

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

Aggiornamento sull'epidemia al 31/12/2013

Servizio Sanità Pubblica
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali



Il rapporto è stato curato da:

Erika Massimiliani

Alba Carola Finarelli

Laura Moschella

Servizio Sanità Pubblica - Regione Emilia-Romagna – Ottobre 2014

Ha collaborato inoltre alla stesura del report Andrea Mattivi del Servizio Sanità pubblica, Regione Emilia-Romagna.

Si ringraziano inoltre Carlo Alberto Goldoni, Giuliano Carrozzì e Letizia Sampaolo dell'Azienda USL di Modena, Eleonora Verdini, 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: Daria Sacchini, Alessandro Ruggieri (Piacenza); Carlo Ferrari, Anna Maria Degli Antoni, Giancarlo Izzi, Icilio Dodi (Parma); Giacomo Magnani, Maria Alessandra Ursitti (Reggio Emilia); Cristina Mussini, Vanni Borghi (Modena); Pierluigi Viale, Vincenzo Colangeli, Marco Borderi, Andrea Pession, Angela Miniaci (Bologna); Alessandra Govoni (Imola); Marco Libanore, Laura Sighinolfi (Ferrara); Paolo Bassi, Giuseppe Ballardini (Ravenna); Claudio Cancellieri (Forlì-Cesena); Stefano Brighi (Cesena); Massimo Arlotti, Andrea Boschi (Rimini) e tutti i loro collaboratori.

Infine si ringraziano i Componenti della Commissione consultiva tecnico-scientifica 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
1.1 Osservazioni metodologiche	4
2. Il contesto internazionale e nazionale	5
3. Epidemiologia dell'infezione da HIV.....	9
3.1 Casi segnalati e residenza	9
3.2 Caratteristiche socio-demografiche	11
3.3 Modalità di trasmissione	19
3.4 Motivo di esecuzione del test	21
4. Comportamenti a rischio	23
4.1 Persone che fanno uso di droghe per via endovenosa - IDU	23
4.2 Persone che hanno rapporti omo-bisessuali non protetti e MSM	26
4.3 Persone che hanno rapporti eterosessuali non protetti	28
4.4 Approfondimento su donne che scoprono la sieropositività in gravidanza	30
5. Ritardo diagnostico e Late Presenters	33
6. L'AIDS in Emilia-Romagna	39
Considerazioni	45

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 sistema di sorveglianza registra 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 a trasmettere al Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità i dati informatizzati.

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 l'avvio del sistema: è possibile pertanto presentare ad oggi i dati relativi al periodo 2006-2013.

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

Oltre alla descrizione epidemiologica dell'infezione da HIV nel tempo e per caratteristiche socio-demografiche, sono state approfondite la modalità di trasmissione e il motivo di esecuzione del test. È 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 tempi rapidi un'infezione da HIV significa curare meglio e tempestivamente il paziente, nonché ridurre il rischio di trasmissione e ritardare la progressione in AIDS.

¹ In Regione Emilia-Romagna dal 1985 è attivo l'Osservatorio provinciale di Modena sull'infezione da HIV e dal 2002 l'Azienda USL di Rimini ha implementato il proprio sistema di monitoraggio dell'infezione.

1.1 Osservazioni metodologiche

Poiché il sistema di sorveglianza regionale è di recente istituzione, i dati relativi ai primi tre 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 COA e dell'Osservatorio della Provincia di Modena; quest'ultimo dispone di una serie storica molto lunga, anche se ovviamente riferita ad una realtà specifica e quindi non completamente generalizzabile all'intero territorio regionale.

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 i casi relativi alle province di Bologna e Forlì-Cesena, l'associazione all'Azienda USL di residenza: pertanto le analisi territoriali si riferiscono alla provincia di residenza. È presente, infine, una sintesi sull'andamento epidemico relativo all'AIDS.

Per il calcolo delle incidenze è stata utilizzata la popolazione regionale residente che, dall'1/1/2010 include anche i comuni dell'Alta Valmarecchia.

Non essendo disponibile la distinzione per Paese di nascita, si sottolinea che la popolazione utilizzata al fine del calcolo dell'incidenza per i nati all'estero è quella ufficiale regionale relativa a stranieri residenti in Emilia-Romagna distinti per cittadinanza.

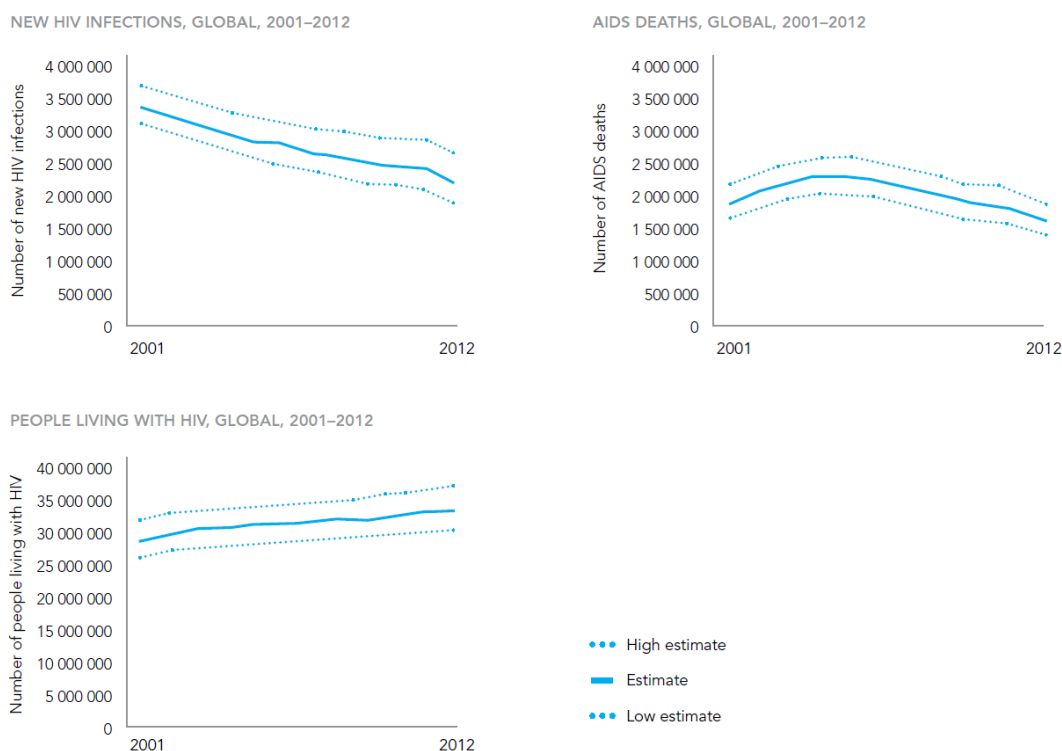
Si precisa che i dati relativi al capitolo 2 (Il contesto internazionale e nazionale) e al capitolo 6 (L'AIDS in Emilia-Romagna) sono aggiornati al 31/12/2012 in quanto alla data di pubblicazione di tale report non erano ancora disponibili i dati aggiornati al 2013.

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 2013 sull'epidemia di AIDS, presentati dal programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV-AIDS (UNAIDS) e dell'OMS, stimano che nel 2012 siano circa 35 milioni (32,2 – 38,8) le persone che vivono nel mondo con una infezione da HIV o con AIDS conclamato, 2,3 milioni (1,9 - 2,7) le persone con nuova diagnosi di HIV e 1,6 milioni (1,4 – 1,9) i deceduti nel solo ultimo anno. Nella figura 1 sono riportati i relativi andamenti a livello mondiale².

Figura 1 – Andamento delle nuove infezioni da HIV, dei decessi AIDS-correlati e dei casi prevalenti di HIV nel mondo, 2001-2012. (valori assoluti)



Fonte: UNAIDS – Report on the global AIDS epidemic, 2013.

L'HIV/AIDS è un grave problema di salute pubblica anche in Europa, dove la situazione epidemiologica, fotografata dall'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in collaborazione con WHO Regional Office for Europe³, appare eterogenea se osservata per le diverse aree geografiche.

Il report evidenzia come nel 2011 i tassi di incidenza più alti si osservano in Ucraina (38,0 casi per 100.000 abitanti), Estonia (27,3), San Marino (25,6) e Moldavia (20,3). In generale, l'incidenza dei casi a cui è stata diagnosticata l'infezione da HIV è aumentata nel periodo considerato, passando da 6,7 casi per 100.000 nel 2004 a 7,6 nel 2011; l'11% delle infezioni HIV diagnosticate nel corso dell'anno 2011 sono riferite a casi in età compresa tra i 15 e 24 anni e il rapporto maschi/femmine è pari a 2,0:1. Relativamente alla modalità di trasmissione, il 46% dei casi si è infettato attraverso rapporti eterosessuali, il 22% dei casi sono invece MSM

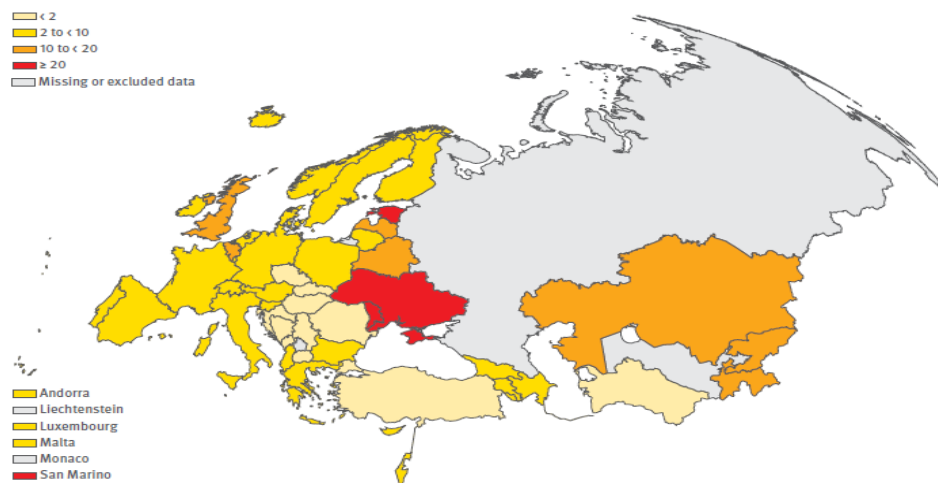
² UN Joint Programme on HIV/AIDS, *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*.

³ European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2011. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2012. (ultimo disponibile alla data di predisposizione del presente rapporto)

(Men who having Sex with Men), mentre rimane alta la quota che si è infettata per l'uso di droghe iniettive (20%).

La mappa riportata in figura 2 rappresenta la diffusione geografica del fenomeno sul territorio europeo, dove sono evidenziate con colore più intenso le aree con incidenza maggiore; per alcuni Paesi i dati non sono ancora completamente disponibili.

Figura 2 – Infezioni da HIV rilevate nella Regione europea Oms, 2011. (per 100.000 abitanti)



Fonte: ECDC/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2011

Le caratteristiche delle nuove diagnosi, distinte per le tre aree europee presentate in tabella 1 e figura 3, mostrano come l'area Est (i dati relativi alla Russia non sono però disponibili) sia caratterizzata ancora da un tasso di incidenza in crescita negli anni: alla modalità di trasmissione predominante legata all'uso di stupefacenti per via parenterale, è subentrata recentemente quella legata a rapporti eterosessuali non protetti. L'area Ovest, a cui l'Italia appartiene, riporta invece un tasso in lieve decrescita nel tempo; in essa prevale la modalità di trasmissione sessuale legata a uomini che fanno sesso con altri uomini (MSM). L'area Centro, che fino al 2007 riconosceva come modalità di trasmissione più frequente i rapporti eterosessuali, si è poi allineata all'area Ovest, in quanto la modalità di trasmissione MSM ha superato quella legata a rapporti eterosessuali, pur con un'alta percentuale di casi con modalità di trasmissione ancora non nota.

Tabella 1 – Caratteristiche dei casi incidenti di HIV nella regione europea dell'OMS per area geografica, anno 2011.

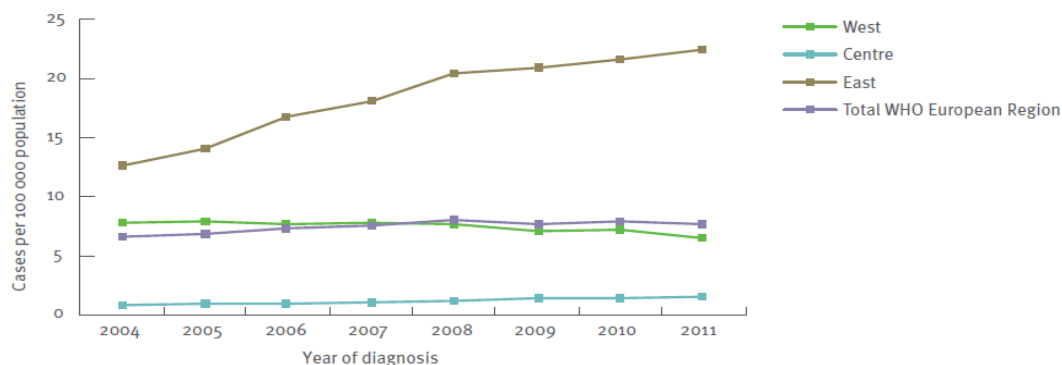
	Regione Europea dell'OMS	Ovest	Centro	Est
Numero di casi HIV	53.974	26.204	2.997	24.773
Tasso per 100.000 abitanti	7,6	6,5	1,6	22,4
Rapporto Maschi/Femmine	2,0	2,9	4,3	1,3
Percentuali dei casi:				
Età 15-24 anni*	11,1%	10,1%	16,8%	11,4%
Rapporto maschi/femmine	2.0	2.9	4.3	3.0
Modalità di trasmissione*				
Eterosessuale	45,8%	37,9%	25,7%	56,7%
MSM	21,5%	40,1%	27,3%	1,1%
Tossicodipendenti per via iniettiva	19,7%	4,2%	8,2%	37,6%
Non noto	11,6%	16,7%	35,7%	3,3%

Dati mancanti: Monaco, Liechtenstein, Russia, Uzbekistan.

* I paesi con dati non noti relativi ad età o alla modalità di trasmissione sono esclusi dalle percentuali.

Fonte: ECDC/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2011

Figura 3 – Infezioni da HIV rilevate nelle tre aree geografiche nella Regione europea Oms, 2004-2011. (per 100.000 abitanti)



No data from Monaco; data not included from Russia, Uzbekistan.

Fonte: ECDC/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2011

In Italia dal 2010 sono disponibili per la prima volta i dati nazionali sulla diffusione, non più unicamente dell'AIDS, ma anche delle nuove diagnosi di infezione da HIV: infatti, in seguito alla pubblicazione del D.M. del 31 marzo 2008, molte Regioni italiane hanno istituito un Sistema di sorveglianza su questa infezione. Se nel 1985 solo alcune Regioni e Province avevano attivato un sistema di sorveglianza, con una copertura geografica del 13,7%, nel 2012 tutte le regioni italiane hanno attivato un Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, raggiungendo una copertura del Sistema di sorveglianza del 100%.

Nel periodo 1985-2012 sono state segnalate al COA 56.952 nuove diagnosi di infezione da HIV, di queste il 72,2% sono relative a maschi e il 21,6% a persone nate all'estero. L'età mediana alla diagnosi di HIV, calcolata solo tra gli adulti (≥ 15 anni) è di 35 anni (range interquartile IQR: 28-43 anni) per i maschi e di 31 anni (IQR: 26-38 anni) per le femmine.

Figura 4 – Incidenza annuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per sesso, anno di diagnosi e percentuale di copertura del sistema di sorveglianza. 1985-2012.

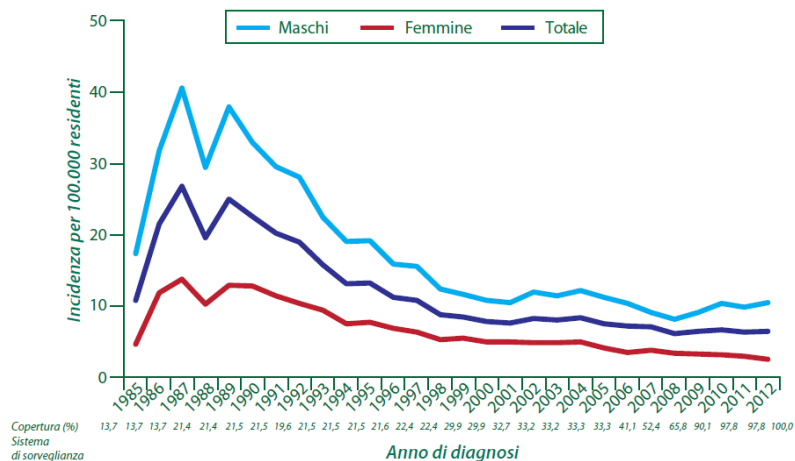
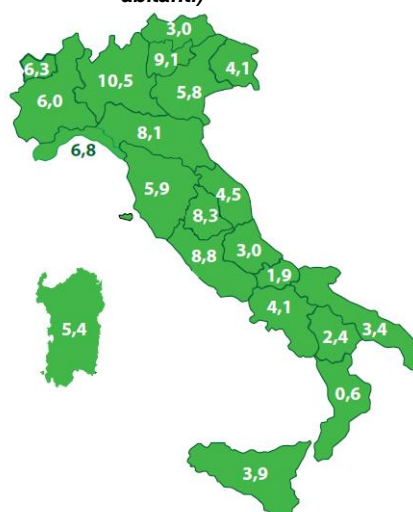


Figura 5 – Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per regione di residenza, 2012. (per 100.000 abitanti)



Fonte: COA – Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2012

Focalizzando l'attenzione in particolare agli anni 2011 e 2012, sono state segnalate rispettivamente 3.752 e 3.853 nuove diagnosi di infezione da HIV, pari a un'incidenza di 5,8 per 100.000 abitanti nel 2011 e 6,5 nel 2012⁴. L'andamento dell'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV osservata nel periodo 1985-2012 (figura 4) 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 simile, evidenziano nei maschi un leggero aumento a partire dal 2008. Da sottolineare come la notevole differenza tra i tassi riscontrati nei maschi e nelle femmine osservata ad inizio periodo tenda a ridursi lentamente nel tempo. Confrontando i tassi di incidenza tra regioni, calcolati sui casi residenti in ciascuna regione, si nota come l'incidenza più bassa sia stata osservata in Calabria (0,6 casi per 100.000 abitanti), quella più alta in Lombardia (10,5) (figura 5).

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 2012 ha raggiunto i 38 anni nei maschi e 36 nelle femmine. Si osserva anche un netto cambiamento nelle modalità di trasmissione: la proporzione di IDU è diminuita dal 76,2% nel 1985 a 5,3% nel 2012, mentre nello stesso periodo sono aumentati i casi attribuibili a contatto sessuale (etero-sessuale e omosessuale) dall'8,0% al 80,6%. Per una parte delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV, pari a 11,8% nel 2012, non è stato possibile stabilire la modalità di trasmissione.

⁴ Incidenza calcolata sulla base della popolazione ISTAT.

3. Epidemiologia dell'infezione da HIV

3.1 Casi segnalati e residenza

Nel periodo 2006-2013 sono state notificate in Emilia-Romagna 3.473 nuove diagnosi di infezione da HIV, di cui 3.013 (86,8%) relative a cittadini residenti in regione. Tali numerosità determinano un'incidenza media annua pari a 8,7 casi per 100.000 abitanti se si limita l'osservazione ai soli cittadini residenti, mentre tale valore sale a 10,0 se si considerano tutte le segnalazioni (tabella 2). Nell'ultimo anno l'incidenza tra i residenti è pari a 6,7, in forte calo rispetto ai valori degli anni precedenti, dato che potrebbe però risentire del ritardo di notifica.

Tabella 2 – Casi segnalati residenti e non residenti con nuova diagnosi di HIV. Emilia-Romagna, 2006-2013.
(valori assoluti, percentuali e incidenza per 100.000 abitanti)

		Anno di diagnosi								
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2006-2013*
Residenti	N. casi	368	386	426	418	389	361	365	300	3.013
	%	90,2	88,5	88,8	85,1	87,6	84,3	84,5	84,7	86,8
	<i>Incid.</i>	8,8	9,1	10,0	9,6	8,8	8,1	8,2	6,7	8,7
Non residenti	N. casi	40	50	54	73	55	67	67	54	460
	%	9,8	11,5	11,2	14,9	12,4	15,7	15,5	15,3	13,2
Totale segnalati	N. casi	408	436	480	491	444	428	432	354	3.473
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* L'incidenza media annuale è calcolata sulla popolazione media del periodo 2006-2013.

Casi segnalati per Azienda USL di notifica

In tabella 3 è riportata la distribuzione dei casi segnalati distinti per Azienda USL di notifica e per luogo di residenza. Si evidenzia una forte corrispondenza tra il luogo di residenza e quello di notifica: circa l'80% dei casi è stato segnalato infatti dalla propria Azienda USL di residenza. Da notare inoltre come alcune Aziende USL esercitino un'attrazione nei confronti dei casi residenti nelle aree limitrofe: questo dato evidenzia come le Unità operative di malattie infettive della regione svolgano un ruolo assistenziale importante anche per utenti provenienti da altre regioni. I casi non residenti in Emilia-Romagna (altre province italiane ed estero) vengono notificati prevalentemente dalle Aziende di Rimini, Bologna, Modena e Ravenna.

Tabella 3 – Casi con nuova diagnosi di HIV per Azienda USL di notifica e residenza. Emilia-Romagna, 2006-2013.
(valori assoluti)

Azienda USL di notifica	Residenza												Totale
	Provincia									Altre province italiane	Estero	Non noto	
	PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FC	RN				
Piacenza	154	2	-	-	-	-	-	1	-	20	7	-	184
Parma	6	357	14	-	1	-	-	-	1	21	6	1	407
Reggio Emilia	-	7	312	13	1	-	-	1	-	7	-	1	342
Modena	3	-	21	401	22	5	-	3	2	37	30	-	524
Bologna	1	1	1	10	536	18	9	4	-	80	27	3	690
Imola	-	-	-	-	53	-	4	-	-	4	1	-	62
Ferrara	-	-	-	3	4	178	2	-	1	15	4	3	210
Ravenna	-	-	-	2	14	1	257	11	3	13	25	5	331
Forlì	-	-	-	-	6	1	12	149	2	12	9	-	191
Cesena	-	-	-	-	-	1	6	101	5	8	4	-	125
Rimini	-	1	-	-	3	-	7	7	272	49	66	2	407
Regione Emilia-Romagna	164	368	348	429	640	204	297	277	286	266	179	15	3.473

Casi segnalati non residenti

Distinguendo le segnalazioni per regione di residenza, è possibile individuare una quota consistente di casi segnalati che non risiedono in Emilia-Romagna, proporzione che nell'intero periodo si attesta al 13,2% del totale delle notifiche pervenute, pari a 460 segnalazioni. Concentrando l'osservazione su questo specifico gruppo di casi "importati", al fine di comprenderne le caratteristiche salienti, si osserva che il 70,7% dei casi è di sesso maschile e che l'89,3% dei soggetti ha un'età compresa tra i 20 e i 49 anni (nello specifico il 32,0% nella classe 20-29 e il 37,2% nella classe 30-39 anni). Il 49,6% dei casi non residenti è nato all'estero, originario in 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 Lombardia (15,5%), la Puglia (12,1%), la Sicilia (11,6%) e le Marche (10,3%).

Casi segnalati residenti

Un quadro generale del fenomeno nei casi residenti in Emilia-Romagna è invece sintetizzato in tabella 4, dove è riportata la distribuzione dei casi e le relative incidenze per le principali caratteristiche socio-demografiche, quali sesso, età e Paese di nascita. Le caratteristiche prevalenti della persona intesa come caso sieropositivo sono: essere maschio (72,7%), di età compresa tra i 30 e i 39 anni (33,5%) e di nazionalità italiana (70,9%).

Tabella 4 – Casi con nuova diagnosi di HIV per sesso, classe d'età e Paese di nascita. Emilia-Romagna, 2006-2013.
(valori assoluti, percentuali e incidenza per 100.000 abitanti residenti)

		Anno di diagnosi									
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2006-2013*	
Maschi	N. casi	259	276	312	303	279	270	266	225	2.190	
	%	70,4	71,5	73,2	72,5	71,7	74,8	72,9	75,0	72,7	
	Incid.	12,7	13,4	15,0	14,4	13,1	12,6	12,3	10,4	13,0	
Femmine	N. casi	109	110	114	115	110	91	99	75	823	
	%	29,6	28,5	26,8	27,5	28,3	25,2	27,1	25,0	27,3	
	Incid.	5,1	5,1	5,2	5,2	4,9	4,0	4,3	3,3	4,6	
<20	N. casi	7	4	3	6	3	2	2	2	29	
	%	1,9	1,0	0,7	1,4	0,8	0,6	0,5	0,7	1,0	
	Incid.	1,0	0,6	0,4	0,8	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5	
20-29	N. casi	74	83	76	78	66	53	64	64	558	
	%	20,1	21,5	17,8	18,7	17,0	14,7	17,5	21,3	18,5	
	Incid.	17,1	19,7	18,2	18,6	15,8	12,6	15,3	15,4	16,6	
30-39	N. casi	136	139	147	152	125	112	124	75	1.010	
	%	37,0	36,0	34,5	36,4	32,1	31,0	34,0	25,0	33,5	
	Incid.	19,6	20,1	21,2	22,0	18,3	16,7	19,0	11,9	18,7	
40-49	N. casi	93	96	122	110	124	109	98	95	847	
	%	25,3	24,9	28,6	26,3	31,9	30,2	26,8	31,7	28,1	
	Incid.	14,5	14,6	18,1	15,8	17,3	15,0	13,3	12,7	15,1	
50 e +	N. casi	58	64	78	72	71	85	77	64	569	
	%	15,8	16,6	18,3	17,2	18,3	23,5	21,1	21,3	18,9	
	Incid.	3,3	3,6	4,4	4,0	3,9	4,6	4,1	3,4	3,9	
Italiani	N. casi	248	279	320	291	268	268	244	219	2.137	
	%	67,4	72,3	75,1	69,6	68,9	74,2	66,8	73,0	70,9	
	Incid.	6,4	7,1	8,2	7,4	6,8	6,8	6,2	5,6	6,8	
Stranieri	N. casi	120	107	106	127	121	93	121	81	876	
	%	32,6	27,7	24,9	30,4	31,1	25,8	33,2	27,0	29,1	
	Incid.	41,5	33,6	29,0	30,1	26,1	18,6	22,8	14,8	25,5	
Tot. residenti	N. casi	368	386	426	418	389	361	365	300	3.013	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
	Incid.	8,8	9,1	10,0	9,6	8,8	8,1	8,2	6,7	8,7	

* L'incidenza media annuale è calcolata sulla popolazione media del periodo 2006-2013.

Si precisa che nelle parti successive del report, a meno di esplicite specificazioni, tutte le analisi sono riferite ai soli cittadini residenti in Emilia-Romagna e riguardano unicamente le 3.013 persone residenti e segnalate dai reparti di Malattie Infettive della Regione Emilia-Romagna.

3.2 Caratteristiche socio-demografiche

Sesso ed età

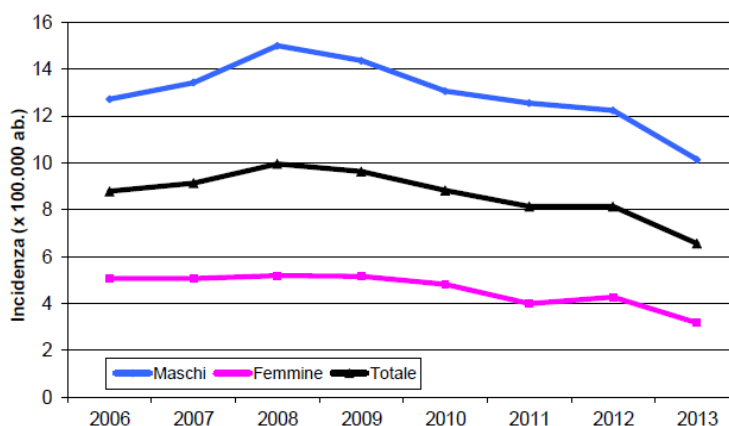
La distribuzione per sesso ed età dei casi, relativa a tutto il periodo considerato, è riportata in tabella 5. La fascia di età più rappresentata è quella compresa tra i 30 e i 49 anni (61,6% dei casi) e tale proporzione è imputabile principalmente alla quota rilevante di maschi appartenenti a questa specifica classe di età. Come già anticipato precedentemente, i maschi rappresentano il 72,7% dei casi totali, determinando un rapporto complessivo maschi/femmine pari a 2,8:1.

Tabella 5 – Casi con nuova diagnosi di HIV per sesso e classe d'età. Emilia-Romagna, 2006-2013.
(valori assoluti, percentuali e incidenza media per 100.000 abitanti)

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	N	%	Inc.	N	%	Inc.	N	%	Inc.
< 20	14	0,6	0,5	15	1,8	0,5	29	1,0	0,5
20-29	343	15,7	20,1	215	26,1	13,0	558	18,5	16,6
30-39	714	32,6	26,0	296	36,0	11,2	1.010	33,5	18,7
40-49	669	30,5	23,6	178	21,6	6,4	847	28,1	15,1
50 e più	450	20,5	6,9	119	14,5	1,5	569	18,9	3,9
Totale	2.190	100,0	13,0	823	100,0	4,6	3.013	100,0	8,7

L'incidenza media annua osservata sull'intero periodo 2006-2013, e calcolata in modo distinto tra maschi e femmine, è pari rispettivamente a 13,0 e 4,6 casi per 100.000 abitanti. L'andamento registrato mostra un calo negli anni e l'incidenza per sesso mostra come gli uomini abbiano sempre un valore più elevato rispetto alle donne (figura 6).

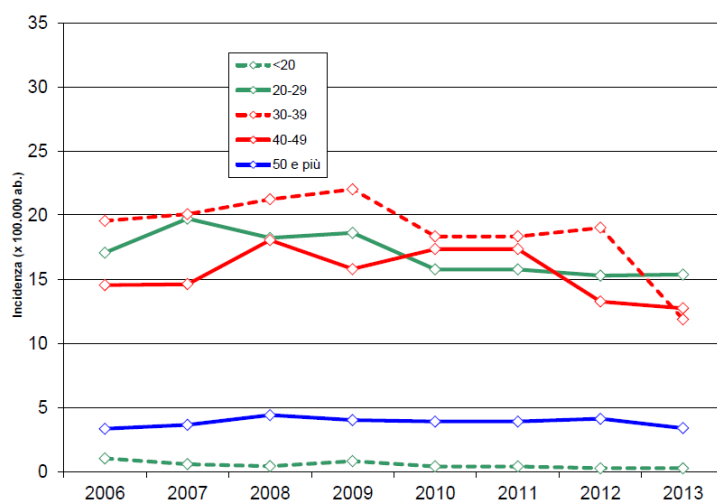
Figura 6 – Incidenza per sesso. Emilia-Romagna, 2006-2013. (per 100.000 abitanti)



L'età media delle persone al momento della diagnosi di infezione HIV è pari a 39,8 anni e appare in leggero incremento nel corso del periodo osservato, passando da 38,4 anni (2006) a 40,5 anni (2013). L'età mediana, indicatore che non risente del peso di osservazioni estreme, cresce rispettivamente da 37 a 41 anni.

La rappresentazione dell'incidenza per classi età, distinta per anno di diagnosi, illustra come il fenomeno sia appena rilevabile per i giovanissimi con meno di 20 anni e al di sotto dei 5 casi ogni 100.000 abitanti per gli ultra cinquantenni. Per le persone di età compresa tra i 20 e 49 anni i casi incidenti hanno un andamento pressoché stabile negli anni, con un decremento registrato nel 2013 per coloro che hanno tra i 30 e i 39 anni (figura 7).

Figura 7 – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV , per fasce d'età e anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013.
(per 100.000 abitanti)



Se si approfondisce ulteriormente e si osservano gli andamenti dei tassi specifici per età, ma distinti per sesso, si nota come tra le donne, che scoprono in età più giovane degli uomini l'infezione da HIV, le incidenze aumentino nel 2013 per la fascia di età 20-29 (figure 8 e 9).

Figura 8 – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV nei maschi, per fasce d'età e anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013.
(per 100.000 abitanti)

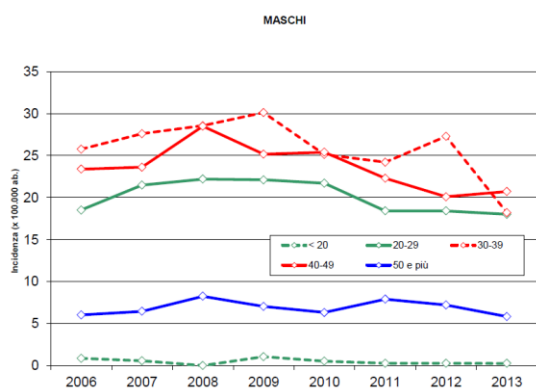
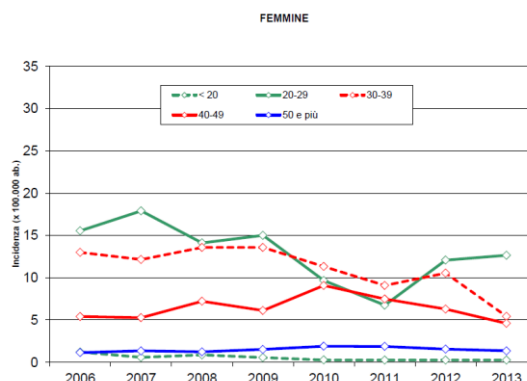


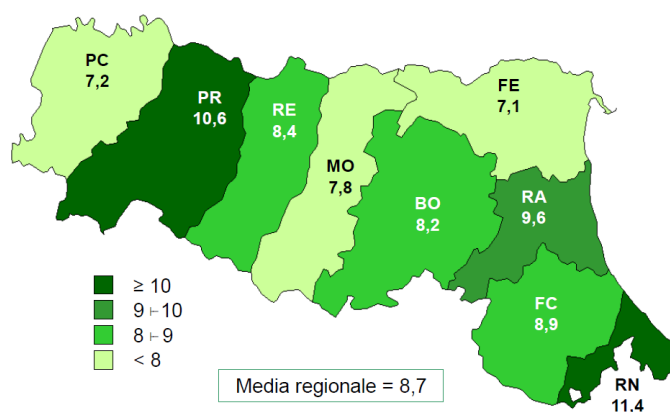
Figura 9 – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV nelle femmine, per fasce d'età e anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013.
(per 100.000 abitanti)



Distribuzione geografica

Per una valutazione della diffusione dell'infezione da un punto di vista spaziale, è stata analizzata l'incidenza media nel periodo 2006-2013 per provincia di residenza (figura 10). Dal confronto tra le diverse realtà territoriali emerge che le province di Rimini (11,4 casi per 100.000 abitanti), Parma (10,6) e Ravenna (9,6) riportano incidenze più alte, mentre le province nelle quali il fenomeno è meno diffuso sono quelle di Ferrara (7,1 casi per 100.000 abitanti) e Piacenza (7,2).

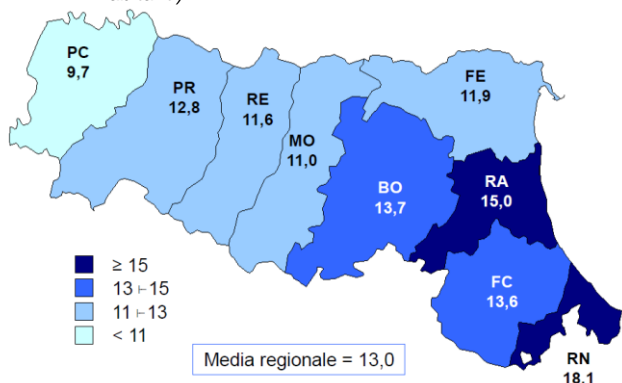
Figura 10 – Incidenza media delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2013. (per 100.000 abitanti)



* L'incidenza media annuale è calcolata sulla popolazione media del periodo 2006-2013.

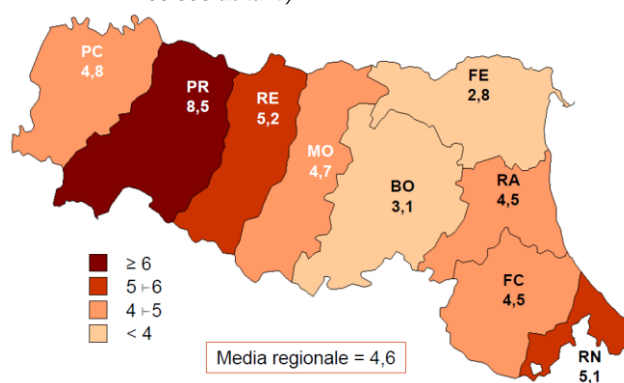
L'analisi per genere (figura 11 e 12) evidenzia che le incidenze medie annuali con valori più elevati nei maschi si riscontrano soprattutto nelle province della Romagna, con Rimini che presenta un tasso medio annuo notevolmente superiore alla media regionale (18,1 casi per 100.000 abitanti). Per quanto riguarda le femmine, che si ricorda hanno un'incidenza di 2-3 volte inferiore a quella dei maschi, la provincia con valori più alti risulta essere Parma (8,5).

Figura 11 – Incidenza media delle nuove diagnosi di infezione da HIV nei maschi, per provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006 - 2013. (per 100.000 abitanti)



* L'incidenza media annuale è calcolata sulla popolazione media del periodo 2006-2013.

Figura 12 – Incidenza media delle nuove diagnosi di infezione da HIV nelle femmine, per provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006 - 2013. (per 100.000 abitanti)



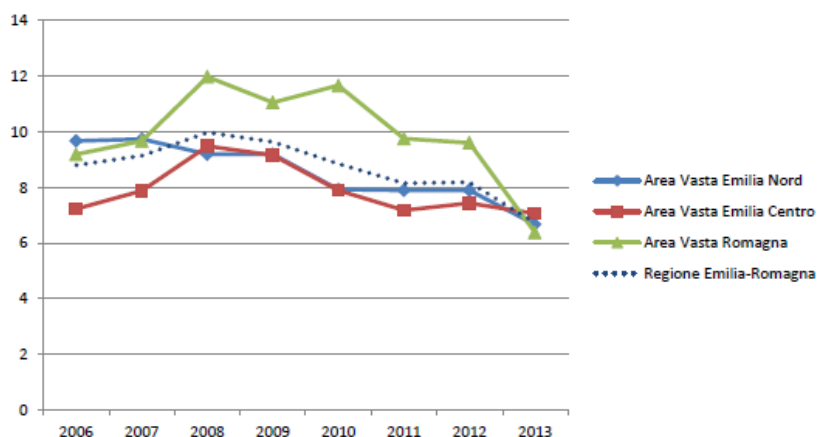
In tabella 6 è rappresentata la distribuzione annuale dei casi e dell'incidenza per provincia di residenza, mentre in figura 13 l'andamento è rappresentato per Area Vasta⁵ di residenza. Si può notare come l'Area Vasta Romagna mantenga incidenze sempre al di sopra di quelle regionali in tutto il periodo in esame tranne per l'anno 2013. I grafici successivi (figura 13a, 13b e 13c) raffigurano i trend di incidenza per provincia di residenza, confrontati con quello regionale e con quello dell'Area Vasta di appartenenza.

Tabella 6 - Casi con nuova diagnosi di HIV e incidenza, distinti per anno di diagnosi e provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori assoluti e incidenza per 100.000 abitanti)

Provincia di residenza		Anno di diagnosi								2006-2013*
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Piacenza	N. casi	21	21	19	20	20	22	24	17	164
	Incid.	7,6	7,5	6,7	7,0	6,9	7,6	8,2	5,8	7,2
Parma	N. casi	54	50	47	57	33	37	50	40	368
	Incid.	13,0	11,9	11,0	13,2	7,5	8,4	11,2	8,9	10,6
Reggio Emilia	N. casi	41	55	55	44	44	40	36	33	348
	Incid.	8,3	11,0	10,8	8,5	8,4	7,5	6,7	6,2	8,4
Modena	N. casi	63	56	53	56	57	56	46	42	429
	Incid.	9,5	8,4	7,8	8,1	8,2	8,0	6,5	5,9	7,8
Bologna	N. casi	66	75	92	94	86	76	79	72	640
	Incid.	7,0	7,9	9,5	9,6	8,7	7,7	7,9	7,2	8,2
Ferrara	N. casi	28	28	33	28	20	21	22	24	204
	Incid.	8,0	7,9	9,3	7,8	5,6	5,8	6,1	6,7	7,1
Ravenna	N. casi	33	38	43	32	40	45	44	22	297
	Incid.	8,9	10,2	11,3	8,3	10,3	11,5	11,2	5,6	9,6
Forlì-Cesena	N. casi	29	32	44	43	40	29	33	27	277
	Incid.	7,7	8,5	11,5	11,1	10,2	7,3	8,3	6,8	8,9
Rimini	N. casi	33	31	40	44	49	35	31	23	286
	Incid.	11,4	10,5	13,4	14,5	15,1	10,6	9,3	6,9	11,4
Regione Emilia-Romagna	N. casi	368	386	426	418	389	361	365	300	3.013
	Incid. media annua	8,8	9,1	10,0	9,6	8,8	8,1	8,2	6,7	8,7

* L'incidenza media annuale è calcolata sulla popolazione media del periodo 2006-2013.

Figura 13 – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV distinto per residenza in Area Vasta, per anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013. (per 100.000 abitanti)



⁵ Area Vasta Emilia Nord comprende le Aziende Sanitarie relative alle Province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena; Area Vasta Emilia Centro comprende le Aziende Sanitarie relative alle Province di Bologna e Ferrara; Area Vasta Romagna comprende le Aziende Sanitarie relative alle Province di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini.

Figura 13a – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV distinto per provincia di residenza, Area Vasta Nord di appartenenza e incidenza regionale, per anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013. (per 100.000 abitanti)

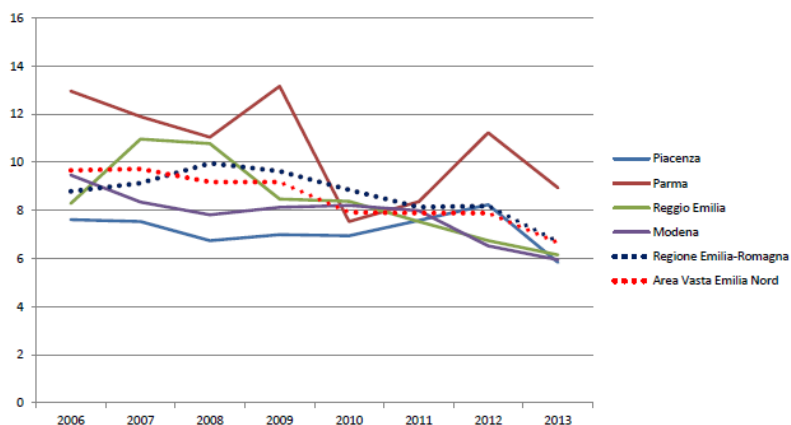


Figura 13b – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV distinto per provincia di residenza, Area Vasta Centro di appartenenza e incidenza regionale, per anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013. (per 100.000 abitanti)

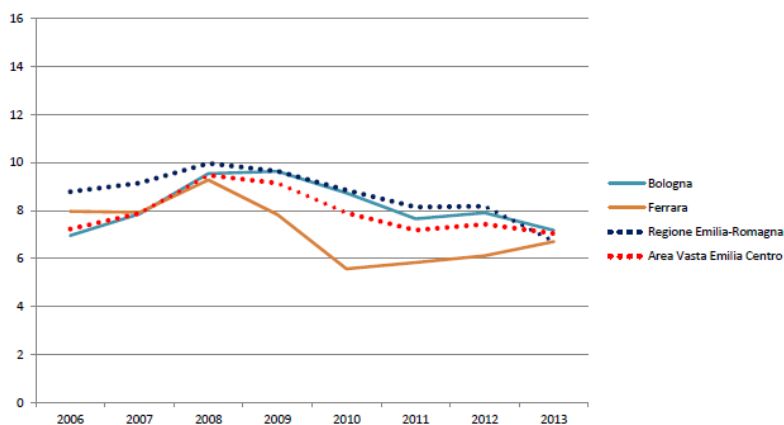
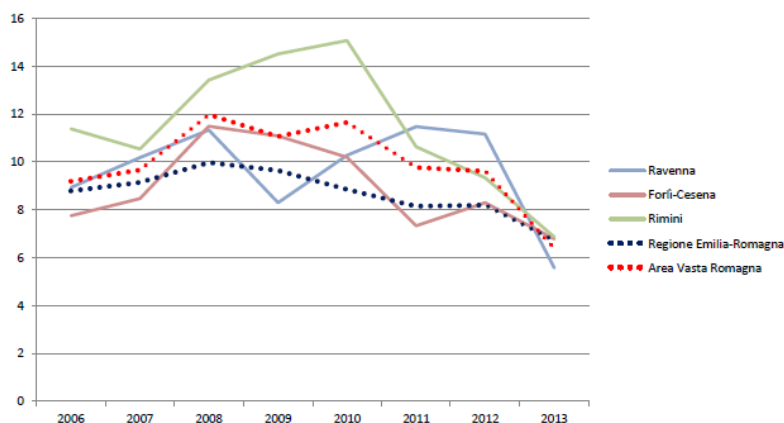


Figura 13c – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV distinto per provincia di residenza, Area Vasta Romagna di appartenenza e incidenza regionale, per anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013. (per 100.000 abitanti)



Paese di nascita

I più recenti approcci metodologici sugli immigrati, che distinguono i Paesi a seconda della loro appartenenza o meno ad aree economicamente sviluppate classificandoli rispettivamente in Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA⁶) e Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM⁷), non comportano grandi differenze nell'analisi dei dati: tra le nuove diagnosi di infezioni da HIV risulta infatti una bassissima percentuale di persone nate (0,9%) e cittadine (0,5%) in PSA (escludendo ovviamente l'Italia). Tale dato suggerisce che probabilmente esiste la tendenza, tra chi è originario di Paesi PSA, ad afferire al Servizio sanitario del proprio Paese. Per questo motivo si è scelto di mantenere la classificazione relativa al Paese di nascita che distingue semplicemente i nati all'estero, indicati come "stranieri", da coloro che sono nati in Italia, indicati come "italiani".

In Italia, la proporzione di stranieri osservata tra le nuove diagnosi di infezione da HIV è aumentata nel tempo: si è passati dall'11% nel 1992 al 32,9% nel 2006, per poi diminuire negli anni seguenti (nel 2012 tale proporzione è pari a 25,7%, dati COA).

Le informazioni rilevate dalla scheda di sorveglianza regionale mostrano come anche in Emilia-Romagna le persone residenti nate all'estero, a cui viene diagnosticata una infezione da HIV (29,1% del totale), siano sensibilmente più giovani rispetto ai residenti nati in Italia e prevalentemente di sesso femminile (53,3%). L'età mediana alla diagnosi è di 36 anni per i maschi stranieri contro i 41 degli italiani; nelle femmine la differenza si accentua maggiormente: 32 anni per le straniere contro i 41 anni delle donne italiane sieropositive.

Nelle figure 14 e 15 sono rappresentate le distribuzioni percentuali dei casi nati in Italia e all'estero, per sesso e classi di età. È evidente come tra le donne straniere la classe di età maggiormente rappresentata sia quella 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.

Figura 14 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra i residenti nati in Italia per sesso e classi di età. Emilia-Romagna, 2006-2013. (Valori percentuali)

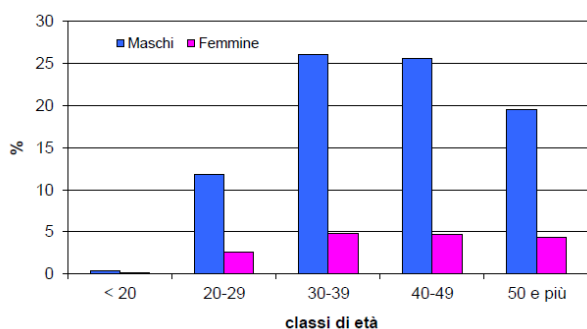
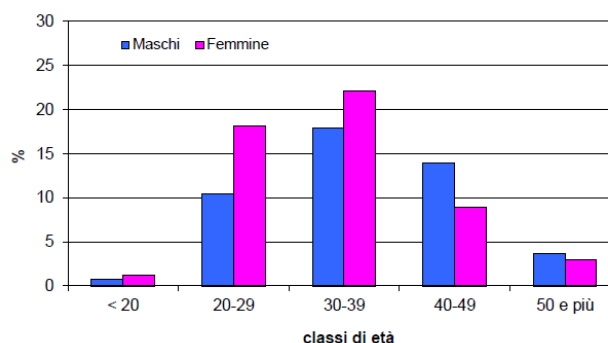


Figura 15 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra i residenti nati all'estero per sesso e classi di età. Emilia-Romagna, 2006-2013. (Valori percentuali)



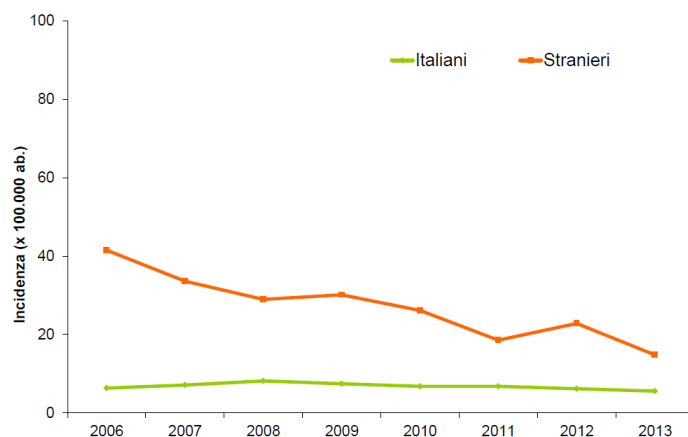
⁶ Paesi inclusi nella lista PSA: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Città del Vaticano, Corea del Sud, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, San Marino, Spagna, Stati Uniti d'America, Svezia, Svizzera.

⁷ Paesi inclusi nella lista PFPM: tutti gli altri Stati non inclusi nella lista PSA.

Va ricordato che in questi ultimi anni si è registrato un consistente incremento della popolazione immigrata, anche nella popolazione residente. Per l'intero periodo, l'incidenza relativa a questa parte di popolazione è pari a 25,5 casi per 100.000 abitanti, contro il 6,8 calcolato sui soli casi nati in Italia. Tali differenze vanno trattate 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.

In figura 16 è rappresentato l'andamento dell'incidenza distinto per Paese di nascita: negli stranieri rimane sempre più elevata anche se si evidenzia un andamento calante.

Figura 16 – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV distinto per Paese di nascita, per anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013. (per 100.000 abitanti)

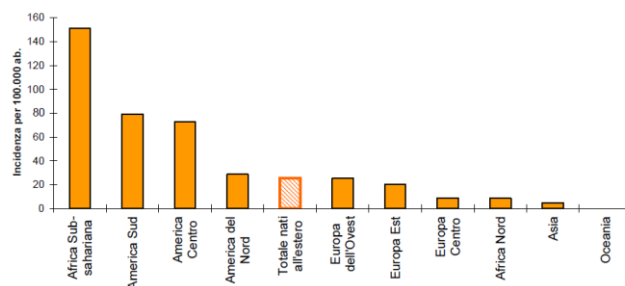


Più della metà dei casi nati all'estero proviene dall'Africa Sub-Sahariana (53,2%). Le altre aree maggiormente rappresentate sono l'Europa Centrale (11,8%), l'America del Sud (10,4%), l'Europa dell'Est (8,7%) e l'Africa del Nord (7,0%). Anche in questo caso la distinzione per genere mostra andamenti differenti: la distribuzione per area di provenienza degli uomini risulta simile a quella totale e le aree maggiormente rappresentate sono l'Africa Sub-Sahariana, l'America del Sud e l'Europa Centro; per quanto riguarda le donne, invece, dopo l'Africa Sub-Sahariana (61,7%), le aree più rappresentate sono l'Europa dell'Est (11,6%) e l'Europa Centro (10,9%) (tabella 7). In figura 17 è illustrata l'incidenza specifica per Paese di nascita; sebbene si tratti di una forzatura metodologica, in quanto il denominatore disponibile è riferito alla cittadinanza e non al Paese di nascita, quest'analisi ha l'obiettivo di confrontare la diversa misura del rischio in relazione al Paese di nascita. Questo permette di evitare di considerare ogni nato all'estero come appartenente ad un'unica popolazione e di valutare le aree geografiche con un rischio di infezione aumentato, al fine anche di mettere in campo azioni di prevenzione mirate, specifiche e quindi più efficaci.

Tabella 7 – Casi con nuova diagnosi di HIV per sesso e area geografica di provenienza. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori assoluti e percentuali)

Area geografica di provenienza	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Africa Sub-sahariana	178	43,5	288	61,7	466	53,2
Europa Centro	52	12,7	51	10,9	103	11,8
America Sud	70	17,1	21	4,5	91	10,4
Europa Est	22	5,4	54	11,6	76	8,7
Africa Nord	40	9,8	21	4,5	61	7,0
Asia	15	3,7	13	2,8	28	3,2
America Centro	14	3,4	11	2,4	25	2,9
Europa dell'Ovest	16	3,9	8	1,7	24	2,7
America del Nord	2	0,5	0	0,0	2	0,2
Totale	409	100,0	467	100,0	876	100,0

Figura 17 – Incidenza media per area geografica di provenienza. Emilia-Romagna, 2006-2013. (per 100.000 abitanti)



Anche per quanto riguarda gli stranieri, la proporzione di nuove diagnosi di infezione da HIV appare eterogenea sul territorio: le province con percentuali più alte di casi nati all'estero sono Parma (49,5%), Piacenza (40,9%), Reggio Emilia (40,2%) e Modena (34,7%), tutte province appartenenti all'Emilia, area caratterizzata da una maggiore presenza di stranieri nella popolazione residente (tabella 8).

Tabella 8 – Casi di nuove diagnosi di infezione da HIV, per Paese di nascita e provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori assoluti e percentuali)

Provincia di residenza	Stranieri		Italiani		Totali	
	N. casi	%	N. casi	%	N. casi	%
Piacenza	67	40,9	97	59,1	164	100,0
Parma	182	49,5	186	50,5	368	100,0
Reggio Emilia	140	40,2	208	59,8	348	100,0
Modena	149	34,7	280	65,3	429	100,0
Bologna	131	20,5	509	79,5	640	100,0
Ferrara	28	13,7	176	86,3	204	100,0
Ravenna	70	23,6	227	76,4	297	100,0
Forlì-Cesena	62	22,4	215	77,6	277	100,0
Rimini	47	16,4	239	83,6	286	100,0
Regione Emilia-Romagna	876	29,1	2.137	70,9	3.013	100,0

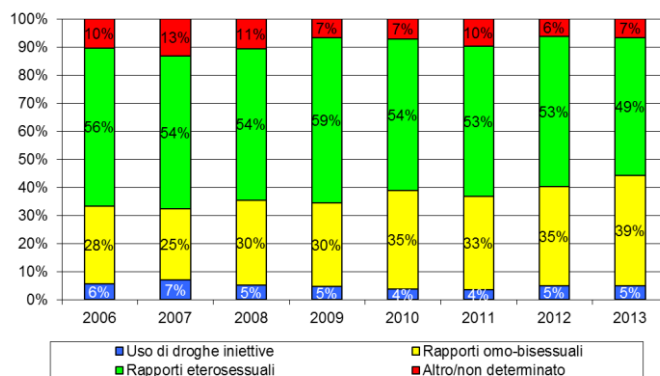
3.3 Modalità di trasmissione

La rilevazione della modalità di trasmissione dell'infezione, riferita dal paziente al momento della diagnosi, riveste molta importanza per ottimizzare gli interventi di prevenzione e agire con azioni specifiche 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 76,2% registrato nel 1985, fino ad un valore pari al 5,3% nel 2012⁸. In Emilia-Romagna, negli otto anni di osservazione, tale percentuale non è mai superiore al 7%. D'altro canto, la proporzione dei casi attribuibili a trasmissione sessuale è invece aumentata: si è passati dall'84% nel 2006 all'88% nel 2013 (figura 18). 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 il 7%, mentre a livello nazionale questa percentuale raggiunge il doppio del valore. In tale categoria ricadono i casi con rischio non determinato (6,1%) e coloro che si sono infettati per via verticale (4 bambini nati all'estero e 3 italiani) e per via trasfusionale (8 casi). Tra questi ultimi, 5 casi hanno riferito una trasfusione effettuata all'estero, mentre per 3 casi mancano informazioni precise riferite alla trasfusione. Si rammenta che queste informazioni sono autoriferite dal paziente e quindi mancanti di certificazioni a supporto.

Figura 18 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione e anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013.



Anche la modalità di trasmissione risente dell'effetto del Paese di nascita: nei residenti nati all'estero 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 (76,1%) di persone che si sono infettate attraverso rapporti eterosessuali (tabella 9).

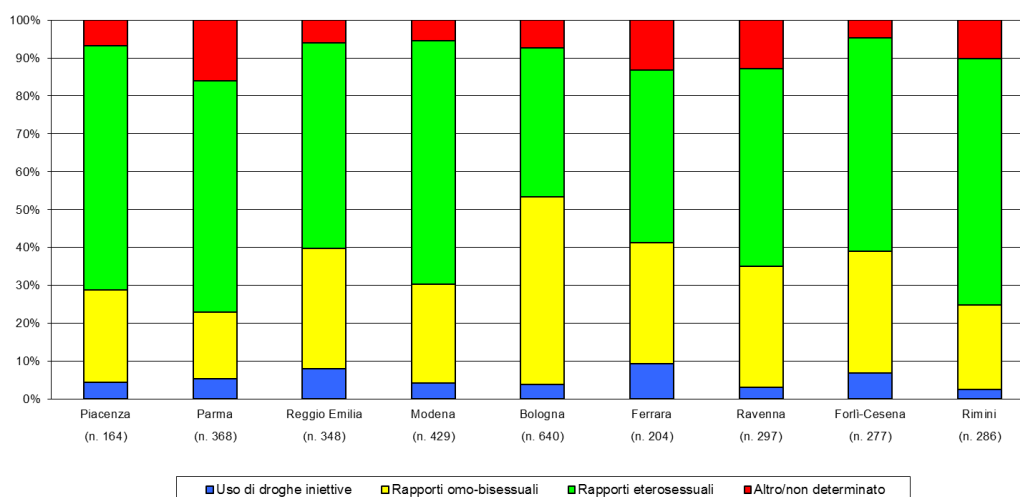
⁸ Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2012, COA, Istituto Superiore di Sanità, 2013.

Tabella 9 – Nuove diagnosi di infezione da HIV, per modalità di trasmissione e Paese di nascita. Emilia-Romagna, 2006-2013.
(valori assoluti e percentuali)

Modalità di trasmissione	Stranieri		Italiani		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Rapporti eterosessuali	667	76,1	971	45,4	1.638	54,4
Rapporti omo-bisessuali	117	13,4	839	39,3	956	31,7
Uso di droghe iniettive	21	2,4	130	6,1	151	5,0
Trasfusione	4	0,5	4	0,2	8	0,3
Verticale	4	0,5	3	0,1	7	0,2
Altro	21	2,4	48	2,2	69	2,3
Rischio non determinato	42	4,8	142	6,6	184	6,1
Totale	876	100,0	2.137	100,0	3.013	100,0

La stessa tendenza, rilevata a livello regionale, si osserva anche a livello di provincia di residenza, dove insiste una forte preponderanza di trasmissione sessuale, soprattutto di tipo eterosessuale. Un'eccezione è rappresentata dalla provincia di Bologna, area a carattere metropolitano, che presenta dati in controtendenza: in questa realtà è maggiore la quota di persone che si sono infettate attraverso rapporti omo-bisessuali (49,5% di tutti i casi notificati nell'intera provincia) e che rappresentano la prima modalità di trasmissione nell'area bolognese (figura 19).

Figura 19 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione e provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori percentuali)



Se si approfondisce il confronto tra province nel corso del tempo, non si osservano andamenti consolidati, in quanto esiste una forte variabilità sia di anno in anno, sia tra le diverse realtà geografiche.

3.4 Motivo di esecuzione del test

La Regione Emilia-Romagna promuove da anni l'esecuzione del test HIV come una misura di prevenzione, seppur non primaria, assicurandone la gratuità del test sempre e in tutto il territorio regionale, e il rispetto dell'anonimato se la prenotazione avviene mediante i canali predisposti⁹.

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 48,2% 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 (23,8%) il test è stato eseguito per percezione del rischio, ossia la persona aveva la consapevolezza di essersi esposto all'infezione a causa di una situazione o di un comportamento a rischio. Nel 6,3% 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 (7 casi pari allo 0,2%), la diagnosi è stata definita in seguito all'identificazione di uno stato di sieropositività HIV nella mamma o nel bambino.

In tabella 10 sono riportate inoltre le motivazioni di esecuzione del test nell'intero periodo 2006-2013, distinte per Paese di nascita e sesso: analizzando per sesso, per la maggior parte dei maschi prevale come motivo di esecuzione del test il sospetto di patologia HIV correlata o MST (51,6%) e la percezione del rischio (27,5%); nelle femmine, oltre a queste due motivazioni (rispettivamente pari al 39,4% e 14,0%), si aggiunge una quota importante di donne che hanno scoperto di essere sieropositive in occasione di controlli per gravidanza (20,0%). 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 6,0%, e la diagnosi di sieropositività nel partner (7,2%). 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 è integrata nei risultati.

Se si osservano poi i dati per Paese di nascita, gli aspetti salienti che emergono tra i nati all'estero sono la più bassa percezione del rischio (16,0% rispetto a 27,0% tra i nati in Italia) e un minore sospetto di patologia HIV-correlata o MST (43,4% rispetto a 50,2% degli italiani). Tra gli stranieri di sesso maschile è più alta la proporzione delle persone che effettuano il test durante un controllo in gravidanza della propria partner rispetto agli italiani (4,2 contro 0,4). Tra le femmine straniere, invece, una quota considerevole di casi ha effettuato il test durante i controlli per gravidanza (28,7% contro l'8,7% delle italiane), il 7,9% a seguito dell'offerta del test da parte dei Servizi.

È rilevante la proporzione di donne italiane che ha eseguito il test perché coscienti di avere un partner sieropositivo (10,1%) contro il 3,1% dei maschi italiani.

Da notare, infine, come un'elevata quota di donne italiane sieropositive (19,9%) abbia effettuato il test per percezione del rischio, percentuale che si attesta al 9,4% tra le donne straniere.

⁹ Informazioni reperibili al numero verde AIDS 800 856080 e su www.helpaids.it.

Tabella 10 – Motivazioni dell'esecuzione del test HIV per Paese di nascita e sesso. Emilia-Romagna, 2006-2013. (Valori percentuali)

Motivo di esecuzione del test	Stranieri			Italiani			Totale		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Sospetta patologia HIV correlata o MST	49,9	37,7	43,4	51,9	41,6	50,2	51,6	39,4	48,2
Per percezione del rischio	23,5	9,4	16,0	28,4	19,9	27,0	27,5	14,0	23,8
Controllo in gravidanza	4,2	28,7	17,2	0,4	8,7	1,8	1,1	20,0	6,3
Test offerto da Servizi (consultori, Sert, etc)	5,9	7,9	7,0	3,8	3,4	3,7	4,2	6,0	4,7
Partner HIV+	4,9	4,9	4,9	3,1	10,1	4,3	3,4	7,2	4,4
Durante ricovero o prima di intervento chirurgico	2,2	2,6	2,4	2,6	2,8	2,7	2,6	2,7	2,6
Donazione sangue/organo/tessuto/sperma	1,2	0,6	0,9	2,4	3,9	2,7	2,2	2,1	2,2
Su indicazione del medico curante	2,4	1,5	1,9	1,2	1,4	1,2	1,4	1,5	1,4
Da campagna informativa	1,5	0,6	1,0	1,3	1,1	1,3	1,3	0,9	1,2
Screening, batteria di esami del sangue	0,7	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,5	0,4	0,4
Test eseguito per rischio biologico sul lavoro	0,0	0,6	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,5	0,3
Sieropositività della madre o del figlio	0,2	0,6	0,5	0,1	0,6	0,1	0,1	0,6	0,2
Contatto accidentale con sangue	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	0,3	0,2	0,2	0,2
Altro	0,5	0,6	0,6	0,3	0,6	0,3	0,3	0,6	0,4
Non noto	2,9	3,6	3,3	3,5	4,8	3,7	3,4	4,1	3,6
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 il 78,4% di coloro che hanno dichiarato di aver 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 più giovani: analizzando per fasce di età si evince come tra i 29 casi con età al di sotto dei 20 anni la motivazione preponderante sia per sospetta patologia, seguita dalla sieropositività della madre o del figlio. Nel gruppo di persone con età compresa tra i 20 e 29 anni, più numeroso del precedente, si evidenzia un pattern del tutto simile a quello rilevato considerando i dati complessivi.

La distribuzione dei dati sul motivo di esecuzione del test, distinti per provincia di residenza, non si discosta significativamente dal profilo regionale. Da rilevare come nelle province di Parma, Piacenza e Reggio Emilia ci sia una percentuale maggiore di infezioni riscontrate in un controllo in gravidanza. La provincia di Parma inoltre è anche quella che presenta meno casi per percezione del rischio, mentre, per la provincia di Bologna la percentuale risulta essere ben sopra il valore regionale (di 8 punti percentuali). Per la provincia di Modena si riscontra invece un'alta percentuale di persone per cui non è stato possibile rilevare il motivo dell'esecuzione del test.

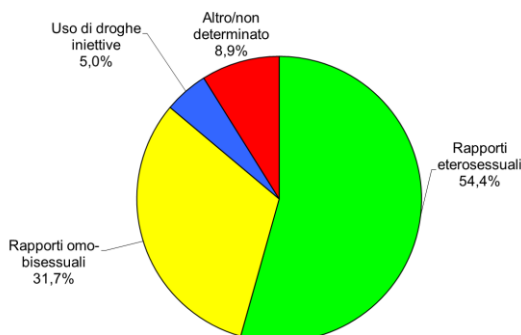
4. Comportamenti a rischio

Come è stato descritto nelle sezioni precedenti, l'infezione da HIV è attualmente una malattia prevalentemente a trasmissione sessuale (figura 20): 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 distinto per coloro che hanno avuto comportamenti a rischio:

- *persone che fanno uso di droghe per via endovenosa - IDU*
- *persone che hanno rapporti omo-bisessuali non protetti e MSM*
- *persone che hanno rapporti eterosessuali non protetti*

Inoltre un approfondimento specifico è stato riservato al sottogruppo delle *donne che scoprono la sieropositività in gravidanza*.

Figura 20 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori percentuali)



4.1 Persone che fanno uso di droghe per via endovenosa – IDU

In totale, su 3.013 segnalazioni, solo 151 (5,0%) 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 (85,4%), determinando un rapporto maschi/femmine (5,9:1) doppio rispetto a quanto rilevato sul totale dei casi.

Per quanto riguarda l'età alla diagnosi, il 76,2% si è infettato tra i 30 e i 49 anni, fenomeno rilevato soprattutto tra i maschi, mentre si registra un solo caso al di sotto dei 20 anni (figura 22). 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 sostanze stupefacenti assunte con modalità diverse da quella iniettiva endovena¹⁰.

¹⁰ Rapporto 2010 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna, Osservatorio regionale sulle dipendenze, 2011.

Figura 21 – Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra IDU, per sesso e anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013. (per 100.000 abitanti)

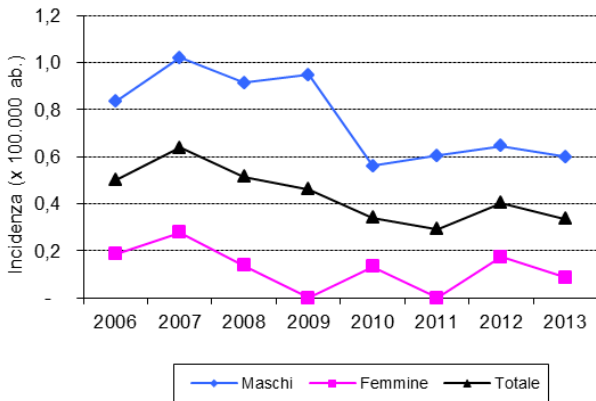
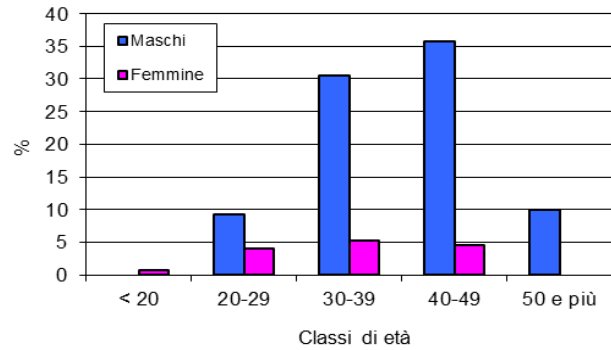


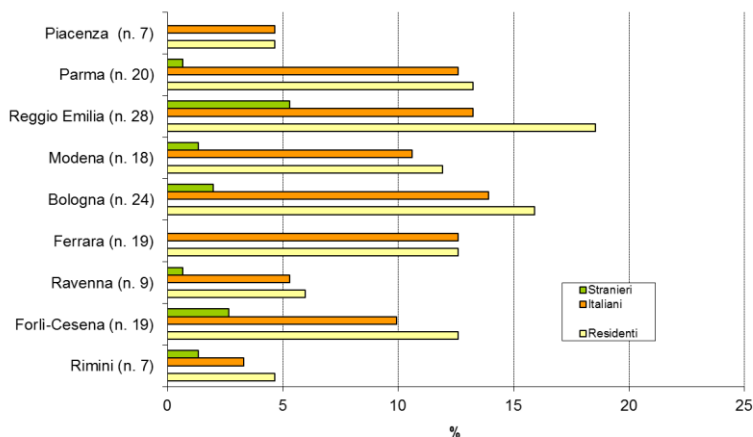
Figura 22 – Distribuzione per sesso ed età delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra IDU. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori percentuali)



Nel corso degli 8 anni di rilevazione, l'incidenza per gli IDU, calcolata sull'intera popolazione regionale, risulta in decremento. 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) (figura 21). Si sottolinea inoltre che questo è un gruppo costituito prevalentemente da italiani: tra i 151 casi IDU osservati, solo 21 sono residenti nati all'estero. Le aree di provenienza dei pazienti nati all'estero sono: Europa dell'Est (10 casi), Asia (3 casi), Africa del Nord, Europa Centro e Europa dell'Ovest (2 casi ciascuno) e Africa Sub-sahariana e America del Sud (1 caso ciascuno).

La provincia che presenta più IDU è Reggio Emilia, che ha segnalato il 18,5% dei casi notificati in regione e circa il 40% delle segnalazioni totali dei nati all'estero di questo gruppo (8 casi). Seguono Bologna con il 15,9% e Parma con 13,2% (figura 23).

Figura 23 – Distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra IDU, per Paese di nascita e provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori percentuali*)



* La barra gialla indica la percentuale provinciale sul totale regionale, le barre arancioni e verdi rappresentano la composizione di tale percentuale distinta per Paese di nascita.

Se si considera il motivo per cui le persone che fanno uso di droghe iniettive si sono sottoposte al test HIV, si osserva un dato interessante: il 39,7% 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.). Permane comunque una quota rilevante di persone che ha eseguito il test per sospetta patologia HIV correlata o per Malattie Sessualmente Trasmissibili (41,1%). Altra motivazione prevalente è la percezione del rischio (10,6%) (tabella 11).

Tabella 11 – Distribuzione delle motivazioni dell'esecuzione del test HIV tra IDU. Emilia-Romagna, 2006-2013.
(valori assoluti e percentuali)

Motivo di esecuzione del test	N	%
Sospetta patologia HIV correlata o MST	62	41,1
Test offerto da Servizi (consultori, Sert, etc)	60	39,7
Per percezione del rischio	16	10,6
Durante ricovero o prima di intervento chirurgico	5	3,3
Controllo in gravidanza	1	0,7
Partner HIV+	1	0,7
Su indicazione del medico curante	1	0,7
Screening, batteria di esami del sangue	1	0,7
Non noto	4	2,6
Totale	151	100,0

4.2 Persone che hanno rapporti omo-bisessuali non protetti e MSM

Le segnalazioni che riportano come modalità di trasmissione rapporti omo-bisessuali non protetti sono in totale 956, di cui nove 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 947 casi (43,2% su 2.190 uomini). L'incidenza, calcolata sulla sola popolazione maschile, rileva, pur con i limiti dovuti alla raccolta retrospettiva dei primi anni, un trend in leggero aumento che si mantiene comunque al di sotto dei 6,5 casi per 100.000 abitanti fino al 2010 e un leggero calo negli ultimi anni fino a raggiungere nel 2013 un'incidenza di 5,4 casi per 100.000 abitanti (figura 24).

Figura 24 – Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per MSM, per anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013. (per 100.000 abitanti)

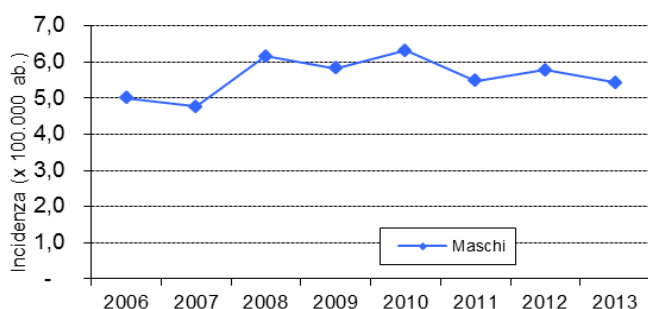
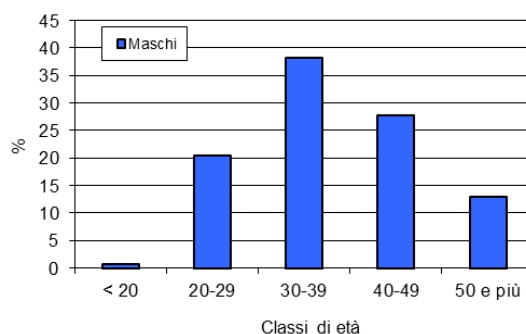


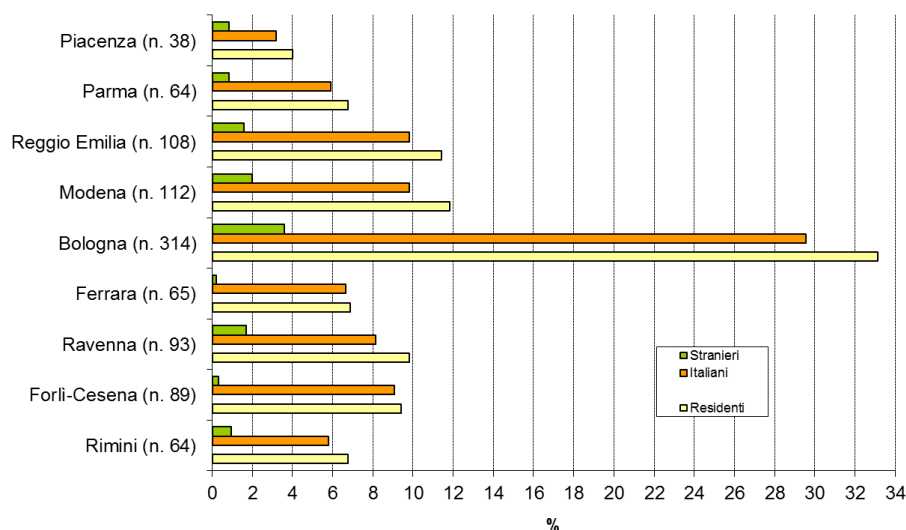
Figura 25 – Distribuzione per età delle nuove diagnosi di infezione da HIV per MSM. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori percentuali)



Quasi il 66% dei casi MSM scopre la propria sieropositività tra i 30 e i 49 anni (percentuale che raggiunge quasi l'81% se si considerano i casi dai 25 anni), mentre sono 6 le persone che hanno scoperto di essere sieropositive in giovanissima età, tra i 18 e i 19 anni (figura 25). L'andamento delle incidenze per classi di età negli MSM è pressoché sovrapponibile a quello osservato nei maschi in generale, a prescindere dalla modalità di trasmissione. L'unica differenza emersa è nella classe di età 50-54 anni, nella quale l'andamento dell'incidenza negli MSM risulta in aumento nell'ultimo anno, mentre quello relativo alla popolazione generale è in calo.

Le province che hanno una maggiore proporzione di nuove diagnosi da HIV tra gli MSM sono Bologna con 314 casi (33,2%), Modena, Reggio Emilia e Ravenna (figura 26). Tra i nati in Italia la quota di MSM (39,0%) risulta consistentemente più alta rispetto a quella registrata tra i nati all'estero (13,0%). Relativamente a quest'ultimo gruppo, le aree geografiche di provenienza più rappresentate sono l'America del Sud con il 51,8% dei casi, l'Europa Centrale (13,2%) e l'America Centro (9,6%).

Figura 26 – Nuove diagnosi di infezione da HIV per MSM, per Paese di nascita e provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori percentuali*)



* La barra gialla indica la percentuale provinciale sul totale regionale, le barre arancioni e verdi rappresentano la composizione di tale percentuale distinta per Paese di nascita.

Quasi la metà dei soggetti ha eseguito il test in relazione al sospetto di una patologia HIV correlata o MST (46,1%); un'altra quota rilevante per percezione del rischio (41,6%) (tabella 12). Quest'ultimo valore 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: hanno effettuato almeno 2 test il 37,8% degli MSM, contro il 13,9% di coloro che si sono infettati tramite rapporti eterosessuali.

Tabella 12 – Distribuzione di frequenza delle motivazioni dell'esecuzione del test HIV per MSM. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori assoluti e percentuali)

Motivo di esecuzione del test	N	%
Sospetta patologia HIV correlata o MST	437	46,1
Per percezione del rischio	394	41,6
Partner HIV+	20	2,1
Donazione sangue/organo/tessuto/sperma	20	2,1
Durante ricovero o prima di intervento chirurgico	14	1,5
Su indicazione del medico curante	10	1,1
Da campagna informativa	9	1,0
Test offerto da Servizi (consultori, Sert, etc)	7	0,7
Contatto accidentale con sangue	2	0,2
Test eseguito per rischio biologico sul lavoro	2	0,2
Screening, batteria di esami del sangue	1	0,1
Altro	1	0,1
Non noto	30	3,2
Totale	947	100,0

4.3 Persone che hanno rapporti eterosessuali non protetti

Il 54,4% dei casi osservati dichiara di essersi infettato attraverso rapporti eterosessuali non protetti. Di questi 1.638 soggetti, il 56,6% è di sesso maschile. Da notare come per questo gruppo di persone le differenze di rischio per genere sono minime: il rapporto maschi/femmine è 1,3:1 assai minore di quello registrato nella totalità dei casi (2,7:1). Il trend dell'incidenza, calcolata sull'intera popolazione regionale, mostra un andamento in crescita, soprattutto tra le femmine, sino al 2009, per poi evidenziare un calo negli ultimi anni, soprattutto nell'anno 2013 (figura 27).

Figura 27 – Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per coloro che si sono infettati tramite rapporti eterosessuali, distinti per sesso e anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013. (per 100.000 abitanti)

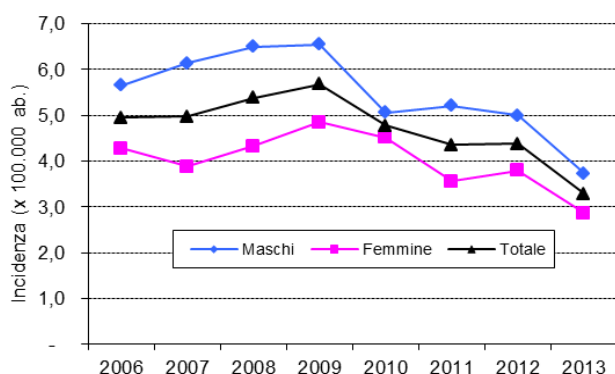
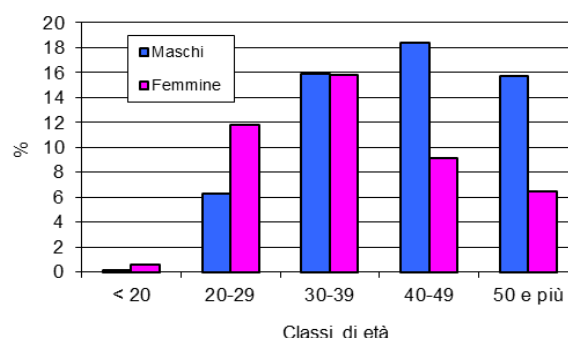


Figura 28 – Distribuzione per sesso ed età delle nuove diagnosi di infezione da HIV per coloro che si sono infettati tramite rapporti eterosessuali. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori percentuali)

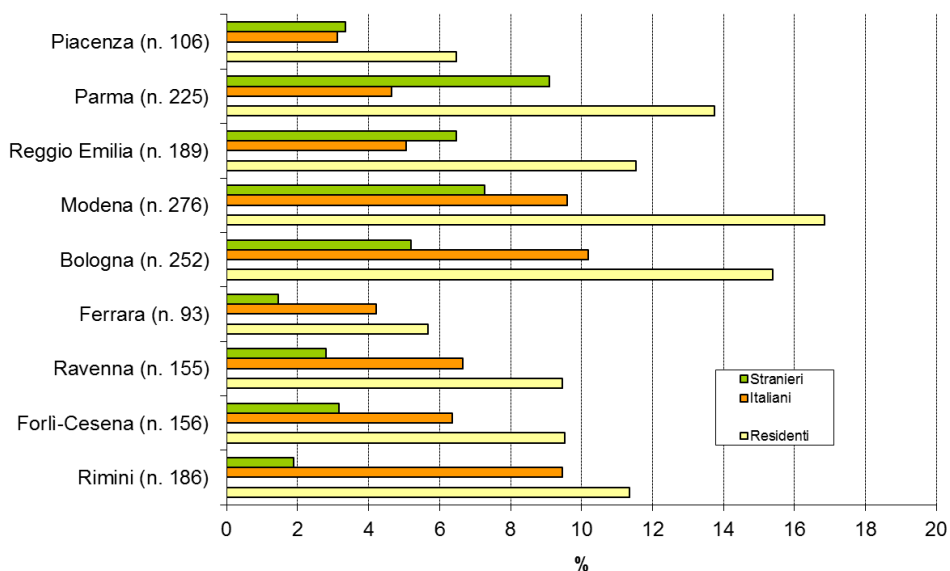


Come per coloro che si sono infettati utilizzando droghe per via iniettiva, anche per questo gruppo la distribuzione per età si differenzia per genere (figura 28). Negli uomini infatti l'età alla diagnosi è più elevata rispetto alle donne: quasi il 90% dei maschi che si sono scoperti sieropositivi a seguito di rapporti eterosessuali si è infettato dopo i 30 anni, il 63,1% delle donne tra i 20 e 39 anni.

Le province per cui si hanno più casi sono Modena e Bologna con oltre 250 casi ciascuno, poi Parma, Rimini e Reggio Emilia. Relativamente al Paese di nascita, il 40,7% dei casi è nato all'estero e le province che presentano una quota maggiore di stranieri rispetto agli italiani sono: Parma (66,2%), Reggio Emilia (56,1%) e Piacenza (51,9%), percentuali riferite al numero di casi segnalati in ciascuna provincia; del resto tali proporzioni riflettono la più alta presenza di stranieri nelle province dell'Area Vasta Emilia Nord. Rimini risulta essere la provincia che presenta al suo interno il numero minore di stranieri infettati attraverso rapporti eterosessuali (figura 29).

Se si considera l'area geografica di provenienza dei nati all'estero si rileva che quasi il 63,6% delle segnalazioni appartiene a persone che provengono dall'Africa Sub-Sahariana, il restante dall'Europa Centrale (11,4%), dall'Europa dell'Est (7,9%) e dall'Africa del Nord (7,2%).

Figura 29 – Nuove diagnosi di infezione da HIV per coloro che si sono infettati tramite rapporti eterosessuali per Paese di nascita e provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori percentuali*)



* La barra gialla indica la percentuale provinciale sul totale regionale, le barre arancioni e verdi rappresentano la composizione di tale percentuale distinta per Paese di nascita.

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; oltre la metà ha invece eseguito il test per sospetta patologia HIV correlata o MST (50,7%). Si rileva inoltre come il 10,8% abbia fatto il test per un controllo in gravidanza (la donna stessa o il partner) e il 6,5% l'abbia eseguito perché frequentava un partner sieropositivo (tabella 13).

Tabella 13 – Distribuzione di frequenza delle motivazioni dell'esecuzione del test HIV per coloro che si sono infettati tramite rapporti eterosessuali. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori assoluti e percentuali)

Motivo di esecuzione del test	N	%
Sospetta patologia HIV correlata o MST	831	50,7
Per percezione del rischio	257	15,7
Controllo in gravidanza	177	10,8
Partner HIV+	106	6,5
Test offerto da Servizi (consultori, Sert, etc)	56	3,4
Durante ricovero o prima di intervento chirurgico	48	2,9
Donazione sangue/organo/tessuto/sperma	35	2,1
Su indicazione del medico curante	23	1,4
Da campagna informativa	22	1,3
Screening, batteria di esami del sangue	6	0,4
Test eseguito per rischio biologico sul lavoro	4	0,2
Sieropositività della madre o del figlio	2	0,1
Contatto accidentale con sangue	2	0,1
Altro	8	0,5
Non noto	61	3,7
Totale	1.638	100,0

4.4 Approfondimento su 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 e del parto cesareo sono estremamente efficaci nel prevenire la 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 6,3% del totale. Si precisa che di queste 190 persone il 13,2% risulta di sesso maschile: tale valore non deve stupire, poiché 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 165, pari al 20,0% del totale dei casi emiliano-romagnoli di sesso femminile. L'incidenza annuale, calcolata sulla popolazione femminile di età compresa tra i 15 e i 49 anni, mostra un andamento particolare: se fino al 2008 registra una crescita, nel 2011 ha il valore più basso (1,1 caso per 100.000) per poi tornare a crescere negli anni successivi sino a raggiungere un'incidenza pari a 2,5 nel 2013. (figura 30). Considerando l'età, la quasi totalità dei casi è compresa tra 20 e 39 anni (92,7%), anche se si registra una piccola quota di donne tra i 40 e 49 anni (4,8%) (figura 31).

Figura 30 – Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per le donne che hanno scoperto la sieropositività in gravidanza, per anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013. (per 100.000 abitanti)

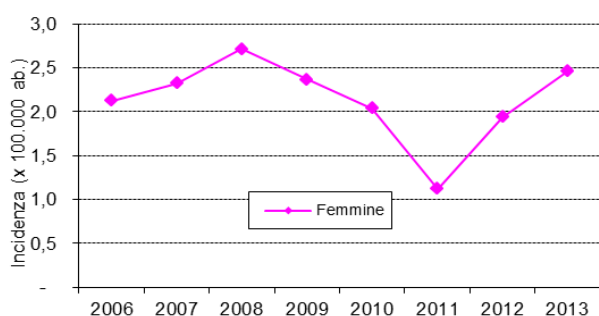
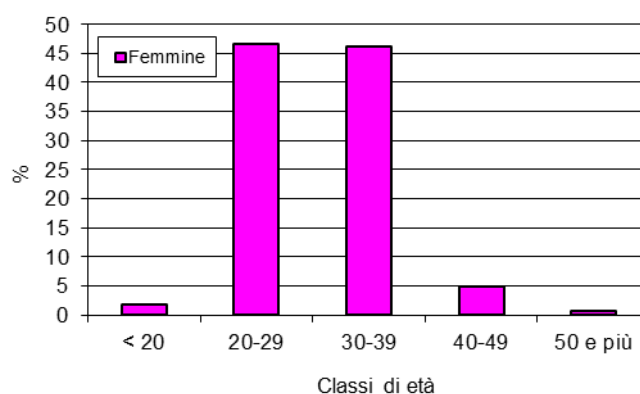


Figura 31 – Distribuzione per età delle nuove diagnosi di infezione da HIV per le donne che hanno scoperto la sieropositività in gravidanza. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori percentuali)



Come riportato dalla figura 32, il numero di notifiche relative a questo gruppo è estremamente eterogeneo anche se le province dove sembra che i casi si concentrino prevalentemente sono Parma e Reggio Emilia con rispettivamente 47 casi (28,5%) e 29 casi (17,6%).

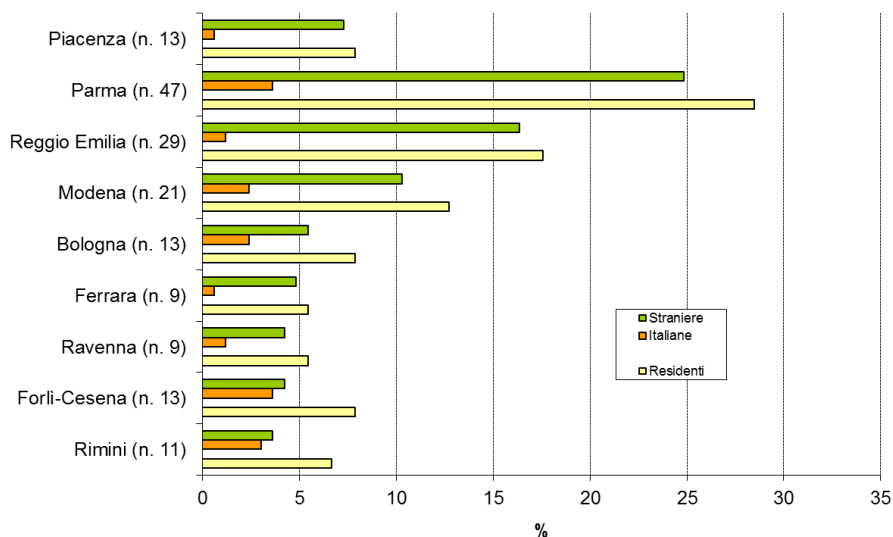
È inoltre immediato osservare come tale fenomeno sia quasi esclusivamente relativo alle donne residenti nate all'estero: esse rappresentano infatti l'81,2% delle donne che hanno scoperto la sieropositività in un controllo in gravidanza. L'area geografica di provenienza, riportata in tabella 14, è prevalentemente l'Africa

Sub-Sahariana (68,7%), seguita da Europa Centrale (9,7%) ed Europa dell'Est (7,5%). Da notare inoltre come, nel periodo in esame, considerando separatamente le donne straniere da quelle italiane, la frequenza di donne straniere che hanno scoperto la sieropositività in gravidanza è del 28,7% rispetto all'8,7% nelle donne italiane.

Tabella 14 – Distribuzione di frequenza dell'area geografica di provenienza per le donne che hanno scoperto la sieropositività in gravidanza. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori assoluti e percentuali)

Area geografica di provenienza	N	%
Africa Sub-sahariana	92	68,7
Europa Centro	13	9,7
Europa Est	10	7,5
Africa Nord	6	4,5
America Sud	6	4,5
America Centro	3	2,2
Europa dell'Ovest	3	2,2
Asia	1	0,7
Totale	134	100,0

Figura 32 – Nuove diagnosi di infezione da HIV per donne che hanno scoperto la propria sieropositività in gravidanza, per Paese di nascita e provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori percentuali*)



* La barra gialla indica la percentuale provinciale sul totale regionale, le barre arancioni e verdi rappresentano la composizione di tale percentuale distinta per Paese di nascita.

5. Ritardo diagnostico e Late Presenters

La consapevolezza da parte del paziente del proprio stato di sieropositività è un elemento fondamentale 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 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 lunghi rispetto agli altri¹¹.

Per approfondire l'aspetto del 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 Prevention¹²) 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 circa un terzo delle persone con infezione da HIV non accedono tempestivamente ai Servizi sanitari; a tal proposito, nel corso del 2010 è stato istituito un gruppo di lavoro europeo (European Late Presenter Consensus working group) al fine di definire univocamente il concetto di "Late Presenter", ovvero il paziente che si presenta tardivamente alla diagnosi di sieropositività, in modo tale da consentire approfondimenti epidemiologici che presuppongano uno standard condiviso per l'approccio metodologico¹³.

Pertanto sono state adottate le seguenti definizioni:

Late Presenters (LP) – persone che accedono ai Servizi sanitari con un numero di linfociti CD4 inferiore a 350 cellule/mm³, oppure persone che all'accesso presentavano già un quadro clinico di AIDS, indipendentemente dalla conta dei linfociti CD4.

Advanced HIV Disease Presenters (AHDP) – persone che accedono ai Servizi sanitari con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cellule/mm³, oppure persone che all'accesso presentavano già un quadro clinico di AIDS, indipendentemente dalla conta dei linfociti CD4.

Si precisa che, per definizione, tali categorie non sono tra loro esclusive, ma l'una risulta essere un sottoinsieme dell'altra.

¹¹ 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.

¹² 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults (www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm).

¹³ Antinori A, Coenen T, Costagiola D, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. HIV Medicine (2011), 12, 61-64.

Se esaminiamo separatamente le due caratteristiche che considerate in modo integrato definiscono gli *Advanced HIV Disease Presenters (AHDP)* e i *Late Presenters (LP)*, in Emilia-Romagna nel periodo 2006-2013 in quasi un terzo delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV (31,9%) è stata diagnosticata la malattia ad uno stato avanzato (<200 cellule/mm³) (figura 33), con significative conseguenze per il sistema immunitario. Il dato italiano mostra come nel 2012 questa proporzione sia un po' più elevata (37,5%¹⁴).

Se si considera lo stadio clinico, classificato per gravità crescente da A a C, il 16,4% dei pazienti residenti in Emilia-Romagna riscontra la sieropositività a malattia già conclamata (figura 34).

Figura 33 – Distribuzione dei casi rispetto al numero di linfociti CD4 al momento della diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori percentuali)

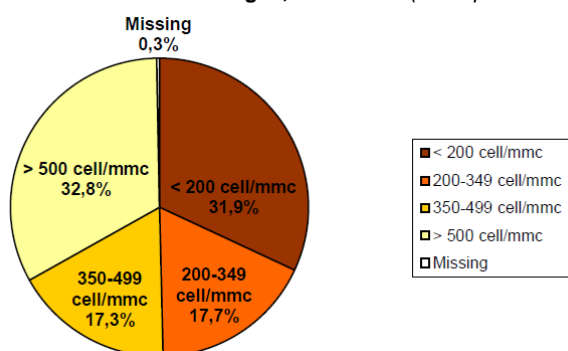
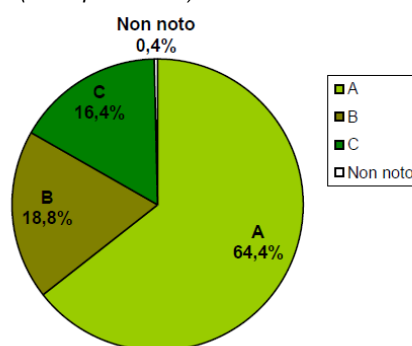


Figura 34 – Distribuzione dei casi rispetto allo stadio clinico al momento della diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori percentuali)



Dal 2006 al 2013 sono stati segnalati tra i residenti in Emilia-Romagna 1.018 *AHDP* e 1.515 *LP*, pari rispettivamente al 33,8% e al 50,3% del totale. Nonostante la quota regionale di periodo dei Late Presenters sia inferiore alla proporzione rilevata nel solo anno 2012 a livello nazionale (56,8%), tale dato rimane rilevante e necessita di interventi di prevenzione e di diagnosi precoce. L'analisi dell'andamento annuale delle quote di *AHDP* e *LP* non mostra variazioni consistenti nel periodo osservato.

Esaminando il paese di nascita oltre il 67% dei casi è nato in Italia, proporzione omogenea nei due gruppi. Se si considerano invece le proporzioni all'interno del rispettivo gruppo di nazionalità, gli italiani che arrivano tardi alla diagnosi di infezione (*LP*) sono il 47,5% contro un 57,0% dei nati all'estero; tali proporzioni scendono rispettivamente a 32,3% e 37,3% se si considerano gli *AHDP*.

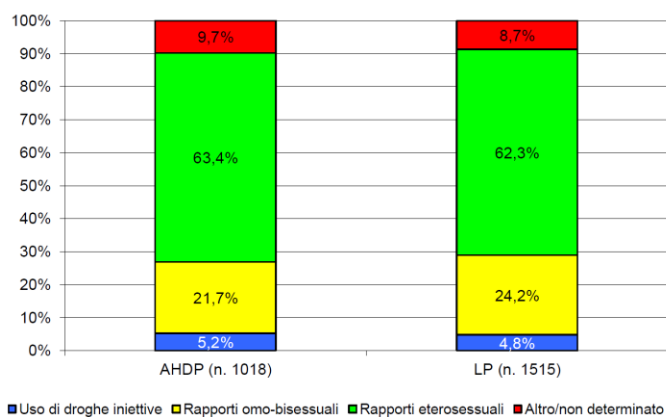
I pazienti *Advanced HIV Disease Presenters*, sono per il 72,7% di sesso maschile, con un'età mediana pari a 43 anni. Le caratteristiche socio-demografiche nei *Late Presenters* sono pressoché simili a quelle degli *AHDP*, con una minore proporzione di maschi (70,5%) e un'età mediana pari a 42 anni.

Analizzando le età mediane distinte per sesso, permane sempre la differenza dell'età alla diagnosi osservata tra maschi e femmine rilevata nei casi totali.

Nei due gruppi in esame non emergono grandi differenze rispetto al totale delle segnalazioni se si esamina la modalità di trasmissione, dove permane prevalente la trasmissione sessuale (*AHDP* 85,1% e *LP* 86,5%); si nota però una proporzione minore di casi dovuti alla trasmissione omo-bisessuale (inferiore al 24%) rispetto a quanto rilevato nei dati complessivi (31,7%), aspetto che conferma come questo sottogruppo sia più consapevole del rischio di trasmissione e ciò comporta minore ritardo alla diagnosi (figura 35).

¹⁴ Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2012, COA, Istituto Superiore di Sanità, 2013.

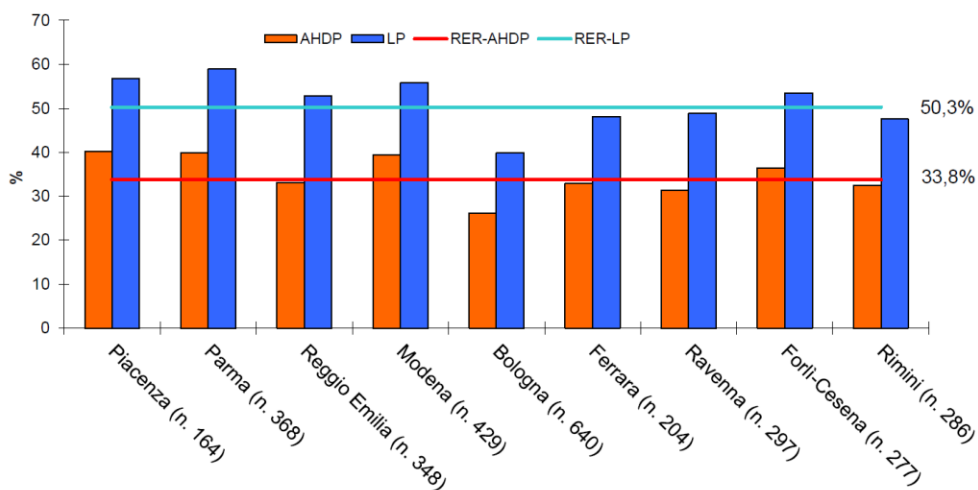
Figura 35 – Nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione e distinto tra AHDP e LP. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori percentuali)



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” (AHDP 76,5% e LP 64,3%). In generale altre motivazioni prevalenti sono la percezione del rischio e il controllo in gravidanza.

Se si esaminano i dati dei Late Presenters per provincia di residenza, quasi tutte le province superano la percentuale regionale tranne le province di Bologna (in cui ricordiamo che la quota di MSM è maggiore di quella legata a trasmissione eterosessuale), Ferrara, Ravenna e Rimini (figura 36).

Figura 36 – Advanced HIV Disease Presenters e Late Presenters per provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2013. (valori percentuali)



Per valutare quali siano le principali caratteristiche degli Advanced Hiv Disease Presenters e 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 AHDP o LP, controllando per gli effetti degli altri fattori considerati. Tale obiettivo viene perseguito anche in alcuni recenti lavori nazionali ed internazionali^{15,16}.

La misura dell'associazione tra l'evento AHDP o LP 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 evento osservato e non osservato; 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.

In tabella 15 è riportata la distribuzione di frequenza della modalità di trasmissione distinta per AHDP e LP. Questa analisi è propedeutica all'analisi multivariata e evidenzia come sia preferibile utilizzare la categoria rapporti omo-bisessuali come riferimento per i confronti, in quanto essa è quella in cui si riscontra la frequenza più bassa dell'outcome osservato (essere rispettivamente AHDP o LP) ed è pertanto la categoria preferibile da tenere come termine di confronto per il calcolo degli Odds Ratio.

Tabella 15 –Distribuzione percentuale della modalità di trasmissione distinta per AHDP e LP. Emilia-Romagna, 2006-2013.

Modalità di trasmissione	AHDP			LP		
	non AHDP	AHDP	totale	non LP	LP	totale
Rapporti omo-bisessuali	76,9	23,1	100,0	61,6	38,4	100,0
Rapporti eterosessuali	60,6	39,4	100,0	42,4	57,6	100,0
Uso di droghe iniettive	64,9	35,1	100,0	52,3	47,7	100,0
Altro/non determinato	63,1	36,9	100,0	50,7	49,3	100,0
Totale	66,2	33,8	100,0	49,7	50,3	100,0

Dato che la categoria Altro/non determinato racchiude in sé una pluralità di situazioni, nonché i casi che non hanno fornito una risposta, si è deciso di eliminare tale categoria dall'analisi logistica.

In figura 37 e in tabella 16 sono riportati i risultati relativi alle variabili considerate nel modello di regressione logistica. Si evince che il rischio di essere AHDP o LP aumenta di circa il 30% per ogni incremento quinquennale d'età, dato abbastanza omogeneo per i due gruppi osservati. Il rischio di essere classificato come AHDP è del 91% più alto tra i soggetti che si infettano attraverso rapporti eterosessuali e dell'84% in caso di uso di droghe per via iniettiva, rispetto a chi si infetta attraverso rapporto omo-bisessuali e inoltre risulta significativo essere di sesso maschile con un rischio pari al 29%. Per quanto riguarda gli LP, sempre riferendosi nel confronto alla categoria omo-bisessuale, coloro che hanno rapporti eterosessuali non protetti mostrano un rischio più alto del 70%; per questo gruppo la modalità "uso di droghe iniettive" risulta

¹⁵ Camoni L., et al. Late presenters among persons with a new HIV diagnosis in Italy, 2010-2011, BMC Public Health 2013, 13:281. Doi:10.1186/1471-2458-13-281.

¹⁶ Mocroft A, Lundgren JD, Sabin ML, Monforte Ad, Brockmeyer N, et al. (2013) Risk Factors and Outcomes for Late Presentation for HIV-Positive Persons in Europe: Results from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe Study (COHERE). PLoS Med 10(9): e1001510. doi:10.1371/journal.pmed.1001510.

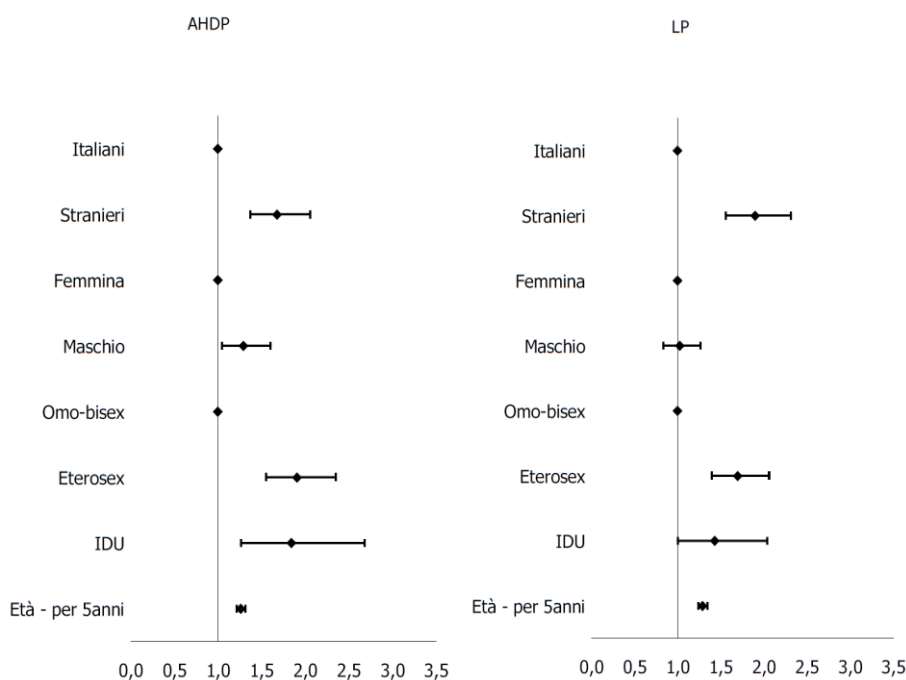
significativa al limite. In entrambi i gruppi, infine, il rischio è più elevato per gli stranieri rispetto agli italiani, rischio del 68% per AHDP e del 90% per LP.

Quest'ultimo risultato è in linea con quanto riportato in uno studio, pubblicato su *AIDS Care*¹⁷, 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 anche nella nostra regione è stata utilizzata frequentemente la figura del mediatore culturale, anche se, come riferito da alcuni pazienti, tale figura non sempre 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.

Tabella 16 – Odds Ratio, intervalli di confidenza al 95% e p-values per AHDP e LP. Emilia-Romagna, 2006-2013.

Caratteristica	AHDP			LP		
	O.R.	I.C. al 95%	p-value	O.R.	I.C. al 95%	p-value
Italiani	1			1		
Stranieri	1,68	1,37 - 2,05	0,000	1,90	1,56 - 2,31	0,000
Femmina	1			1		
Maschio	1,29	1,05 - 1,60	0,018	1,03	0,83 - 1,26	0,817
Omo-bisex	1			1		
Eterosex	1,91	1,55 - 2,35	0,000	1,70	1,40 - 2,06	0,000
IDU	1,84	1,27 - 2,68	0,001	1,43	1,00 - 2,04	0,050
Età (per incrementi di 5 anni)	1,26	1,21 - 1,31	0,000	1,29	1,24 - 1,34	0,000

Figura 37 – Rappresentazione grafica degli Odds Ratio dell'analisi logistica multivariata sui casi AHDP e LP, con i rispettivi intervalli di confidenza al 95%. Emilia-Romagna, 2006-2013.



¹⁷ 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.

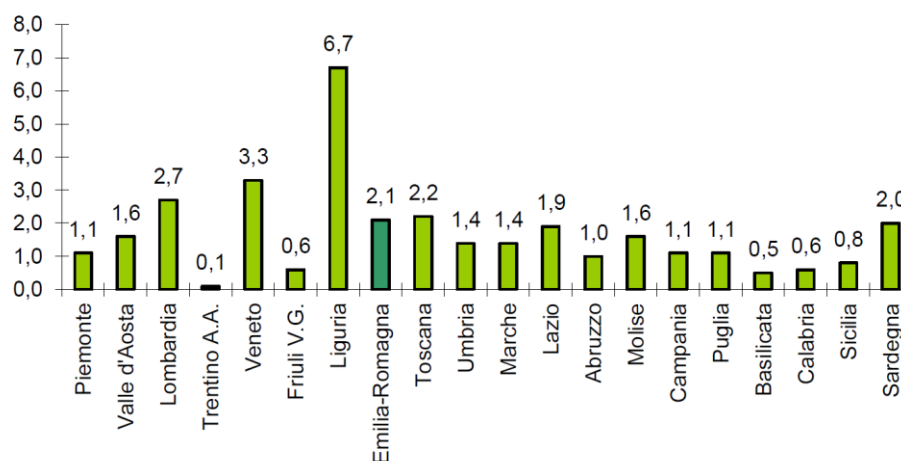
6. L'AIDS in Emilia-Romagna

I dati del Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità, aggiornati al 31/12/2012, documentano come in Italia ci siano stati 64.898 casi di AIDS dall'inizio dell'epidemia, con quasi 42 mila decessi. In Emilia-Romagna, nel periodo 1984-2012, sono 6.855 i casi di AIDS notificati da parte delle strutture sanitarie regionali, mentre i malati di AIDS residenti in regione sono 6.248 (di questi solo il 5,1% 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 nella segnalazione della malattia e quindi risultare lievemente sottostimati.

Le principali caratteristiche demografiche della popolazione malata residente in Emilia-Romagna mostrano ancora una netta prevalenza maschile (rapporto maschi/femmine pari a 2,9:1), il progressivo aumento dell'età mediana alla diagnosi (da poco più di 20 anni agli inizi degli anni '80 per entrambi i sessi, a 40,0 anni per le femmine e 48,0 per i maschi nel 2012), una sempre maggiore percentuale di casi notificati in cittadini di nazionalità straniera e una bassissima percentuale di casi pediatrici (pari al 1,1% al 2012).

Nel confronto nazionale, secondo i dati COA, nell'anno 2012 l'Emilia-Romagna si pone al quinto posto con un tasso di incidenza pari a 2,1 casi per 100.000 abitanti, dopo Liguria, Veneto, Lombardia e Toscana (figura 38).

Figura 38 - Tassi d'incidenza di AIDS per regione di residenza. Casi notificati nel 2012. (per 100.000 abitanti)

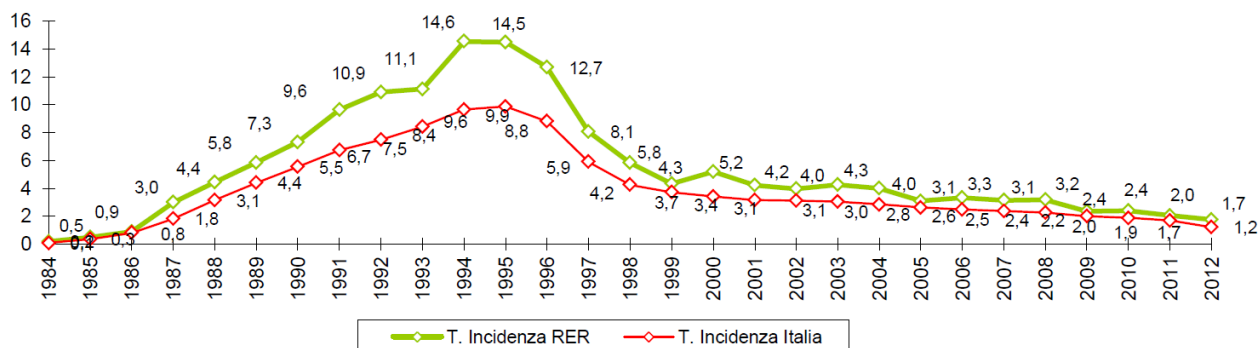


Fonte: COA – Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2012

Relativamente alla diffusione della malattia nel nostro Paese, nel 2012 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, e rappresentati in figura 38, sono calcolati riferendo temporalmente i casi alla data di notifica e non alla data di diagnosi: pertanto si sottolinea che l'incidenza nel 2012 è composta da tutte le notifiche pervenute nel 2012 comprendendo anche le schede recuperate e relative a casi diagnosticati negli anni precedenti.

La figura 39 confronta l'andamento dell'incidenza per anno di diagnosi registrati tra i residenti in Emilia-Romagna e in Italia, e conferma che, in tutto il periodo considerato, la regione presenta valori superiori a quelli nazionali, anche se il divario si è ridotto notevolmente. È evidente il calo importante dei tassi nella seconda metà degli anni novanta, mentre, dall'inizio del 2000 è possibile rilevare un trend in lieve diminuzione.

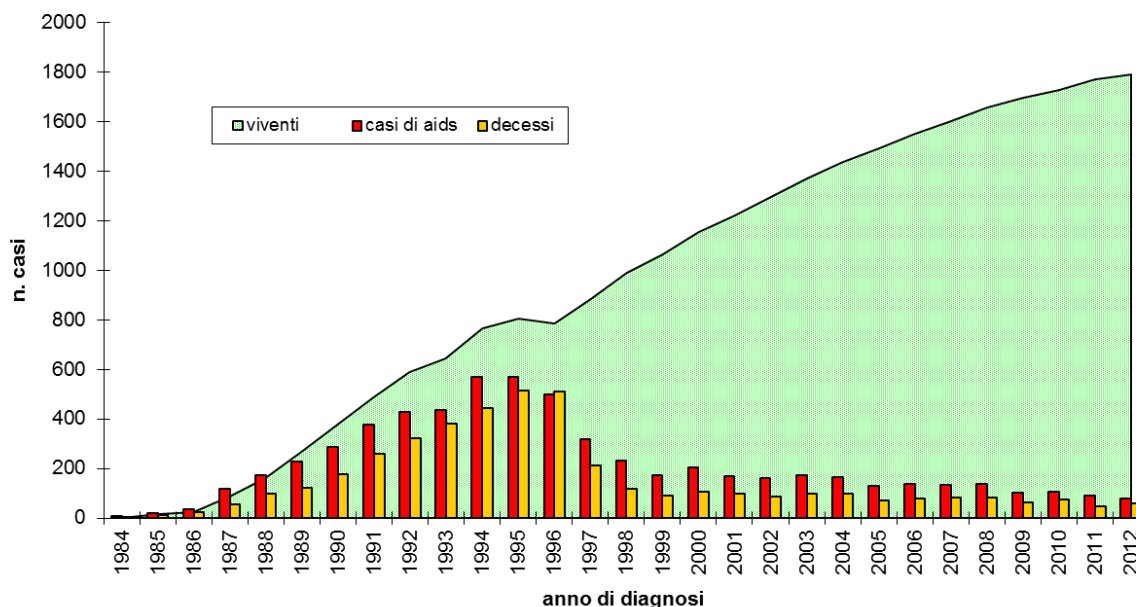
Figura 39 - Incidenza di AIDS in Emilia-Romagna e in Italia per anno di diagnosi. Periodo 1984-2012. (per 100.000 abitanti)



Fonti: Sistema di sorveglianza delle diagnosi di AIDS - Regione Emilia-Romagna e COA – Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2012

Confrontando il numero di casi di AIDS e di decessi per anno è possibile osservare come fino al 1996 vi sia stato ogni anno 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 notevolmente la quota di persone prevalenti ossia che vivono con la malattia (figura 40).

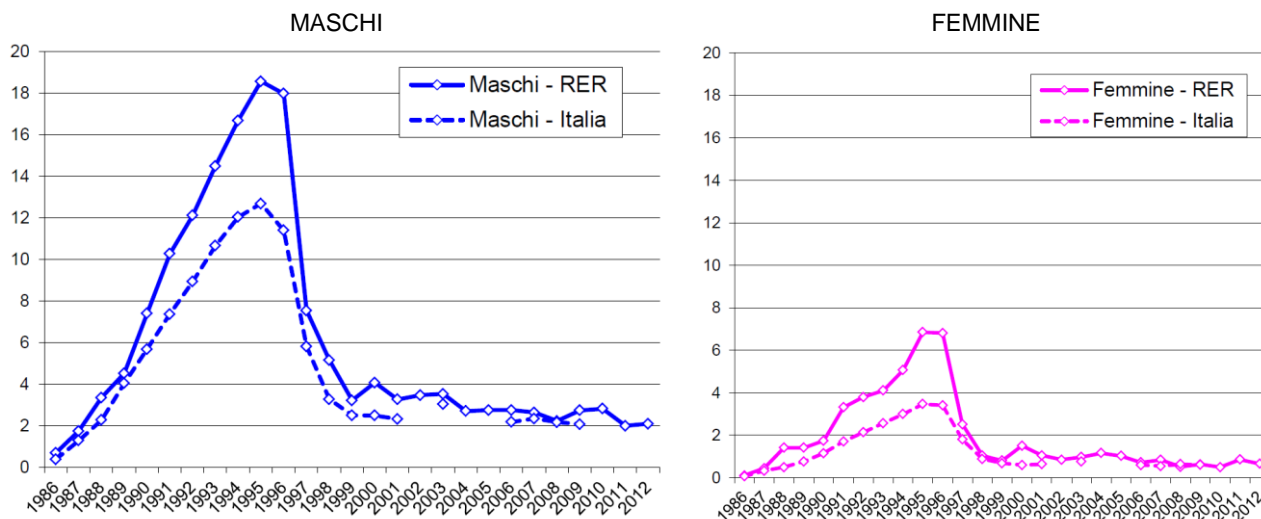
Figura 40 – Andamento epidemico di AIDS in Emilia-Romagna, 1984-2012. (valori assoluti)



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 registrati a livello nazionale (figura 41).

Figura 41 – Andamento temporale della mortalità per AIDS. Tassi standardizzati (standard Italia '91), distinti per sesso. Emilia-Romagna e Italia, 1981-2012. (per 100.000 abitanti)



Fonte: Registro mortalità - Regione Emilia-Romagna

In tabella 17 sono riportati, per ciascuna Azienda USL, i casi incidenti nel 2011 e 2012 e i casi prevalenti al 2012 con le relative incidenze e prevalenze. Dal confronto geografico emerge che le Aziende USL di Forlì, Ravenna, Parma, Rimini e Piacenza presentano incidenze medie più elevate rispetto al tasso regionale.

Le Aziende USL che presentano prevalenze elevate sono quelle di Ravenna (64,3 casi per 100.000 abitanti), Forlì (55,7), Rimini (53,1), Imola (53,2) e Piacenza (42,6). Inoltre in figura 42 è rappresentata su mappa la prevalenza per provincia di residenza, al fine di permettere confronti con i dati sulle nuove diagnosi di infezione da HIV.

Tabella 17 – Distribuzione dei casi di AIDS in Emilia-Romagna per Azienda USL di residenza: incidenza nel 2011-2012 e prevalenza al 31/12/2012. (per 100.000 abitanti)

Azienda USL	Totale casi residenti 1984-2012	Incidenza AIDS			Prevalenza AIDS	
		Nuovi casi anno 2011	Nuovi casi anno 2012	Incidenza annuale, biennio 2011-2012*	Casi prevalenti al 31/12/2012	Prevalenza al 31/12/2012**
Piacenza	377	6	6	2,1	124	42,6
Parma	473	12	16	3,2	177	39,6
Reggio Emilia	484	5	3	0,8	141	26,3
Modena	743	16	2	1,3	254	36,0
Bologna	1.358	9	12	1,2	298	34,2
Imola	242	2	3	1,9	71	53,2
Prov. di Bologna	1.600	11	15	1,3	369	36,8
Ferrara	519	4	6	1,4	121	33,8
Ravenna	923	17	10	3,4	254	64,3
Forlì	350	8	7	4,0	105	55,7
Cesena	261	1	5	1,4	65	31,0
Prov. di Forlì-Cesena	611	9	12	2,6	170	42,7
Rimini [§]	518	10	8	2,7	178	53,1
Emilia-Romagna	6.248	90	78	1,9	1.788	40,0

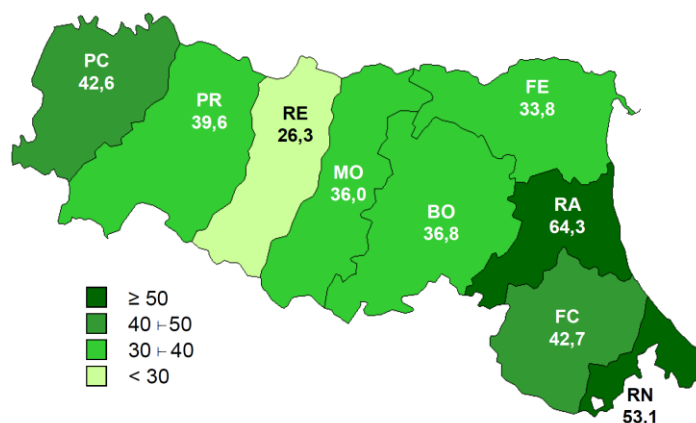
* popolazione di riferimento: media della popolazione degli anni 2012 e 2011 rilevate al 01/01

** popolazione di riferimento al 31/12/2012

[§] si precisa che dall'1/1/2010 sono stati inclusi i casi residenti nei comuni dell'Alta Valmarecchia.

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

Figura 42 – Prevalenza media dei casi di AIDS in Emilia-Romagna per provincia di residenza al 31/12/2012. (per 100.000 abitanti)

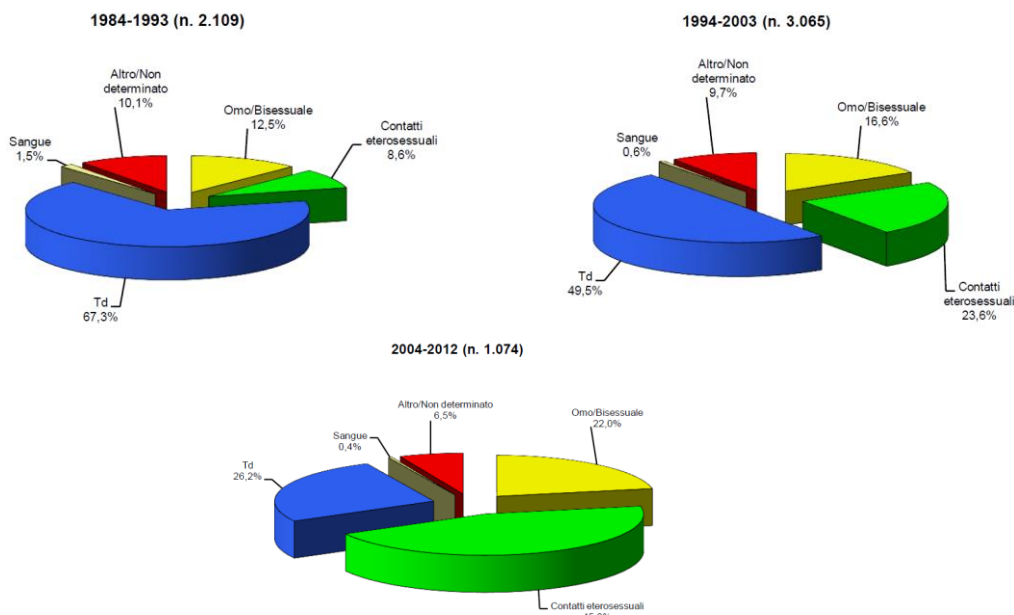


Fonte: Sistema di sorveglianza delle diagnosi di AIDS - Regione Emilia-Romagna

Si specifica che per determinare i casi prevalenti non sono state utilizzate solamente le informazioni raccolte dal COA, ma è stato effettuato anche un controllo di follow-up attivo che accerta lo stato in vita dei malati e un record linkage con il Registro Mortalità regionale: questi aggiornamenti risultano necessari in quanto la notifica di decesso per AIDS non è obbligatoria, seppur molto importante per fornire un quadro epidemiologico più realistico e completo della malattia.

Se si considera la modalità di trasmissione, si rileva, come osservato per le infezioni da HIV, un cambiamento nel tempo: se fino al 1993 la modalità di trasmissione prevalente era l'uso di droghe per via iniettiva (67,3%) e solo l'8,6% dei casi si ammalava a causa di rapporti eterosessuali non protetti, nell'ultimo periodo considerato (2004-2012) si assiste ad un'inversione di tendenza: la quota degli ammalati a causa dell'uso di droghe iniettive è pari al 26,2%, mentre la quota legata ai rapporti eterosessuali si attesta al 45,0%. Sommando le quote dei casi che si sono ammalati attraverso rapporti eterosessuali e omo-bisessuali a rischio, si osserva che, nell'ultimo periodo (2004-2012), il 67,0% dei casi è riconducibile a rapporti sessuali a rischio (figura 43).

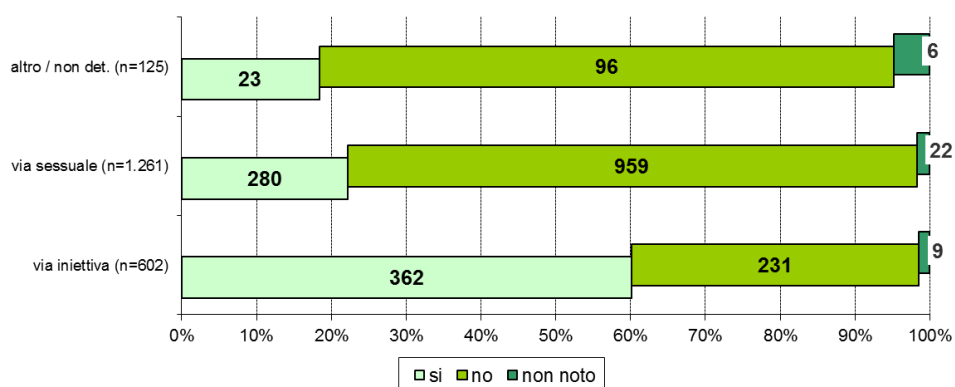
Figura 43 – Distribuzione percentuale dei casi adulti di AIDS per modalità di trasmissione. Emilia-Romagna, 1984-2012.



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 22,2% dei pazienti con fattore di rischio sessuale (omosessuale, bisessuale o eterosessuale) ha effettuato una terapia antiretrovirale, contro il 60,1% dei tossicodipendenti, che hanno una consapevolezza più elevata del rischio (figura 44); 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%, nel 2012 essa è salita al 48,0%, quasi una persona su due. Si sottolinea che spesso sono proprio i malati che riferiscono come modalità di trasmissione "contatti sessuali" quelli che scoprono di essere sieropositivi contestualmente alla diagnosi di AIDS.

Figura 44 – Uso di terapie antiretrovirali pre-AIDS per modalità di esposizione nei malati di AIDS adulti (>12 anni). Emilia-Romagna, 1999-2012.



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

Considerazioni

L'incidenza media annuale di nuove diagnosi di infezione da HIV registrate tra i residenti in Emilia-Romagna nel periodo 2006-2013 è pari a 8,7 casi per 100.000 abitanti; il valore registrato nell'ultimo anno, pari a 6,7, è in calo rispetto ai valori che finora mostravano una certa stabilità: si confida che tale diminuzione possa essere confermata dai dati dei prossimi anni.

I dati desunti dal sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di HIV evidenziano comunque che, ancora oggi, a circa 300-400 persone residenti in Emilia-Romagna, viene diagnosticata ogni anno la condizione di sieropositività HIV. Le persone sieropositive osservate nel periodo 2006-2013 sono prevalentemente: maschi (72,7%), di età compresa tra i 30 e i 39 anni (33,5%), di nazionalità italiana (70,9%).

La modalità di trasmissione principale risulta essere nell'86,1% dei casi quella sessuale (54,4% eterosessuale e 31,7% omo-bisessuale). Le donne che hanno scoperto la sieropositività durante la gravidanza sono il 20,0% del totale dei casi femminili, fenomeno però relativo quasi esclusivamente a donne nate all'estero.

Il confronto tra aree sub-regionali conferma una maggiore incidenza di infezione da HIV negli uomini, in particolare in alcune province della Romagna – area peraltro già nota per la maggiore diffusione della malattia conclamata. I dati suggeriscono inoltre di monitorare con attenzione e rafforzare gli interventi preventivi anche in altre aree, come quella del parmense, in cui l'incidenza di infezione da HIV risulta superiore alla media regionale, soprattutto nelle donne. Per quanto riguarda la modalità di trasmissione si evidenzia che nella sola provincia di Bologna la modalità con frequenza più alta risulta essere quella dovuta a rapporti omo-bisessuali non protetti, mentre nelle altre province prevale la via di trasmissione eterosessuale.

Infine, se si considera il fenomeno del ritardo di diagnosi di HIV si nota che i Late Presenters (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) sono una quota consistente: il 50,3% delle diagnosi HIV nel periodo 2006-2013, senza variazioni notevoli nel periodo; mentre a livello nazionale tale proporzione è peggiore attestandosi nel 2012 al 56,8%.

Il tradizionale sistema di sorveglianza dei casi di AIDS documenta un trend in lieve calo, unito ad una diminuzione della mortalità e ad un parallelo incremento del numero delle persone che vivono con AIDS.

Nel 2012 i nuovi casi in AIDS residenti in Emilia-Romagna sono stati 78, dato che però può risultare sottostimato per effetto del ritardo di notifica. Il tasso di incidenza biennale 2011-2012, più stabile, evidenzia 1,9 casi di AIDS per 100.000 abitanti.

Ancora una volta vale il richiamo a rapporti sessuali protetti e al ricorso precoce al test HIV per una diagnosi tempestiva ed eventuale successivo trattamento, 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 con queste strategie per promuovere una consapevolezza maggiore dei rischi legati a infezioni sessualmente trasmissibili con la collaborazione degli Enti Locali, di tutto il Sistema Sanitario Regionale e delle Associazioni che si dedicano alla prevenzione e lotta all'AIDS.

