa Ovest	5	2,5	4	1,6	9	2,0
America del Nord	1	0,5	0	0,0	1	0,2
Non noto	2	1,0	1	0,4	3	0,7
Totale	199	100	251	100	450	100

Va ricordato che in questi ultimi anni si è registrato un consistente incremento della popolazione immigrata anche nella popolazione residente. Il tasso di incidenza relativo a questa parte di popolazione, per l'intero periodo, è pari a 32,3 casi per 100.000 abitanti, contro il 7,1 calcolato sui soli casi di nazionalità italiana. Tali differenze vanno lette con cautela, in quanto il denominatore di popolazione straniera sottostima la popolazione straniera realmente presente sul territorio, non considerando, per definizione, le persone domiciliate anche da molto tempo.

L'andamento del tasso di incidenza distinto per nazionalità, calcolato attraverso i dati regionali, risulta simile a quello rilevato dall'Osservatorio di Modena: il tasso per gli stranieri è sempre più elevato, anche se, negli

ultimi due anni, si può notare come, per entrambe le fonti, emerge una convergenza nel tempo in relazione al calo graduale del tasso di incidenza negli stranieri (figure 13 e 14).

Figura 13 – Tassi di incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV distinto per nazionalità, per anno di notifica. Regione Emilia-Romagna, 2006-2009. (per 100.000 abitanti)

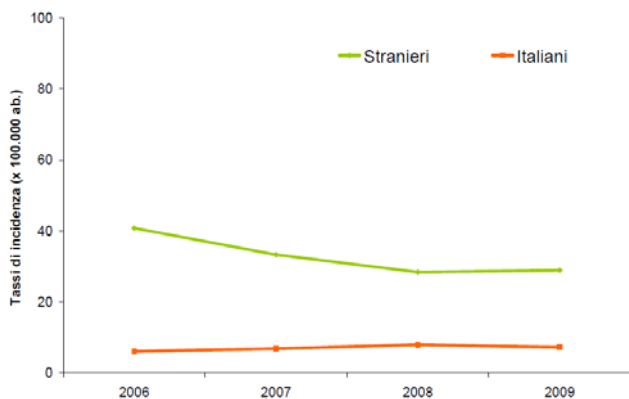
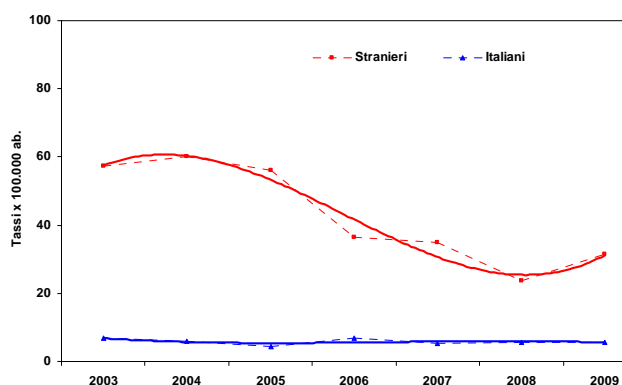


Figura 14 – Tassi di incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV distinto per nazionalità, per anno di notifica. Modena, 2003-2009. (per 100.000 abitanti)



Fonte: Osservatorio provinciale sull'infezione da HIV di Modena - 2009

Anche per quanto riguarda gli stranieri, la proporzione di nuove diagnosi di infezione da HIV appare eterogenea sul territorio: le Aziende con percentuali più alte di casi nati all'estero sono Parma (52,7%), Piacenza (48,7%), Reggio Emilia (38,9%) e Modena (31,8%), tutte Aziende appartenenti all'Emilia, area caratterizzata da una maggiore presenza di stranieri nella popolazione residente (tabella 7).

Tabella 7 – Casi di nuove diagnosi di infezione da HIV, per nazionalità e Azienda USL di notifica. Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori assoluti e percentuali)

Azienda USL	Italiani		Stranieri		Totali	
	N. casi	%	N. casi	%	N. casi	%
Piacenza	40	51,3	38	48,7	78	100,0
Parma	98	47,3	109	52,7	207	100,0
Reggio Emilia	116	61,1	74	38,9	190	100,0
Modena	161	68,2	75	31,8	236	100,0
Bologna	231	79,7	59	20,3	290	100,0
Imola	17	73,9	6	26,1	23	100,0
Ferrara	96	85,0	17	15,0	113	100,0
Ravenna	120	85,7	20	14,3	140	100,0
Forlì	73	77,7	21	22,3	94	100,0
Cesena	41	77,4	12	22,6	53	100,0
Rimini	109	85,2	19	14,8	128	100,0
Regione Emilia-Romagna	1.102	71,0	450	29,0	1.552	100,0

3.3 Modalità di trasmissione

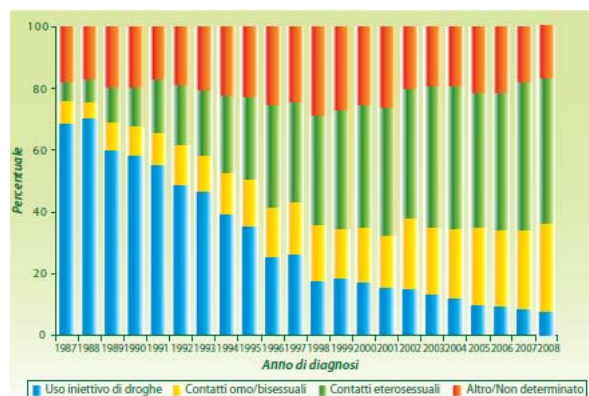
La modalità di trasmissione dell'infezione, riferita dal paziente al momento della diagnosi, è un aspetto molto importante per ottimizzare le azioni di prevenzione e agire nello specifico su precisi sottogruppi di popolazione o su particolari stili di vita.

Da metà degli anni '80 a oggi, le modalità di trasmissione prevalenti hanno subito un notevole cambiamento: i dati nazionali evidenziano come la proporzione di nuove diagnosi legate all'utilizzo di droghe iniettive, storicamente fattore di rischio preponderante per questa infezione, sia calata drasticamente dal 74,6% registrato nel 1985, fino ad un valore pari a 7,7 nel 2008⁶ (figura 15).

In Emilia-Romagna, nei quattro anni di osservazione, tale percentuale non è mai superiore al 7% (figura 16). D'altro canto, la proporzione dei casi attribuibili a trasmissione sessuale è invece notevolmente aumentata, al punto che in Emilia-Romagna ha raggiunto l'84% di tutte le diagnosi nel quadriennio 2006-2009 (56% per trasmissione eterosessuale e 28% attribuibili a trasmissione omo-bisessuale). Si precisa che quando ci si riferisce alla trasmissione sessuale, questa viene intesa come infezione acquisita attraverso rapporti sessuali a rischio non protetti.

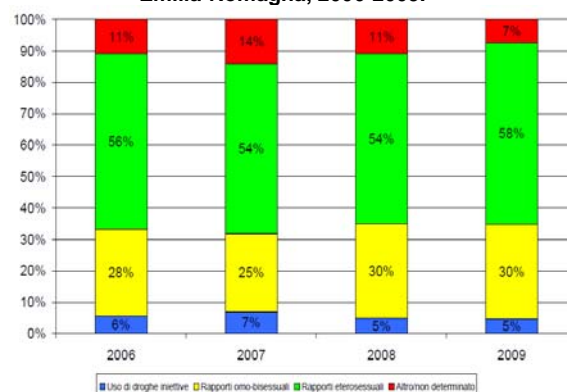
Va sottolineato come in Emilia-Romagna la quota dei casi classificati come "Altro/Non determinato" è pari a circa l'11% (il 7,5% con modalità di trasmissione indeterminata), mentre a livello nazionale questo dato è presente in misura doppia. Ricadono in tale categoria i casi che si sono infettati per via trasfusionale, 5 casi pari allo 0,3% (4 casi per trasfusione all'estero e 1 in corso di indagine) e per via verticale, 6 casi pari allo 0,4% (4 bambini di nazionalità straniera e 2 italiana).

Figura 15 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione (Pool COA). Periodo 1987-2008.



Fonte: COA – Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31/12/2008 e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2009

Figura 16 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione e anno di diagnosi, Emilia-Romagna, 2006-2009.



Anche la modalità di trasmissione risente dell'effetto della nazionalità: negli stranieri è più bassa la proporzione di nuove diagnosi correlate all'uso di droghe iniettive e a rapporti omo-bisessuali, mentre si rileva una proporzione molto alta (75,3%) di persone che si sono infettate attraverso rapporti eterosessuali (tabella 8).

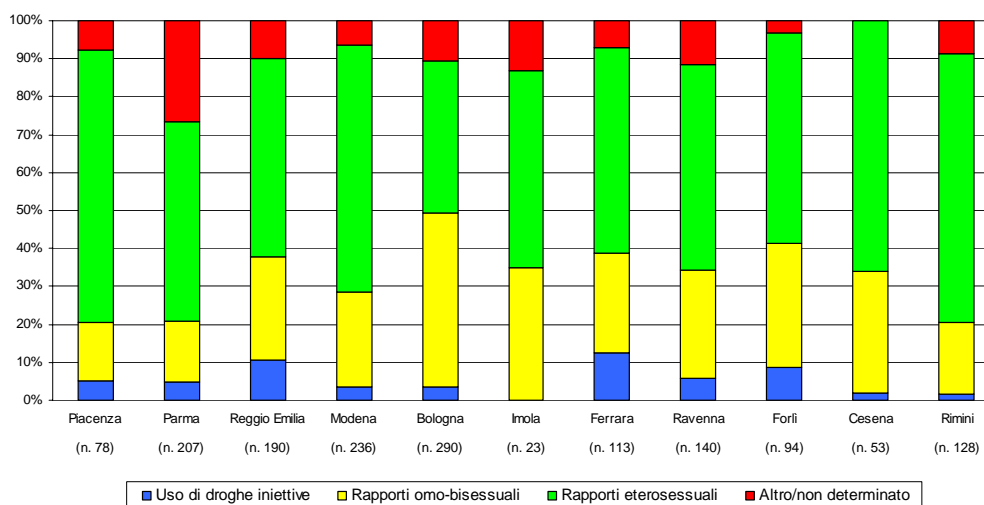
⁶ Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31/12/2008 e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2009, COA, Istituto Superiore di Sanità, 2010.

Tabella 8 – Casi di nuove diagnosi di infezione da HIV, per modalità di trasmissione e nazionalità. Emilia-Romagna, 2006-2009.
(valori assoluti e percentuali)

Modalità di trasmissione	Straniero		Italiano		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Rapporti eterosessuali	339	75,3	522	47,4	861	55,5
Rapporti omo-bisessuali	50	11,1	390	35,4	440	28,4
Uso di droghe iniettive	10	2,2	75	6,8	85	5,5
Trasfusione	3	0,7	2	0,2	5	0,3
Verticale	4	0,9	2	0,2	6	0,4
Altro	11	2,4	28	2,5	39	2,5
Rischio non determinato	30	6,7	74	6,7	104	6,7
Non risponde	3	0,7	9	0,8	12	0,8
Totale	450	100,0	1.102	100,0	1.552	100,0

La stessa tendenza rilevata complessivamente in regione si osserva all'interno delle diverse aziende, dove insiste una forte preponderanza di trasmissione sessuale, soprattutto di tipo eterosessuale. Un'eccezione è rappresentata dall'Azienda di Bologna, area a carattere metropolitano, che presenta dei dati in controtendenza: in questa realtà è maggiore la quota di persone che si sono infettate attraverso rapporti omo-bisessuali (46% di tutti i casi notificati nel territorio bolognese) (figura 17).

Figura 17 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione e Azienda USL di notifica, Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori percentuali)



3.4 Motivo di esecuzione del test

La Regione Emilia-Romagna da anni promuove l'esecuzione del test HIV come una misura di prevenzione, seppur non primaria, ricordandone la gratuità in tutto il territorio regionale e il rispetto dell'anonimato, se la prenotazione avviene mediante i canali predisposti⁷. La scheda regionale di segnalazione di caso rileva anche il motivo per cui si è eseguito il test HIV, informazione che risulta estremamente interessante, soprattutto se osservata distintamente per le caratteristiche socio-demografiche.

Il 42,1% dei casi complessivi ha eseguito il test HIV per sospetta patologia HIV-correlata o per sospetta Malattia Sessualmente Trasmissibile (MST). In oltre un quinto delle diagnosi totali (22,5%), il test è stato eseguito per percezione del rischio, ovvero in quanto la persona aveva la consapevolezza di essersi esposto all'infezione a causa di una situazione o di un comportamento a rischio. Nel 6,5% dei casi l'infezione è stata diagnosticata in uno dei due genitori in occasione di un controllo ginecologico in gravidanza; in pochi, ma significativi casi (4 casi pari allo 0,4%), la diagnosi è stata definita in seguito all'identificazione di uno stato di sieropositività HIV nella mamma o nel bambino.

In tabella 9 sono riportate inoltre le motivazioni di esecuzione del test, distinte per nazionalità e sesso: per quasi la totalità dei maschi prevale come motivo di esecuzione del test il sospetto di patologia HIV correlata o MST (46,6%) e la percezione del rischio (26,0%); nelle femmine oltre a queste due motivazioni, rispettivamente pari al 30,3% e 13,6%, si aggiunge una quota importante di donne che hanno eseguito il test durante un controllo ginecologico per gravidanza (20,9%). Riferendo l'osservazione ai soli casi di sesso femminile, ulteriori motivazioni prevalenti sono l'offerta del test da parte dei Servizi (consultori, Sert, Consultorio dedicato agli immigrati, ecc.), pari al 6,7%, e la diagnosi di sieropositività nel partner (6,2%). Questa ultima informazione, che nella scheda di segnalazione non era presente nella lista delle risposte possibili, è stata però riferita da una quota importante di pazienti come "altra motivazione" e per questo motivo integrata nei risultati.

Se si distingue per nazionalità, gli aspetti salienti che emergono tra gli stranieri sono la più bassa percezione del rischio (13,8% rispetto a 26,0% degli italiani) e un minore sospetto di patologia HIV-correlata e MST (34,7% rispetto a 45,1% degli italiani). Tra gli stranieri di sesso maschile è più alta la proporzione delle persone che fanno il test perché coscienti di avere un partner sieropositivo. Tra le femmine straniere, invece, una quota considerevole di casi ha effettuato il test durante un controllo ginecologico per gravidanza (29,5%), l'8,8% in occasione del test offerto da Servizi.

E' rilevante la proporzione di donne italiane che ha eseguito il test per percezione del rischio, pari al 20,1%, quota che si attesta all'8,8% tra le donne straniere.

Da notare, infine, come il 4,3% delle donne italiane sieropositive nel periodo 2006-2009 abbia effettuato il test in seguito ad una donazione di sangue/organo/tessuto.

⁷ Informazioni reperibili al numero verde AIDS 800 856080 e su www.helpaids.it.

Tabella 9 – Motivazioni dell'esecuzione del test HIV per nazionalità e sesso. Emilia-Romagna, 2006-2009. (Valori percentuali)

Motivo di esecuzione del test	Straniero			Italiano			Totale		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Sospetta patologia HIV correlata o MST	40,7	29,9	34,7	47,9	31,0	45,1	46,6	30,3	42,1
Per percezione del rischio	20,1	8,8	13,8	27,2	20,1	26,0	26,0	13,6	22,5
Controllo in gravidanza	3,0	29,5	17,8	0,4	9,2	1,9	0,9	20,9	6,5
Test offerto da Servizi (consultori, SERT, etc)	4,0	8,8	6,7	3,8	3,8	3,8	3,8	6,7	4,6
Partner HIV+	6,5	3,6	4,9	2,1	9,8	3,4	2,9	6,2	3,8
Donazione sangue/organo/tessuto/sperma	1,0	0,0	0,4	2,1	4,3	2,5	1,9	1,8	1,9
Prima di intervento chirurgico	2,0	2,0	2,0	1,5	1,6	1,5	1,6	1,8	1,7
Da campagna informativa	2,0	0,0	0,9	1,5	1,6	1,5	1,6	0,7	1,4
Su indicazione del medico curante	3,0	1,2	2,0	0,8	0,5	0,7	1,2	0,9	1,1
Sieropositività della madre o del figlio	0,5	1,2	0,9	0,0	1,1	0,2	0,1	1,1	0,4
Test eseguito per rischio biologico sul lavoro	0,0	0,8	0,4	0,2	0,5	0,3	0,2	0,7	0,3
Contatto accidentale con sangue	0,0	0,0	0,0	0,3	1,1	0,5	0,3	0,5	0,3
Altro	1,5	1,6	1,6	1,4	1,6	1,5	1,4	1,6	1,5
Non noto	15,6	12,7	14,0	10,7	13,6	11,2	11,5	13,1	12,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Non emergono invece particolari differenze analizzando i dati per classi di età; l'unico aspetto rilevante è il fatto che l'82,5% di coloro che hanno eseguito il test per percezione del rischio ha un'età superiore ai 30 anni. Questo risultato suggerisce di accentuare la promozione del test HIV anche tra i giovani.

La distribuzione del motivo di esecuzione del test, distinta per ciascuna Azienda USL di notifica, non si discosta significativamente da quella regionale. Da rilevare come le Aziende di Reggio Emilia e Parma abbiano più segnalazioni correlate al controllo in gravidanza e l'Azienda di Modena presenti invece un'alta percentuale di persone per cui non è stato possibile rilevare il motivo dell'esecuzione del test.

4. Comportamenti a rischio

Come è stato descritto nelle sezioni precedenti, l'infezione da HIV è attualmente una malattia prevalentemente a trasmissione sessuale: il concetto di gruppo a rischio è pertanto superato e sostituito dalla definizione di *comportamento a rischio*. Di seguito si riporta un quadro epidemiologico dell'infezione da HIV specifico per coloro che hanno avuto comportamenti a rischio quali:

- *utilizzo di droghe per via endovenosa - IDU*
- *rapporti omo-bisessuali non protetti e MSM*
- *rapporti eterosessuali non protetti*
- *donne che scoprono la sieropositività in gravidanza.*

4.1 Utilizzo di droghe per via endovenosa – IDU

In totale, su 1.552 segnalazioni, solo 85 (5,5%) riguardano persone che si sono infettate a causa dell'uso di droghe iniettive (IDU, Injection Drug Users). Di queste, la maggior parte sono di sesso maschile (84,7%), determinando un rapporto maschi/femmine (5,5:1) più che doppio rispetto a quanto rilevato nella popolazione generale.

Per quanto riguarda l'età alla diagnosi, oltre il 68% dei soggetti di questo gruppo si è infettato tra i 30 e i 49 anni, mentre non si registrano casi al di sotto dei 20 anni. Questo aspetto rispecchia la situazione attuale relativa all'uso di sostanze stupefacenti nella popolazione generale, che vede, tra i giovanissimi, un utilizzo più frequente di cannabis e altre droghe, come cocaina e stimolanti, che non prevedono l'assunzione per via endovenosa⁸. Si nota, inoltre, come nei maschi il fenomeno insista maggiormente nella fascia di età 30-49 (figura 19).

Figura 18 – Tassi di incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra IDU, per sesso e anno di notifica. Emilia-Romagna, 2006-2009 (per 100.000 abitanti)

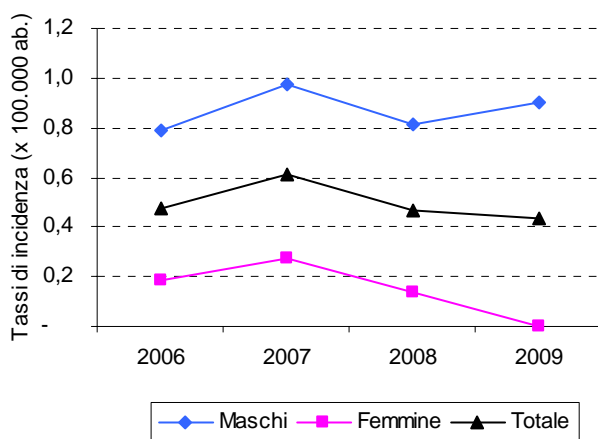
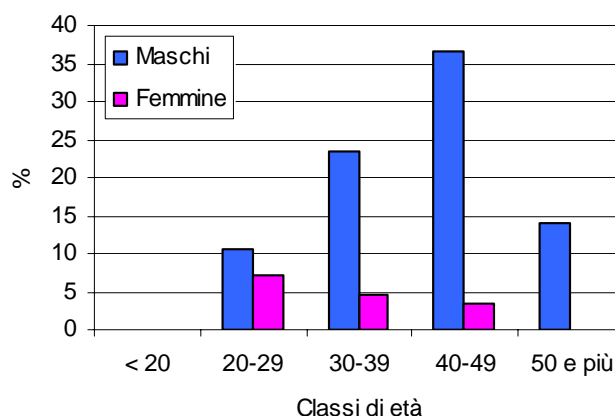


Figura 19 – Distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV iniettiva tra IDU, per sesso ed età, Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori percentuali)

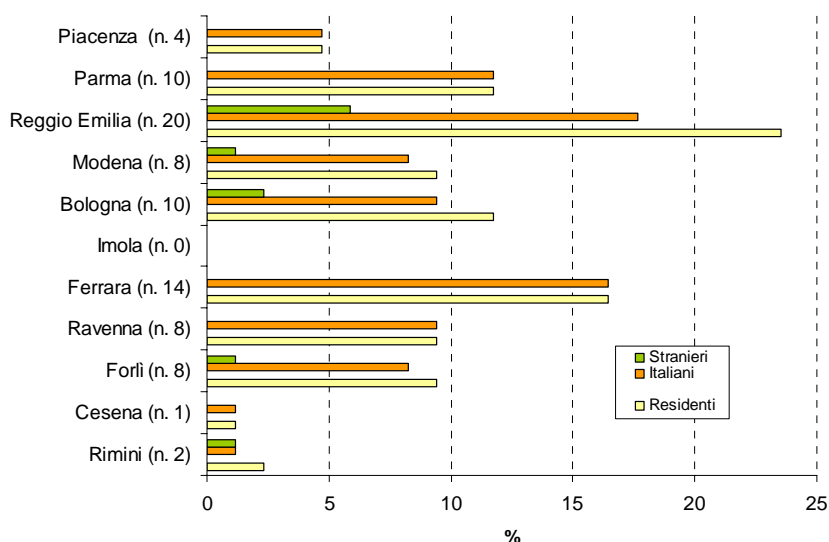


⁸ Rapporto 2009 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna, Osservatorio regionale sulle dipendenze, 2010.

Nel corso dei 4 anni di rilevazione, il tasso di incidenza per gli IDU, calcolato sull'intera popolazione regionale, risulta abbastanza stabile, anche se si può rilevare un piccolo aumento di notifiche nel 2007. I dati confermano come la trasmissione dell'infezione attraverso l'utilizzo di droghe per via endovenosa sia un fenomeno poco diffuso e tipicamente maschile (meno di 1 caso su 100.000 abitanti). Negli ultimi due anni si è evidenziato un calo tra le femmine, anche se la numerosità ridotta non permette valutazioni consistenti (figura 18). Si sottolinea inoltre che questo è un gruppo costituito prevalentemente da italiani: tra gli 85 casi IDU osservati, solo 10 sono di nazionalità straniera. Le aree di provenienza dei pazienti nati all'estero sono: Europa dell'Est (4 casi), Asia (3), Europa dell'Ovest (2), Africa del Nord (1).

L'Azienda USL che ha notificato più pazienti IDU è Reggio Emilia, che ha segnalato il 23,8% dei casi notificati in regione e la metà (5 casi) delle segnalazioni totali dei nati all'estero di questo gruppo. Segue Ferrara con il 16,7% (tutti pazienti italiani), Bologna e Parma con l'11,9% (figura 20).

Figura 20 – Distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra IDU, per nazionalità e Azienda USL di notifica. Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori percentuali*)



* La barra gialla indica la percentuale aziendale sul totale regionale, le barre arancione e verde rappresentano la composizione di tale percentuale distinta per nazionalità.

Se si considera il motivo per cui le persone IDU si sono sottoposte al test HIV, si osserva un dato interessante: il 38,8% dei soggetti che ha riportato un'infezione riconducibile all'uso di droghe iniettive ha effettuato il test a seguito dell'offerta da parte dei Servizi (consultori, Sert, Consultori per immigrati, ecc.), a conferma del fatto che tali Servizi dedicati possono offrire un buon sostegno all'esecuzione del test per le persone tossicodipendenti. Permane comunque una quota rilevante di persone che ha eseguito il test per sospetta patologia HIV correlata o per MST (35,3%). Altra motivazione prevalente è la percezione del rischio (10,6%), mentre per un restante 10,6% l'informazione non è nota (tabella 10).

Tabella 10 – Distribuzione delle motivazioni dell'esecuzione del test HIV iniettive tra IDU. Emilia-Romagna, 2006-2009.
(valori assoluti e percentuali)

Motivo di esecuzione del test	N	%
Test offerto da Servizi (consultori, Sert, etc)	33	38,8
Sospetta patologia HIV correlata o MST	30	35,3
Per percezione del rischio	9	10,6
Controllo in gravidanza	1	1,2
Partner HIV+	1	1,2
Prima di intervento chirurgico	1	1,2
Altro	1	1,2
Non noto	9	10,6
Totale	85	100,0

4.2 Rapporti omo-bisessuali non protetti e MSM

Le segnalazioni che riportano come modalità di trasmissione rapporti omo-bisessuali non protetti sono in totale 440, di cui tre riguardano persone di sesso femminile. Per rendere confrontabili le analisi riferite a questo gruppo con i risultati internazionali, l'osservazione è limitata agli MSM (Men who have Sex with Men), sigla internazionale utilizzata per identificare uomini che fanno sesso con uomini.

Il gruppo degli MSM è quindi costituito da 437 casi (39,1% su 1.117 uomini), di cui quasi il 60% diagnosticati nell'ultimo biennio. I tassi di incidenza, calcolati sulla sola popolazione maschile, rilevano, pur con i limiti dovuti alla raccolta retrospettiva dei primi anni, un trend in leggero aumento, tasso che si mantiene comunque al di sotto dei 6 casi per 100.000 abitanti (figura 20).

Figura 21 – Tassi di incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per MSM, per anno di notifica. Emilia-Romagna, 2006-2009. (per 100.000 abitanti)

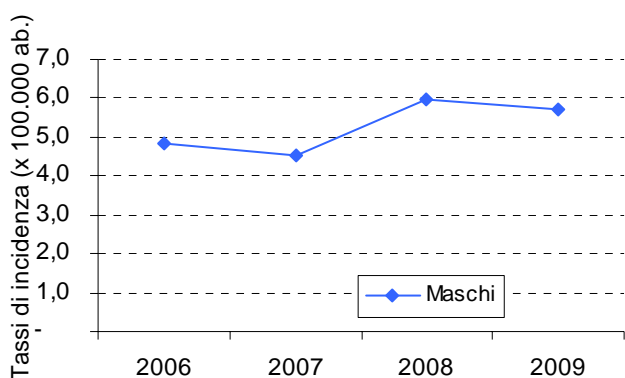
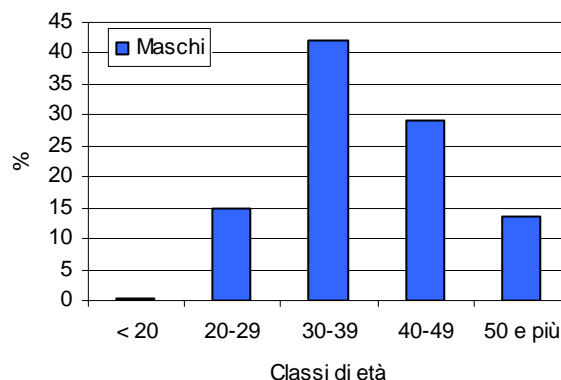
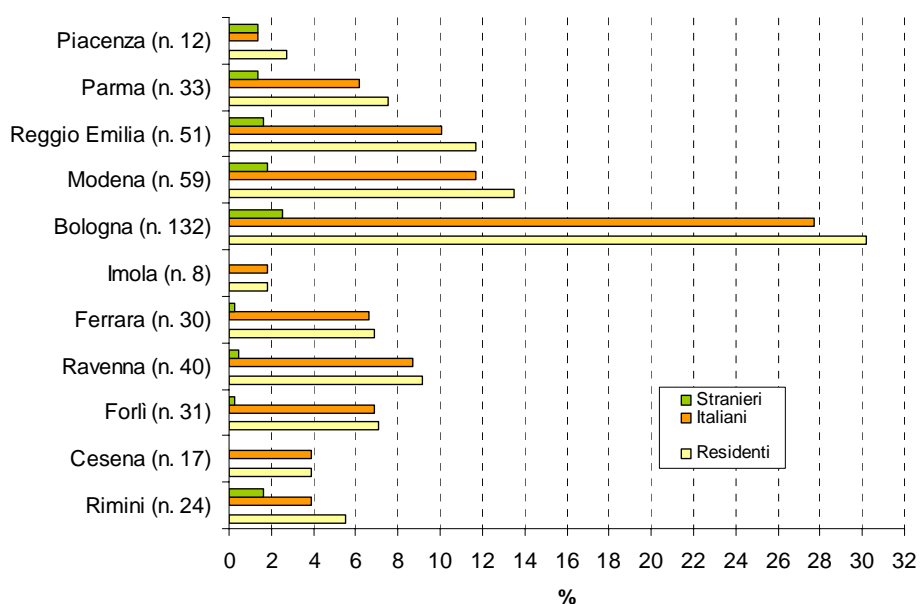


Figura 22 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per i MSM, distinte per età. Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori percentuali)



La distribuzione per età mostra che la maggior parte dei casi MSM scopre la propria sieropositività tra i 30 e i 49 anni, mentre due sole persone hanno scoperto di essere sieropositivi sotto i 20 anni (figura 22). Le Aziende USL che hanno una proporzione maggiore di nuove diagnosi da HIV in MSM sono Bologna (30,2%), Modena (13,5%) e Reggio Emilia (11,7%) (figura 23). Sono 49 (11,2%) i casi di nazionalità straniera. Tra i nati in Italia la quota di MSM (42,3%) risulta consistentemente più alta rispetto a quella registrata tra i nati all'estero (24,6%). Relativamente a quest'ultimo gruppo, le aree geografiche di provenienza più rappresentate sono l'America del Sud con il 60% dei casi, l'Europa Centrale (12,2%), l'Europa dell'Est (6,1%) e solo 1 persona dall'Africa sub-sahariana.

Figura 23 – Nuove diagnosi di infezione da HIV per MSM, per nazionalità e Azienda USL di notifica. Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori percentuali*)



* La barra gialla indica la percentuale aziendale sul totale regionale, le barre arancione e verde rappresentano la composizione di tale percentuale distinta per nazionalità.

Quasi la metà dei soggetti ha eseguito il test in relazione al sospetto di una patologia HIV correlata o MST (44,4%), un'altra quota rilevante per percezione del rischio (39,6%) (tabella 11). Quest'ultimo valore così elevato conferma il fatto che gli MSM hanno un'alta percezione del rischio e, per tale motivo, eseguono meno tardivamente il test HIV rispetto agli altri casi legati a rapporti eterosessuali non protetti. Inoltre gli MSM sono coloro che effettuano più test HIV nella vita: il 32% ha effettuato almeno 2 test, contro il 10% di coloro che si sono infettati tramite rapporti eterosessuali.

Tabella 11 – Distribuzione di frequenza delle motivazioni dell'esecuzione del test HIV per MSM. Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori assoluti e percentuali)

Motivo di esecuzione del test	N	%
Sospetta patologia HIV correlata o MST	194	44,4
Per percezione del rischio	173	39,6
Donazione sangue/organo/tessuto/sperma	7	1,6
Da campagna informativa	6	1,4
Su indicazione del medico curante	3	0,7
Test offerto da Servizi (consultori, Sert, etc)	2	0,5
Prima di intervento chirurgico	2	0,5
Partner HIV+	1	0,2
Test eseguito per rischio biologico sul lavoro	1	0,2
Contatto accidentale con sangue	1	0,2
Altro	3	0,7
Non noto	44	10,1
Totale	437	100,0

4.3 Rapporti eterosessuali non protetti

Il 55,5% della popolazione studiata dichiara di essersi infettato attraverso rapporti eterosessuali non protetti. Di questi 681 soggetti il 57,5% è di sesso maschile. Da notare come per questo gruppo di persone il rapporto maschi/femmine sia minore rispetto a quello registrato nella popolazione generale (2,6:1), attestandosi ad un valore pari a 1,4:1, dimostrazione del fatto che in questa categoria non ci sono differenze di rischio per genere. I tassi di incidenza, calcolati sull'intera popolazione regionale, rilevano un andamento in crescita, soprattutto tra le femmine, valore che, per queste ultime, si attesta nel 2009 a quasi 5 casi per 100.000 abitanti (figura 24).

Figura 24 – Tassi di incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per coloro che si sono infettati tramite rapporti eterosessuali, distinti per sesso e anno di notifica. Emilia-Romagna, 2006-2009. (per 100.000 abitanti)

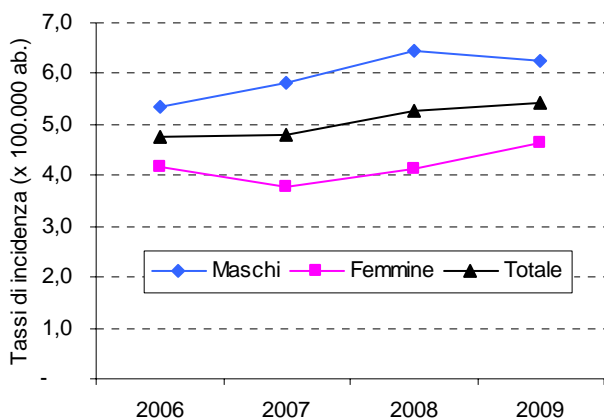
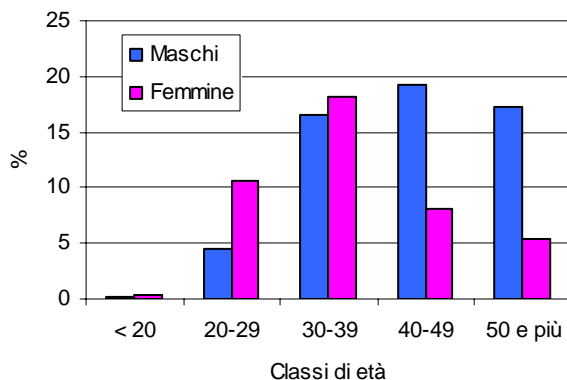


Figura 25 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per coloro che si sono infettati tramite rapporti eterosessuali, distinte per sesso ed età. Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori percentuali)

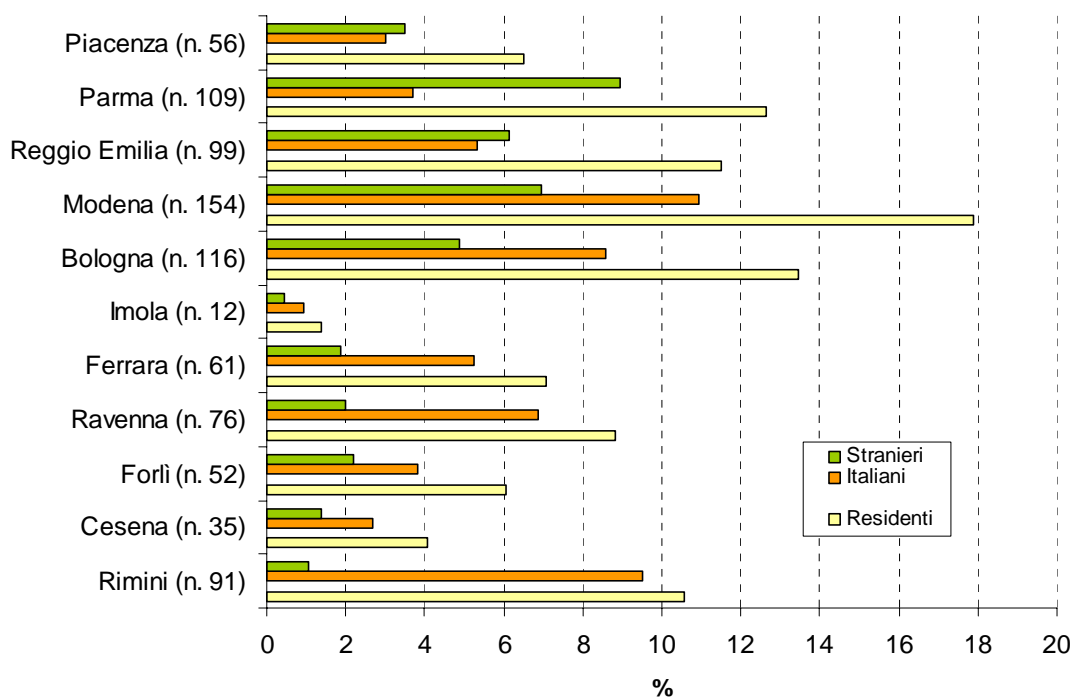


Come per coloro che si sono infettati utilizzando droghe per via iniettiva, anche per questo gruppo la distribuzione per età si differenzia per genere (figura 25). Negli uomini infatti l'età alla diagnosi è più elevata rispetto alle donne: più del 90% dei maschi eterosessuali si è infettato dopo i 30 anni, il 67,8% delle donne tra i 20 e 39 anni. La proporzione raggiunge l'86,6% nelle donne se si estende la fascia di età osservata fino ai 49 anni.

Le Aziende che hanno segnalato più casi sono Modena con il 17,9%, Bologna con il 13,5%, seguite da Parma (12,7%), Reggio Emilia (11,5%) e Rimini (10,6%).

Relativamente alla nazionalità, il 39,4% dei casi è di nazionalità straniera e le Aziende USL che presentano una quota maggiore di stranieri rispetto agli italiani sono: Parma (70,6%), Piacenza (53,6%) e Reggio Emilia (53,5%), percentuali riferite al numero di casi segnalati in ciascuna Azienda. Rimini risulta essere l'Azienda che presenta al suo interno il numero minore di stranieri infettati attraverso rapporti eterosessuali (figura 26). Se si considera l'area geografica di provenienza dei nati all'estero si rileva che quasi il 69% delle segnalazioni appartiene a persone che provengono dall'Africa Sub-Sahariana, il restante dall'Europa Centrale (9,7%), Africa del Nord (8,0%) e Europa dell'Est (5,9%).

Figura 26 – Nuove diagnosi di infezione da HIV per coloro che si sono infettati tramite rapporti eterosessuali per nazionalità e Azienda USL di notifica. Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori percentuali*)



* La barra gialla indica la percentuale aziendale sul totale regionale, le barre arancione e verde rappresentano la composizione di tale percentuale distinta per nazionalità.

La percezione del rischio per le persone infettate attraverso rapporti eterosessuali è molto bassa, solo il 15,7% l'ha dichiarata come motivazione dell'esecuzione del test, una grande quota ha invece eseguito il test per sospetta patologia HIV correlata o MST (42,5%). Si rileva inoltre come il 10,5% abbia fatto il test per un controllo in gravidanza della puerpera o del compagno della stessa e il 6,3% l'abbia eseguito perché frequentava un partner sieropositivo (tabella 12).

Tabella 12 – Distribuzione di frequenza delle motivazioni dell'esecuzione del test HIV per coloro che si sono infettati tramite rapporti eterosessuali. Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori assoluti e percentuali)

Motivo di esecuzione del test	N	%
Sospetta patologia HIV correlata o MST	366	42,5
Per percezione del rischio	135	15,7
Controllo in gravidanza	90	10,5
Partner HIV+	54	6,3
Test offerto da Servizi (consultori, Sert, etc)	29	3,4
Prima di intervento chirurgico	19	2,2
Donazione sangue/organo/tessuto/sperma	14	1,6
Da campagna informativa	12	1,4
Su indicazione del medico curante	7	0,8
Test eseguito per rischio biologico sul lavoro	3	0,3
Sieropositività della madre o del figlio	2	0,2
Contatto accidentale con sangue	1	0,1
Altro	14	1,6
Non noto	115	13,4
Totale	861	100,0

4.4 Donne che scoprono la sieropositività in gravidanza

Uno degli obiettivi primari della prevenzione contro l'infezione da HIV, condiviso in tutto il mondo, è quello di monitorare le infezioni nelle donne in gravidanza e le relative infezioni dovute alla conseguente trasmissione verticale. L'utilizzo delle terapie antiretrovirali è estremamente efficace nella prevenzione della trasmissione dell'infezione da madre a figlio; la percentuale di rischio di avere un bambino sieropositivo si abbassa ulteriormente se si ricorre all'allattamento artificiale anziché a quello al seno.

La scheda di sorveglianza regionale rileva, nella parte relativa alle motivazioni del test, l'eventualità che esso sia stato effettuato durante un controllo ginecologico in gravidanza: la quota di segnalazioni osservata nel periodo in esame è pari al 6,5% del totale. Si precisa che di questi 101 soggetti quasi il 10% risulta di sesso maschile: tale valore non deve stupire, perché spesso i ginecologi propongono il test ad entrambi i futuri genitori.

Le donne che hanno dichiarato il controllo ginecologico in gravidanza come motivo di esecuzione del test risultano essere 91, pari al 21% del totale dei casi emiliano-romagnoli di sesso femminile. I tassi di incidenza, calcolati sulla popolazione femminile di età compresa tra i 15 e i 49 anni, mostrano un andamento in lieve crescita, con un leggero aumento registrato nel 2008 (figura 27). Considerando l'età, la quasi totalità dei casi è compresa tra 20 e 39 anni (94,5%), anche se si registra una piccola quota di donne tra i 40 e 49 anni (5,5%) (figura 28).

Figura 27 – Tassi di incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per le donne che hanno scoperto la sieropositività in gravidanza, per anno di notifica. Emilia-Romagna, 2006-2009. (per 100.000 abitanti)

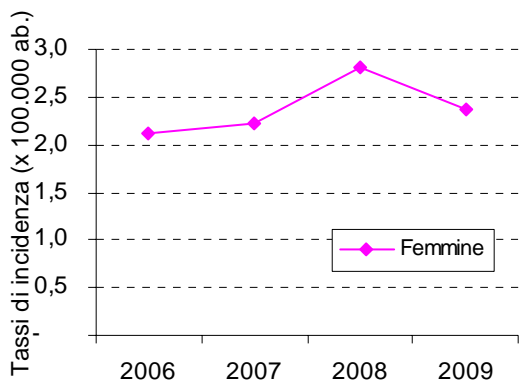
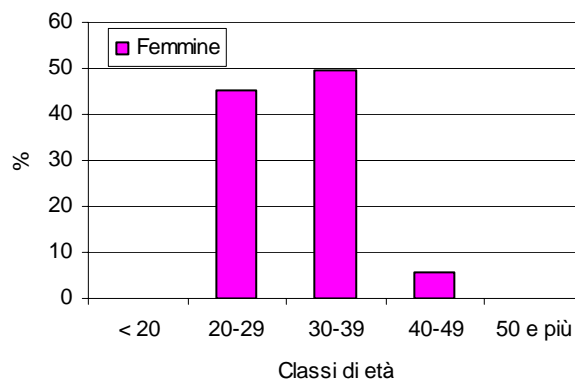


Figura 28 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per le donne che hanno scoperto la sieropositività in gravidanza, distinte per età. Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori percentuali)



Come riportato dalla figura 29, il numero di notifiche relative a questo gruppo è estremamente eterogeneo: le Aziende USL di Parma e Reggio Emilia hanno rispettivamente 31 casi (34,1%) e 21 casi (23,1%), a fronte di un massimo di 7 casi (Azienda USL di Bologna) rilevato nelle altre Aziende.

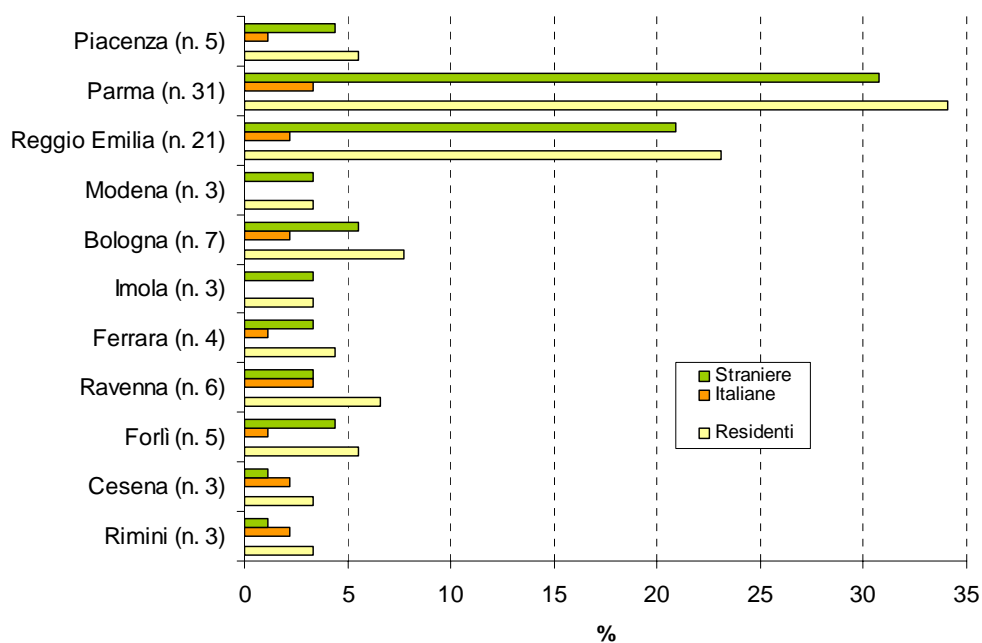
E' inoltre immediato osservare come tale fenomeno sia quasi esclusivamente relativo alle donne straniere: esse rappresentano infatti l'81,3% delle donne che hanno scoperto la sieropositività in un controllo in gravidanza. L'area geografica di provenienza, riportata in tabella 13, è prevalentemente l'Africa Sub-Sahariana (71,6%), seguita da Europa Centrale (8,1%), Africa del Nord (6,8%) ed Europa dell'Est (5,4%). Da

notare inoltre come, nel quadriennio in esame, considerando separatamente le donne straniere da quelle italiane, la frequenza di donne straniere che hanno scoperto la sieropositività in gravidanza è del 29,5% rispetto al 9,2% nelle donne italiane.

Tabella 13 – Distribuzione di frequenza dell'area geografica di provenienza per le donne che hanno scoperto la sieropositività in gravidanza. Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori assoluti e percentuali)

Area geografica di provenienza	N	%
Africa Sub-sahariana	53	71,6
Europa Centro	6	8,1
Africa Nord	5	6,8
Europa Est	4	5,4
Europa Ovest	3	4,1
America Centro	2	2,7
America Sud	1	1,4
Totale	74	100,0

Figura 29 – Nuove diagnosi di infezione da HIV per donne che hanno scoperto la propria sieropositività in gravidanza, per nazionalità e Azienda USL di notifica. Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori percentuali*)



* La barra gialla indica la percentuale aziendale sul totale regionale, le barre arancione e verde rappresentano la composizione di tale percentuale distinta per nazionalità.

5. Ritardo diagnostico e Late Presenters

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.

Una diagnosi tardiva dell'infezione HIV comporta, oltre ad un conseguente ritardo dell'inizio del percorso terapeutico, un peggioramento dell'efficacia della terapia, in quanto è più probabile che il paziente presenti infezioni opportunistiche che rischiano di compromettere l'effetto della stessa. Inoltre, si è visto come, in pazienti con infezione avanzata, il virus tenda a replicarsi più velocemente, determinando un aumento della carica virale e un conseguente rischio di trasmissione. Da un punto di vista più generale, e in un'ottica di sanità pubblica, il ritardo diagnostico implica importanti conseguenze socio-economiche: un utilizzo routinario del test HIV comporterebbe infatti, oltre ad una riduzione del rischio di trasmissione e quindi della quota di persone infette presenti sul territorio, anche una riduzione della spesa sanitaria. I soggetti a cui viene diagnosticata tardivamente la sieropositività hanno, infatti, tempi di ospedalizzazione più elevati rispetto agli altri⁹.

Per approfondire questo aspetto legato al ritardo diagnostico sono stati utilizzati alcuni indicatori definiti a livello internazionale, quali la presenza o assenza di infezioni opportunistiche definenti l'AIDS (secondo la classificazione dello stadio clinico definito dal CDC di Atlanta nel 1993, Centers for Disease Control and Prevention) e il numero di linfociti CD4 presenti nell'unità di volume di sangue. Più è basso il numero di linfociti CD4 in un paziente HIV, più è alto il rischio di comparsa di infezioni opportunistiche, dalle quali l'organismo non è più in grado di difendersi.

In Europa ancora non esiste una definizione univoca di "Late Presenter", ovvero di paziente che si presenta tardivamente alla diagnosi di sieropositività e questo incide probabilmente sulla variabilità della proporzione di persone Late Presenters, osservata tra Paesi, valore che si attesta mediamente attorno al 30% (min 10%-max 39%).

Fino a poco tempo fa le linee guida suggerivano di considerare Late Presenters coloro che, alla diagnosi di HIV, presentassero una conta del numero di linfociti CD4 inferiore o uguale a 200 cellule per millimetro cubico di sangue e/o una condizione clinica di AIDS. Una recente Consensus Conference europea ha raccomandato di portare la soglia del numero di linfociti CD4 a 350 cellule per millimetro cubico di sangue, permettendo così ad una quota maggiore di persone di essere curate il più tempestivamente possibile nel modo adeguato, pur presentandosi tardivamente.

In questo report vengono definiti AIDS Presenters (AP) coloro che, al momento della diagnosi di sieropositività, presentano un quadro clinico di AIDS conclamato e nello specifico, secondo la classificazione del CDC, con stadio clinico di tipo C. Si definiscono invece come Late Presenters (LP) l'insieme dei pazienti categorizzati come AIDS Presenters assieme a coloro che presentano una positività al test di HIV con un numero di linfociti CD4 inferiore o uguale a 350 cellule/mm³. Al fine di garantire una confrontabilità con la letteratura degli anni passati, si considerano anche i Late Presenters con il numero di linfociti inferiore o uguale a 200 cellule/mm³. Per comodità i due differenti gruppi di Late Presenters vengono indicati

⁹ Sabin CA, Smith CJ, Gumley H, et al. Late presenters in the era of highly active antiretroviral therapy: uptake of and response to antiretroviral therapy, AIDS 2004, 18: 2145-51.

rispettivamente come Late Presenters 350 (LP350) e Late Presenters 200 (LP200). Si ricorda che, per definizione, tali categorie non sono tra loro esclusive, ma l'una è un sottoinsieme dell'altra.

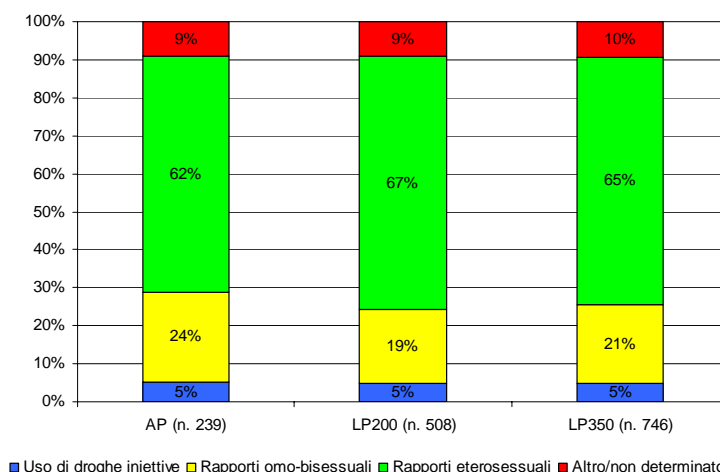
Dal 2006 al 2009 sono stati segnalati in Emilia-Romagna 239 AIDS Presenters, 508 Late Presenters 200 e 746 Late Presenters 350, determinando rispettivamente una quota pari al 15,4%, 32,7% e 48,1% del totale. Oltre il 65% dei casi è di nazionalità italiana, proporzione omogenea nei tre gruppi.

I pazienti che si sono presentati già in AIDS (AP), sono per il 79,5% di sesso maschile, con un'età mediana pari a 45 anni. Nei Late Presenters 200 la proporzione di maschi è leggermente più bassa (72,0%) e un'età mediana più bassa di due anni rispetto agli AP. Le caratteristiche socio-demografiche nei Late Presenters 350 sono pressoché simili a quelle degli LP200, con una minore proporzione di maschi (68,8%) e un'età mediana pari a 42 anni.

Se si considerano le età mediane distinte per sesso, permane sempre la differenza dell'età alla diagnosi osservata tra maschi e femmine rilevata nei casi totali. Tra i maschi non c'è una sostanziale differenza tra il gruppo degli AIDS Presenters e dei Late Presenters (LP), mentre l'età mediana nelle donne LP si abbassa sensibilmente a 36 anni.

Nei tre gruppi in esame non emergono grandi differenze rispetto al totale delle segnalazioni se si considera la modalità di trasmissione, dove permane prevalente la trasmissione sessuale (86%). Si nota però una proporzione minore di casi dovuti alla trasmissione omo-bisessuale (inferiore al 24%), aspetto che conferma come in questo sottogruppo sia più alta la percezione del rischio, che comporta minore ritardo alla diagnosi (figura 30).

Figura 30 – Nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione e distinto tra AP, LP200 e LP350, Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori percentuali)



Se, infine, si analizza il motivo per cui questi pazienti hanno fatto il test HIV, la modalità con la frequenza maggiore risulta essere "Sospetta patologia HIV correlata o MST" (AP 77,0%, LP200 63,2% e LP350 54,7%). Si rileva in tutti e tre i gruppi, soprattutto negli AP, una quota importante di persone che non hanno risposto alla domanda. Nei gruppi degli LP altre motivazioni prevalenti sono la percezione del rischio e il controllo ginecologico in gravidanza.

Le Aziende che superano la percentuale regionale di AIDS Presenters sono Piacenza (26,9%), Modena (25,4%), Cesena (20,8%) e Forlì (19,1%), percentuali calcolate sul numero di segnalazioni di ciascuna Azienda (figura 31). Per quanto riguarda i Late Presenters, solo le Aziende di Bologna e Rimini sono sotto la media regionale in entrambi i gruppi (figura 32).

Figura 31 – AIDS Presenters per Azienda USL di notifica, Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori percentuali)

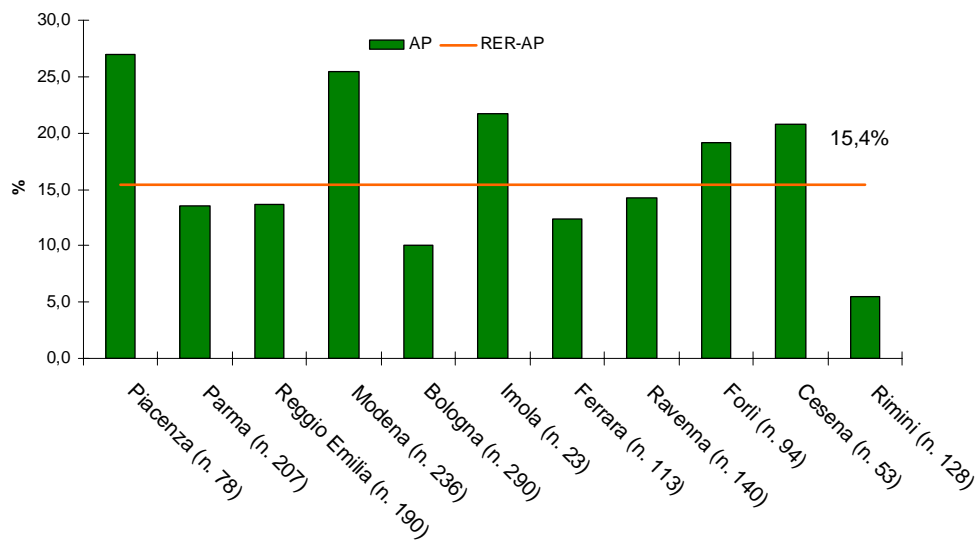
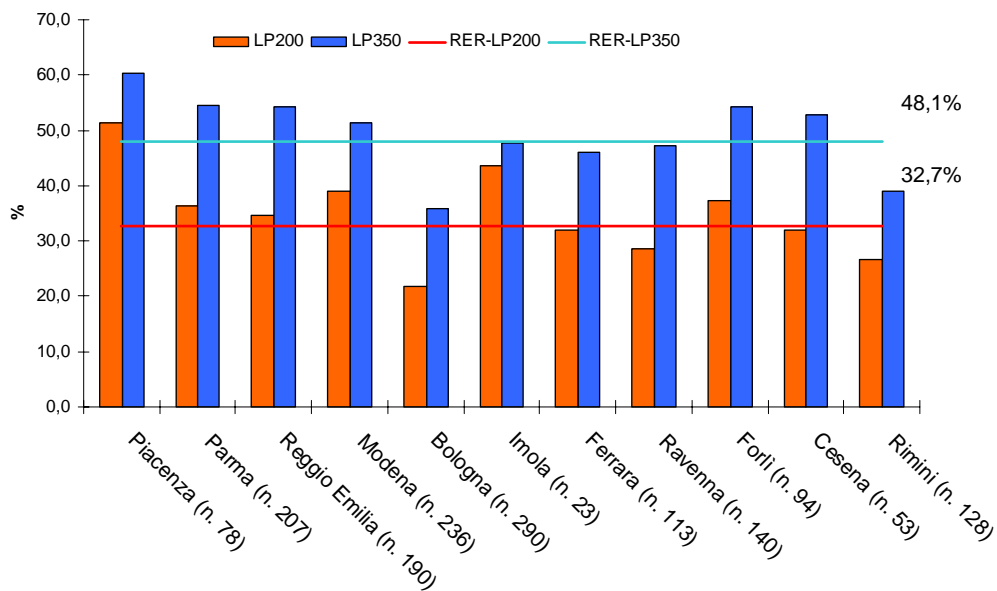


Figura 32 – Late Presenters 200-350 per Azienda USL di notifica, Emilia-Romagna, 2006-2009. (valori percentuali)



Per valutare quali siano le principali caratteristiche dei Late Presenters è stata svolta un'analisi di regressione logistica multivariata. L'analisi di regressione logistica permette, infatti, di individuare i fattori che si ipotizza influenzino la probabilità del verificarsi di un dato evento, in questo caso di essere un LP, controllando per gli effetti degli altri fattori considerati.

La misura dell'associazione tra l'evento Late Presenter e ciascuna variabile considerata è espressa dall'Odds Ratio (OR), cioè dal rapporto tra la probabilità che l'evento accada negli esposti al fattore di esposizione e la probabilità che l'evento accada tra i non esposti, al netto degli altri fattori considerati. Valori pari a 1 indicano una probabilità di accadimento dell'evento uguale tra LP e non LP; valori maggiori di 1 indicano un fattore di rischio, al contrario valori minori di 1 indicano un fattore protettivo. Per ogni valore di OR sono indicati anche i rispettivi intervalli di confidenza al 95% e i valori dei *p-values* associati alla statistica test, calcolata per testare la significatività statistica dell'OR. Valori di *p-values* inferiori a 0,05 indicano che il fattore osservato è statisticamente significativo.

Figura 33 – Rappresentazione grafica degli Odds Ratio dell'analisi logistica multivariata sui casi LP200 e LP350, con i rispettivi intervalli di confidenza al 95%. Emilia-Romagna, 2006-2009.

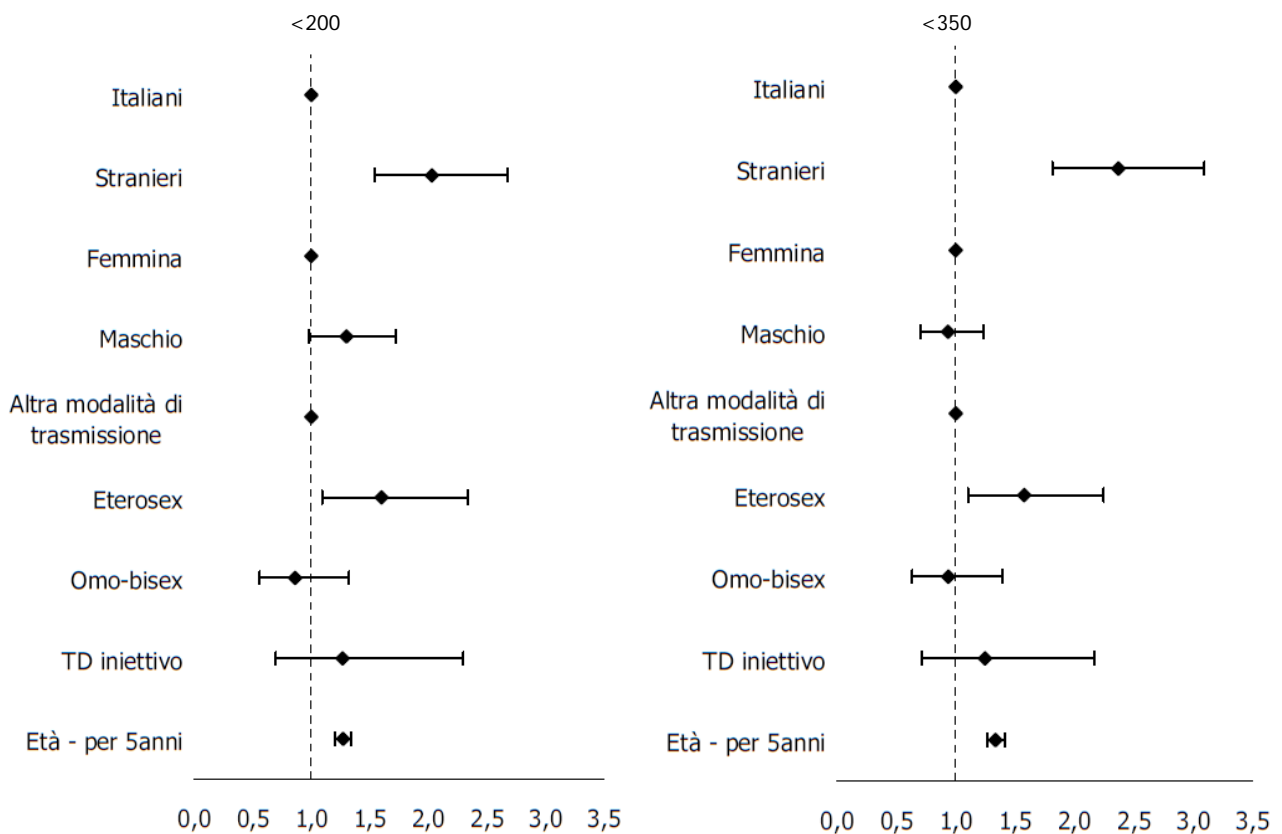


Tabella 14 – Odds Ratio, intervalli di confidenza al 95% e p-values per LP200 e LP350. Emilia-Romagna, 2006-2009.

Caratteristica	LP200			LP350				
	O.R.	I.C. al 95%	p value	O.R.	I.C. al 95%	p value		
Italiani	1			1				
Stranieri	2,03	1,54	2,67	0,000	2,37	1,81	3,10	0,000
Femmina	1			1				
Maschio	1,30	0,98	1,73	0,069	0,93	0,71	1,23	0,622
Altra modalità di trasmissione	1			1				
Eterosex	1,60	1,09	2,34	0,015	1,58	1,11	2,24	0,012
Omo-bisex	0,86	0,56	1,32	0,495	0,94	0,63	1,39	0,742
TD iniettivo	1,27	0,70	2,30	0,439	1,25	0,72	2,17	0,437
Età (per incrementi di 5 anni)	1,27	1,21	1,34	0,000	1,34	1,26	1,41	0,000

In figura 33 e in tabella 14 sono riportati i risultati relativi alle variabili considerate nel modello di regressione logistica. Si evince che il rischio di essere Late Presenter aumenta di circa il 30% per ogni incremento quinquennale d'età. Il rischio di essere un LP è del 60% più alto tra i soggetti che si infettano attraverso rapporti eterosessuali, rispetto a chi si infetta tramite altre modalità di trasmissione (che non coprende rapporti omo-bisessuali o uso di droghe per via iniettiva). Inoltre il rischio è più elevato per gli stranieri rispetto agli italiani, rischio doppio per LP200 e più che doppio per LP350 (pari rispettivamente al 103% e al 137%).

Quest'ultimo risultato è in linea con quanto riportato da un recente studio, pubblicato su *AIDS Care*¹⁰, che rileva come in media trascorrono tre anni tra l'arrivo di un immigrato nel paese ospitante e l'effettuazione del test HIV e che questo avvenga solo all'insorgere dei sintomi, cioè solo quando la persona sta male. Il ritardo, sia di diagnosi che di accesso alla terapia, è dovuto anche alle difficoltà che gli immigrati, anche se regolari, incontrano nell'accedere ai servizi. Per gestire al meglio la persona immigrata sieropositiva, anche in un'ottica di prevenzione, si dovrebbe puntare sulla maggiore diffusione delle informazioni di base (dove e come fare il test) e sulla possibilità di ricorrere ad una figura professionale in grado di comunicare con la persona nella sua lingua. Negli ultimi anni è stata utilizzata frequentemente la figura del mediatore culturale, anche se, come riferito da alcuni pazienti, tale figura non viene accettata completamente in quanto è diffusa la paura che il mediatore, appartenente alla stessa nazionalità, tornando nel paese d'origine possa riferire particolari sullo stato di salute.

¹⁰ Burns et al. *AIDS Care*, "Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain"; 2007 19 (1) 102-108

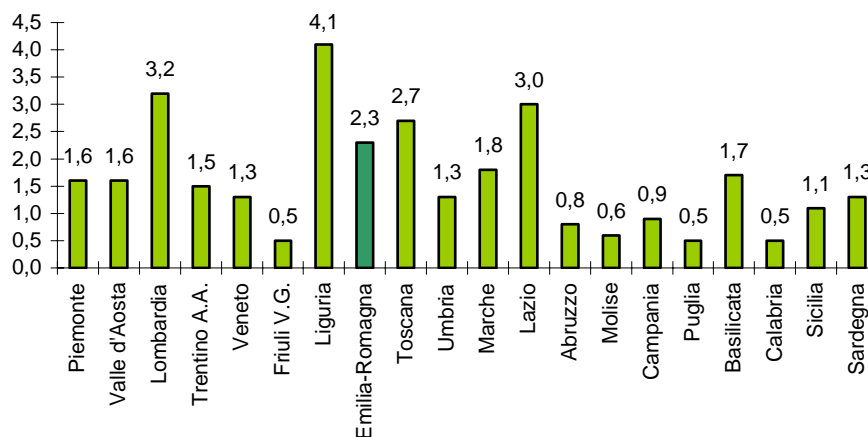
6. L'AIDS in Emilia-Romagna

I dati del Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità, aggiornati al 31/12/2009, documentano come in Italia ci siano stati oltre 61 mila casi di AIDS dall'inizio dell'epidemia, con più di 39 mila decessi. In Emilia-Romagna, nel periodo 1984-2009, sono 6.527 i casi di AIDS notificati da parte delle strutture sanitarie regionali, mentre i malati di AIDS residenti in regione sono 5.939 (di questi solo il 4,8% sono casi segnalati da altre regioni). Come visto, monitorare l'infezione da HIV ha assunto un ruolo sempre più importante: per questo motivo i dati più recenti riferiti ai malati AIDS potrebbero risentire della ridotta attenzione rispetto alla segnalazione della malattia e quindi risultare lievemente sottostimati.

Le principali caratteristiche demografiche della popolazione malata mostrano ancora una netta prevalenza maschile (rapporto maschi/femmine pari a 3:1), il progressivo aumento dell'età mediana alla diagnosi (da poco più di 20 anni agli inizi degli anni '80 per entrambi i sessi, a 39,5 anni per le femmine e 45 per i maschi nel 2009), una sempre maggiore percentuale di casi notificati in cittadini di nazionalità straniera e una bassissima percentuale di casi pediatrici (pari al 1,1% nel 2009).

Nel confronto nazionale, secondo i dati COA, nell'anno 2009 l'Emilia-Romagna si pone al quinto posto con un tasso di incidenza pari a 2,3 casi per 100.000 abitanti, dopo Liguria (4,1), Lombardia (3,2), Lazio (3,0) e Toscana (2,7) (figura 34).

Figura 34 - Tassi d'incidenza di AIDS per regione di residenza. Casi notificati nel 2009. (per 100.000 abitanti)



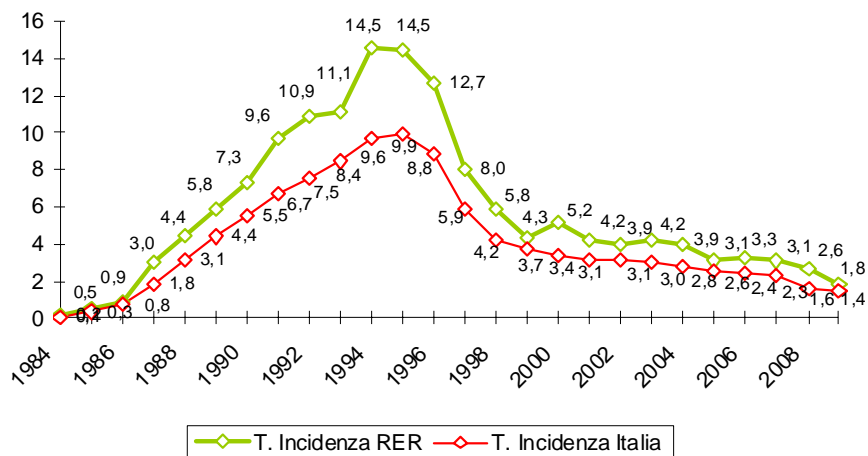
Fonte: Centro Operativo AIDS – Istituto Superiore di Sanità

Relativamente alla diffusione della malattia nel nostro Paese, nel 2009 permane una differenza geografica nord-sud nei tassi di incidenza, che continuano ad essere mediamente più bassi nelle regioni meridionali. Va però considerato, come potenziale fattore di confondimento la diversa attitudine che sussiste alla notifica da parte delle diverse Regioni. Si precisa che i tassi di incidenza prodotti dal COA sono calcolati riferendo temporalmente il caso alla data di notifica e non alla data di diagnosi: pertanto si sottolinea come il dato relativo all'incidenza nel 2009 sia sottostimato per effetto del ritardo di notifica.

In figura 35 si confronta l'andamento dei tassi di incidenza per anno di diagnosi registrati in Emilia-Romagna e in Italia, confermando che, in tutto il periodo considerato, la regione presenta valori superiori a quelli nazionali. È evidente il calo importante dei tassi nella seconda metà degli anni novanta, mentre, dall'inizio

del 2000, il tasso si mantiene sostanzialmente stabile, anche se è possibile rilevare un trend in lieve diminuzione.

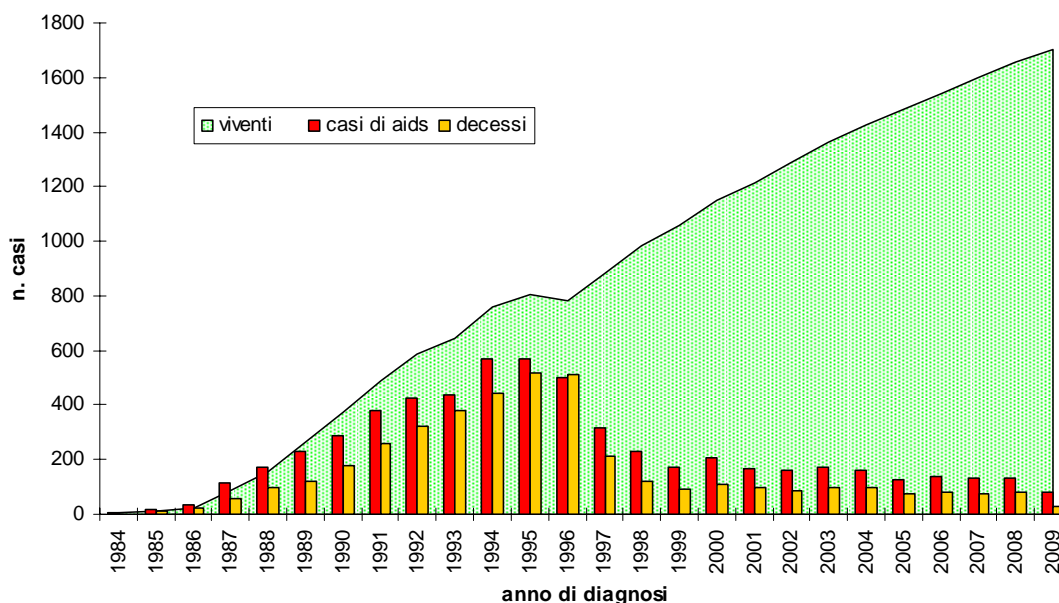
Figura 35 - Tassi di incidenza di AIDS in Emilia-Romagna e in Italia. Periodo 1984-2009. (per 100.000 abitanti)



Fonte: Sistema di Sorveglianza delle diagnosi di AIDS - Regione Emilia-Romagna

Confrontando il numero di casi di AIDS e di decessi per anno è possibile osservare come fino al 1996 vi sia stato un numero sempre maggiore di decessi, accompagnato dall'aumento del numero di malati. Dal 1996, anno di introduzione della terapia antiretrovirale, il numero di decessi è fortemente diminuito, dimezzandosi nel primo anno (1997) e raggiungendo attualmente valori molto bassi. In corrispondenza alla diminuzione dei decessi si è osservato anche un calo del numero di casi di AIDS: tutto questo ha aumentato enormemente la quota di persone prevalenti che vivono con la malattia (figura 36).

Figura 36 – Andamento epidemico di AIDS in Emilia-Romagna, 1984-2009. (valori assoluti)



Fonte: Sistema di Sorveglianza delle diagnosi di AIDS - Regione Emilia-Romagna

In tabella 15 sono riportati, per ciascuna Azienda USL, i casi incidenti 2008 e 2009 e i casi prevalenti al 2009 con i relativi tassi. Dal confronto geografico emerge che le Aziende USL di Ravenna, Rimini e Ferrara presentano tassi medi di incidenza più elevati, rispettivamente pari a 3,7, 3,5 e 3,2 casi per 100.000 abitanti. Le Aziende USL che presentano prevalenze elevate sono quelle di Ravenna (63,2 casi per 100.000 abitanti), Imola (59,5), Forlì (52,5) e Rimini (51,7).

Tabella 15 – Distribuzione dei casi di AIDS per Azienda USL di residenza: incidenza nel 2008-2009, prevalenza al 31/12/2009. Emilia-Romagna. (per 100.000 abitanti)

Azienda USL	Totale casi residenti 1984-2009	Incidenza AIDS			Prevalenza AIDS	
		Nuovi casi anno 2008	Nuovi casi anno 2009	Incidenza annuale, biennio 2008-2009*	Casi prevalenti al 31/12/2009	Prevalenza al 31/12/2009**
Piacenza	352	10	5	2,6	113	39,2
Parma	434	9	12	2,4	155	35,4
Reggio Emilia	466	12	4	1,6	136	25,9
Modena	703	17	10	2,0	239	34,4
Bologna	1.307	21	12	2,0	291	34,1
Imola	236	6	1	2,7	78	59,5
Ferrara	494	14	9	3,2	117	32,6
Ravenna	881	16	12	3,7	246	63,2
Forlì	326	8	2	2,7	98	52,5
Cesena	251	7	4	2,7	64	31,1
Rimini	489	13	8	3,5	168	51,7
Emilia-Romagna	5.939	133	79	2,5	1.705	38,8

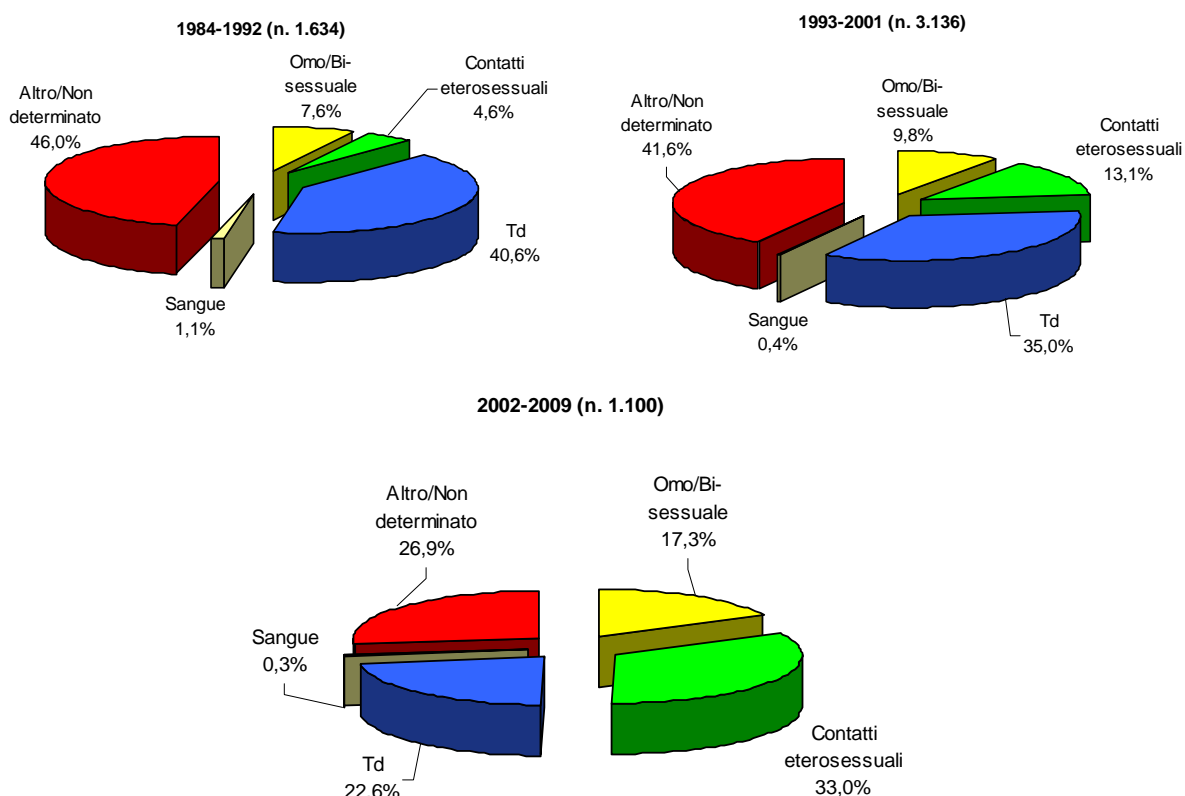
* popolazione di riferimento: media della popolazione degli anni 2009 e 2008 rilevate al 01/01

** popolazione di riferimento al 31/12/2009

Fonte: Sistema di Sorveglianza delle diagnosi di AIDS - Regione Emilia-Romagna

Se si considera la modalità di trasmissione, si rileva, come osservato per le infezioni da HIV, un cambiamento nel tempo: se fino al 1992 la modalità di trasmissione prevalente era l'uso di droghe per via iniettiva (69,6%) e solo l'8% dei casi si ammalava a causa di rapporti eterosessuali non protetti, nell'ultimo periodo considerato (2002-2009) si assiste ad un'inversione di tendenza: la quota degli ammalati a causa dell'uso di droghe iniettive è pari al 29,3%, mentre la quota legata ai rapporti eterosessuali si attesta al 42,7%, determinando rispettivamente un calo complessivo di 40,3 punti percentuali e un aumento di 34 punti percentuali. Sommando le quote dei casi che si sono ammalati attraverso rapporti eterosessuali e omobisessuali a rischio, si osserva che, nell'ultimo periodo (2002-2009), il 65,2% dei casi è riconducibile a rapporti sessuali (figura 37).

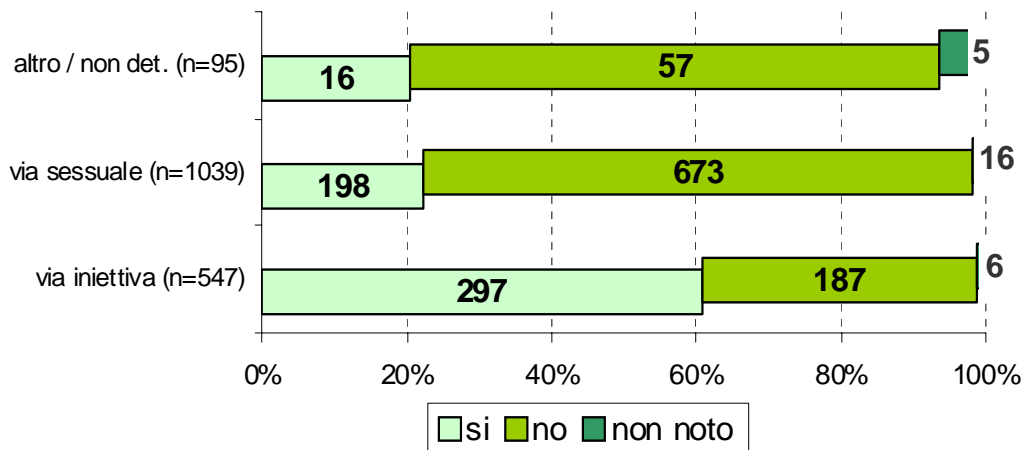
Figura 37 – Distribuzione percentuale dei casi adulti di AIDS per modalità di trasmissione. Emilia-Romagna, 1984-2009.



Fonte: Sistema di Sorveglianza delle diagnosi di AIDS - Regione Emilia-Romagna

È inoltre importante sottolineare come l'uso della terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS conclamato sia influenzato fortemente dalla modalità di trasmissione: soltanto il 21,3% dei pazienti con fattore di rischio sessuale (omosessuali, bisessuali o eterosessuali) ha effettuato una terapia antiretrovirale, contro il 60,9% dei tossicodipendenti, poiché hanno una percezione più elevata del rischio (figura 38). Questo induce ad un utilizzo più precoce del test e quindi ad un conseguente ricorso tempestivo alla terapia antiretrovirale, al fine di contrastare più efficacemente l'evoluzione dell'infezione da HIV in AIDS conclamato. La quota di persone che scopre la propria sieropositività al momento della diagnosi di AIDS è aumentata nel tempo. Se nel 1996 tale percentuale era pari al 13,7%, al 2009 essa è salita al 44,9%, ovvero quasi una persona su due. Si sottolinea che spesso sono proprio i malati che riportano come modalità di trasmissione "contatti sessuali" quelli che scoprono di essere sieropositivi contestualmente alla diagnosi di AIDS.

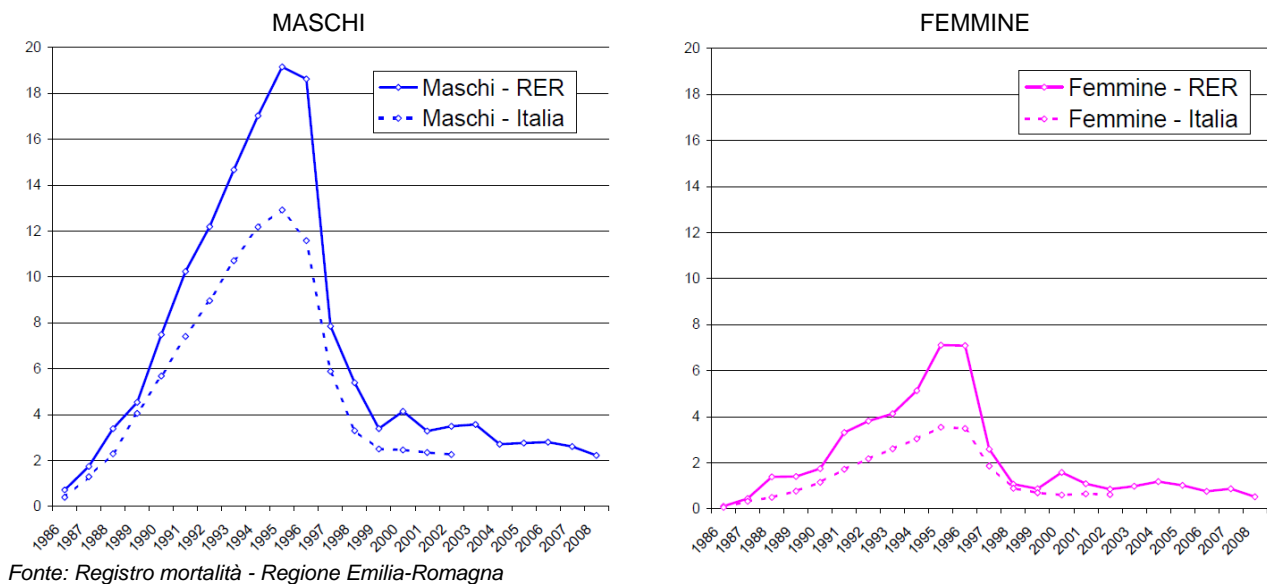
Figura 38 – Uso di terapie antiretrovirali pre-AIDS per modalità di esposizione nei malati di AIDS adulti (>12 anni). Emilia-Romagna, 1999-2009.



Fonte: Sistema di Sorveglianza delle diagnosi di AIDS - Regione Emilia-Romagna

Il trend temporale dei tassi standardizzati di mortalità (calcolati con il metodo di standardizzazione diretta, tenendo come popolazione standard quella dell'Italia 1991), mostra un aumento della mortalità, sia nei maschi che nelle femmine, fino a metà degli anni '90; successivamente si è assistito ad un rapido declino dei tassi che dal 1999 si sono stabilizzati in entrambi i sessi, convergendo negli ultimi anni ai valori nazionali (figura 39).

Figura 39 – Andamento temporale della mortalità. Tassi standardizzati (standard Italia '91), distinti per sesso , Emilia-Romagna e Italia, 1981-2008. (per 100.000 abitanti)



Considerazioni

Il tasso annuale di nuove diagnosi di HIV registrate in Emilia-Romagna nel quadriennio 2006-2009 è pari a 9,1 casi per 100.000 abitanti (ovvero 91 per milione) e in linea con quanto viene riportato da Eurosurveillance¹¹ per il 2008 in Italia.

Nonostante il tradizionale sistema di sorveglianza dei casi di AIDS documenti un trend in lieve calo, unito ad una diminuzione della mortalità e ad un parallelo incremento del numero delle persone che vivono con AIDS, i dati desunti dal sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di HIV evidenziano che, ancora oggi, a circa 400 persone residenti in Emilia-Romagna, viene diagnosticata annualmente la condizione di sieropositività HIV. Le persone sieropositive osservate nel periodo 2006-2009 sono prevalentemente: maschi (72,0%), di età compresa tra i 30 e i 39 anni (35,6%), di nazionalità italiana (71,0%).

La modalità di trasmissione principale risulta essere nell'83,9% dei casi quella sessuale (55,5% eterosessuale e 28,4% omo-bisessuale). Le donne che hanno scoperto la sieropositività durante la gravidanza sono il 21% del totale dei casi femminili, con un tasso di incidenza in leggero aumento.

Il confronto tra aree subregionali documenta una maggiore incidenza di infezione da HIV in alcune Aziende USL della Romagna – area peraltro già nota per la maggiore diffusione della malattia conclamata. I dati suggeriscono inoltre di monitorare con attenzione anche altre aree, come quella del parmense, in cui i tassi di incidenza di infezione da HIV risultano superiori alla media regionale.

Rimane ancora prematuro poter delineare in modo preciso un fenomeno così complesso, anche se il nuovo sistema di sorveglianza mette sicuramente a disposizione informazioni sempre più consistenti e tempestive, utili anche al fine di orientare le azioni di prevenzione.

Per quanto riguarda l'AIDS, infine, i nuovi casi nel 2009 in Emilia-Romagna sono stati 79, dato che però può risultare sottostimato per effetto del ritardo di notifica. Il tasso di incidenza biennale 2008-2009, più stabile, evidenzia 2,5 casi di AIDS per 100.000 abitanti.

Infine, se si considerano i Late Presenters, ovvero coloro che giungono tardivamente alla diagnosi di infezione da HIV con AIDS conclamato e/o con un numero di linfociti CD4 inferiore a 350 cellule/mm³, si riscontra una quota consistente di casi pari al 48,1% delle diagnosi HIV nel periodo 2006-2009. Se si considera il fenomeno del ritardo di diagnosi da un altro punto di vista, si riscontra come il 44,9% dei casi AIDS non fosse a conoscenza della propria sieropositività al momento della diagnosi della malattia.

Ancora una volta vale il richiamo a rapporti sessuali protetti e al ricorso precoce al test per la diagnosi di HIV, per proteggere se stessi e gli altri. Sono queste le principali azioni da promuovere e incentivare, soprattutto tra i giovani, al fine di contrastare l'infezione da HIV e l'AIDS. La Regione Emilia-Romagna è impegnata in questa direzione.

¹¹ van de Laar MJ, Likatavicius G. HIV and AIDS in the European Union, 2008. Euro Surveill. 2009;14(47):pii=19422.