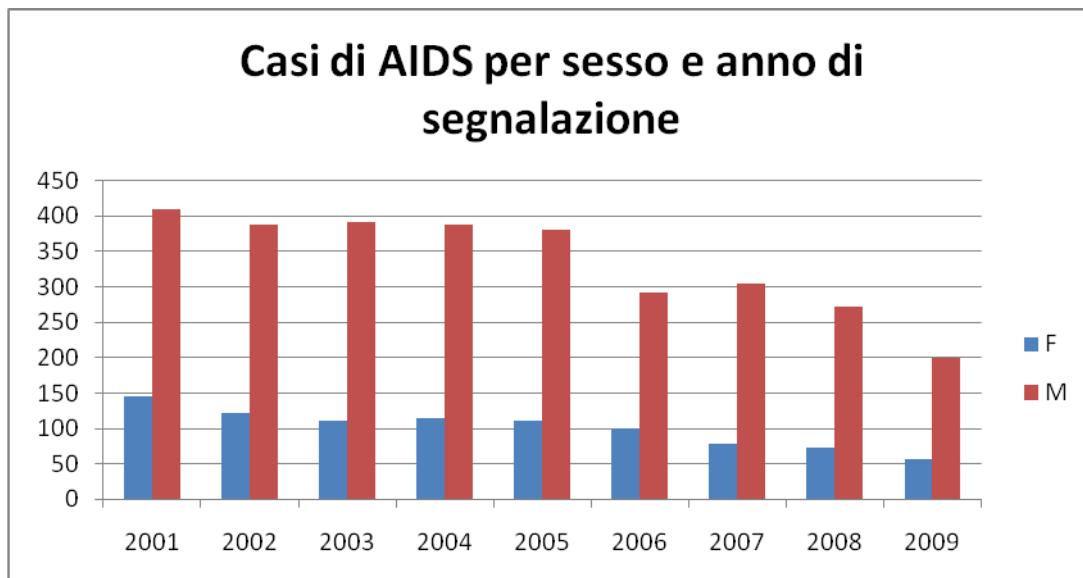


La situazione in regione Lombardia dell'infezione da HIV

I dati del 2009 delle segnalazioni di casi di AIDS, esposti nel grafico successivo, confermano le tendenze registrate nell'ultimo decennio e cioè la progressiva riduzione dei casi, da attribuire all'avvento delle terapie antiretrovirali che "cronicizzano" lo stato di sieropositività, e la prevalenza nel sesso maschile, in età tra i 30 e i 54 anni.



In tale situazione assume a maggior ragione importanza la rilevazione dei soggetti che, pur non avendo ancora la malattia conclamata, hanno contratto comunque l'infezione; oltre al sistema di rilevazione delle nuove sieropositività, previsto con decreto ministeriale e quindi adottato anche dalla nostra regione, che ci consente di conoscere l'incidenza (numero di nuove infezioni per anno, in Lombardia circa 2000), è essenziale valutare la prevalenza, cioè il numero di persone sieropositive presenti nella nostra regione.

Dal 2007, tale dato è disponibile, grazie all'utilizzo dei sistemi e database delle prestazioni di assistenza farmaceutica in regime ospedaliero (file F¹ per i farmaci antiretrovirali, anni 2004-2008), delle prestazioni di ricovero e cura (SDO con diagnosi di dimissione specifica, anni 2001-2008), delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (flusso informativo 28/SAN², con riguardo alle prestazioni ai analisi quantitative e qualitative di RNA – HIV, anni 2001-2008).

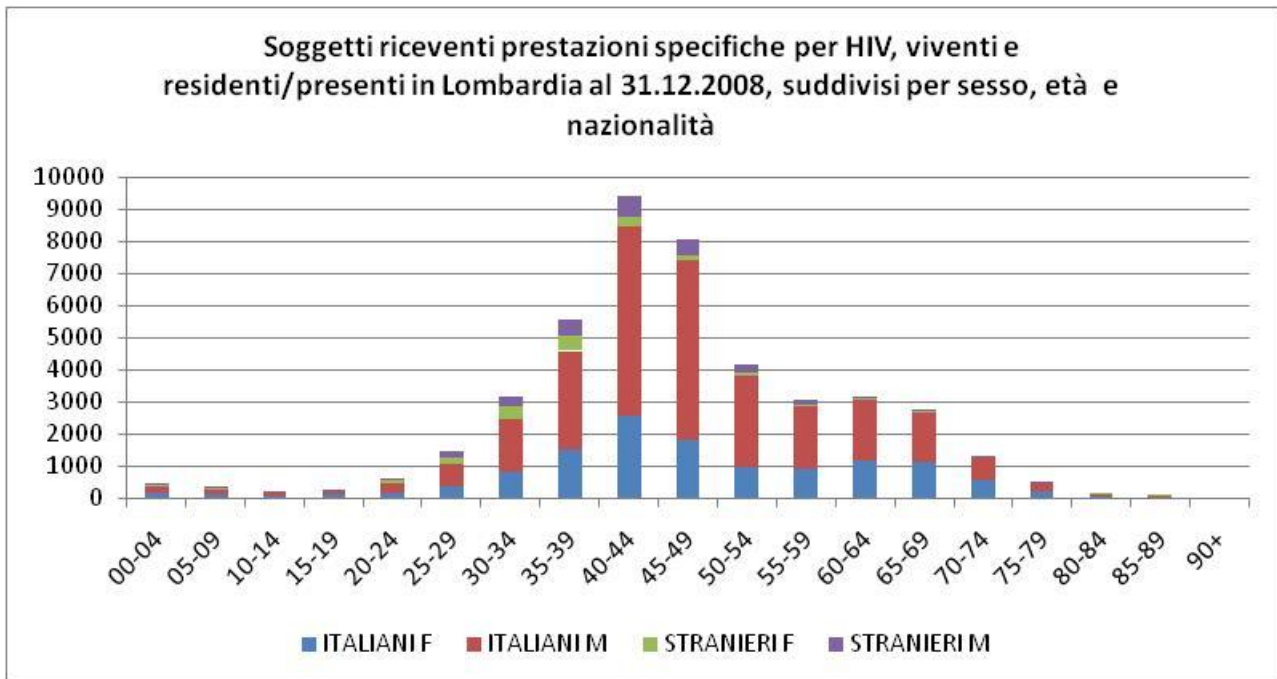
Infatti, i dati delle prestazioni erogate specificamente a soggetti con sieropositività³ permettono di rilevare quanti soggetti sono venuti a contatto col SSR, almeno una volta dal 2000 in poi, per ricevere una prestazione diagnostico-terapeutica relativa all'infezione da HIV.

¹ Il "File F" è un tracciato record utilizzato per la gestione, attivazione e rendicontazione dei farmaci somministrati e forniti dalle strutture ospedaliere per uso ambulatoriale o domiciliare ai pazienti non ricoverati al fine di garantire la continuità assistenziale.

² La Circolare della regione Lombardia 28/SAN del 1996, ha istituito e disciplinato il flusso delle prestazioni ambulatoriali, utilizzando uno specifico tracciato record, codificato secondo il nomenclatore tariffario.

³ I dati, come per tutte le prestazioni, consentono di conteggiare i soggetti – ossia di considerare una sola volta i soggetti che abbiano ricevuto più prestazioni- pur nel rispetto della privacy e quindi senza una loro identificazione.

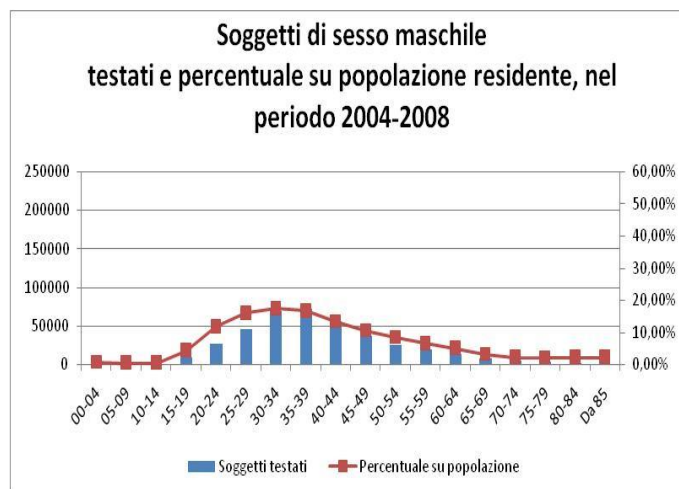
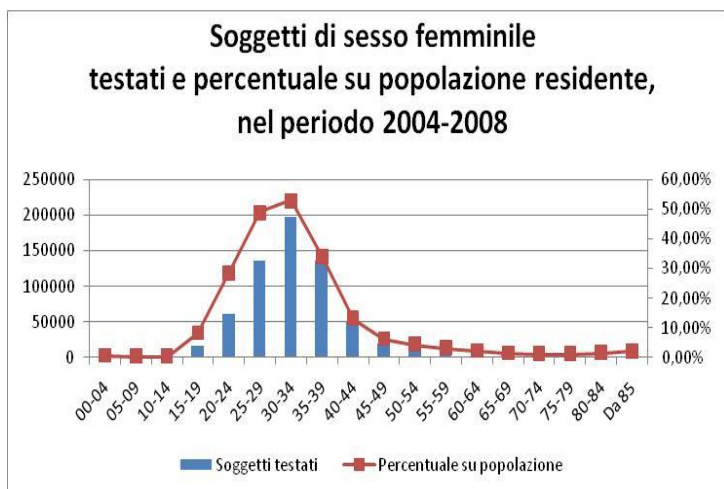
Nel grafico successivo è quindi indicata la **prevalenza** dei soggetti viventi e residenti/presenti in regione Lombardia al 31.12.2008, suddivisi per principali parametri quali età, sesso, nazionalità.



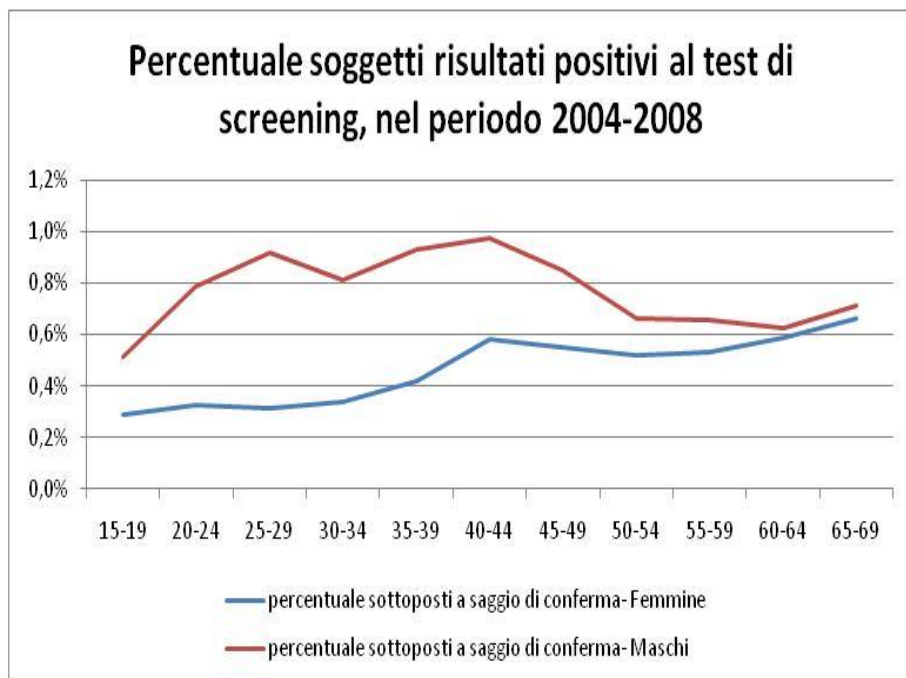
Dal grafico si evidenzia che:

- Complessivamente, al 31.12.2008, i soggetti sieropositivi viventi e residenti nella nostra regione sono 44.700;
- I **soggetti interessati sono maschi per oltre il 65% dei casi riscontrati e presenti** (67% tra gli italiani, 57% tra gli stranieri);
- Tra i 25 e i 54 aa si colloca il 71% dei casi (63% donne italiane, 73% uomini italiani; 90% sia donne che uomini stranieri); una quota non irrilevante di soggetti italiani, specie femmine, è presente tra i 55 e i 69 aa.

La ridotta presenza di donne tra i sieropositivi non sembra attribuibile ad una sottostima, derivante da una minor consapevolezza e quindi ricorso ai test diagnostici: infatti i dati sui soggetti che effettuano il test per la ricerca di anticorpi antiHIV, esposti nei due grafici successivi, evidenziano che le donne effettuano molto più frequentemente il test degli uomini, verosimilmente per le più numerose occasioni in cui si sottopongono a controlli medici (gravidanza, visite ginecologiche...) e che rispetto alla popolazione residente della stessa fascia di età, le percentuali più elevate di soggetti che si sottopongono al test sono 20-39 aa nelle donne e 30-44 aa per gli uomini.



Ad ulteriore riprova che nel sesso femminile l'infezione da HIV è meno frequente sta la verifica su quanti dei soggetti testati siano poi sottoposti a saggio di conferma (ossia ad un secondo test in caso di positività del primo): il grafico successivo evidenzia che le femmine, pur ricorrendo maggiormente al test, non risultano in nessuna fascia di età più frequentemente positive dei maschi.



E' interessante notare come la predominanza del sesso maschile sia del tutto simile ai dati europei⁴, che rilevano, tra le nuove infezioni del 2008, la presenza del 70% di maschi.

Il report europeo segnala altresì come la modalità di contagio predominante, all'origine del 40% delle nuove infezioni, sia "sex among men who have sex with men" - MSM, ossia in maschi che hanno rapporti sessuali con maschi.

La medesima conclusione non è immediatamente traibile dai dati regionali (la modalità di contagio può essere solo segnalata dalla persona nel corso del colloquio con il medico); per tale motivo nel dicembre 2008 è stato avviato uno studio sulle nuove diagnosi di HIV - NuDHi-, grazie alla collaborazione delle UUOO di malattie infettive della nostra regione. Lo studio, che si concluderà nei primi mesi del 2010, prevede di

⁴ Eurosurveillance, Volume 14, Issue 47, 26 November 2009 : HIV/AIDS and other STI in men who have sex with men – a continuous challenge for public health - (www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19423)

proporre alle persone in cui viene riscontrata per la prima volta la sieropositività, un questionario per meglio comprendere le abitudini di vita e frequentazioni che possono aver esposto al contagio.

In ogni caso le conclusioni del report europeo citato suggeriscono che i programmi nazionali di prevenzione pongano forte attenzione ai MenSexMen e ai soggetti che utilizzano droghe per via endovenosa; altrettanta attenzione va posta al contagio per via eterosessuale, che risulta tuttavia più rilevante in persone che provengono da Paesi con diffusione generalizzata dell'AIDS, cui deve essere garantito l'accesso alle cure e per le quali specifici programmi di prevenzione debbono essere implementati.

NUOVA INFLUENZA DA VIRUS A/H1N1: il punto sulla situazione

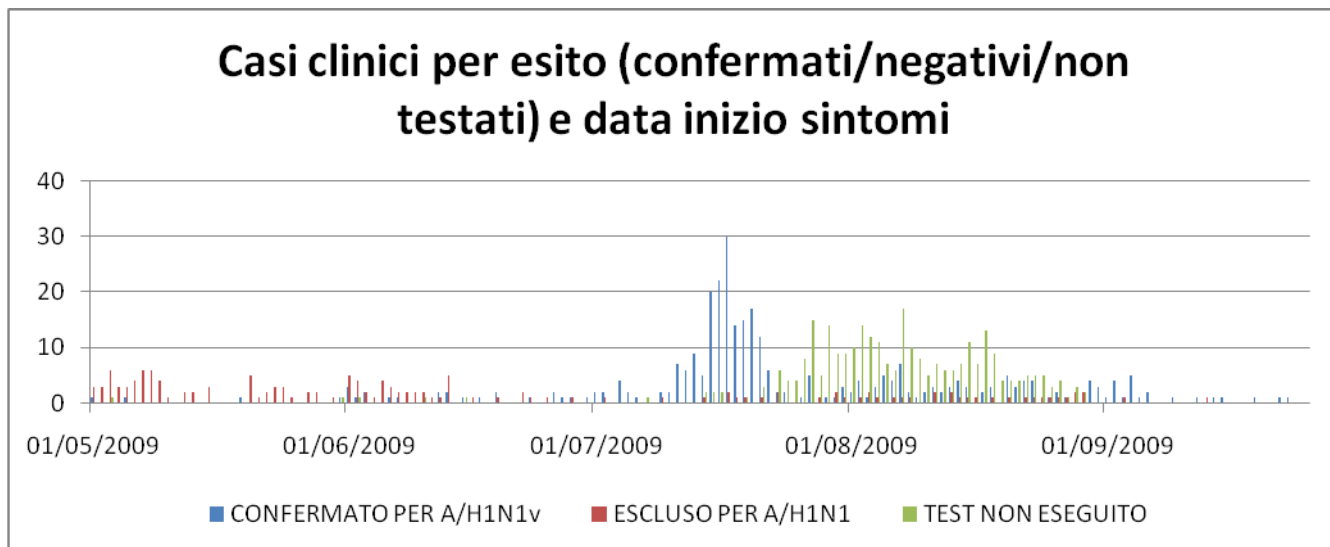
L'esperienza finora maturata sulla sorveglianza della nuova influenza ha messo in luce l'importanza di dati statistici raccolti in modo corretto e confrontabile, per evitare sia la sottovalutazione del fenomeno che la sua enfattizzazione, con conseguente allarmismo.

I piani pandemici, nazionale e [regionale](#), prevedono due fasi per la sorveglianza:

- Inizio della diffusione del nuovo virus (in Italia si è verificata in maggio-settembre 2009): è importante studiare ed analizzare tutti i casi sospetti, che abbiano cioè un quadro influenzale, sottoponendoli al tampone naso-faringeo per verificare quanti siano effettivamente dovuti al virus A/H1N1v (il virus è anche denominato : A/California/06/09-H1N1 o A/H1N1swine like-sw1). Scopo di questa prima fase è comprendere che tipo di quadro clinico si presenta più frequentemente, la sua gravità (rispetto all'influenza stagionale), le caratteristiche del virus.
- Diffusione a livello epidemico (in Italia da ottobre 2009): si pone sotto osservazione un campione rappresentativo della popolazione (in Lombardia circa 200.000 assistiti da medici e pediatri di famiglia che aderiscono al sistema) e si verifica, di settimana in settimana, quanti di tali assistiti si recano dal medico con un quadro di febbre sopra i 38°C, tosse e/o raffreddore, dolori articolari, debolezza (cosiddetto quadro simil-influenzale o ILI –Influenza Like Illness). In questo modo si può stimare l'incidenza (cioè il numero di casi clinici ogni 1000 ab.) di ciascuna settimana; siccome il sistema è in vigore da 10 aa è possibile fare confronti con le epidemie degli anni precedenti. Inoltre si prosegue con il prelievo di alcuni tamponi naso-faringei (sia in pazienti con sintomi lievi che in quelli con sintomi e complicanze più gravi) per verificare se intervengono mutazioni significative (virus più aggressivi o resistenti ai farmaci).

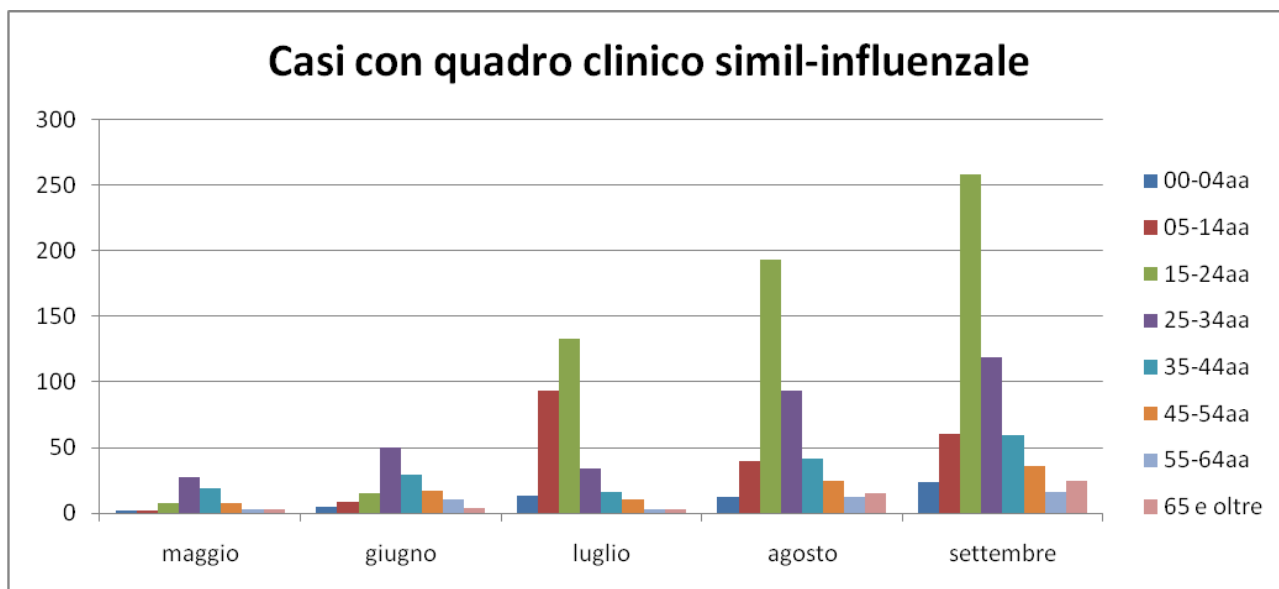
La prima fase, conclusasi a settembre, ha evidenziato per la Lombardia 766 casi con quadro clinico sospetto; di essi la percentuale risultata positiva al test è via via aumentata da maggio a luglio; da agosto i casi sono stati registrati senza più conferma virologica.

Nel grafico l'andamento:



Altri dati sono emersi:

- Il coinvolgimento delle età giovanili , analogamente a quanto avviene per l'influenza stagionale



- La bassa percentuale di ospedalizzazione, pari al 13%, anche questa del tutto simile a quella dell'influenza stagionale;
- La percentuale di complicanze è stata dello 0,4% e nessun decesso è stato registrato.

Si è quindi confermato, anche nella nostra regione, un andamento generalmente benigno del quadro clinico di influenza da virus A/H1N1v, con ospedalizzazione e complicanze assimilabili a quelle dell'influenza stagionale.

La seconda fase della sorveglianza, attivata da ottobre, ci ha dato ulteriori indicazioni⁵ sull'incidenza di ILI, ossia tasso settimanale di soggetti con quadro influenzale, per fascia di età, e, conseguentemente, percentuale cumulativa di popolazione coinvolta (uguale alla somma dei casi settimanalmente verificatisi, stimata sulla base del tasso tra gli assistiti dei medici sentinella).

Sono stati inoltre attivati altri sistemi campionari per valutare il fenomeno:

- Percentuale di alunni assenti in alcune scuole dell'infanzia, primarie e secondarie (raffrontati con le percentuali delle corrispondenti settimane del 2008);
- Percentuale di soggetti presentatisi al Pronto Soccorso dell'Ospedale Niguarda con quadro influenzale e percentuale di questi poi ricoverati (confrontabili coi dati storici del precedente anno);
- Numero di ricoveri richiedenti terapie intensive (in questo caso per valutare, in termini assoluti, non avendo confronti con anni precedenti, l'impatto e la richiesta di procedure assistenziali specialistiche).

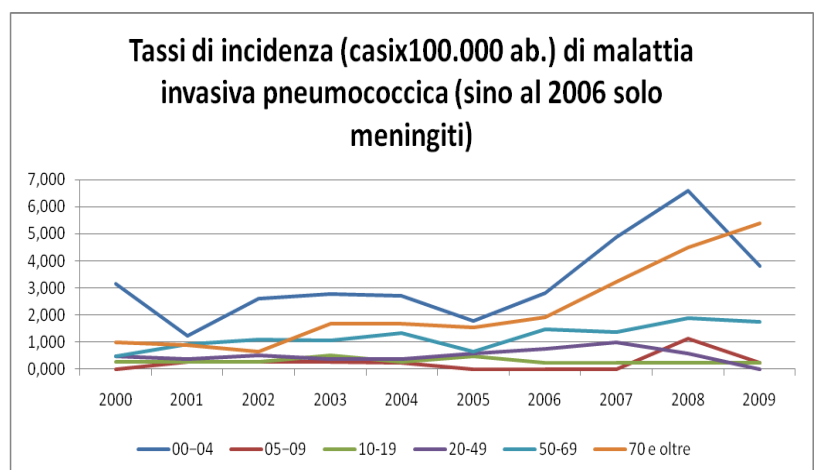
Altri dati e confronti saranno possibili a conclusione dell'epidemia, come ad esempio i ricoveri ordinari per diagnosi di polmonite/influenza (rispetto a quelli dei dieci anni precedenti).

Tutte le comunicazioni e il materiale informativo sono tuttora disponibili sul sito www.sanita.regione.lombardia.it, alla [pagina dgs su nuova influenza](#).

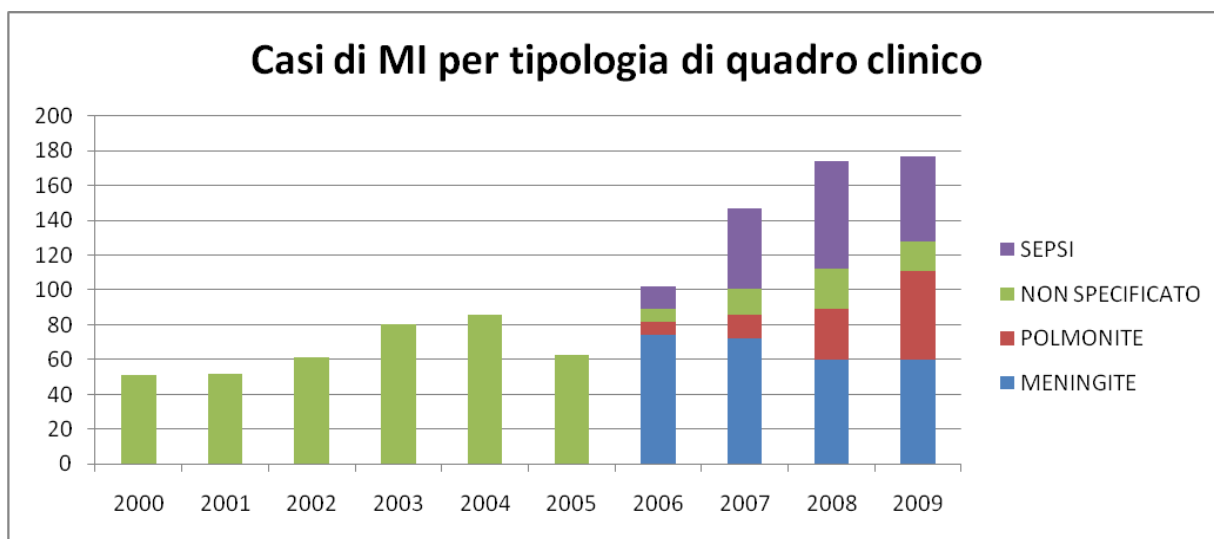
Malattia invasiva pneumococcica

La disponibilità di un nuovo vaccino antipneumococcico con 10 sierotipi, cui farà seguito quello con 13 sierotipi nei primi mesi del 2010, conferma l'utilità del sistema di sorveglianza attuato in Lombardia e poi adottato su scala nazionale dal 2007, per poter valutare l'impatto effettivo, e non meramente teorico, delle strategie vaccinali adottate.

La malattia invasiva pneumococcica ha presentato un progressivo incremento a partire dal 2006, a carico soprattutto delle fasce 0-4 aa e oltre i 70 aa, ma va considerato che da quell'anno in regione Lombardia (con [decreto dgs 6332/2005](#)) e dal successivo in tutta Italia (Protocollo per la sorveglianza nazionale delle malattie invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo in Italia 12/3/2007), viene introdotta la segnalazione non solo delle meningiti, ma anche delle altre forme invasive. Ed infatti il sostanziale incremento si registra a quasi totale carico di sepsi e polmoniti, come si evidenzia nel grafico successivo.



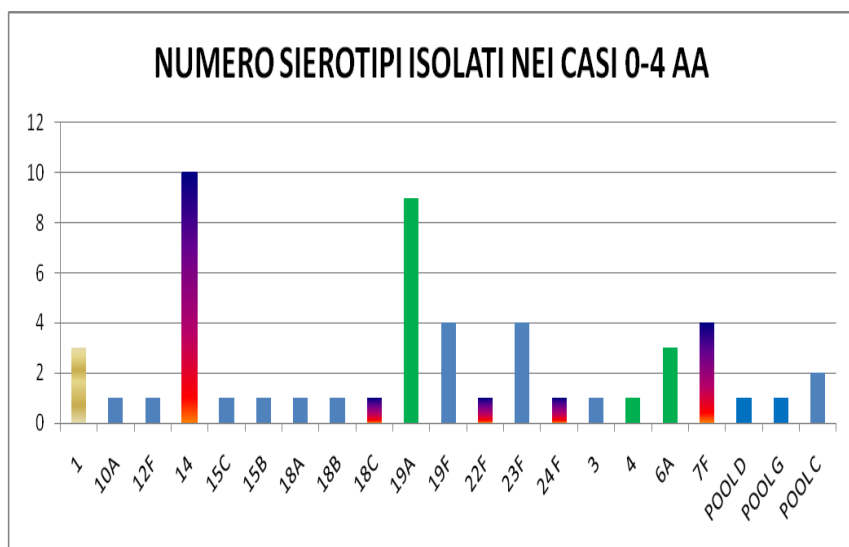
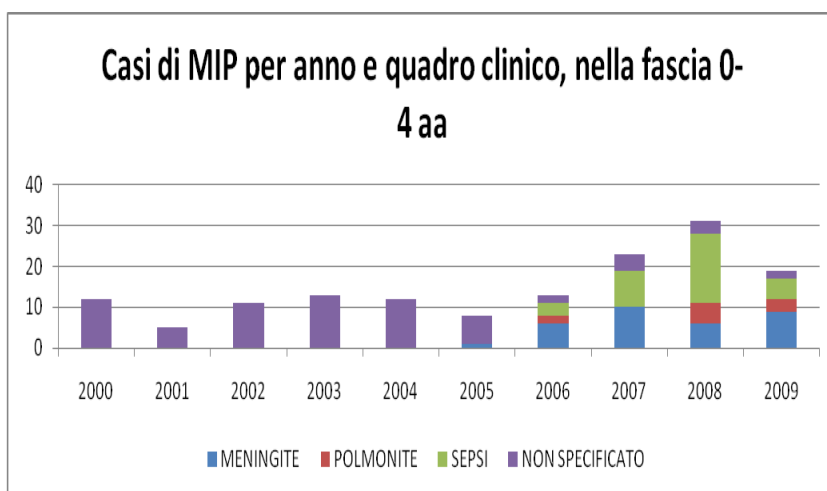
⁵ Si ricorda che dai primi di ottobre è ripresa la pubblicazione di [Influnews - Informazioni settimanali sull'influenza](#)



Di particolare interesse è la fascia 0-4aa, perché suscettibile di intervento vaccinale e di un potenziale effetto positivo a breve termine.

Nel grafico a fianco è possibile evidenziare che negli ultimi anni la m.i.p., a motivo evidentemente della inclusione nelle segnalazioni delle sepsi, è aumentata, con sostanziale stabilità delle meningiti.

Di ulteriore interesse è lo studio dei sierotipi, nella medesima fascia di età: nel grafico seguente sono illustrati i sierotipi isolati da 52 casi di m.i.p. in soggetti di età 0-4 nel periodo 2007-nov.2009



Se ne deriva che i casi dovuti a sierotipi contenuti nell'attuale preparato eptavalente (in rosso-blu nel grafico) costituiscono il 30% del totale, ossia in caso di vaccinazione di più del 90% dei nuovi nati, i casi evitabili sarebbero un terzo.

Ciò richiede una riflessione sull'impatto delle diverse politiche vaccinali, anche in relazione all'avvento dei vaccini 10 e 13 valente, che, comunque, non supererebbero rispettivamente il 44%

e il 65% di copertura dei ceppi attualmente circolanti nella nostra regione.

Va poi avanzata un'ulteriore osservazione sull'andamento nel tempo della prevalenza dei diversi ceppi; il 19A, di cui si registrava un solo caso nel 2007, è passato a 5 nel 2009; il 14, contenuto nel vaccino, ha subito l'andamento opposto (6 casi nel 2007, 1 nel 2009).

Ciò sembrerebbe dimostrare la pressione selettiva esercitata da vaccini sierotipo dipendenti (benché la somministrazione del vaccino abbia raggiunto percentuali intorno al 60%) e dunque il medesimo fenomeno, osservato in diversi Paesi, si verificherà verosimilmente dopo l'introduzione dei nuovi vaccini.