



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

al 31/12/2015

**Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica**

**Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare**



## **Il rapporto è stato curato da:**

---

Erika Massimiliani

Roberto Cagarelli

Nicoletta Bertozzi

*Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica - Regione Emilia-Romagna – Novembre 2016*

Si ringraziano inoltre Carlo Alberto Goldoni, Giuliano Carrozzi, Letizia Sampaolo e Giovanna Barbieri dell'Azienda USL di Modena; Maria Carla Re e Giuseppina Musumeci del Laboratorio Retrovirus, Centro di Riferimento Regionale per l'AIDS dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna; 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, Enrico Barchi (Reggio Emilia); Cristina Mussini, Vanni Borghi (Modena); Pierluigi Viale, Vincenzo Colangeli, Eleonora Magistrelli, Marco Borderi, Andrea Pession, Angela Miniaci (Bologna); Alessandra Govoni (Imola); Marco Libanore, Laura Sighinolfi (Ferrara); Paolo Bassi, Giuseppe Ballardini (Ravenna); Claudio Cancellieri (Forlì-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

<b>1. Il sistema di sorveglianza regionale .....</b>	<b>3</b>
1.1 Osservazioni metodologiche .....	4
<b>2. Il contesto internazionale e nazionale .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Epidemiologia dell'infezione da HIV.....</b>	<b>9</b>
3.1 Casi segnalati e residenza .....	9
3.2 Caratteristiche socio-demografiche .....	12
3.3 Modalità di trasmissione .....	20
3.4 Motivo di esecuzione del test .....	22
<b>4. Comportamenti a rischio .....</b>	<b>23</b>
4.1 Trasmissione per rapporti eterosessuali non protetti.....	23
4.2 Trasmissione per rapporti omo-bisessuali non protetti e MSM.....	26
4.3 Trasmissione per uso di droghe per via endovenosa - IDU.....	28
4.4 Sieropositività scoperta in gravidanza .....	30
<b>5. Ritardo diagnostico e <i>Late Presenters</i> .....</b>	<b>33</b>
5.1 Infezioni recenti .....	38
<b>6. L'AIDS in Emilia-Romagna .....</b>	<b>39</b>
<b>Considerazioni .....</b>	<b>45</b>



# 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 (Virus dell'Immunodeficienza Umana) in Europa, al fine di ottenere informazioni aggiornate sulla diffusione, l'andamento e le caratteristiche dell'infezione nella regione europea, dove l'HIV/AIDS (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita) rimane un rilevante 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.

L'approvazione del Decreto Ministeriale "*Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV*" del 31.03.2008, ha reso obbligatoria la notifica dell'infezione da HIV e conseguentemente si è reso necessario attivare un sistema di sorveglianza nazionale.

A partire dal 1 gennaio 2009, la Regione Emilia-Romagna, sulla base delle esperienze maturate negli anni nelle Province di Modena e Rimini<sup>1</sup>, dopo aver consultato la Commissione regionale di lotta all'AIDS, ha implementato il sistema di sorveglianza sulla sieropositività da HIV sull'intero 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 Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica della Regione, che trasmette successivamente i dati informatizzati al Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità.

Al fine di ottenere un'immagine esaustiva dell'epidemia si sono recuperati retrospettivamente le segnalazioni di nuove diagnosi relative ai tre anni precedenti l'avvio del sistema, completando i dati per il periodo 2006-2015.

L'obiettivo del presente rapporto è fornire, oltre a un sintetico 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 valido 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.

Si è inoltre analizzato il fenomeno dei *Late Presenters* (LP), ovvero dei casi diagnosticati tardivamente. La diagnosi tardiva assume un'importanza rilevante sia dal punto di vista sanitario-sociale sia da quello economico: diagnosticare in tempi rapidi un'infezione da HIV significa infatti curare meglio e tempestivamente il paziente, nonché ridurre il rischio di trasmissione e ritardare la progressione in AIDS. Proprio per questo il Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia-Romagna prevede tra gli obiettivi la riduzione della quota dei *Late Presenters*.

---

<sup>1</sup> 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

I dati relativi ai primi tre anni (2006-2008), vista la recente istituzione del sistema di sorveglianza regionale, sono stati recuperati retrospettivamente e possono essere affetti da sottostima e presentare limiti di completezza.

Il dettaglio di analisi è riferito all'ambito provinciale: per motivi di privacy la scheda di sorveglianza non prevede infatti la rilevazione del Comune di residenza.

È presente, infine, una sintesi sull'andamento epidemico relativo all'AIDS dove è possibile, al contrario di quanto avviene per l'HIV, presentare analisi per Azienda USL o ex Azienda USL di residenza.

Dall'1/1/2014 è stata istituita l'Azienda USL Romagna, con l'unificazione delle ex aziende di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini. Per mantenere la coerenza con i dati degli anni passati si è però mantenuta la suddivisione territoriale utilizzata fino al 2013.

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 nazionalità intesa come 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.

I dati europei del capitolo 2 sono aggiornati all'anno 2014 (ultimo disponibile alla data di predisposizione di questo report).

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

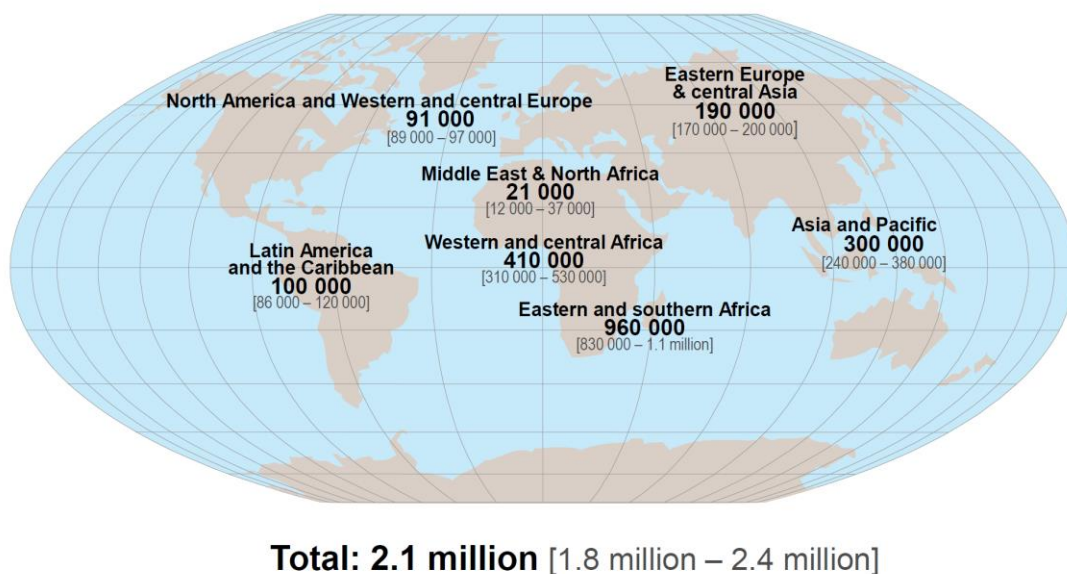
## 2. Il contesto internazionale e nazionale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che alla fine del 2015 siano circa 36,7 milioni le persone che vivono nel mondo con una infezione da HIV o con AIDS conclamato, 2,1 milioni le persone con nuova diagnosi di HIV; nell'ultimo anno 1,1 milioni i decessi. Nella figura 1 sono riportate le stime di nuove diagnosi di HIV a livello mondiale.

L'area dell'Africa Sub-Sahariana è la regione più colpita nel mondo: nel 2015 si sono registrate il 66% di tutte le nuove infezioni da HIV del mondo e si stima che 25,5 milioni di persone vivano in tale regione con l'HIV, 19 milioni di persone solo nell'Est e Sud Africa.

Non esiste ancora una cura per l'infezione da HIV, ma un trattamento efficace con medicinali anti-retrovirali (ARV) può mantenere sotto controllo il virus e permettere alle persone infette di condurre una vita pressoché normale. È stato stimato che solo il 46% delle persone affette da HIV siano coperte da trattamento farmacologico, ma un grande obiettivo è stato raggiunto nel 2015: nell'Est e Sud Africa, area più colpita, le persone in cura sono più che raddoppiate rispetto al 2010, raggiungendo quasi 10,3 milioni di persone con una conseguente forte diminuzione della mortalità AIDS-correlata.

Figura 1 – Stima del numero di adulti e bambini con nuova infezione di HIV nel 2015. (valori assoluti)



Fonte: UNAIDS – Core Epidemiology Slides.

La situazione epidemiologica europea viene delineata dall'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in collaborazione con WHO Regional Office for Europe<sup>2</sup>. Nel 2014 sono state diagnosticate 142.197 nuove diagnosi di HIV in 50 dei 53 Paesi dell'area europea WHO (inclusa la Russia), con un tasso

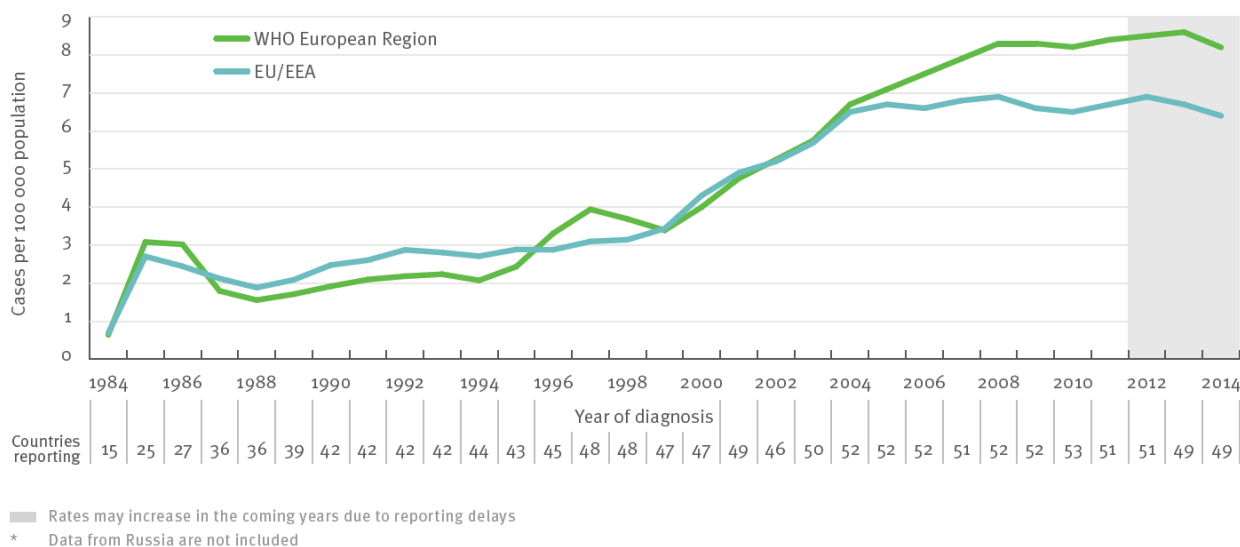
<sup>2</sup> European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, HIV/AIDS surveillance in Europe 2014. (ultimo disponibile alla data di predisposizione del presente rapporto)

di 16,4 casi per 100.000 abitanti. Per un confronto con gli anni passati e considerando pertanto i 49 Paesi, esclusa la Russia, il tasso è di 7,9 casi. I Paesi con i tassi di incidenza più alti sono Ucraina (36,9), Estonia (22,1) e Repubblica della Moldova (20,4).

In generale l'incidenza dei casi negli ultimi 10 anni è aumentata, salendo da 7,1 per 100.000 abitanti nel 2005 a 7,9 nel 2014 (Figura 2).

Nel 2014 il rapporto maschi/femmine è pari a 2,2. Per quanto riguarda l'età, la maggior parte dei casi diagnosticati (36%) è compresa tra i 30 e i 39 anni di età; il 10% dei casi con nuove diagnosi di HIV ha un'età compresa tra i 15 e i 24 anni.

**Figura 2 – Tassi di nuove diagnosi di HIV, per anno di diagnosi, nei paesi EU/EEA e nella regione europea WHO. 1984-2014.**  
(per 100.000 abitanti)



Fonte: European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, HIV/AIDS surveillance in Europe 2014

La sintesi delle caratteristiche principali delle nuove diagnosi, per l'intera Regione Europea dell'OMS e distinta per le tre aree europee (Ovest, Centro, Est) è riportata in tabella 1.

**Tabella 1 – Caratteristiche dei casi incidenti di HIV nella regione europea dell'OMS per area geografica, anno 2014.**

	Regione Europea dell'OMS	Ovest	Centro	Est
<b>Paesi partecipanti/Numero di paesi</b>	49/53 (50/53)	23/23	14/15	12/15 (13/15)
<b>Numero di casi HIV</b>	56.945 (142.197)	27.325	4.950	24.669 (109.930)
<b>Tasso per 100.000 abitanti</b>	7,9 (16,4)	6,4	2,6	22,0 (43,2)
<b>Rapporto Maschi/Femmine</b>	2,2	3,3	4,4	1,4
<b>Percentuali dei casi:</b>				
<b>Età 15-24 anni*</b>	10,2%	10,3%	14,4%	9,5%
<b>Modalità di trasmissione</b>				
<b>Eterosessuale</b>	46,8%	33,7%	24,3%	66,0%
<b>MSM</b>	24,4%	43,9%	28,0%	2,2%
<b>Tossicodipendenti per via iniettiva</b>	14,0%	3,1%	5,4%	27,8%
<b>Trasmissione Madre-Figlio</b>	1,0%	0,8%	1,0%	1,2%
<b>Non noto</b>	13,5%	18,1%	40,9%	2,9%

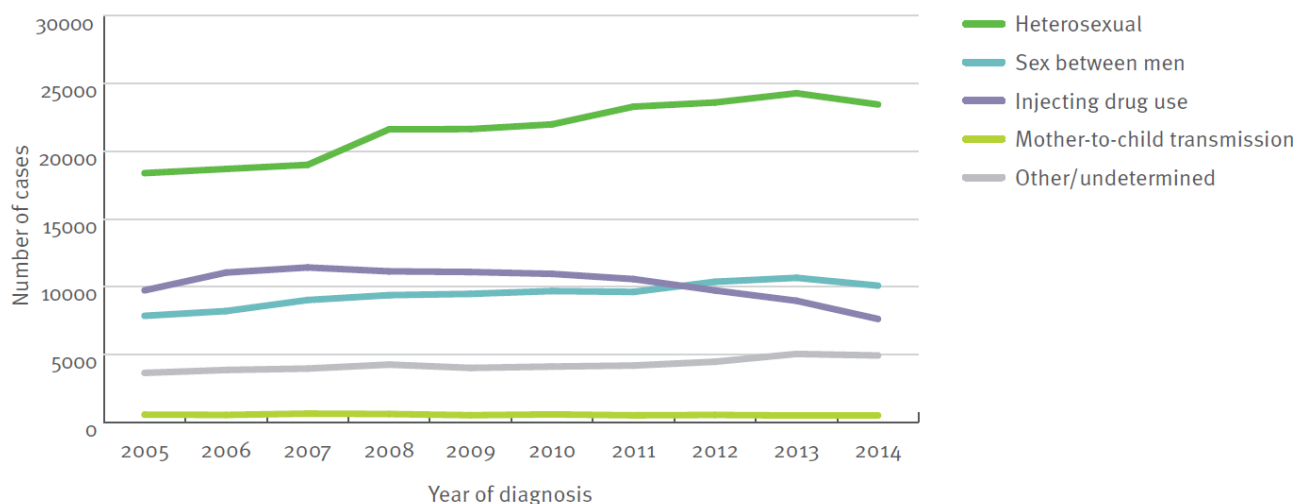
Dati mancanti: Dati mancanti: Bosnia and Herzegovina, Russia, Turkmenistan, Uzbekistan. I dati della Russia sono inclusi nei numeri tra parentesi nella Regione Europea e nell'area Est.

Fonte: European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, HIV/AIDS surveillance in Europe 2014



Analogamente agli anni precedenti, la modalità di trasmissione più frequente è legata a rapporti eterosessuali non protetti (46,8%), seguita dagli MSM (*Men who having Sex with Men*). L'infezione per uso di droghe iniettive rappresenta il 14,0%; nel 13,5% delle infezioni la modalità di trasmissione non è nota (figura 3).

**Figura 3 – Nuove diagnosi da HIV per modalità di trasmissione rilevate nella Regione europea Oms, 2004-2014.**



Data from Bosnia and Herzegovina, Russia, Turkmenistan and Uzbekistan excluded due to inconsistent reporting during the period; data from Estonia, Poland and Turkey excluded due to incomplete reporting on transmission mode during the period; data from Italy and Spain excluded due to increasing coverage of national surveillance during the period.

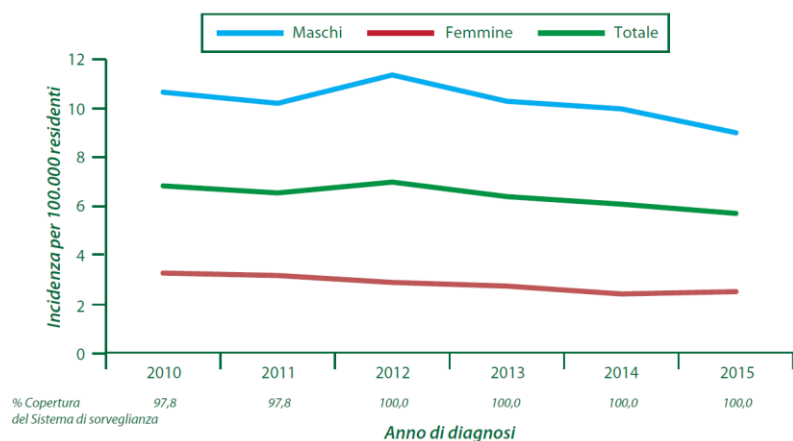
Fonte: European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, HIV/AIDS surveillance in Europe 2014

In Italia dal 2010 sono disponibili i dati nazionali sulla diffusione non più solo dell'AIDS, ma anche delle nuove diagnosi di infezione da HIV: con la pubblicazione del D.M. del 31 marzo 2008 numerose Regioni hanno istituito un Sistema di sorveglianza dedicato e dal 2012 il Sistema di sorveglianza nazionale copre l'intero territorio nazionale.

Nel 2015 sono state segnalate 3.444 nuove diagnosi di infezione da HIV, pari a un'incidenza di 5,7 nuovi casi di HIV ogni 100.000 residenti (Figura 4), che colloca l'Italia al 13° posto rispetto ai Paesi dell'Unione Europea. Nel 2014 le regioni con l'incidenza più alta sono state il Lazio, la Lombardia, la Liguria e l'Emilia-Romagna (Figura 5). La proporzione di femmine è costantemente diminuita nell'ultimo decennio, rappresentando nel 2015 il 22,6% delle nuove diagnosi. Dal 1985, escludendo le persone di età inferiore ai 15 anni, si osserva un aumento costante dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione da HIV: da 26 anni per i maschi e 24 anni per le femmine è passata a 39 anni e 36 anni nel 2015 rispettivamente.

Il 28,8% delle persone diagnosticate come HIV positive è di nazionalità straniera (incidenza di 4,3 nuovi casi ogni 100.000 tra italiani residenti e di 18,9 nuovi casi ogni 100.000 tra stranieri residenti). Nel 2015, il 36,6% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV è stato diagnosticato con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/μL e il 54,5% con un numero inferiore a 350 cell/μL.

**Figura 4 – Incidenza annuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per sesso, anno di diagnosi e percentuale di copertura del sistema di sorveglianza. 2010-2015.**



Fonte: COA – Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2015

**Figura 5 – Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per regione di residenza, 2015. (per 100.000 abitanti)**



Per quanto riguarda la modalità di trasmissione, quella prevalente nel 2015 risulta essere rapporti eterosessuali non protetti (44,9% dei casi di nuove infezioni), seguita dagli MSM (40,6%). I casi che si sono infettati per uso di droghe iniettive sono pari al 3,2%, quelli che hanno riportato una trasmissione verticale lo 0,4% dei casi. Per una parte delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV (il 10,3%) non è stato possibile stabilire la modalità di trasmissione.

### 3. Epidemiologia dell'infezione da HIV

#### 3.1 Casi segnalati e residenza

Nel periodo 2006-2015 sono state notificate in Emilia-Romagna 4.186 nuove diagnosi di infezione da HIV, di cui 3.647 (87,1%) relative a cittadini residenti in regione. L'incidenza media annua è pari a 8,3 casi per 100.000 abitanti se si limita l'osservazione ai soli cittadini residenti, mentre sale a 9,6 se si considerano tutte le segnalazioni (tabella 2). Nell'ultimo anno l'incidenza tra i residenti è pari a 6,5, in calo rispetto ai valori degli anni precedenti, calo che dovrà essere confermato nei prossimi anni per escludere fluttuazioni casuali.

**Tabella 2 – Casi segnalati residenti e non residenti con nuova diagnosi di HIV. Emilia-Romagna, 2006-2015.**  
(valori assoluti, percentuali e incidenza per 100.000 abitanti)

		Anno di diagnosi										2006-2015*
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Residenti	N. casi	368	387	426	418	388	361	373	300	338	288	3.647
	%	90,2	88,6	88,8	85,1	87,4	84,3	84,6	84,7	88,7	89,4	87,1
	Incid.	8,8	9,2	10,0	9,6	8,8	8,1	8,2	6,7	7,6	6,5	8,3
Non residenti	N. casi	40	50	54	73	56	67	68	54	43	34	539
	%	9,8	11,4	11,2	14,9	12,6	15,7	15,4	15,3	11,3	10,6	12,9
<b>Totale segnalati</b>	<b>N. casi</b>	<b>408</b>	<b>437</b>	<b>480</b>	<b>491</b>	<b>444</b>	<b>428</b>	<b>441</b>	<b>354</b>	<b>381</b>	<b>322</b>	<b>4.186</b>
	<b>%</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* L'incidenza media annuale è calcolata sulla popolazione media del periodo 2006-2015.

#### 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 (80% dei casi). Alcune Aziende USL esercitano un'attrazione nei confronti dei casi residenti nelle aree limitrofe: ciò 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 Bologna e Modena e dalle ex Aziende di Rimini e Ravenna.

**Tabella 3 – Casi con nuova diagnosi di HIV per Azienda e ex Azienda USL di notifica e residenza. Emilia-Romagna, 2006-2015.**  
(valori assoluti)

Azienda o ex Azienda USL di notifica	Residenza												Totale
	Provincia									Altre province italiane	Estero	Non noto	
	PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FC	RN				
Piacenza	199	2	-	-	-	-	-	1	-	22	13	-	237
Parma	6	430	16	-	2	-	-	-	1	27	7	1	490
Reggio Emilia	-	9	356	13	1	-	1	1	-	10	-	1	392
Modena	3	3	24	485	27	6	-	3	2	47	36	-	636
Bologna	1	2	2	11	674	23	15	7	1	98	29	3	866
Imola	-	-	-	-	58	-	5	1	-	4	1	-	69
Ferrara	-	-	-	4	5	218	2	-	1	16	4	3	253
Ravenna	-	-	-	2	16	1	306	12	3	15	26	6	387
Forlì	-	-	-	-	6	1	14	173	3	16	9	1	223
Cesena	-	-	-	-	-	1	8	125	8	8	4	-	154
Rimini	-	1	-	-	3	1	8	10	324	60	70	2	479
<b>Regione Emilia-Romagna</b>	<b>209</b>	<b>447</b>	<b>398</b>	<b>515</b>	<b>792</b>	<b>251</b>	<b>359</b>	<b>333</b>	<b>343</b>	<b>323</b>	<b>199</b>	<b>17</b>	<b>4.186</b>

### Casi segnalati non residenti

La quota di casi segnalati non residenti in Emilia-Romagna è consistente: nell'intero periodo si attesta al 12,9% del totale delle notifiche pervenute, pari a 539 segnalazioni. Nel gruppo casi "importati" il 72,0% è di sesso maschile e l'89,1% dei soggetti ha un'età compresa tra i 20 e i 49 anni.

Il 47,5% 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 (13,8%), la Puglia (13,4%), la Sicilia (12,7%) e le Marche (11,3%).

### Casi segnalati residenti

Un quadro generale del fenomeno nei casi residenti in Emilia-Romagna viene sintetizzato in tabella 4. Le caratteristiche prevalenti della persona sieropositiva HIV sono: sesso maschile (73,7%), età compresa tra i 30 e i 39 anni (32,7%) e nazionalità italiana (70,9%).

**Tabella 4 – Casi con nuova diagnosi di HIV per sesso, classe d'età e Paese di nascita. Emilia-Romagna, 2006-2015.**  
(valori assoluti, percentuali e incidenza per 100.000 abitanti residenti)

		2006	2007	2008	Anno di diagnosi					2014	2015	2006-2015*
					2009	2010	2011	2012	2013			
Maschi	N. casi	256	275	310	303	278	270	270	225	270	231	2.688
	%	69,6	71,1	72,8	72,5	71,6	74,8	72,4	75,0	79,9	80,2	73,7
	Incid.	<b>12,6</b>	<b>13,4</b>	<b>14,9</b>	<b>14,4</b>	<b>13,0</b>	<b>12,6</b>	<b>12,5</b>	<b>10,4</b>	<b>12,5</b>	<b>10,7</b>	<b>12,7</b>
Femmine	N. casi	112	112	116	115	110	91	103	75	68	57	959
	%	30,4	28,9	27,2	27,5	28,4	25,2	27,6	25,0	20,1	19,8	26,3
	Incid.	<b>5,2</b>	<b>5,2</b>	<b>5,3</b>	<b>5,2</b>	<b>4,9</b>	<b>4,0</b>	<b>4,5</b>	<b>3,3</b>	<b>3,0</b>	<b>2,5</b>	<b>4,3</b>
<20	N. casi	7	4	3	6	3	2	2	3	3	3	36
	%	1,9	1,0	0,7	1,4	0,8	0,6	0,5	1,0	0,9	1,0	1,0
	Incid.	<b>1,0</b>	<b>0,6</b>	<b>0,4</b>	<b>0,8</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>
20-29	N. casi	74	84	76	78	65	53	69	64	79	47	689
	%	20,1	21,7	17,8	18,7	16,8	14,7	18,5	21,3	23,4	16,3	18,9
	Incid.	<b>17,1</b>	<b>20,0</b>	<b>18,2</b>	<b>18,6</b>	<b>15,5</b>	<b>12,6</b>	<b>16,5</b>	<b>15,4</b>	<b>19,3</b>	<b>11,6</b>	<b>16,5</b>
30-39	N. casi	136	139	147	152	125	112	126	75	99	81	1.192
	%	37,0	35,9	34,5	36,4	32,2	31,0	33,8	25,0	29,3	28,1	32,7
	Incid.	<b>19,6</b>	<b>20,1</b>	<b>21,2</b>	<b>22,0</b>	<b>18,3</b>	<b>16,7</b>	<b>19,3</b>	<b>11,9</b>	<b>16,5</b>	<b>14,0</b>	<b>18,1</b>
40-49	N. casi	93	96	122	110	124	109	99	94	90	88	1.025
	%	25,3	24,8	28,6	26,3	32,0	30,2	26,5	31,3	26,6	30,6	28,1
	Incid.	<b>14,5</b>	<b>14,6</b>	<b>18,1</b>	<b>15,8</b>	<b>17,3</b>	<b>15,0</b>	<b>13,4</b>	<b>12,6</b>	<b>12,1</b>	<b>11,8</b>	<b>14,5</b>
50 e +	N. casi	58	64	78	72	71	85	77	64	67	69	705
	%	15,8	16,5	18,3	17,2	18,3	23,5	20,6	21,3	19,8	24,0	19,3
	Incid.	<b>3,3</b>	<b>3,6</b>	<b>4,4</b>	<b>4,0</b>	<b>3,9</b>	<b>4,6</b>	<b>4,1</b>	<b>3,4</b>	<b>3,5</b>	<b>3,6</b>	<b>3,8</b>
Italiani	N. casi	248	279	320	291	268	268	246	219	237	208	2.584
	%	67,4	72,1	75,1	69,6	69,1	74,2	66,0	73,0	70,1	72,2	70,9
	Incid.	<b>6,4</b>	<b>7,1</b>	<b>8,2</b>	<b>7,4</b>	<b>6,8</b>	<b>6,8</b>	<b>6,3</b>	<b>5,6</b>	<b>6,1</b>	<b>5,3</b>	<b>6,6</b>
Stranieri	N. casi	120	108	106	127	120	93	127	81	101	80	1.063
	%	32,6	27,9	24,9	30,4	30,9	25,8	34,0	27,0	29,9	27,8	29,1
	Incid.	<b>41,5</b>	<b>34,0</b>	<b>29,0</b>	<b>30,1</b>	<b>25,9</b>	<b>18,6</b>	<b>24,0</b>	<b>14,8</b>	<b>18,8</b>	<b>14,9</b>	<b>23,6</b>
Tot. residenti	N. casi	368	387	426	418	388	361	373	300	338	288	3.647
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Incid.	<b>8,8</b>	<b>9,2</b>	<b>10,0</b>	<b>9,6</b>	<b>8,8</b>	<b>8,1</b>	<b>8,4</b>	<b>6,7</b>	<b>7,6</b>	<b>6,5</b>	<b>8,3</b>

\* L'incidenza media annuale è calcolata sulla popolazione media del periodo 2006-2015.

### Casi residenti in Emilia-Romagna segnalati da altre Regioni

Dal 2010, anno in cui il COA ha implementato un database nazionale con registrazione a livello individuale le nuove diagnosi di infezione da HIV, è possibile valutare anche la "mobilità passiva", cioè i residenti in Emilia-Romagna diagnosticati fuori dal territorio regionale. I casi notificati per l'intero periodo 2006-2015 fuori l'Emilia-Romagna sono 118; le regioni che hanno segnalato con maggior frequenza sono Lombardia (31,4%), Lazio (18,6%) e Veneto (17,8%).

I casi segnalati sono in gran parte di sesso maschile (82,2%) e in età compresa tra i 40 e 49 anni (33,9%).

Il rischio di trasmissione più frequentemente riportato è quello relativo a rapporti sessuali non protetti (71,2%; se distinto tra rapporti omosessuali ed eterosessuali le percentuali sono rispettivamente pari al 45,8% e al 25,4%).

Le analisi presentate nelle parti successive del report, salvo esplicite note, sono riferite ai soli cittadini residenti in Emilia-Romagna, esclusi i casi residenti segnalati da altre Regioni, in quanto le relative schede extraregionali, non sono corredate di tutte le informazioni contenute nel sistema di sorveglianza regionale.

## 3.2 Caratteristiche socio-demografiche

Le persone residenti e segnalate dai reparti di Malattie Infettive della Regione Emilia-Romagna sono risultate 3.647.

### Sesso ed età

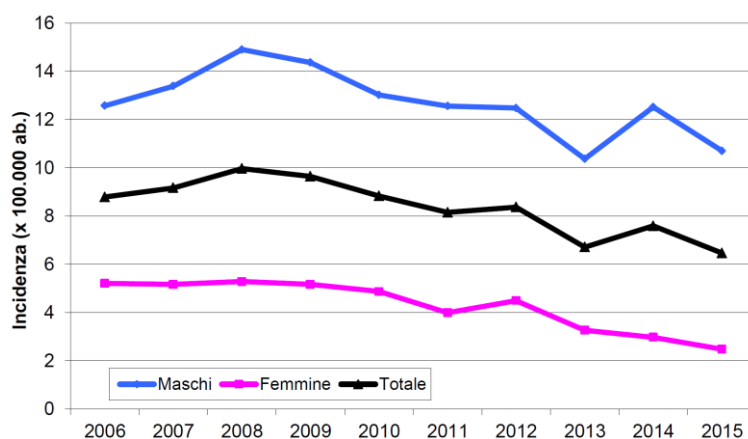
La distribuzione per sesso ed età dei casi, relativa a tutto il periodo considerato, è riportata in tabella 5. La fascia di età più rappresentata è quella compresa tra i 30 e i 49 anni (60,8% dei casi); questa proporzione è imputabile principalmente alla quota rilevante di maschi appartenenti a questa specifica classe di età. I maschi rappresentano il 73,7% dei casi totali, con 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, 2006-2015.**  
(valori assoluti, percentuali e incidenza media per 100.000 abitanti)

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	N	%	Inc.	N	%	Inc.	N	%	Inc.
< 20	18	0,7	0,5	18	1,9	0,5	36	1,0	0,5
20-29	439	16,3	20,7	250	26,1	12,1	689	18,9	16,5
30-39	850	31,6	25,4	342	35,7	10,5	1.192	32,7	18,1
40-49	816	30,4	22,8	209	21,8	6,0	1.025	28,1	14,5
50 e più	565	21,0	6,8	140	14,6	1,4	705	19,3	3,8
<b>Totale</b>	<b>2.688</b>	<b>100,0</b>	<b>12,7</b>	<b>959</b>	<b>100,0</b>	<b>4,3</b>	<b>3.647</b>	<b>100,0</b>	<b>8,3</b>

L'incidenza media annua osservata sull'intero periodo 2006-2015 è del 12,7 per 100.000 tra i maschi e 4,3 tra le femmine, con un andamento sostanzialmente in calo negli anni. L'incidenza negli uomini è sempre più elevata rispetto alle donne (figura 6). Nel 2015 si osserva un decremento registrato nei casi di entrambi i sessi. Un analogo andamento si evince anche dai dati dell'Osservatorio della Provincia di Modena<sup>3</sup> che dispone della serie storica dal 1985 e consente un'idea più esaustiva dell'andamento del fenomeno.

**Figura 6 – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV, per sesso e anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2015.** (per 100.000 abitanti)

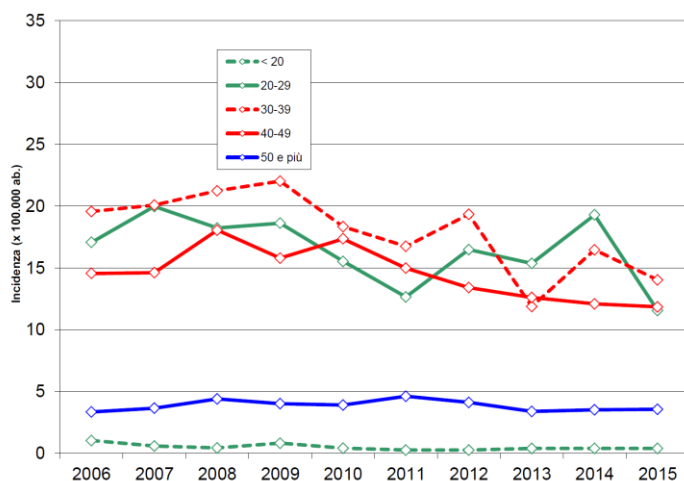


<sup>3</sup> Osservatorio provinciale sull'infezione da HIV di Modena, Edizione 2016.

L'età media delle persone al momento della diagnosi di infezione HIV è pari a 39,9 anni, in leggero incremento nel corso del periodo osservato (da 38,4 anni nel 2006 a 41,5 anni nel 2015). L'età mediana, indicatore che non risente del peso di osservazioni estreme, cresce rispettivamente da 37 a 41 anni.

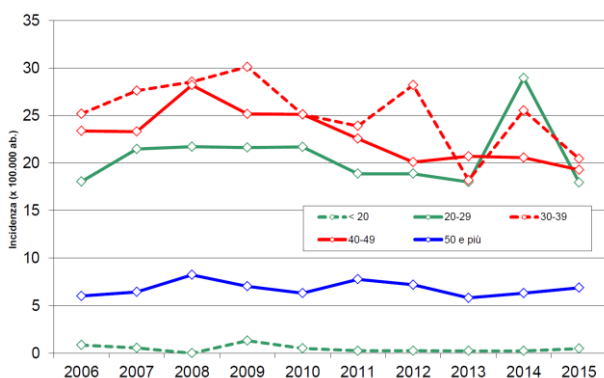
La rappresentazione dell'incidenza per classi età, distinta per anno di diagnosi, illustra come il fenomeno sia appena rilevabile per i giovanissimi con meno di 20 anni e al di sotto dei 5 casi ogni 100.000 abitanti per gli ultra cinquantenni. Per le persone di età compresa tra i 20 e 49 anni i casi incidenti hanno un andamento pressoché in calo dal 2006 ad oggi, con un picco in aumento nel 2014: nel 2015 si registra un calo di 7,7 casi per 100.000 abitanti tra coloro che hanno tra i 20 e i 29 anni e di 2,4 casi nella classe di età 30-39 rispetto l'anno precedente (figura 7).

**Figura 7 – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV, per fasce d'età e anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2015.**  
(per 100.000 abitanti)

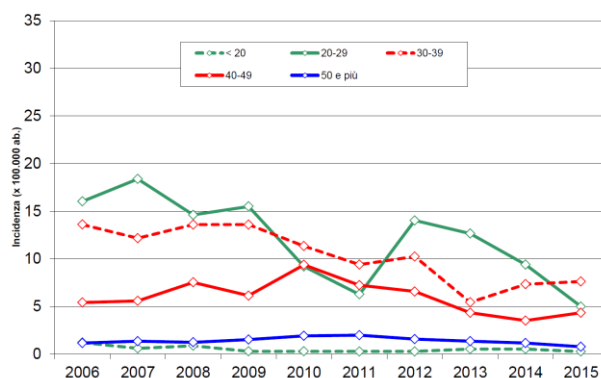


Se si osservano gli andamenti dei tassi d'incidenza specifici per età distinti per sesso, si nota come l'aumento nelle classi 20-29 e 30-39 anni osservato nel 2014 sia quasi completamente attribuibile agli uomini: la classe di età 20-29 ha raggiunto nel 2014 il suo massimo della serie storica (29,0 casi per 100.000), tornando invece nel 2015 ai livelli registrati negli anni precedenti (18,0 casi per 100.000 abitanti). Sempre tra i casi di sesso maschile si nota inoltre un lieve aumento nella classe di età 50 e più, mentre per le femmine si registra un forte calo nella classe 20-29 e un lieve aumento nelle classi di età 30-39 e 40-49.

**Figura 8 – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV nei maschi, per fasce d'età e anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2015.**  
(per 100.000 abitanti)



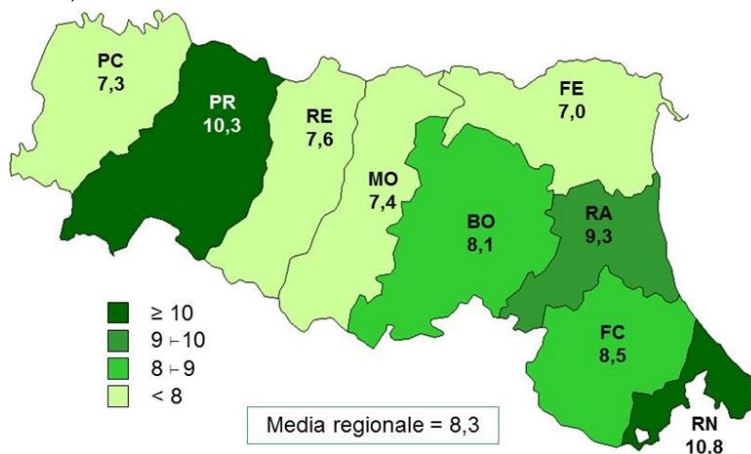
**Figura 9 – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV nelle femmine, per fasce d'età e anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2015.**  
(per 100.000 abitanti)



## Distribuzione geografica

Per una valutazione della diffusione dell'infezione da un punto di vista spaziale, è stata analizzata l'incidenza media nel periodo 2006-2015 per provincia di residenza (figura 10). Le province di Rimini (10,8 casi per 100.000 abitanti), Parma (10,3) e Ravenna (9,3) riportano incidenze più alte, mentre in quelle di Piacenza (7,3) e di Ferrara (7,0) il fenomeno è meno diffuso.

Figura 10 – Incidenza media delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2015. (per 100.000 abitanti)



\* L'incidenza media annuale è calcolata sulla popolazione media del periodo 2006-2015.

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 (17,4 casi per 100.000 abitanti). Per quanto riguarda le femmine, nelle quali l'incidenza è di 2-3 volte inferiore a quella dei maschi, la provincia con valori più alti risulta essere Parma (7,9).

Figura 11 – Incidenza media delle nuove diagnosi di infezione da HIV nei maschi, per provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006 - 2015. (per 100.000 abitanti)

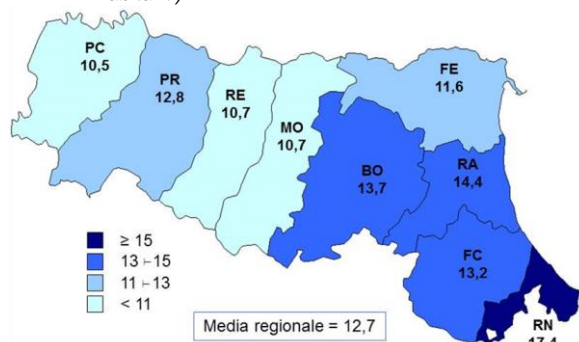
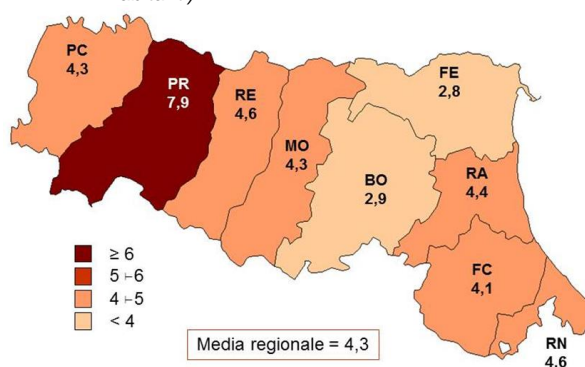


Figura 12 – Incidenza media delle nuove diagnosi di infezione da HIV nelle femmine, per provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006 - 2015. (per 100.000 abitanti)



\* L'incidenza media annuale è calcolata sulla popolazione media del periodo 2006-2015.



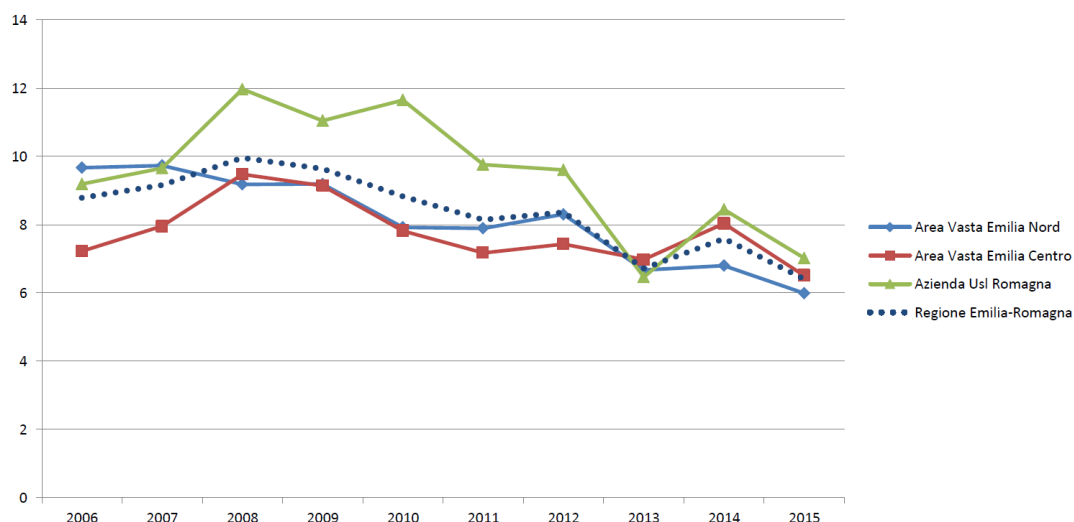
In tabella 6 è rappresentata la distribuzione annuale dei casi e dell'incidenza per provincia di residenza, mentre in figura 13 l'andamento è rappresentato per Ambito territoriale<sup>4</sup> di residenza. Si può notare come l'Azienda USL della Romagna, tranne che nel 2013, mantenga incidenze sempre al di sopra di quelle regionali. 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 e Azienda USL di appartenenza.

**Tabella 6 - Casi con nuova diagnosi di HIV e incidenza, distinti per anno di diagnosi e provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2015. (valori assoluti e incidenza per 100.000 abitanti)**

Provincia di residenza		Anno di diagnosi										2006-2015*
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Piacenza	N. casi	21	21	19	20	20	22	24	17	24	21	209
	Incid.	7,6	7,5	6,7	7,0	6,9	7,6	8,2	5,8	8,3	7,3	7,3
Parma	N. casi	54	50	47	57	33	37	58	40	33	38	447
	Incid.	13,0	11,9	11,0	13,2	7,5	8,4	13,0	8,9	7,4	8,5	10,3
Reggio Emilia	N. casi	41	55	55	44	44	40	36	33	26	24	398
	Incid.	8,3	11,0	10,8	8,5	8,4	7,5	6,7	6,2	4,9	4,5	7,6
Modena	N. casi	63	56	53	56	57	56	46	42	51	35	515
	Incid.	9,5	8,4	7,8	8,1	8,2	8,0	6,5	5,9	7,3	5,0	7,4
Bologna	N. casi	66	76	92	94	85	76	79	71	80	73	792
	Incid.	7,0	8,0	9,5	9,6	8,6	7,7	7,9	7,1	8,0	7,3	8,1
Ferrara	N. casi	28	28	33	28	20	21	22	24	29	18	251
	Incid.	8,0	7,9	9,3	7,8	5,6	5,8	6,1	6,7	8,2	5,1	7,0
Ravenna	N. casi	33	38	43	32	40	45	44	23	30	31	359
	Incid.	8,9	10,2	11,3	8,3	10,3	11,5	11,2	5,8	7,6	7,9	9,3
Forlì-Cesena	N. casi	29	32	44	43	40	29	33	27	28	28	333
	Incid.	7,7	8,5	11,5	11,1	10,2	7,3	8,3	6,8	7,1	7,1	8,5
Rimini	N. casi	33	31	40	44	49	35	31	23	37	20	343
	Incid.	11,4	10,5	13,4	14,5	15,1	10,6	9,3	6,9	11,0	5,9	10,8
Regione Emilia-Romagna	N. casi	368	387	426	418	388	361	373	300	338	288	3.647
	Incid. media annua	8,8	9,2	10,0	9,6	8,8	8,1	8,4	6,7	7,6	6,5	8,3

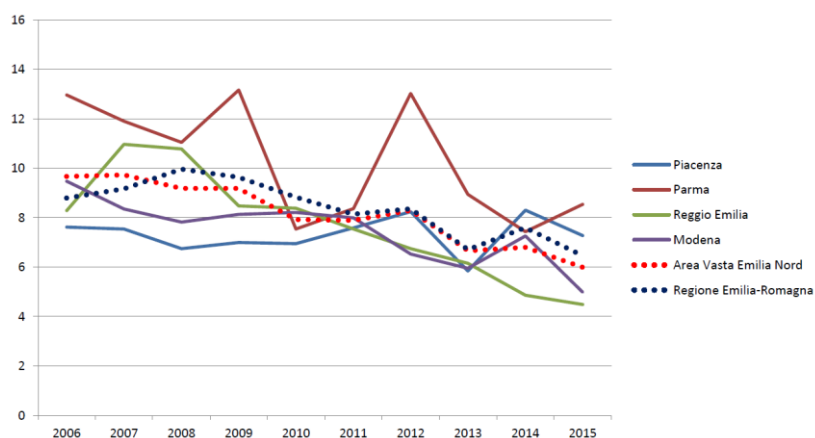
\* L'incidenza media annuale è calcolata sulla popolazione media del periodo 2006-2015.

**Figura 13 – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV distinta per residenza in Area Vasta e Azienda USL Romagna, per anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2015. (per 100.000 abitanti)**

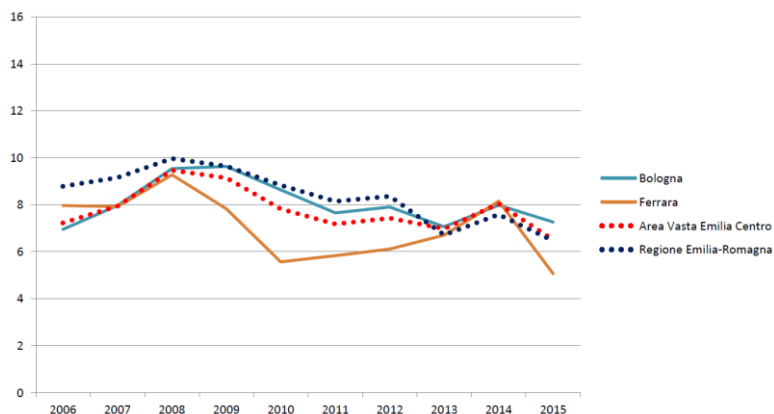


<sup>4</sup> Area Vasta Emilia Nord comprende le Aziende Sanitarie relative alle Province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena; Area Vasta Emilia Centro comprende le Aziende Sanitarie relative alle Province di Bologna e Ferrara; l'Azienda USL Romagna comprende le ex Aziende Sanitarie relative alle Province di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini.

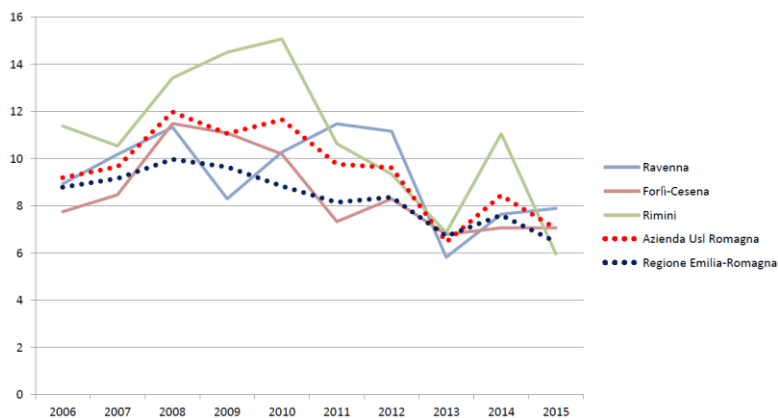
**Figura 13a – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV distinta per provincia di residenza e anno di diagnosi nell'Area Vasta Nord. Emilia-Romagna, 2006-2015. (per 100.000 abitanti)**



**Figura 13b – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV distinta per provincia di residenza e anno di diagnosi nell'Area Vasta Centro. Emilia-Romagna, 2006-2015. (per 100.000 abitanti)**



**Figura 13c – Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV distinta per provincia di residenza e anno di diagnosi nell'Azienda USL Romagna. Emilia-Romagna, 2006-2015. (per 100.000 abitanti)**



## Paese di nascita

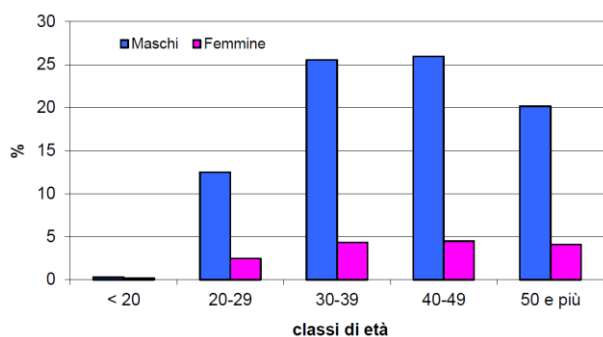
I più recenti approcci metodologici sugli immigrati, che distinguono i Paesi a seconda della loro appartenenza o meno ad aree economicamente sviluppate classificandoli rispettivamente in Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA<sup>5</sup>) e Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM<sup>6</sup>), non comportano grandi differenze nell'analisi dei dati: tra le nuove diagnosi di infezioni da HIV risulta infatti una bassissima percentuale di persone nate (0,8%) e cittadine (0,5%) in PSA (escludendo l'Italia). 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") dai nati in Italia ("italiani").

In Italia la proporzione di nati all'estero 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 fino al 28,8% nel 2015 (dati COA).

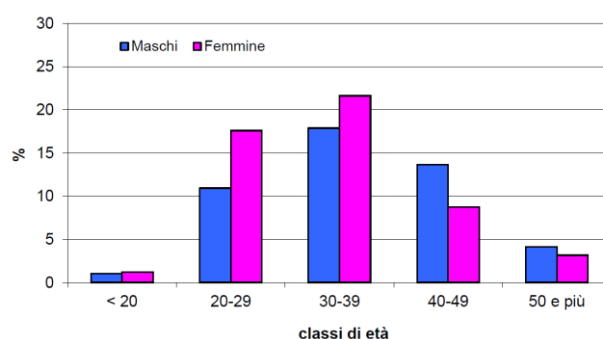
In Emilia-Romagna le persone residenti nate all'estero a cui viene diagnosticata una infezione da HIV (29,1% del totale) sono sensibilmente più giovani rispetto ai residenti nati in Italia e prevalentemente di sesso femminile (52,4%). L'età mediana alla diagnosi è di 36 anni per i maschi stranieri rispetto ai 41 degli italiani; nelle femmine la differenza si accentua maggiormente: 32 anni per le straniere rispetto ai 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 presentano 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, 2006-2015. (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, 2006-2015. (Valori percentuali)**



Va ricordato che in questi ultimi anni la popolazione immigrata residente è aumentata consistentemente. Per l'intero periodo, l'incidenza relativa a questa parte di popolazione è pari a 23,6 casi per 100.000 abitanti rispetto al 6,6 calcolato sui soli casi nati in Italia. Queste differenze, sicuramente presenti, verosimilmente sono meno rilevanti in quanto il denominatore di popolazione straniera sottostima la popolazione straniera

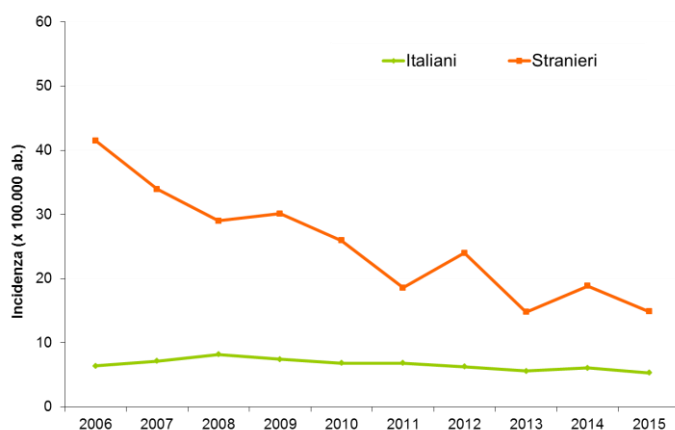
<sup>5</sup> Paesi inclusi nella lista PSA: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Città del Vaticano, Corea del Sud, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, San Marino, Spagna, Stati Uniti d'America, Svezia, Svizzera.

<sup>6</sup> Paesi inclusi nella lista PFPM: tutti gli altri Stati non inclusi nella lista PSA.

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 per Paese di nascita e anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2015. (per 100.000 abitanti)**



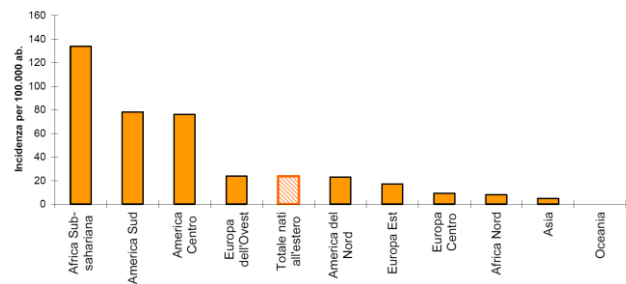
I nati all'estero ovviamente non sono rappresentativi di un'unica popolazione: più della metà dei casi nati all'estero proviene dall'Africa Sub-Sahariana (51,3%). Le altre aree maggiormente rappresentate sono l'Europa Centrale (13,0%), l'America del Sud (10,8%), l'Europa dell'Est (8,4%) e l'Africa del 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 (40,1%), l'America del Sud (17,8%) e l'Europa Centro (14,6%); per quanto riguarda le donne, invece, dopo l'Africa Sub-Sahariana (61,4%), le aree più rappresentate sono l'Europa dell'Est e l'Europa Centro (11,5% ciascuna) (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 al fine anche di mettere in campo azioni di prevenzione mirate, specifiche e più efficaci.

**Tabella 7 – Casi con nuova diagnosi di HIV per sesso e area geografica di provenienza. Emilia-Romagna, 2006-2015. (valori assoluti e percentuali)**

Area geografica di provenienza	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Africa Sub-sahariana	203	40,1	342	61,4	545	51,3
Europa Centro	74	14,6	64	11,5	138	13,0
America Sud	90	17,8	25	4,5	115	10,8
Europa Est	25	4,9	64	11,5	89	8,4
Africa Nord	49	9,7	25	4,5	74	7,0
Asia	23	4,5	15	2,7	38	3,6
America Centro	20	4,0	14	2,5	34	3,2
Europa Ovest	20	4,0	8	1,4	28	2,6
America del Nord	2	0,4	-	0,0	2	0,2
<b>Totale</b>	<b>506</b>	<b>100,0</b>	<b>557</b>	<b>100,0</b>	<b>1.063</b>	<b>100,0</b>

**Figura 17 – Incidenza media per area geografica di provenienza. Emilia-Romagna, 2006-2015. (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 quelle dell'Emilia: Parma (50,1%), Reggio Emilia (38,7%), Piacenza (37,8%) e Modena (34,6%) (tabella 8).

**Tabella 8 – Casi di nuove diagnosi di infezione da HIV, per Paese di nascita e provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2015. (valori assoluti e percentuali)**

Provincia di residenza	Stranieri		Italiani		Totali	
	N. casi	%	N. casi	%	N. casi	%
Piacenza	79	37,8	130	62,2	209	100,0
Parma	224	50,1	223	49,9	447	100,0
Reggio Emilia	154	38,7	244	61,3	398	100,0
Modena	178	34,6	337	65,4	515	100,0
Bologna	162	20,5	630	79,5	792	100,0
Ferrara	43	17,1	208	82,9	251	100,0
Ravenna	88	24,5	271	75,5	359	100,0
Forlì-Cesena	73	21,9	260	78,1	333	100,0
Rimini	62	18,1	281	81,9	343	100,0
<b>Regione Emilia-Romagna</b>	<b>1.063</b>	<b>29,1</b>	<b>2.584</b>	<b>70,9</b>	<b>3.647</b>	<b>100,0</b>

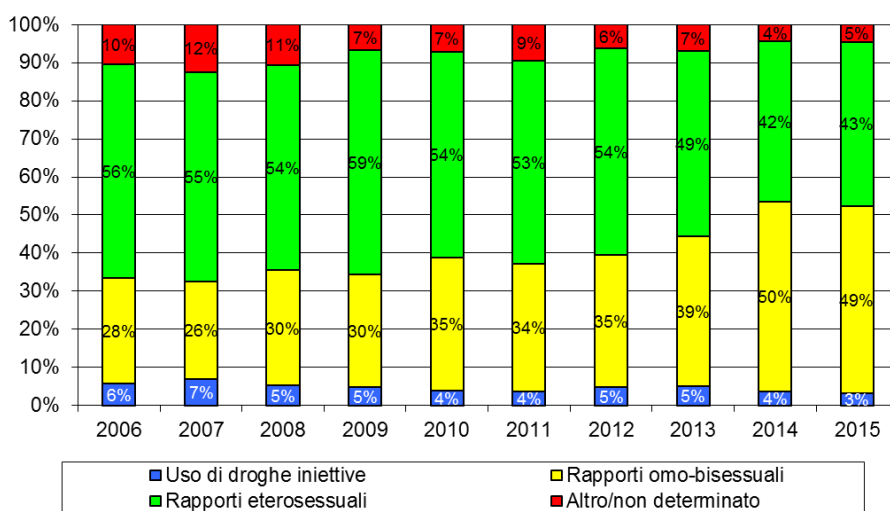
### 3.3 Modalità di trasmissione

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, sia calata drasticamente dal 76,2% registrato nel 1985 al 3,2% nel 2015<sup>7</sup>. In Emilia-Romagna, nei dieci anni di osservazione, tale percentuale non è mai superiore al 7% (3% nel 2015). D'altro canto, la proporzione dei casi attribuibili a trasmissione sessuale è invece aumentata: si è passati dall'84% nel 2006 al 92% nell'ultimo biennio (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.

In Emilia-Romagna nel 2015 la quota dei casi classificati come "Altro/Non determinato" è pari al 5%, mentre a livello nazionale questa percentuale raggiunge poco più del 10%.

**Figura 18 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione e anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2015.**



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 (75,5%) di persone che si sono infettate attraverso rapporti eterosessuali non protetti (tabella 9).

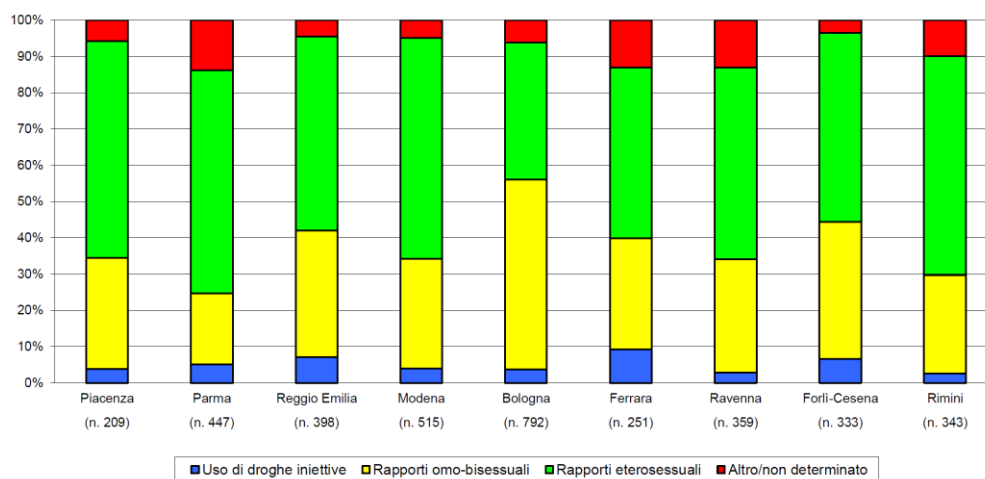
<sup>7</sup> Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2015, COA, Istituto Superiore di Sanità, 2016.

**Tabella 9 – Nuove diagnosi di infezione da HIV, per modalità di trasmissione e Paese di nascita. Emilia-Romagna, 2006-2015.**  
(valori assoluti e percentuali)

Modalità di trasmissione	Stranieri		Italiani		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Rapporti eterosessuali	803	75,5	1.110	43,0	1.913	52,5
Rapporti omo-bisessuali	154	14,5	1.115	43,2	1.269	34,8
Uso di droghe iniettive	25	2,4	147	5,7	172	4,7
Trasfusione	6	0,6	4	0,2	10	0,3
Verticale	4	0,4	4	0,2	8	0,2
Altro	19	1,8	51	2,0	70	1,9
Rischio non determinato	52	4,9	153	5,9	205	5,6
<b>Totale</b>	<b>1.063</b>	<b>100,0</b>	<b>2.584</b>	<b>100,0</b>	<b>3.647</b>	<b>100,0</b>

La tendenza rilevata a livello regionale si osserva anche a livello di provincia di residenza, con 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 la prima modalità di trasmissione è l'infezione attraverso rapporti omo-bisessuali (52,4% di tutti i casi notificati nell'intera provincia) (figura 19).

**Figura 19 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione e provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2015.**  
(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 assicurando la completa gratuità del test e il rispetto dell'anonimato se la prenotazione avviene mediante i canali predisposti<sup>8</sup>.

La scheda regionale di segnalazione di caso rileva anche il motivo per cui si è eseguito il test HIV, informazione estremamente interessante, soprattutto se osservata in relazione alle caratteristiche socio-demografiche.

Il 45,7% 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 (23,9%) 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 5,6% dei casi l'infezione è stata diagnosticata in uno dei due genitori in occasione di un controllo ginecologico in gravidanza.

In tabella 10 sono riportate inoltre le motivazioni di esecuzione del test nell'intero periodo 2006-2015, distinte per sesso Paese di nascita. Nella maggior parte dei maschi prevale come motivo di esecuzione del test il sospetto di patologia HIV correlata o MST (48,8%) e la percezione del rischio (27,8%); nelle femmine, oltre a queste due motivazioni (rispettivamente pari al 36,8% e 28,8%), si aggiunge una quota importante di donne che hanno scoperto di essere sieropositive in occasione di controlli per gravidanza (20,3%). Ulteriori motivazioni prevalenti, sempre in questo sottogruppo, sono l'offerta del test da parte dei Servizi (Consultori, Sert, Consultorio dedicato agli immigrati, ecc.), pari al 5,0%, e la diagnosi di sieropositività nel partner (7,8%).

Tra le persone straniere gli aspetti salienti sono la più bassa percezione del rischio (15,1% rispetto a 27,4% tra i nati in Italia) e un minore sospetto di patologia HIV-correlata o MST (40,5% rispetto a 47,8% degli italiani).

**Tabella 10 – Motivazioni dell'esecuzione del test HIV per Paese di nascita e sesso. Emilia-Romagna, 2006-2015. (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	45,5	35,9	40,5	49,6	38,1	47,8	48,8	36,8	45,7
Per percezione di rischio	22,7	8,3	15,1	29,0	19,2	27,4	27,8	12,8	23,9
Controllo in gravidanza	1,6	28,4	15,6	0,1	9,2	1,5	0,4	20,3	5,6
Partner HIV+	5,3	5,7	5,6	3,3	10,7	4,4	3,6	7,8	4,7
Test offerto da Servizi (consultori, Sert, carcere, etc.)	5,3	5,7	5,6	3,3	4,0	3,4	3,7	5,0	4,1
Donazione sangue/organo/tessuto/sperma	1,2	0,5	0,8	2,4	3,5	2,6	2,2	1,8	2,1
Prima di intervento chirurgico	1,2	1,4	1,3	1,8	2,5	1,9	1,7	1,9	1,7
Da campagna informativa	1,4	0,5	0,9	1,4	1,0	1,3	1,4	0,7	1,2
Contatto accidentale con sangue	0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	0,2	0,1	0,2	0,2
Madre HIV+	0,2	0,5	0,4	0,0	0,2	0,1	0,1	0,4	0,2
Altro (specificare)	13,4	9,7	11,5	6,2	6,7	6,3	7,6	8,4	7,8
Non indicato	2,2	3,2	2,7	2,7	4,5	3,0	2,6	3,8	2,9
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

<sup>8</sup> Informazioni reperibili al numero verde AIDS 800 856080 e su [www.helpaids.it](http://www.helpaids.it).



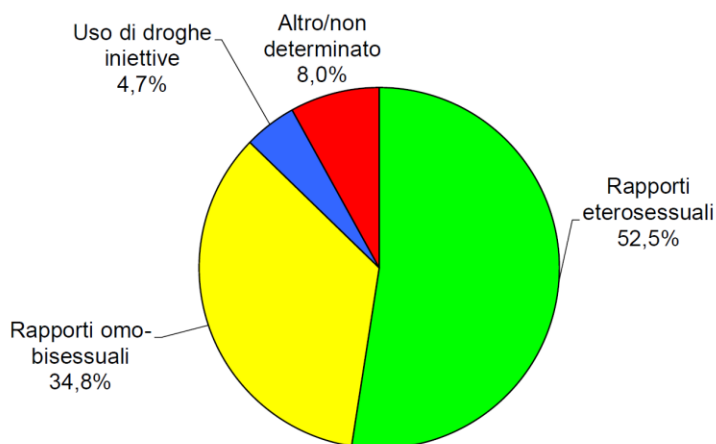
## 4. Comportamenti a rischio

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 tipo di trasmissione:

- *rapporti eterosessuali non protetti*
- *rapporti omo-bisessuali non protetti e MSM*
- *uso di droghe per via endovenosa – IDU.*

Un particolare approfondimento è stato riservato alla *sieropositività scoperta in gravidanza*.

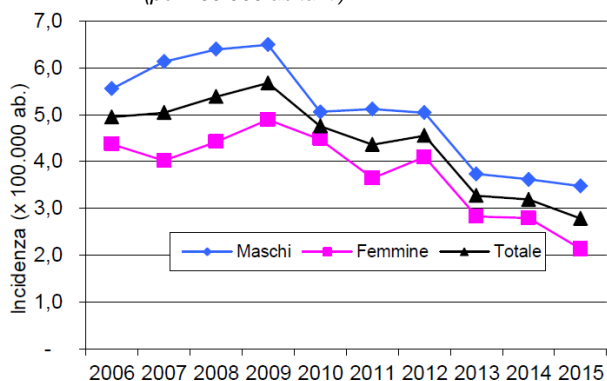
Figura 20 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione. Emilia-Romagna, 2006-2015. (valori percentuali)



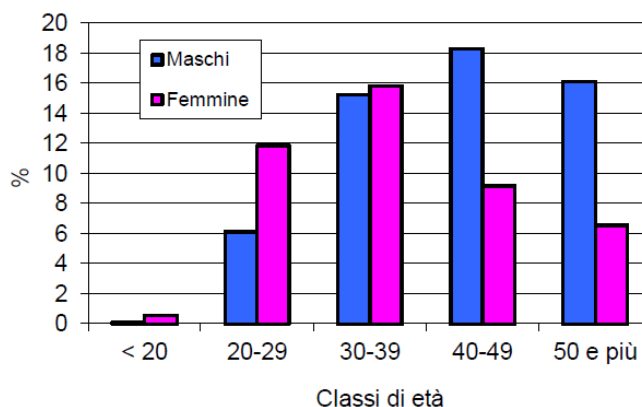
### 4.1 Trasmissione per rapporti eterosessuali non protetti

Il 52,51% dei casi osservati dichiara di essersi infettato attraverso rapporti eterosessuali non protetti. Di questi 1.913 soggetti, il 55,9% 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 più basso di quello registrato nella totalità dei casi (2,8:1). Il trend dell'incidenza, calcolata sull'intera popolazione regionale, mostra un andamento in crescita sino al 2009, per poi evidenziare un calo negli ultimi anni (figura 21).

**Figura 21 – 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, 2006-2015. (per 100.000 abitanti)**



**Figura 22 – Distribuzione per sesso ed età delle nuove diagnosi di infezione da HIV per coloro che si sono infettati tramite rapporti eterosessuali. Emilia-Romagna, 2006-2015. (valori percentuali)**

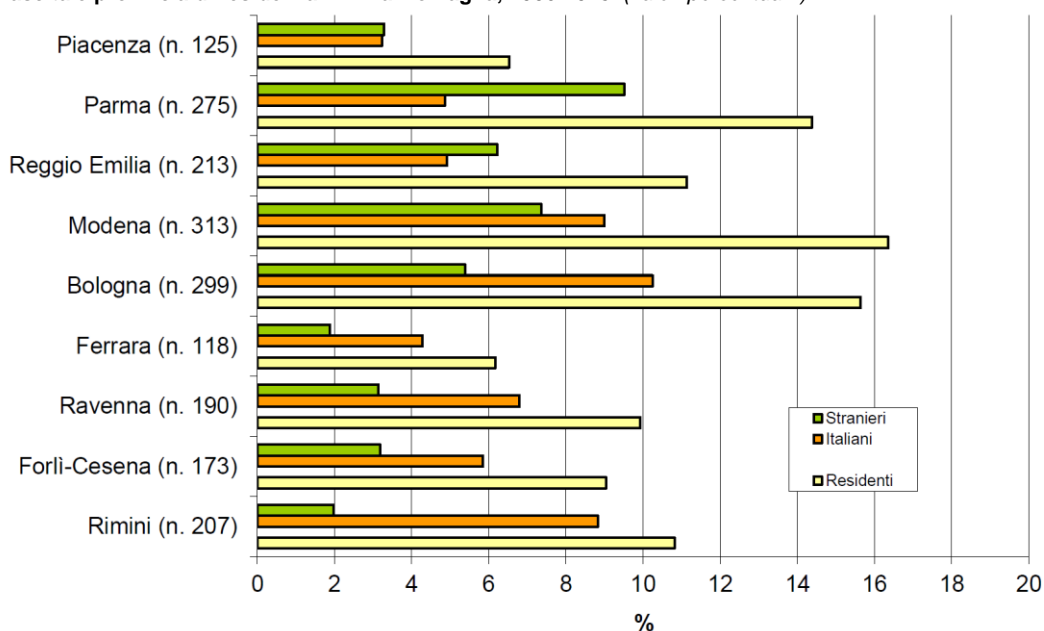


Come per coloro che si sono infettati utilizzando droghe per via iniettiva, anche per questo gruppo la distribuzione per età si differenzia per genere (figura 22). Negli uomini infatti l'età alla diagnosi è più elevata rispetto alle donne: quasi l'88,9% dei maschi che si sono scoperti sieropositivi a seguito di rapporti eterosessuali si è infettato dopo i 30 anni mentre il 62,9% delle donne ha un'età tra i 20 e 39 anni.

Le province con più casi sono Modena, Bologna e Parma.

Relativamente al Paese di nascita, il 42,0% 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 (55,9%) e Piacenza (50,4%), 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. Ferrara e Rimini risultano essere le province che presentano al loro interno il numero minore di stranieri infettati attraverso rapporti eterosessuali (figura 23).

**Figura 23 – 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, 2006-2015. (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 14,6% l'ha dichiarata come motivazione dell'esecuzione del test; quasi la metà ha invece eseguito il test per sospetta patologia HIV correlata o MST (47,3%). Si rileva inoltre come il 10,1% abbia fatto il test per un controllo in gravidanza (la donna stessa o il partner) e il 7,2% l'abbia eseguito perché frequentava un partner sieropositivo (tabella 11).

**Tabella 11 – Distribuzione di frequenza delle motivazioni dell'esecuzione del test HIV per coloro che si sono infettati tramite rapporti eterosessuali. Emilia-Romagna, 2006-2015. (valori assoluti e percentuali)**

Motivo di esecuzione del test	N	%
Sospetta patologia HIV correlata o MST	905	47,3
Per percezione di rischio	280	14,6
Controllo in gravidanza	193	10,1
Partner HIV+	137	7,2
Test offerto da Servizi (consultori, Sert, carcere, etc.)	56	2,9
Prima di intervento chirurgico	42	2,2
Donazione sangue/organo/tessuto/sperma	39	2,0
Da campagna informativa	22	1,2
Contatto accidentale con sangue	1	0,1
Altro	177	9,3
Non indicato	61	3,2
<b>Totale</b>	<b>1.913</b>	<b>100,0</b>

## 4.2 Trasmissione per rapporti omo-bisessuali non protetti e MSM

Le segnalazioni che riportano come modalità di trasmissione rapporti omo-bisessuali non protetti sono in totale 1.269, di cui cinque riguardano persone di sesso femminile (0,4%). 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 delle persone MSM è costituito da 1.264 casi (47,0% su 2.688 uomini). L'incidenza rileva un trend sostanzialmente stabile fino al 2013, in forte crescita nel 2014 (7,8 casi per 100.000 abitanti di sesso maschile), per poi diminuire nel 2015 attestandosi a 6,5 casi (figura 24). I dati dell'Osservatorio della Provincia di Modena confermano lo stesso andamento.

Figura 24 – Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per MSM, per anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2015. (per 100.000 abitanti)

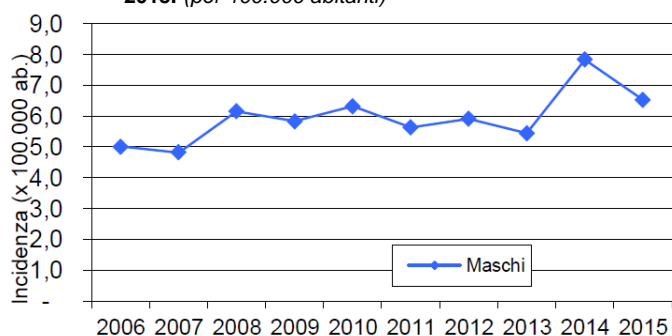
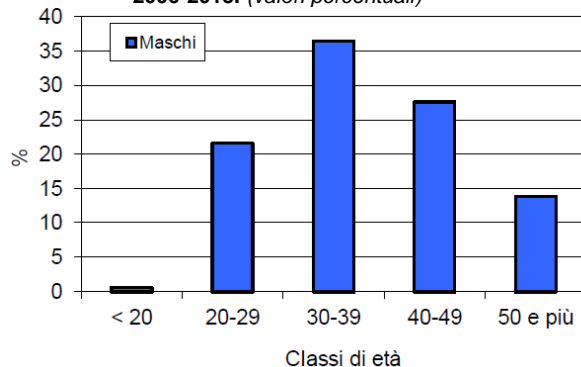


Figura 25 – Distribuzione per età delle nuove diagnosi di infezione da HIV per MSM. Emilia-Romagna, 2006-2015. (valori percentuali)

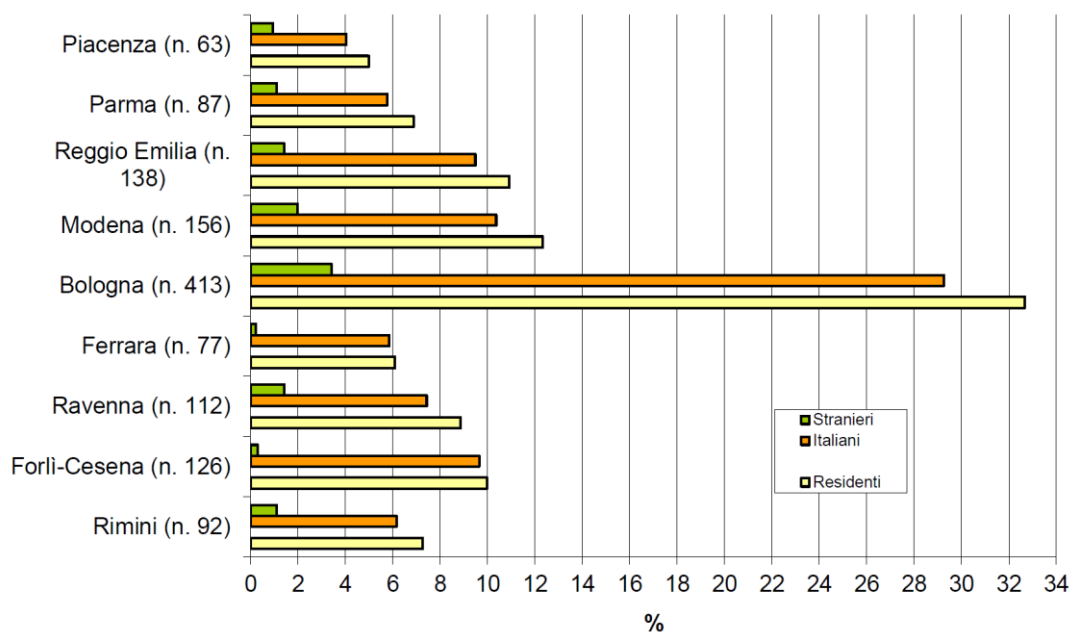


Quasi il 64,0% dei casi MSM scopre la propria sieropositività tra i 30 e i 49 anni (percentuale che raggiunge l'85,6% se si considerano i casi dai 20 anni), mentre sono 7 le persone che hanno scoperto di essere sieropositive in giovanissima età, tra i 18 e i 19 anni (figura 25).

Le province con una maggiore proporzione di nuove diagnosi da HIV tra gli MSM sono Bologna con 413 casi (32,7%), Modena e Reggio Emilia (figura 26).

Tra i nati in Italia la quota di MSM (43,1%) risulta consistentemente più alta rispetto a quella registrata tra i nati all'estero (14,2%).

**Figura 26 – Nuove diagnosi di infezione da HIV per MSM, per Paese di nascita e provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2015. (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 (44,1%); un'altra quota rilevante per percezione del rischio (41,5%) (tabella 12). Quest'ultimo valore conferma il fatto che le persone MSM mostrano un'alta percezione del rischio e pertanto eseguono meno tardivamente il test HIV rispetto agli altri casi legati a rapporti eterosessuali non protetti. Questo gruppo si caratterizza per la maggior esecuzione di test HIV nella vita: almeno 2 test il 41,2% degli MSM rispetto al 15,1% 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, 2006-2015. (valori assoluti e percentuali)**

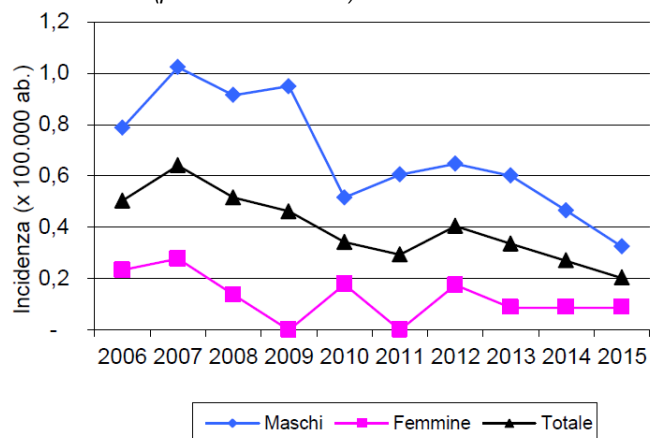
Motivo di esecuzione del test	N	%
Sospetta patologia HIV correlata o MST	558	44,1
Per percezione di rischio	524	41,5
Partner HIV+	30	2,4
Donazione sangue/organo/tessuto/sperma	27	2,1
Da campagna informativa	16	1,3
Prima di intervento chirurgico	11	0,9
Test offerto da Servizi (consultori, Sert, carcere, etc.)	9	0,7
Contatto accidentale con sangue	2	0,2
Altro	57	4,5
Non indicato	30	2,4
<b>Totale</b>	<b>1.264</b>	<b>100,0</b>

### 4.3 Trasmissione per uso di droghe per via endovenosa – IDU

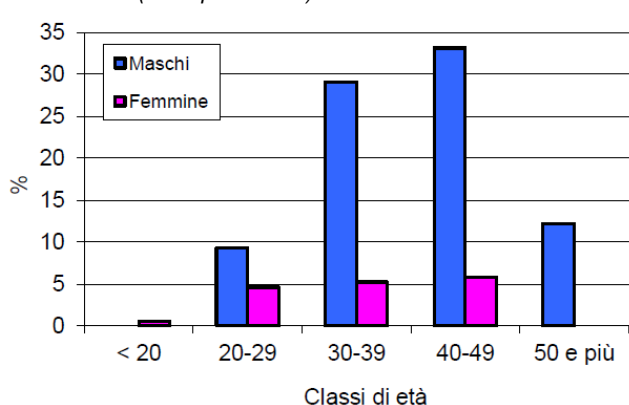
Su 3.647 segnalazioni, solo 172 (4,7%) riguarda la trasmissione con uso di droghe iniettive (IDU, *Injection Drug Users*). Di queste, la maggior parte sono di sesso maschile (83,7%), con un rapporto maschi/femmine (5,1:1) doppio rispetto a quanto rilevato sul totale dei casi.

Il 73,3% si è infettato tra i 30 e i 49 anni, mentre si registra un solo caso al di sotto dei 20 anni (figura 28). 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 per via iniettiva endovenosa<sup>9</sup>.

**Figura 27 – Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra IDU, per sesso e anno di diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2015.**  
(per 100.000 abitanti)



**Figura 28 – Distribuzione per sesso ed età delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra IDU. Emilia-Romagna, 2006-2015.**  
(valori percentuali)

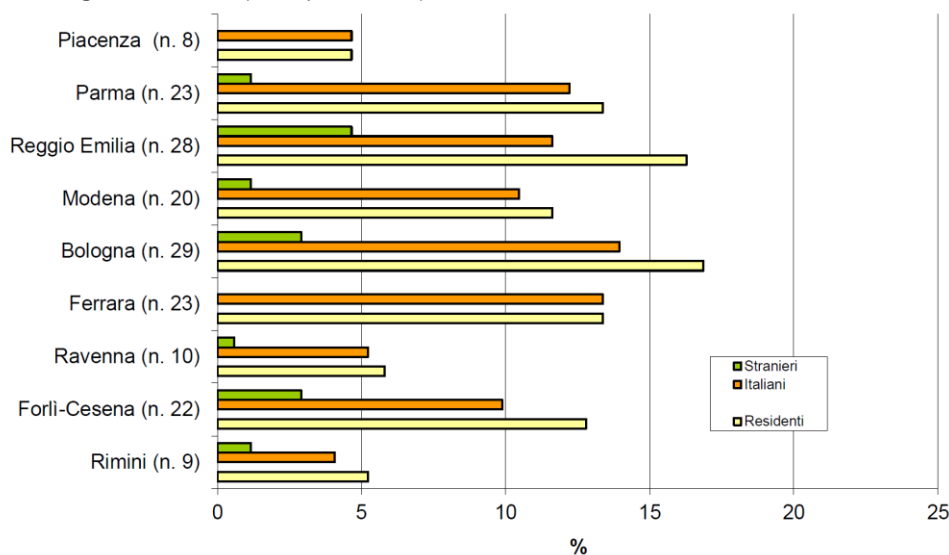


Nel corso dei 10 anni di rilevazione, l'incidenza per gli IDU, calcolata sull'intera popolazione regionale, risulta in decremento. I dati confermano come la trasmissione dell'infezione attraverso l'utilizzo di droghe per via endovenosa sia un fenomeno poco diffuso e tipicamente maschile (meno di 1 caso su 100.000 abitanti) (figura 27). Si sottolinea inoltre che questo è un gruppo costituito prevalentemente da italiani: tra i 172 casi di infezioni HIV tra IDU osservati, solo 25 sono residenti nati all'estero.

Le provincie che presentano più casi HIV tra IDU sono Reggio Emilia e Bologna, che hanno segnalato complessivamente il 33,1% dei casi notificati in regione.

<sup>9</sup> Rapporto 2010 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna, Osservatorio regionale sulle dipendenze, 2011.

**Figura 29 – Distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra IDU, per Paese di nascita e provincia di residenza. Emilia-Romagna, 2006-2015. (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 37,8% 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 (40,7%); altra motivazione prevalente è la percezione del rischio (11,0%) (tabella 13).

**Tabella 13 – Distribuzione delle motivazioni dell'esecuzione del test HIV tra IDU. Emilia-Romagna, 2006-2015. (valori assoluti e percentuali)**

Motivo di esecuzione del test	N	%
Sospetta patologia HIV correlata o MST	70	40,7
Test offerto da Servizi (consultori, Sert, carcere, etc.)	65	37,8
Per percezione di rischio	19	11,0
Prima di intervento chirurgico	3	1,7
Partner HIV+	1	0,6
Controllo in gravidanza	1	0,6
Altro	9	5,2
Non indicato	4	2,3
<b>Totale</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

Per ridurre la quota di persone *Late Presenter* il Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia-Romagna prevede un progetto specifico per offrire attivamente da parte dei Servizi Sanitari il test gratuito alle persone a rischio, comprese quelle che fanno uso di sostanze.

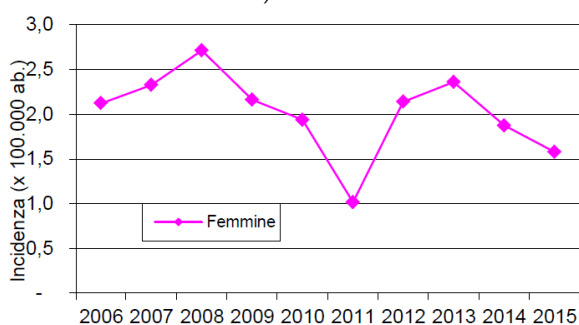
## 4.4 Sieropositività scoperta in gravidanza

Uno degli obiettivi primari della prevenzione contro l'infezione da HIV a livello mondiale 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.

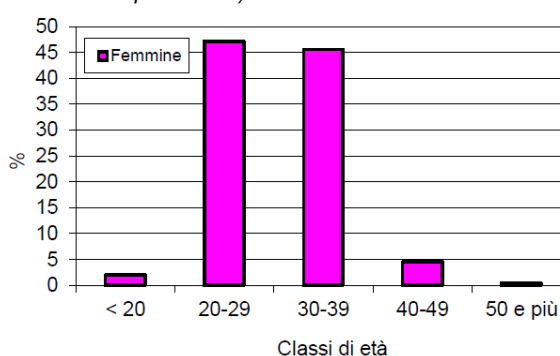
La quota di segnalazioni osservata durante un controllo ginecologico in gravidanza è pari al 5,6% del totale (205 persone). I ginecologi propongono il test ad entrambi i futuri genitori: il 4,9% dei casi che scopre la sieropositività durante l'attesa di un figlio è di sesso maschile.

Le donne che hanno dichiarato il controllo ginecologico in gravidanza come motivo di esecuzione del test risultano essere 195, pari al 20,3% 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: fino al 2008 registra una crescita, nel 2011 ha il valore più basso (1 caso per 100.000 in età fertile) poi torna a crescere negli anni successivi sino a raggiungere un'incidenza pari a 2,4 nel 2013. Nel 2014 e 2015 l'incidenza scende, raggiungendo nell'ultimo anno 1,6 casi (figura 30). La quasi totalità dei casi è compresa tra 20 e 39 anni (92,8%), anche se si registra una piccola quota di donne tra i 40 e 49 anni (4,6%) (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, 2006-2015. (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, 2006-2015. (valori percentuali)**



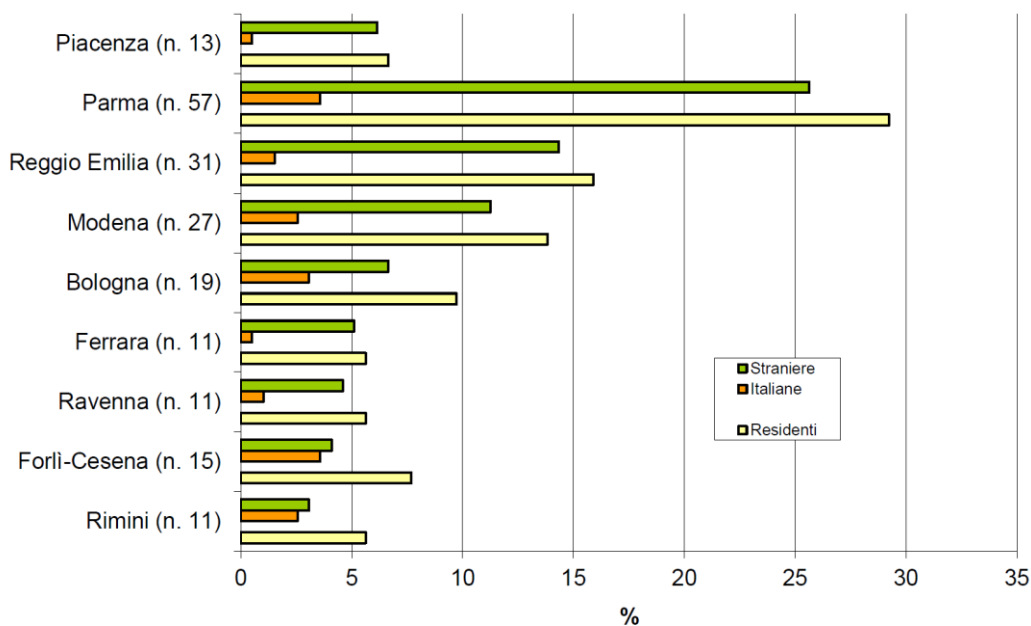
Come riportato dalla figura 32, il numero di notifiche relative a questo gruppo è estremamente eterogeneo anche se le province dove si concentrano i casi sono Parma e Reggio Emilia con rispettivamente 57 casi (29,2%) e 31 casi (15,9%).

È inoltre immediato osservare come questo fenomeno sia quasi esclusivamente relativo alle donne residenti straniere: esse rappresentano infatti l'81,0% 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 (70,9%), seguita da Europa Centrale (10,8%) ed Europa dell'Est (7,0%).



Nel periodo in esame la percentuale di donne straniere che hanno scoperto la sieropositività in gravidanza è del 28,4% rispetto a 9,2% nelle donne italiane.

**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, 2006-2015. (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.

**Tabella 14 – Distribuzione di frequenza dell'area geografica di provenienza per le donne che hanno scoperto la sieropositività in gravidanza. Emilia-Romagna, 2006-2015. (valori assoluti e percentuali)**

Area geografica di provenienza	N	%
Africa Sub-sahariana	112	70,9
Europa Centro	17	10,8
Europa Est	11	7,0
Africa Nord	6	3,8
America Sud	4	2,5
America Centro	3	1,9
Europa Ovest	3	1,9
Asia	2	1,3
<b>Totale</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>



## 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, poiché 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 a una riduzione del rischio di trasmissione (e quindi conseguentemente della quota di persone infette presenti sul territorio) anche una riduzione della spesa sanitaria in quanto i soggetti a cui viene diagnosticata tardivamente la sieropositività registrano tempi di ospedalizzazione più lunghi<sup>10</sup>.

Per approfondire l'aspetto del ritardo diagnostico sono stati utilizzati alcuni indicatori definiti a livello internazionale, quali la presenza di infezioni opportunistiche definenti l'AIDS (secondo la classificazione dello stadio clinico definito dal CDC di Atlanta nel 1993, *Centers for Disease Control and Prevention*<sup>11</sup>) 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 metodologico<sup>12</sup>.

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/mm<sup>3</sup>, 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/mm<sup>3</sup>, oppure persone che all'accesso presentavano già un quadro clinico di AIDS, indipendentemente dalla conta dei linfociti CD4.

Si precisa che queste categorie non sono tra loro esclusive, ma la seconda risulta essere un sottoinsieme della prima.

---

<sup>10</sup> 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.

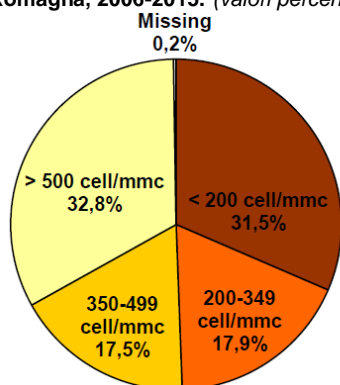
<sup>11</sup> 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults ([www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm)).

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

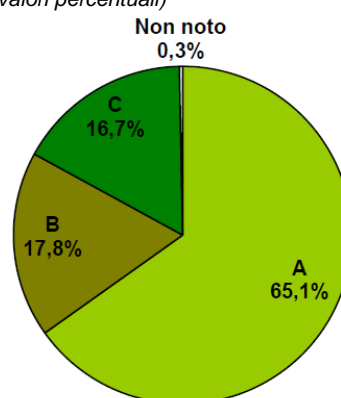
Se esaminiamo separatamente le due caratteristiche che considerate in modo integrato definiscono gli *Advanced HIV Disease Presenters* (AHDP) e i *Late Presenters* (LP), in Emilia-Romagna nel periodo 2006-2015 a un terzo delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV (33,3%) è stata diagnosticata la malattia ad uno stato avanzato (<200 cellule/mm<sup>3</sup>) (figura 33), con significative conseguenze per il sistema immunitario. Il dato italiano mostra come nel 2015 questa proporzione sia un po' più elevata (36,6%<sup>13</sup>).

Se si considera lo stadio clinico, classificato per gravità crescente da A a C, il 16,7% 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, 2006-2015. (valori percentuali)**



**Figura 34 – Distribuzione dei casi rispetto allo stadio clinico al momento della diagnosi. Emilia-Romagna, 2006-2015. (valori percentuali)**



Dal 2006 al 2015 sono stati segnalati tra i residenti in Emilia-Romagna 1.216 AHDP e 1.825 LP, pari rispettivamente al 33,3% e al 50,0% del totale. Nonostante nel 2015 la quota regionale dei *Late Presenters* sia inferiore alla proporzione rilevata a livello nazionale (51,0% verso 54,5%), tale valore rimane rilevante e necessita di potenziare gli interventi di prevenzione e di diagnosi precoce. L'analisi dell'andamento annuale delle quote di AHDP e LP mostra un trend altalenante simile nei due gruppi, con un picco registrato nel 2011 (41,6% AHDP e 58,2% LP) e valori in calo negli anni successivi, anche se nel 2015 si registra un lieve aumento rispetto il 2014.

Esaminando il paese di nascita circa 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 giunti tardi alla diagnosi di infezione (LP) sono il 47,3% rispetto al 56,7% degli stranieri; le proporzioni sono rispettivamente a 31,8% e 37,2% se si considerano gli AHDP.

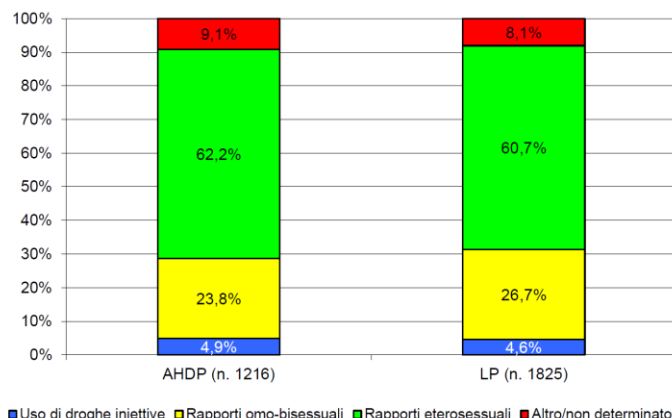
I pazienti *Advanced HIV Disease Presenters*, sono per il 73,1% di sesso maschile, con un'età mediana pari a 43 anni. Le caratteristiche socio-demografiche nei *Late Presenters* sono pressoché simili a quelle degli AHDP, con una minore proporzione di maschi (71,3%) e un'età mediana pari a 42 anni. Analizzando 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 86,0% e LP 87,7%); si nota però una proporzione minore di casi dovuti alla trasmissione omo-bisessuale (inferiore al 27%)

<sup>13</sup> Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2015, COA, Istituto Superiore di Sanità, 2016.

rispetto a quanto rilevato nei dati complessivi (34,8%), aspetto che conferma come questo sottogruppo sia più consapevole del rischio di trasmissione e ciò comporta minore ritardo alla diagnosi (figura 35).

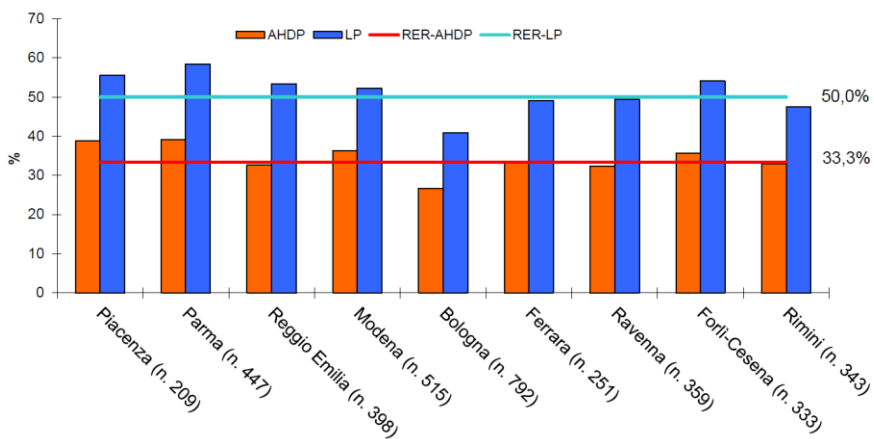
**Figura 35 – Nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione e distinto tra AHDP e LP. Emilia-Romagna, 2006-2015. (valori percentuali)**



La modalità con la frequenza maggiore risulta essere “Sospetta patologia HIV correlata o MST” (AHDP 74,0% e LP 61,6%); in generale altre motivazioni prevalenti sono la percezione del rischio e il controllo in gravidanza.

L’analisi dei dati relativa ai *Late Presenters* per provincia di residenza evidenzia che 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, 2006-2015. (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<sup>14,15</sup>.

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 nelle persone esposte al fattore di esposizione e la probabilità che l'evento accada tra le persone non esposte, 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, 2006-2015.**

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

Poiché 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 poco meno del 30% per ogni incremento quinquennale d'età, dato abbastanza omogeneo per i due gruppi osservati. Il rischio di essere classificato come AHDP è del 94% più alto tra i soggetti che si infettano attraverso rapporti eterosessuali e del 78% 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 27%. Per quanto riguarda gli LP, sempre riferendosi nel confronto alla categoria omo-bisessuale, coloro che hanno rapporti eterosessuali non protetti

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> Mroczek 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.

mostrano un rischio più alto del 73% e del 48% per coloro che usano droghe iniettive. In entrambi i gruppi, infine, il rischio è più elevato per gli stranieri rispetto agli italiani, rischio del 63% in più per AHDP e dell'81% per LP.

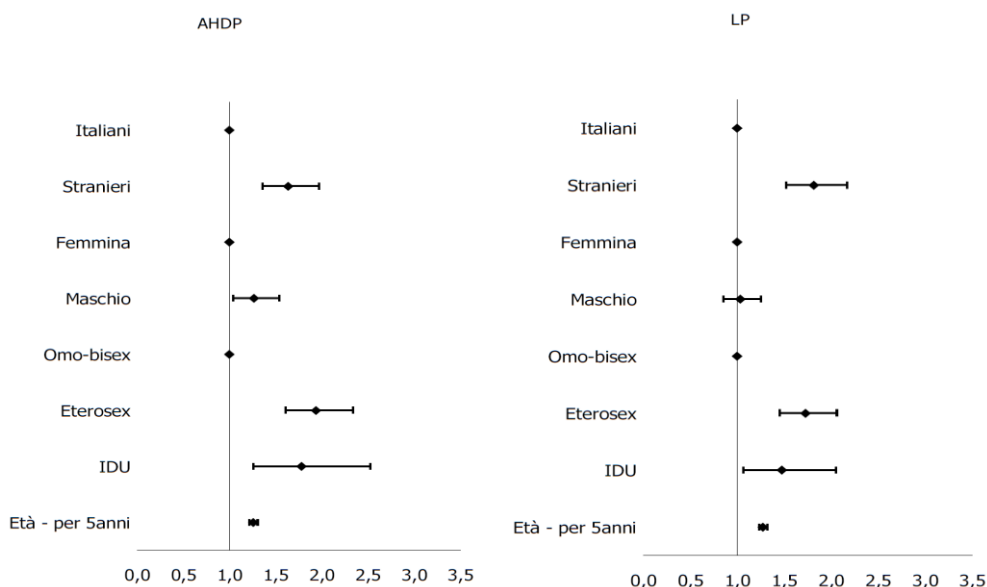
Quest'ultimo risultato è in linea con quanto riportato in uno studio, pubblicato su *AIDS Care*<sup>16</sup>, che rileva come in media trascorrono tre anni tra l'arrivo di un immigrato nel Paese ospitante e l'effettuazione del test HIV e che questo avvenga solo all'insorgere dei sintomi, cioè solo quando la persona sta male. Il ritardo di diagnosi e di accesso alla terapia è verosimilmente correlato con le difficoltà nell'accedere ai servizi, anche da parte di immigrati regolari.

In un'ottica di prevenzione appare importante una maggiore diffusione delle informazioni di base (dove e come fare il test) e la presenza di una figura professionale in grado di comunicare con la persona nella sua lingua ("mediatore culturale"). Negli ultimi anni anche nella nostra regione è stata utilizzata frequentemente questa figura, anche se, come riferito da alcuni pazienti, tale figura non sempre viene accettata completamente per la paura che il mediatore 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, 2006-2015.**

Caratteristica	AHDP			LP		
	O.R.	I.C. al 95%	p-value	O.R.	I.C. al 95%	p-value
Italiani	1			1		
Stranieri	1,63	1,36 - 1,97	0,000	1,81	1,52 - 2,17	0,000
Femmina	1			1		
Maschio	1,27	1,04 - 1,54	0,019	1,03	0,85 - 1,25	0,743
Omo-bisex	1			1		
Eterosex	1,94	1,61 - 2,34	0,000	1,73	1,45 - 2,06	0,000
IDU	1,78	1,25 - 2,52	0,001	1,48	1,06 - 2,05	0,020
Età (per incrementi di 5 anni)	1,26	1,21 - 1,30	0,000	1,27	1,23 - 1,32	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, 2006-2015.**



<sup>16</sup> 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.

## 5.1 Infezioni recenti

Contemporaneamente all'importanza di identificare i *Late Presenter* sarebbe necessario conoscere il numero di nuove infezioni da HIV e la loro datazione, dato non monitorato dal Sistema di Sorveglianza regionale che registra unicamente le nuove diagnosi. La distinzione tra infezione acuta e infezione progressiva rappresenta uno dei problemi di maggiore attualità nell'infezione da HIV al fine di ottenere informazioni precise relativamente al periodo di incubazione, di fornire al clinico indicazioni cruciali per l'inizio della terapia e di controllare la diffusione dell'infezione. Questo è diventato uno degli obiettivi di prevenzione della Regione Emilia-Romagna che ha finanziato, con delibera di Giunta regionale del 10/06/2013 n. 768, un progetto di formazione-intervento sull'uso del test di avidità anticorpale per la caratterizzazione delle nuove diagnosi di infezione da HIV assegnando tale progetto all'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, dove ha sede il laboratorio centro di riferimento per l'AIDS.

Il test di avidità effettuato su 889 nuovi riscontri di infezione relativi alle 4.186 segnalazioni totali pervenute in Regione dal 2006 al 2015 (21,2%), ha identificato, attraverso l'indice di avidità (AI), 147 infezioni acquisite nell'ultimo semestre prima della diagnosi (infezioni recenti con AI < 0,8 OD) pari al 16,5% dei riscontri esaminati. Negli anni 2014 e 2015 si sono testati rispettivamente il 73,2% e il 73,0% delle diagnosi e sono risultate infezioni recenti il 20,1% e il 15,7%<sup>17</sup>.

Obiettivo futuro sarà quello di testare in maniera sistematica tutte le nuove diagnosi riscontrate per permettere una stima più precisa dell'incidenza delle infezioni da HIV.

---

<sup>17</sup> Musumeci G. et al. "HIV-1 early and late diagnosis in the Emilia Romagna Region (Italy): a three-year study"; *New Microbiol* 39 (4). 2016 Sep 13.



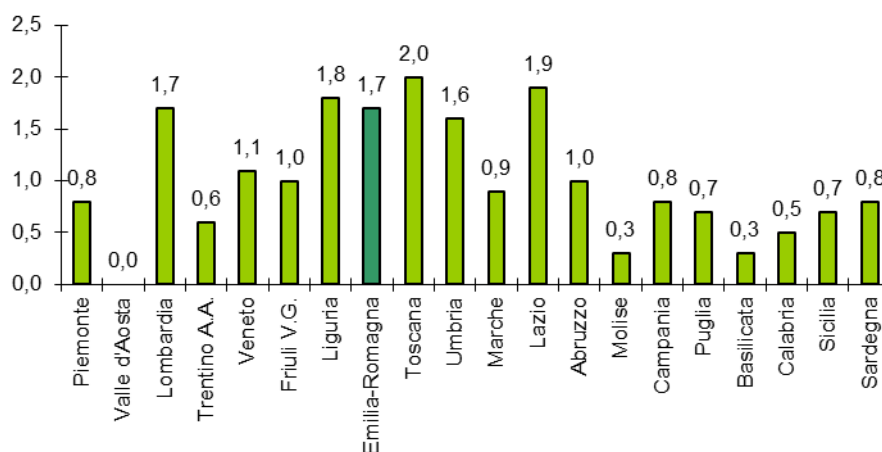
## 6. L'AIDS in Emilia-Romagna

I dati del Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità, aggiornati al 31/12/2015, documentano come in Italia ci siano stati 68.116 casi di AIDS dall'inizio dell'epidemia, con più di 43 mila decessi. In Emilia-Romagna, nel periodo 1984-2015, sono 7.469 i casi di AIDS notificati da parte delle strutture sanitarie regionali, mentre i malati di AIDS residenti in regione sono 6.511 (di questi solo il 5,2% sono casi segnalati da altre regioni). Come spiegato precedentemente, 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 risultare lievemente sottostimati.

L'analisi delle principali caratteristiche demografiche della popolazione malata residente in Emilia-Romagna mostra 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 anni per le femmine e 49 per i maschi nel 2015), una sempre maggiore percentuale di casi notificati in cittadini di nazionalità straniera e una bassissima percentuale di casi pediatrici (pari al 1,0% al 2015).

Nel confronto nazionale, secondo i dati COA, nell'anno 2015 l'Emilia-Romagna si è posta al quarto posto insieme alla Lombardia con un tasso di incidenza pari a 1,7 casi per 100.000 abitanti, dopo Toscana, Lazio e Liguria (figura 38).

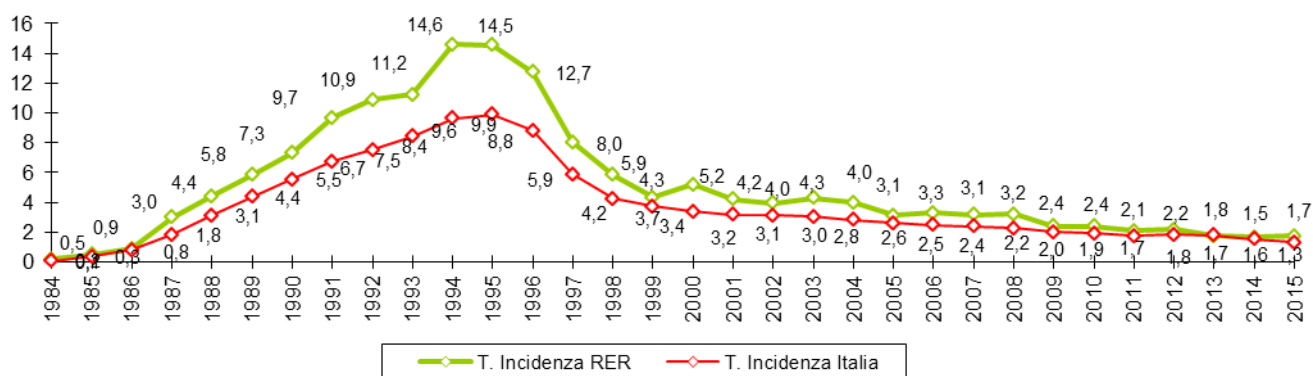
Figura 38 - Incidenza di AIDS per regione di residenza. Casi notificati nel 2015. (per 100.000 abitanti)



Fonte: COA – Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2015

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

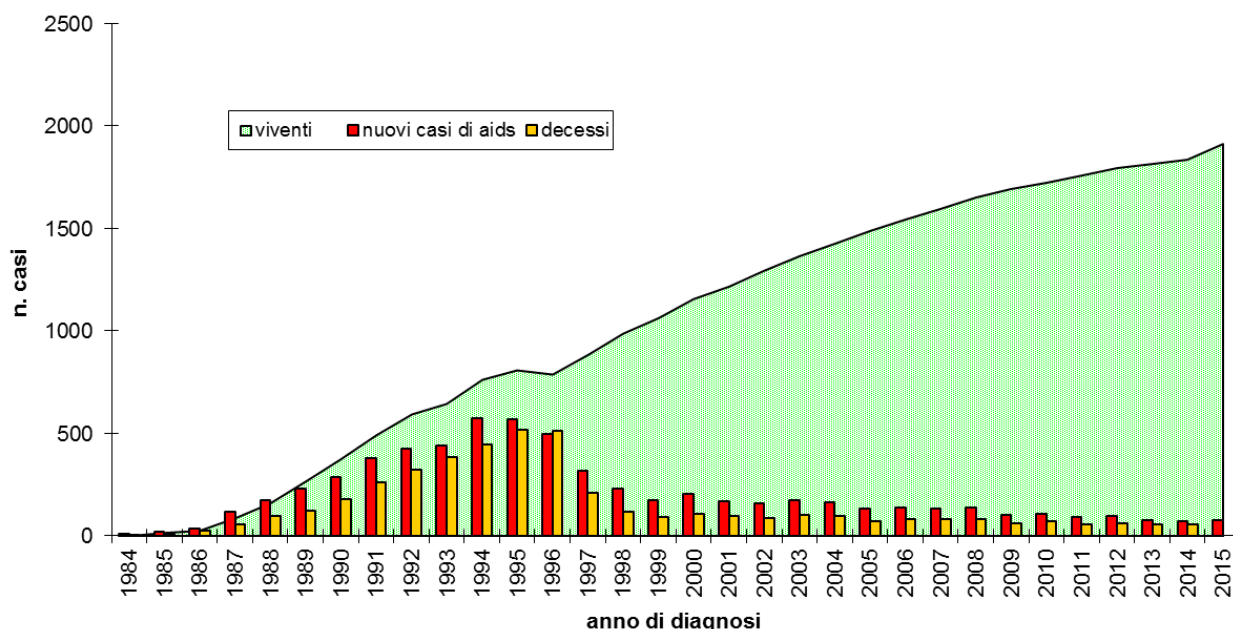
**Figura 39 - Incidenza di AIDS in Emilia-Romagna e in Italia per anno di diagnosi. Periodo 1984-2015. (per 100.000 abitanti)**



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 31/12/2015

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, 1984-2015. (valori assoluti)**

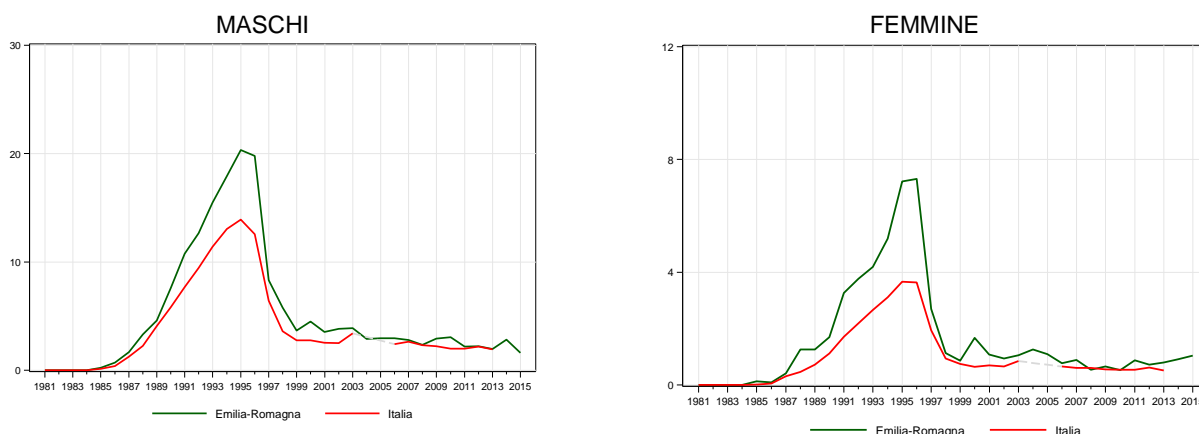


Fonte: Sistema di sorveglianza delle diagnosi di AIDS - Regione Emilia-Romagna

Il trend temporale dei tassi standardizzati di mortalità (calcolati con il metodo di standardizzazione diretta, tenendo come popolazione standard quella dell'Italia 2001) mostra un aumento della mortalità in entrambi i sessi fino a metà degli anni '90; successivamente si è assistito a 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 2001), distinti per sesso. Emilia-Romagna e Italia, 1981-2015. (per 100.000 abitanti)**



Fonte: Registro mortalità - Regione Emilia-Romagna

In tabella 17 sono riportati, per ciascun Ambito territoriale di residenza, i casi incidenti nel 2014 e 2015 e i casi prevalenti al 2015, con le relative incidenze e prevalenze. Dal confronto geografico emerge che le Aziende USL di Ferrara, Bologna e Romagna presentano incidenze medie più elevate rispetto al valore regionale.

Gli ambiti territoriali che mostrano prevalenze elevate sono quelle di Ravenna (67,5 casi per 100.000 abitanti), Forlì (58,9), Rimini (56,4) e l'Azienda USL di Imola (54,7). In figura 42 si rappresenta 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 Ambito territoriale di residenza: incidenza nel 2014-2015 e prevalenza al 31/12/2015. (per 100.000 abitanti)**

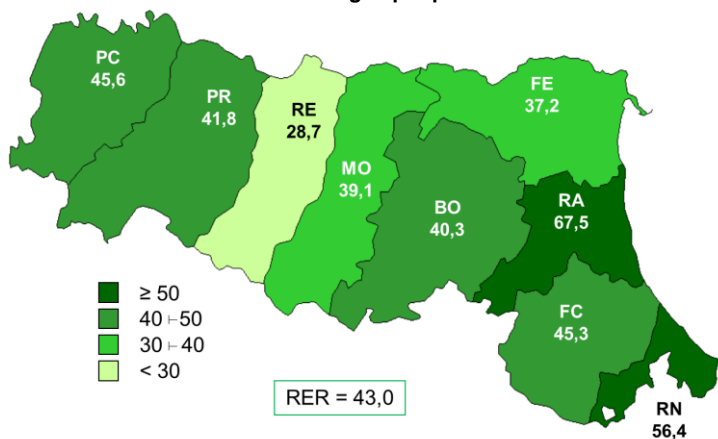
Ambito territoriale	Totale casi residenti 1984-2015	Incidenza AIDS			Prevalenza AIDS	
		Nuovi casi anno 2014	Nuovi casi anno 2015	Incidenza annuale, biennio 2014-2015*	Casi prevalenti al 31/12/2015	Prevalenza al 31/12/2015**
<b>AUSL Piacenza</b>	390	4	5	1,6	131	45,6
<b>AUSL Parma</b>	500	7	8	1,7	187	41,8
<b>AUSL Reggio Emilia</b>	504	7	6	1,2	153	28,7
<b>AUSL Modena</b>	782	9	10	1,4	275	39,1
<b>AUSL Bologna</b>	1.415	19	15	1,9	333	38,1
<b>AUSL Imola</b>	247	1	2	1,1	73	54,7
<i>Prov. di Bologna</i>	1.662	20	17	1,8	406	40,3
<b>AUSL Ferrara</b>	541	10	7	2,4	131	37,2
Ex AUSL Ravenna	950	7	9	2,0	265	67,5
Ex AUSL Forlì	363	3	4	1,9	110	58,9
Ex AUSL Cesena	268	2	4	1,4	69	33,1
<i>Prov. di Forlì-Cesena</i>	631	5	8	1,6	179	45,3
Ex AUSL Rimini	551	4	7	1,6	190	56,4
<b>AUSL Romagna</b>	2.132	16	24	1,8	634	56,4
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>6.511</b>	<b>73</b>	<b>77</b>	<b>1,7</b>	<b>1.917</b>	<b>43,0</b>

\* popolazione di riferimento: media della popolazione degli anni 2015 e 2014 rilevate al 01/01

\*\* popolazione di riferimento al 31/12/2015

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 31/12/2015. (per 100.000 abitanti)

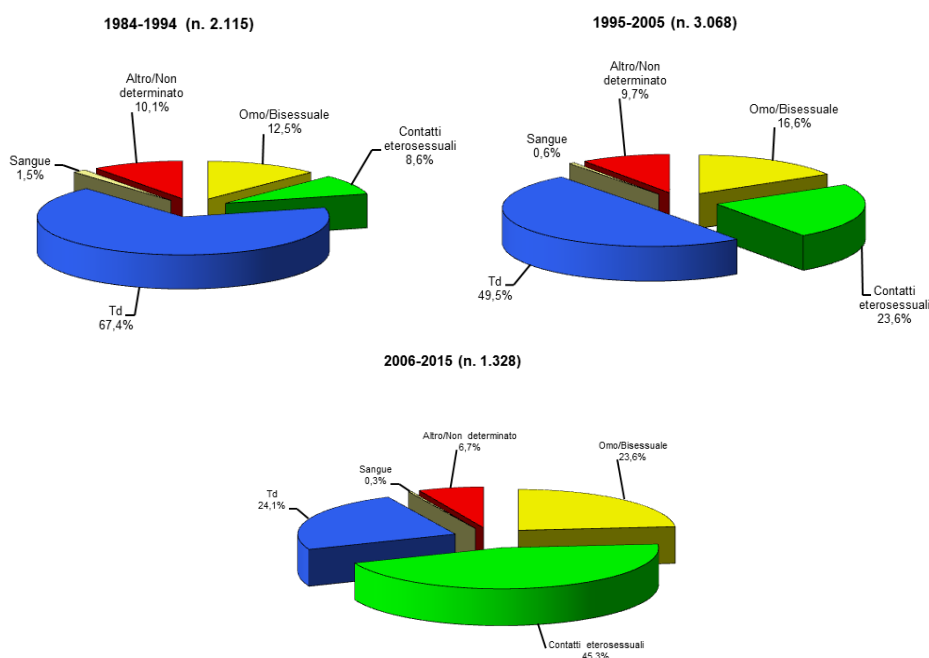


Fonte: Sistema di sorveglianza delle diagnosi di AIDS - Regione Emilia-Romagna

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: fino al 1994 la modalità di trasmissione prevalente era l'uso di droghe per via iniettiva (67,4%) e solo l'8,6% dei casi si ammalava a causa di rapporti eterosessuali non protetti, nell'ultimo periodo considerato (2006-2015) si assiste ad un'inversione di tendenza: la quota degli ammalati a causa dell'uso di droghe iniettive è pari al 24,1%, mentre la quota legata ai rapporti eterosessuali si attesta al 45,3%. Sommando le quote dei casi che si sono ammalati attraverso rapporti eterosessuali e omo-bisessuali a rischio, si osserva che tra il 2006 e il 2015 il 68,9% dei casi è riconducibile a rapporti sessuali (figura 43).

Figura 43 – Distribuzione percentuale dei casi adulti di AIDS per modalità di trasmissione in diversi periodi. Emilia-Romagna, 1984-2015.

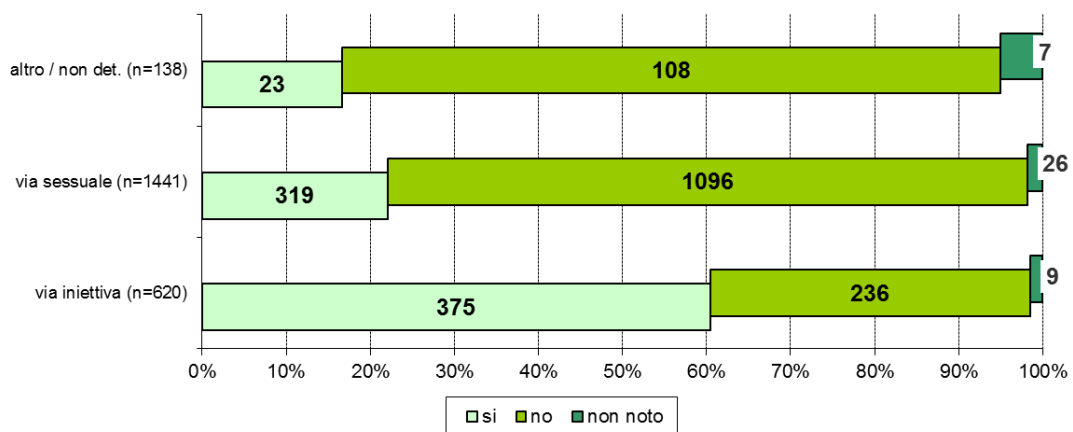


Fonte: Sistema di sorveglianza delle diagnosi di AIDS - Regione Emilia-Romagna

È inoltre importante sottolineare come l'uso della terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS conclamato sia influenzato fortemente dalla modalità di trasmissione: dal 1999 soltanto il 22,1% dei pazienti con fattore di rischio sessuale (omosessuale, bisessuale o eterosessuale) ha effettuato una terapia antiretrovirale, contro il 60,5% dei tossicodipendenti (figura 44); nei quali si registra un utilizzo più precoce del test e un conseguente ricorso tempestivo alla terapia antiretrovirale per 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: nel 1996 tale percentuale era pari al 13,7%, mentre nel 2015 è salita al 49,1%, quasi una persona su due. Si sottolinea che spesso coloro che riferiscono come modalità di trasmissione "contatti sessuali" sono proprio 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, 1999-2015.**



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 2006-2015 è pari a 8,3 casi per 100.000 abitanti; il valore registrato nell'ultimo anno, pari a 6,5 conferma comunque un trend in leggera diminuzione.

I dati desunti dal sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di HIV evidenziano che, ancora oggi, a circa 300-350 persone residenti in Emilia-Romagna, viene diagnosticata ogni anno la condizione di sieropositività HIV. Le persone sieropositive osservate nel periodo 2006-2015 sono prevalentemente: maschi (73,7%), di età compresa tra i 30 e i 39 anni (32,7%), di nazionalità italiana (70,9%).

La modalità di trasmissione principale risulta essere nell'87,3% dei casi quella sessuale (52,5% eterosessuale e 34,8% omo-bisessuale) valore che sale al 92,4% nell'anno 2015. Le donne che hanno scoperto la sieropositività durante la gravidanza sono il 20,3% 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/mm<sup>3</sup>) sono una quota consistente: il 50,0% delle diagnosi HIV nel periodo 2006-2015. Per il solo anno 2015 tale proporzione risulta 51,0%, valore molto inferiore rispetto a quello nazionale che si attesta al 54,5%. Si ricorda che una diagnosi precoce permette di attivare tempestivamente cure efficaci e pertanto occorre continuare gli interventi tesi a promuovere l'uso di test e aumentare la consapevolezza dei rischi.

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 2015 i nuovi casi in AIDS residenti in Emilia-Romagna sono stati 77, dato che però può risultare sottostimato per effetto del ritardo di notifica. Il tasso di incidenza biennale 2014-2015, più stabile, evidenzia 1,7 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.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 fa proprie queste indicazioni.