

Intero periodo (1991-2013)

Nell'intero periodo, il 70,7% (n. 1.927) dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 29,3% (n. 800) in donne. L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 30 anni (range interquartile - IQR, 26-35 anni); in particolare 31 anni (IQR 27-36 anni) per gli uomini e 28 anni (IQR 24-33 anni) per le donne.

Il 7,7% (n. 199) degli IDU con IST era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall'Africa (rispettivamente, 56,5% e 22,3%).

Il 71,8% degli IDU con IST ha riferito di avere frequentato la scuola dell'obbligo, il 22,3% di possedere un diploma di scuola media superiore, il 4,5% di essere in possesso di una laurea e solo l'1,4% ha riferito di non avere nessuna istruzione.

Il 42,0% degli IDU con IST ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 44,9% da due a cinque e il 13,1% sei o più.

Relativamente all'utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 41,7% degli IDU con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo. Il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 13,1% degli IDU, invece il 41,7% degli IDU ha riferito di utilizzarlo saltuariamente.

Oltre un terzo degli IDU con IST (41,8%) ha riferito di avere avuto una IST in passato. L'83,1% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in eterosessuali e il 16,9% in MSM. Tra le donne il 100% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali, tra gli uomini il 76,1% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali e il 23,9% in MSM.

Il 67,7% degli IDU aveva una diagnosi di IST virale, il 25,9% di IST batterica, il 4,7% di IST parassitaria e l'1,7% di IST protozoaria.

Anno 2013

Nel 2013, il 73,9% (n. 68) dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 26,1% (n. 24) in donne. L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 32 anni (range interquartile - IQR, 24-42 anni); in particolare 33 anni (IQR 24,25-42,75 anni) per gli uomini e 27 anni (IQR 23,25-40,75 anni) per le donne.

Il 20,7% (n. 19) degli IDU con IST era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall'Africa (rispettivamente, 47,1% e 29,4%).

Il 50,6% degli IDU con IST ha riferito di avere frequentato la scuola dell'obbligo, il 42,4% di possedere un diploma di scuola media superiore, il 4,7% di essere in possesso di una laurea e solo il 2,3% ha riferito di non avere nessuna istruzione.

Circa la metà degli IDU con IST (48,8%) ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 47,7% da due a cinque e il 3,6% sei o più.

Relativamente all'utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 58,3% degli IDU con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo.

Il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 2,4% degli IDU con IST, invece il 34,5% degli IDU con IST ha riferito di utilizzarlo saltuariamente.

Circa un terzo degli IDU con IST (31,1%) ha riferito di avere avuto una IST in passato.

L'83,5% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in eterosessuali e il 16,5% in MSM. Tra le donne il 100% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali, tra gli uomini il 77,6% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali e il 22,4% in MSM.

Il 55,4% degli IDU aveva una diagnosi di IST virale e il 44,6% di IST batterica.

Distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata

Intero periodo (1991-2013)

Nell'intero periodo, dalla distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata è emerso che tra gli IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (1.525 casi, 55,9% del totale), l'herpes genitale (191 casi, 7,0% del totale), la sifilide latente (139 casi, 5,1% del totale) e il mollusco contagioso (131 casi, 4,8% del totale) (Tabella 72).

In particolare, tra gli uomini IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (58,2% del totale uomini), l'herpes genitale (8,4% del totale uomini), le uretriti batteriche non gonococciche non clamidiali (NG-NC) (6,1% del totale uomini) e le uretriti da *Neisseria gonorrhoeae* (4,7% del totale uomini); tra le donne IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (50,5% del totale donne), le cervicovaginiti NG-NC (16,1% del totale donne), la sifilide latente (6,4% del totale donne) e le cervicovaginiti da *Trichomonas vaginalis* (5,9% del totale donne) (dati non mostrati).

Tra gli MSM IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (44,5% del totale MSM), l'herpes genitale (10,2% del totale MSM), la pediculosi del pube (9,5% del totale MSM) e la sifilide primaria e secondaria (I-II) (8,2% del totale MSM) (dati non mostrati).

Anno 2013

Nel 2013, dalla distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata è emerso che tra gli IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (45 casi, 48,9% del totale), le uretriti da *Chlamydia trachomatis* (10 casi, 10,9% del totale) e la sifilide I-II (7 casi, 7,6% del totale).

In particolare, tra gli uomini IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (50,0% del totale uomini), le uretriti da *Chlamydia trachomatis* (14,7% del totale) e la sifilide I-II (10,3% del totale uomini); tra le donne IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (45,8% del totale donne), le cervicovaginiti NG-NC (25,0% del totale donne) e le cerviciti da *Chlamydia trachomatis* (20,8% del totale donne) (dati non mostrati).

Tra gli MSM IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (20,0% del totale MSM), la sifilide I-II (20,0% del totale MSM) e le uretriti da *Neisseria gonorrhoeae* (20,0% del totale MSM) (dati non mostrati).

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche
Capitolo 3 Comorbilità droga correlata

323

Tabella 72: Distribuzione totale e per genere dei casi per tipo di IST diagnosticata, in consumatori di sostanze per via iniettiva: intero periodo e 2013 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)

IST DIAGNOSTICATA	1991-2013		2013	
	N.	%	N.	%
TOTALE	2 727	100,0	92	100,0
<u>VIRALI</u>				
Condilomi ano-genitali	1 525	55,9	45	48,9
Herpes genitale	191	7,0	2	2,2
Mollusco contagioso	131	4,8	4	4,3
<u>BATTERICHE</u>				
Cervicovaginiti NG-NC*	129	4,7	6	6,5
Uretrite NG-NC*	118	4,3	3	3,3
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	108	4,0	7	7,6
Sifilide latente	139	5,1	6	6,5
Reinfezione sifilitica	9	0,3	1	1,1
Cerviciti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	8	0,3	0	0,0
Uretriti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	90	3,3	2	2,2
Cerviciti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	35	1,3	5	5,4
Uretriti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	67	2,5	10	10,9
Linfogranuloma venereo	1	0,0	1	1,1
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	1	0,0	0	0,0
Ulcera venerea	1	0,0	0	0,0
Granuloma inguinale	0	0,0	0	0,0
<u>PROTOZOI</u>				
Cervicovaginiti da <i>Trichomonas vaginalis</i>	47	1,7	0	0,0
<u>PARASSITI</u>				
Pediculosi del pube	127	4,7	0	0,0

(*) NG-NC: non gonococciche non clamidiali

Andamenti temporali delle principali IST

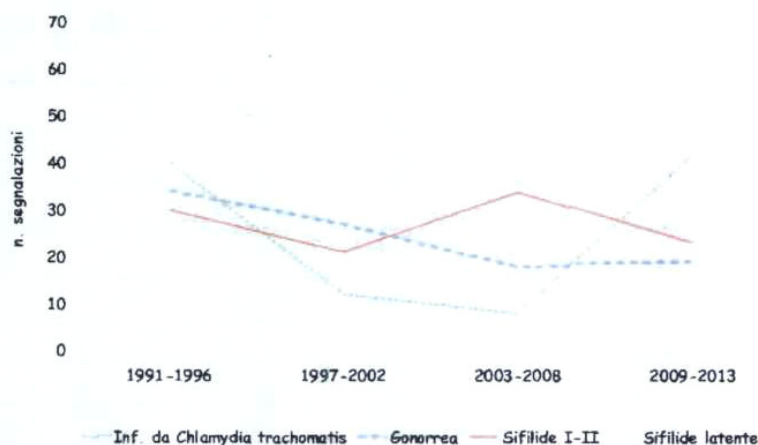
L'andamento dei casi di sifilide I-II è rimasto relativamente stabile nell'intero periodo considerato, con una media di 27 casi per periodo (Figura 110).

L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione costante dal periodo 1991-1996 al periodo 2009-2013, passando da 63 casi segnalati a 16 casi (Figura 110).

Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al periodo 2003-2008 e una successiva stabilizzazione nell'ultimo quinquennio (2009-2013).

I casi di infezione da *Chlamydia trachomatis* hanno mostrato una costante riduzione fino al periodo 2003-2008 e un successivo aumento di circa cinque volte tra il 2003-2008 e il 2009-2013, passando, rispettivamente, da 8 casi a 42 casi (Figura 110).

Figura 110: Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche, in consumatori di sostanze per via iniettiva (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)



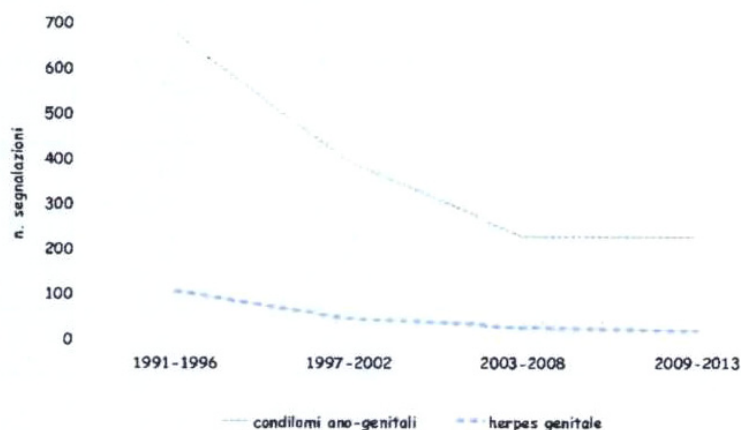
Il numero dei casi di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 148 casi del periodo 1991-1996 a 21 casi del periodo 2009-2013 (andamento non mostrato).

Tra le due principali IST virali (Figura 111), il numero annuo di segnalazioni di condilomi ano-genitali è diminuito in maniera costante dal periodo 1991-1996 al periodo 2003-2008, passando da 678 casi a 227 casi, per poi stabilizzarsi nell'ultimo quinquennio. L'herpes genitale ha mostrato una riduzione delle segnalazioni tra il periodo 1991-1996 e il periodo 2009-2013, passando da 106 casi a 17 casi; tuttavia, le segnalazioni di herpes genitale sono rimaste sempre numericamente inferiori a quelle dei condilomi ano-genitali.

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche
Capitolo 3 Comorbidità droga correlata

325

Figura 111: Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali, in consumatori di sostanze per via iniettiva (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)



Le infezioni da *Trichomonas vaginalis* hanno interessato esclusivamente le donne e l'andamento temporale dei casi ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 31 casi del periodo 1991-1996 a 10 casi del periodo 2009-2013 (dati non mostrati).

L'andamento delle segnalazioni di pediculosi del pube ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 101 casi del periodo 1991-1996 a 2 casi del periodo 2009-2013 (dati non mostrati).

L'andamento delle segnalazioni di mollusco contagioso ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 56 casi del periodo 1991-1996 a 29 casi del periodo 2009-2013 (dati non mostrati).

Per tutte le altre IST diagnosticate gli andamenti non vengono riportati per l'esiguità dei casi segnalati nell'intero periodo.

L'infezione da HIV

Testati e non testati per HIV

Dei 2.727 IDU con una nuova IST segnalati dal 1991 al 2013, 2.250 (82,5%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST.

Dei 92 IDU con una nuova IST segnalati nel 2013, 67 (72,8%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST.

Prevalenza di HIV

Durante l'intero periodo (1991-2013), tra i 2.250 IDU con IST testati per HIV, 1.168 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 51,9% (IC95%: 49,8%-54,0%).

Nel 2013, tra i 67 IDU con IST testati per HIV, 14 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 20,9% (IC95%: 11,9%-32,7%).

La prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di IDU con IST, nell'intero periodo (1991-2013) e nel 2013, è riportata in Tabella 73.

Tabella 73: Prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2013 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)

Caratteristiche	1991-2013		2013	
	Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%) ^a	Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%) ^a
Totale	2.250	51,9	67	20,9
Genere				
Uomini	1.592	51,2	51	19,6
Donne	658	53,6	16	25,0
Classe di età (in anni)				
15-24	402	20,4	19	0,0
25-34	1.214	55,8	20	0,0
35-44	514	67,7	12	25,0
≥45	116	51,7	16	68,8
Nazionalità				
Italiani	1.963	56,7	54	22,2
Stranieri	160	23,8	13	15,4
Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
0-1				
2-5	872	56,0	28	28,6
≥ 6	1.025	47,3	31	16,1
	313	55,0	3	0,0
Precedenti IST				
Sì	980	69,8	20	40,0
No	1.223	38,5	5	11,1
Modalità di trasmissione				
Eterosessuali	1.834	49,7	54	16,7
MSM ^b	414	61,6	12	33,3

(a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili; (b) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Durante l'intero periodo, la prevalenza di HIV tra gli IDU con IST è risultata significativamente più elevata ($p\text{-value} < 0,001$) tra gli italiani rispetto agli stranieri (56,7% vs 23,8%), tra i soggetti con precedenti IST rispetto a quelli che hanno riferito di non aver avuto precedenti IST (69,8% vs 38,5%) e tra gli MSM rispetto agli eterosessuali (61,6% vs 49,7%).

Nel 2013, non ci sono state differenze significative tra le prevalenze di HIV nei diversi sottogruppi di IDU con IST.

La Tabella 74 riporta la prevalenza di HIV in IDU con IST, sia totale che distinta per genere, ed è relativa all'intero periodo (1991-2013) e al 2013.

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche
Capitolo 3 Comorbilità droga correlata

327

Tabella 74: Prevalenza di HIV, totale e per genere, per IST diagnosticata in consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2013 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)

IST DIAGNOSTICATA	1991-2013		2013	
	N. ^a	% ^b	N. ^a	% ^b
TOTALE	2.250	51,9	67	20,9
<u>VIRALI</u>				
Condilomi ano-genitali	1 265	56,8	32	21,9
Herpes genitale	171	57,3	2	0,0
Mollusco contagioso	114	54,4	4	25,0
<u>BATTERICHE</u>				
Cervicovaginite NG-NC ^c	96	38,5	3	0,0
Uretrite NG-NC ^c	85	37,6	1	0,0
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	93	37,6	7	42,9
Sifilide latente	103	35,0	5	40,0
Reinfezione sifilitica	8	37,5	0	0,0
Cervicite da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	7	28,6	0	0,0
Uretrite da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	73	31,5	1	100,0
Cervicite da <i>Chlamydia trachomatis</i>	28	28,6	3	0,0
Uretrite da <i>Chlamydia trachomatis</i>	57	19,3	8	0,0
Linfogranuloma venereo	1	0,0	1	0,0
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	1	0,0	0	0,0
Ulcera venerea	1	100	0	0,0
Granuloma inguinale	0	0,0	0	0,0
<u>PROTOZOARIE</u>				
Cervico-vaginite da <i>Trichomonas vaginalis</i>	43	69,8	0	0,0
<u>PARASSITARIE</u>				
Pediculosi del pube	104	68,3	0	0,0

(a) Numero testati per HIV; (b) prevalenza di HIV; (c) NG-NC: non gonococciche non clamidiali

Nuovi e vecchi HIV positivi

Dal 1991 al 2013, tra i 2.250 IDU con IST testati per HIV, il 5,2% (IC95% 4,3%-6,2%) (n. 116) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST, configurando, quindi, un IDU con IST inconsapevole del proprio sierostato HIV (nuovo HIV positivo).

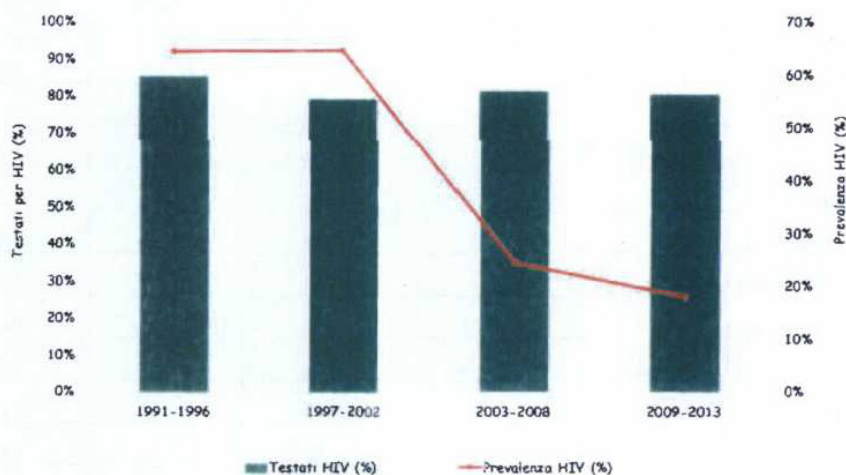
In particolare, nel 2013, tra i 67 IDU con IST testati per HIV, il 3,0% (IC95% 0,4%-10,4%) (n. 2) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST (nuovo HIV positivo).

Andamenti temporali

Testati per HIV e prevalenza HIV

La percentuale di IDU con IST testati per HIV è rimasta relativamente stabile nell'intero periodo (Figura 112), mentre la prevalenza HIV, tra gli IDU con IST, mostra un decremento costante passando dal 64,3% del periodo 1991-1996 al 18,1% del periodo 2009-2013.

Figura 112: Percentuale di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST testati per HIV e prevalenza HIV: intero periodo (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013, 2.727 IDU con IST)



Nuovi HIV positivi

Durante l'intero periodo (1991-2013), negli IDU testati per HIV si osserva un aumento della percentuale dei nuovi HIV positivi, dal 3,3% nel periodo 1991-1996 al 12,6% nel periodo 1997-2002, e un successivo decremento al 3,4% nel periodo 2003-2008 e all'1,8% nel periodo 2009-2013.

Sintesi Finale

I dati raccolti dal Sistema di sorveglianza delle IST basato su centri clinici negli ultimi due decenni indicano che la frequenza e la diffusione delle IST tra gli IDU in Italia è diminuita.

L'introduzione di nuovi e più sensibili metodi diagnostici per l'identificazione di *Chlamydia trachomatis*, basati su tecniche di amplificazione molecolare, ha probabilmente influito sull'aumento delle segnalazioni delle patologie da *Chlamydia trachomatis* segnalate dopo il 2000. L'aumento di *Chlamydia trachomatis* riflette l'aumento già osservato in Europa nello

stesso periodo e dipendente dal miglioramento dei test di diagnosi, dei sistemi di sorveglianza e dei programmi di screening in numerosi Paesi Europei (6).

La percentuale di testati per HIV negli ultimi anni è rimasta stabile, mentre la prevalenza di HIV è diminuita: questo sottolinea la rilevante opera di prevenzione nei confronti dell'infezione da HIV che è stata condotta dai centri IST partecipanti alla sorveglianza negli ultimi due decenni.

Nel 2013, circa il 30,0% degli IDU con IST non è stato testato per HIV, nonostante i centri IST partecipanti siano altamente sensibilizzati e attivi nella prevenzione dell'HIV e circa un 3,0% degli IDU con IST ignorava il proprio sierostato HIV. La quota di IDU inconsapevoli del proprio sierostato è diminuita nel tempo arrivando ad un 3% nel 2013.

Visto il ruolo delle IST quali patologie che facilitano la trasmissione di infezioni droga-correlate, quali l'HIV e le epatiti virali, si sottolinea l'importanza di una prevenzione specifica di queste patologie attraverso una diagnosi precoce ed una terapia tempestiva ed adeguata (7).

3.3 Diffusione di epatiti virali

Introduzione

Per epatite virale si intendono tutti quei processi infiammatori acuti del fegato causati da specifici virus epatotropi, contagiosi e ubiquitari, a diversa distribuzione geografica in rapporto alle condizioni socio-economiche della popolazione. Nella forma classica si manifestano con un importante quadro generalizzato di malessere, astenia, anoressia, nausea, vomito, febbre e sintomi più specifici fra i quali l'ittero. I tipi virali più frequentemente coinvolti sono detti virus epatitici maggiori: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV.

Per tutti i casi di epatite virale, in Italia è prevista la notifica obbligatoria in classe II, secondo il decreto ministeriale 15 dicembre 1990 (1). Il medico segnalatore deve comunicare il caso, entro 48 ore dall'osservazione, alla ASL di competenza, la quale a sua volta provvede, previa validazione della diagnosi, all'invio alla Regione. Dalla Regione, la segnalazione viene inviata al Ministero della Salute e all'ISTAT.

In Italia è inoltre attiva dal 1985 una sorveglianza speciale denominata SEIEVA (Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta) coordinata dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, che raccoglie informazioni più dettagliate sui casi e consente così la valutazione dell'incidenza, nonché la comprensione e la stima del contributo relativo dei diversi fattori di rischio di epatite (2-3). La partecipazione alla sorveglianza SEIEVA è su base volontaria: attualmente aderisce il 79,9% delle ASL italiane distribuite su tutto il territorio nazionale (con l'eccezione della sola Regione Molise), alle quali afferisce il 77,2% della popolazione italiana. Il numero di ASL partecipanti e conseguentemente la popolazione sorvegliata sono in costante aumento. Attraverso un questionario epidemiologico vengono raccolte informazioni sui principali fattori di rischio per le epatiti virali acute, ivi compresa la tossicodipendenza.

I tossicodipendenti, soprattutto quelli che assumono droghe per via iniettiva, in particolare per l'uso di siringhe contaminate, sono ad aumentato rischio di epatite virale a trasmissione parenterale (B, C

e Delta). In modo nuovo tuttavia, negli ultimi anni sono state descritte numerose epidemie di epatite A tra tossicodipendenti (4-5).

Di seguito si farà riferimento ai casi di epatite A, B, C e Delta in tossicodipendenti, indipendentemente dalla modalità di assunzione, segnalati al SEIEVA negli anni 1991-2014. Inoltre viene presentata un'analisi più dettagliata per il quinquennio 2010-2014.

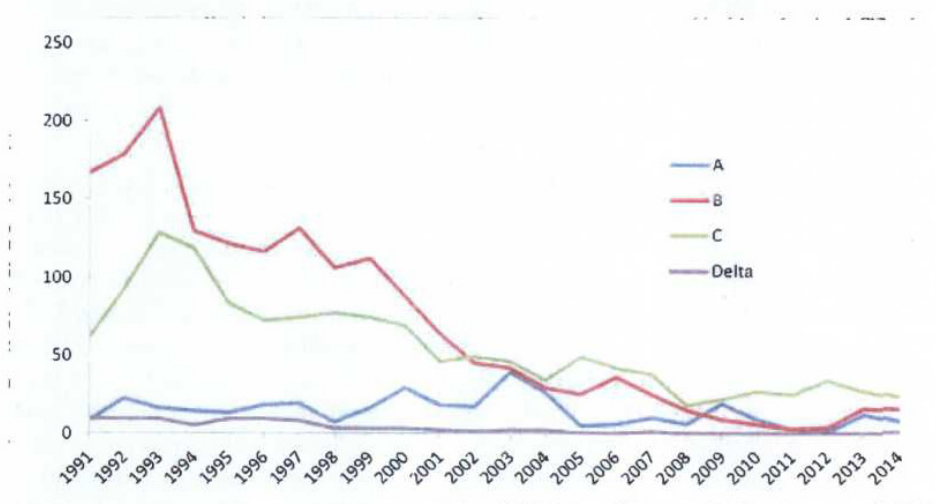
Distribuzione temporale e caratteristiche demografiche delle nuove diagnosi di epatite virale acuta tra i tossicodipendenti

Nel periodo di osservazione (1991-2014), sono stati segnalati complessivamente 340 casi di epatite A, 1.696 casi di epatite B e 1.329 casi di epatite C, in soggetti facenti uso di droghe. Per quanto riguarda l'epatite delta, sono stati diagnosticati 75 casi. Ulteriori 125 casi risultati positivi al virus delta, presentavano una coinfezione con il virus B: ai fini di questa relazione questi ultimi sono inclusi tra i casi di epatite B.

L'analisi degli andamenti temporali, ha evidenziato una progressiva diminuzione del numero di casi di epatite B e C, scesi da 166 e 61 rispettivamente nel 1991 a 15 e 23 nel 2014. Il maggiore calo si è registrato nei primi dieci anni di sorveglianza; dal 2002 il numero di casi sembra stabilizzarsi sotto 50 per anno (Figura 113).

Per quanto riguarda l'epatite A, nonostante si sia registrato un profondo mutamento dell'epidemiologia complessiva negli ultimi anni, con un calo progressivo dell'incidenza come conseguenza delle migliorate condizioni igieniche, sanitarie e socio-economiche che ha portato l'Italia a essere considerato un Paese a endemicità medio-bassa, il numero di casi di epatite A in tossicodipendenti rimane pressoché costante negli anni, con frequenti picchi in corrispondenza di focolai epidemici.

Figura 113: Numero di nuove diagnosi di epatite acuta (A, B, C e Delta) in tossicodipendenti. SEIEVA 1991-2014



Si specifica che l'analisi dell'andamento del numero di casi per anno presentata tende leggermente a sottostimare la diminuzione del rischio rispetto all'analisi di incidenza di malattia; negli anni,

infatti, il numero di ASL partecipanti alla sorveglianza è aumentato e conseguentemente la popolazione di riferimento. Purtroppo non è stato possibile calcolare le incidenze di malattia in questo specifico gruppo di popolazione, non potendoci avvalere di denominatori affidabili e di stime precise sul numero di tossicodipendenti per regione in Italia.

Nel periodo in studio si sono verificati 3 decessi fra i casi di epatite A in soggetti tossicodipendenti, 6 fra i casi di epatite B, nessuno fra i casi di epatite C e delta. In particolare, per quanto riguarda l'epatite A, l'analisi ha evidenziato una letalità significativamente maggiore nei tossicodipendenti (0,9%) rispetto a chi non assume droghe (0,05%, $p=0,001$).

Nell'ultimo quinquennio (2010-2014), sono stati segnalati al SEIEVA un totale di 212 casi di epatite virale acuta: la maggior parte (64,2%; 136 casi) era attribuibile al virus C; nel 20,7% ($N=44$) si è trattato di epatite B e nel 15,1% (32 casi) di epatite A. Non sono stati notificati al SEIEVA casi di epatite acuta Delta in questo periodo.

Nonostante l'informazione sull'uso di droghe sia raccolta fin da quando la sorveglianza SEIEVA è stata istituita, solo dal 2013 viene raccolto il dettaglio sulla modalità di assunzione. La distribuzione dei casi di epatite in tossicodipendenti in base alla via di somministrazione è presentata nella

Tabella 75.

Tabella 75: Modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti dichiarata dai tossicodipendenti con diagnosi di epatite virale acuta di tipo A, B o C (SEIEVA, 2013-2014)

Modalità di assunzione	Tipo di epatite			Totale
	A	B	C	
Endovena	0,0	20,6	48,9	30,5
Inalazione	75,0	73,5	20,0	48,4
Endov/Inal	0,0	2,9	31,1	15,8
Altro	25,0	2,9	0,0	5,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

La maggior parte dei soggetti tossicodipendenti che presentano epatite A o B (75% e 73% rispettivamente) riportano di assumere sostanze stupefacenti per inalazione, mentre fra i pazienti affetti da epatite C, l'80% riporta un'assunzione per via endovenosa.

La Tabella 76 mostra la distribuzione dei casi per età, sesso e cittadinanza. I casi di epatite acuta qui analizzati sono per la maggior parte giovani adulti, si nota una età un po' più avanzata tra i casi di epatite B, a causa della vaccinazione dell'obbligo introdotta nel 1991 e per la quale molte coorti di nascita sono ormai protette contro l'epatite B. Come atteso in base all'epidemiologia dell'epatite virale acuta, la maggior parte dei casi osservati in tossicodipendenti era di sesso maschile.

Per quanto riguarda la cittadinanza, la percentuale di stranieri tra i casi di epatite A rispecchia la distribuzione che essi hanno nella popolazione generale: ~8% di immigrati regolari (6) più un valore stimato di circa il 6% di irregolari (7), mentre la stessa percentuale è maggiore tra i casi di epatite B, il 34% dei quali sono stranieri. La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C è

inferiore a quella presente nella popolazione generale. Riguardo l'area di provenienza, la maggior parte di casi di epatite in tossicodipendenti stranieri proveniva dall'Africa o dall'Europa dell'Est.

Tabella 76: Caratteristiche socio-demografiche dei casi di epatite acuta (A, B e C) in tossicodipendenti. SEIEVA 2010-2014

EPATITE									
Nr. casi	A		B		C		Totale		p
	32 (15,1%)		44 (20,7%)		136 (64,2%)		212 (100,0%)		
Età	N	%	N	%	N	%	N	%	
15-24	7	21,9	4	9,1	51	37,5	62	29,2	<0,001
25-34	12	37,5	14	31,8	49	36,0	75	35,4	
35-54	13	40,6	25	56,8	36	26,5	74	34,9	
>55	0	0,0	1	2,3	0	0,0	1	0,5	
Mediana (range)	29,9 (17-49)		35 (16-56)		26,5 (16-56)		26,5 (15-50)		
Sesso									
M	26	81,3	39	88,6	100	73,5	165	77,8	0,098
F	6	18,7	5	11,4	36	26,5	47	22,2	
Cittadinanza									
Italiana	27	84,4	29	65,9	126	94,0	182	86,7	<0,001
Altro	5	15,6	15	34,1	8	6,0	28	13,3	

Tabella 77: riporta il numero di diagnosi di epatite acuta registrato tra i tossicodipendenti per regione di segnalazione, nel periodo 2010-2014

REGIONE	EPATITE					
	A		B		C	
	n°	%	n°	%	n°	%
Piemonte	5	15,6	5	11,4	12	8,8
Valle d'Aosta	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Lombardia	7	21,9	1	2,3	12	8,8
P. A. Trento	0	0,0	0	0,0	2	1,5
P. A. Bolzano	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Veneto	4	12,5	2	4,5	25	18,4
Friuli-Venezia Giulia	0	0,0	0	0,0	4	2,9
Liguria	0	0,0	0	0,0	4	2,9
Emilia-Romagna	6	18,8	12	27,3	26	19,1
Toscana	0	0,0	11	25,0	22	16,2
Umbria	3	9,4	1	2,3	0	0,0
Marche	1	3,1	1	2,3	7	5,2
Lazio	0	0,0	11	25,0	12	8,8
Abruzzo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Molise	-	-	-	-	-	-
Campania	0	0,0	0	0,0	3	2,2
Puglia	5	15,6	0	0,0	1	0,7
Basilicata	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Calabria	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sicilia	1	3,1	0	0,0	1	0,7
Sardegna	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Totale	32	100,0	44	100,0	136	100,0

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche
Capitolo 3 Comorbilità droga correlata

333

Analisi degli "altri" fattori di rischio riportati dai casi di epatite acuta in tossicodipendenti

Nella Tabella 78 sono descritti gli ulteriori fattori di rischio riportati dalla popolazione in esame, nei sei mesi precedenti l'insorgenza dell'epatite acuta. Una alta percentuale di casi riportava partner sessuali multipli. Tra i casi di epatite C, il 16,4% riportava l'effettuazione di un tatuaggio, mentre il 26,5% aveva un convivente o partner sessuale con epatite cronica di tipo C. Tra i casi di epatite A più del 15% riportava un viaggio in zona endemica per quella infezione.

Una percentuale rilevante di casi di epatite A (12,5%) riportava una coinfezione con il virus HIV.

Tabella 78: "Altri" fattori di rischio riportati dai casi di epatite acuta (A, B e C) in tossicodipendenti. SEIEVA 2010-2014

EPATITE							
	A		B		C		
	N	%	N	%	N	%	p
≥ 3 Partner sessuali	7	35,0	14	38,9	20	24,4	0,243
Tatuaggi	3	9,4	3	6,8	20	16,4	0,231
Piercing	3	9,4	1	2,3	12	9,9	0,313
Convivente HBsAg+	0	0,0	2	7,1	3	3,6	0,552
Convivente HCV+	4	13,8	5	16,1	26	26,5	0,233
Viaggio in zona endemica x epatite A	5	15,6	0	0,0	2	1,7	0,003
HIV positivo	2	12,5	1	4,3	2	2,1	0,095

Casi di epatite virale acuta prevenibili tramite vaccinazione

Sia l'epatite A, sia l'epatite B sono malattie prevenibili attraverso la vaccinazione; in entrambi i casi, infatti, esiste un vaccino sicuro ed efficace nella prevenzione delle infezioni da virus A dell'epatite (HAV) e da virus B (HBV). Al contrario non è stato ancora stato sviluppato un vaccino per prevenire l'infezione causata dal virus C dell'epatite (HCV).

In Italia la vaccinazione contro l'HAV e l'HBV è fortemente raccomandata ed offerta gratuitamente ai soggetti appartenenti a gruppi a rischio di contrarre l'infezione: tra queste categorie a rischio rientrano i tossicodipendenti (8). Potenzialmente, quindi, tutti i casi di epatite A e B notificati in questi anni al SEIEVA avrebbero potuto essere prevenuti attraverso la vaccinazione.

Una alta percentuale di casi di epatite A (71,4%) e B (68,5%) erano in contatto con un Servizio per le Tossicodipendenze (SerT), questo avrebbe dovuto facilitare l'accesso alla vaccinazione.

Sintesi finale

Dall'analisi dei dati della sorveglianza SEIEVA si evince che i casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti hanno avuto un evidente calo negli ultimi venti anni. Nel periodo di studio si osserva in particolare una tendenza verso la riduzione soprattutto dei casi di epatite B per la quale si è passati dai circa 200 casi annui nei primi anni (1991-1993) a 15 casi segnalati nel 2014. Questa importante diminuzione è sicuramente attribuibile all'obbligo vaccinale per epatite B

introdotto in Italia per legge nel 1991 per tutti i nuovi nati ed i dodicenni (9) (la vaccinazione dei dodicenni è stata sospesa nel 2003 al ricongiungimento delle 2 coorti target del programma vaccinale). Coperture vaccinali uguali o superiori al 95% (10-11) sono state raggiunte favorendo l'interruzione della circolazione virale e contribuendo alla drastica diminuzione dell'incidenza di malattia.

In aggiunta alla vaccinazione dell'obbligo anti-epatite B e in considerazione del fatto che i tossicodipendenti sono un gruppo di popolazione ad alto rischio di infezioni da virus epatitici, ad essi sono fortemente raccomandate le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B (8). Continuano tuttavia ad essere notificati ogni anno casi di epatite A e B tra i TD, nonostante a questi soggetti debba essere offerta la vaccinazione nell'ambito del percorso assistenziale previsto per loro all'interno di strutture sanitarie specifiche, quali i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT). Dai dati della sorveglianza emerge che il 71,4% dei casi in tossicodipendenti di epatite B acuta e il 68,5% di epatite A, vengono seguiti dai SerT. Solo alcuni di questi Servizi direttamente offrono a tale categoria di soggetti le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B, mentre i restanti demandano tale compito ai servizi territoriali di vaccinazione che non effettuano offerta attiva, creando un'importante barriera all'accesso alla vaccinazione.

Il problema è ancora più rilevante perché l'infezione da virus A e B dell'epatite in questa categoria di soggetti può spesso rappresentare un evento particolarmente grave e aggiungersi a sottostanti infezioni di altri microrganismi (es. HIV) o a patologie croniche del fegato di diversa origine (5). I dati SEIEVA hanno infatti evidenziato una letalità per epatite A significativamente maggiore nei TD rispetto ai soggetti che non assumono sostanze stupefacenti.

Sembra pertanto opportuno compiere ulteriori sforzi al fine di migliorare l'accesso alle vaccinazioni disponibili in questa categoria a rischio e ottimizzare la strategia di offerta.

3.4 Ricoveri ospedalieri droga correlati

Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) raccolte dal Ministero della Salute risulta che in Italia il numero di ricoveri droga-correlati si è dimezzato tra il 1999 e il 2013 passando da 10.968 casi a 5.513 nel 2013. La diminuzione è stata particolarmente forte tra il 1999 e il 2003, mentre la riduzione ha subito un rallentamento successivamente. Nello stesso periodo il tasso grezzo di ospedalizzazione è diminuito da 19,3 a 9,2 per 100.000 residenti. Anche eliminando l'effetto della struttura per età della popolazione (mediante il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati⁵⁷) il trend è fortemente decrescente dai valori più alti nel 1999 (18,5 ricoveri per 100.000 residenti) ai valori più bassi nel 2013 (9,5).

I ricoveri maschili sono sempre stati molto più numerosi di quelli femminili, ma il divario di genere (rapporto tra uomini e donne) si è ridotto nel tempo passando da 2,3 nel 1999 a 1,8 nel 2013. I tassi di ospedalizzazione standardizzati per età confermano questa tendenza (Figura 114): nel 1999 il tasso maschile era pari a 25,7 per 100.000 residenti contro quello femminile di 11,2; nel 2013 i valori sono rispettivamente 12,5 e 6,5. Mentre il trend per gli uomini è costantemente decrescente,

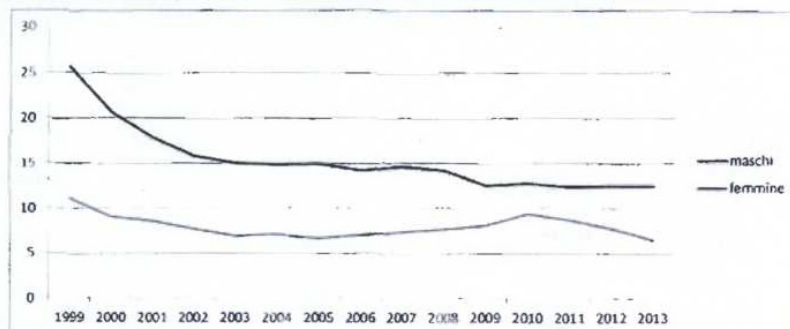
⁵⁷ I tassi di ospedalizzazione standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando classi di età quinquennali (0, 1-5, 5-9, , 90+), la popolazione standard utilizzata è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2001.

Parte II Domanda di sostanze: uso e problematiche
Capitolo 3 Comorbilità droga correlata

335

per le donne si osserva un lieve incremento dei ricoveri tra il 2006 e il 2010 e una nuova diminuzione successivamente.

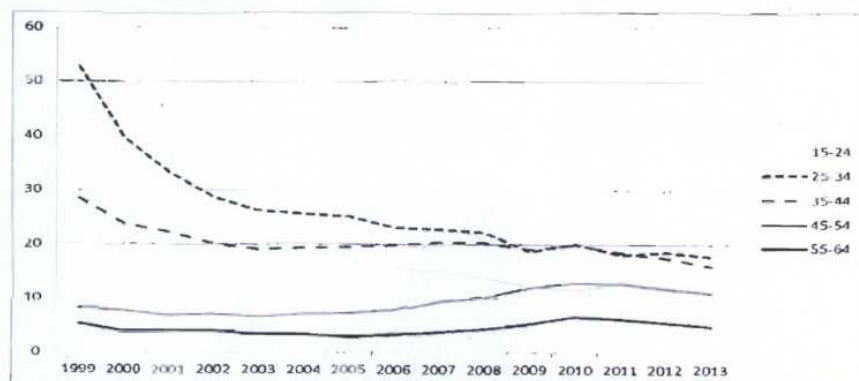
Figura 114: Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per sesso in Italia. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per 100.000 residenti. Popolazione residente, anni 1999-2013.



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

I tassi di ospedalizzazione droga-correlati più elevati si osservano per le classi di età 25-34 e 35-44 anni, ma la riduzione più consistente si è osservata per i 25-34enni per i quali si è annullato il gap di inizio periodo rispetto ai 35-44enni (Figura 115). Per la classe di età 15-24 anni si osserva una frequenza dei ricoveri piuttosto elevata (ma in diminuzione nel periodo) con valori simili alla classe 45-54 anni (che al contrario vede un aumento dell'ospedalizzazione e solo di recente una leggera diminuzione).

Figura 115: Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per classe di età in Italia. Tassi di ospedalizzazione specifici per età per 100.000 residenti. Popolazione residente, anni 1999-2013.

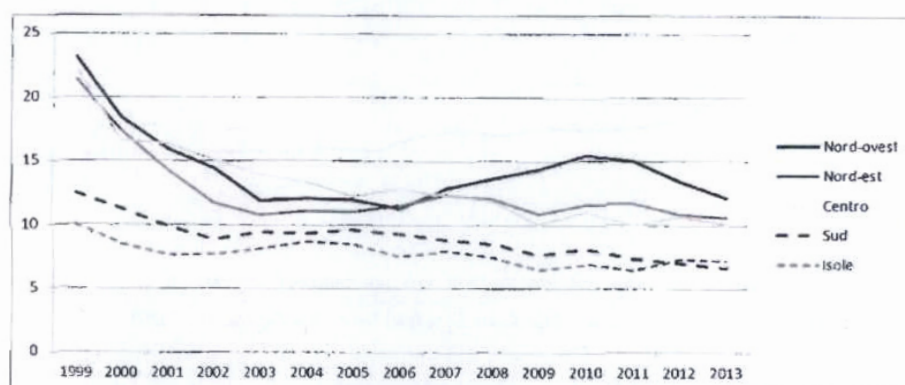


Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Per quanto riguarda le differenze territoriali, i tassi di ospedalizzazione droga-correlati sono più elevati al Centro-Nord rispetto al Sud e alle Isole (Figura 116). Il trend è generalmente in

diminuzione, anche se con andamenti differenziati tra le ripartizioni. Il Nord-ovest si differenzia per un aumento dei ricoveri tra il 2006 e il 2010 e una diminuzione negli anni più recenti.

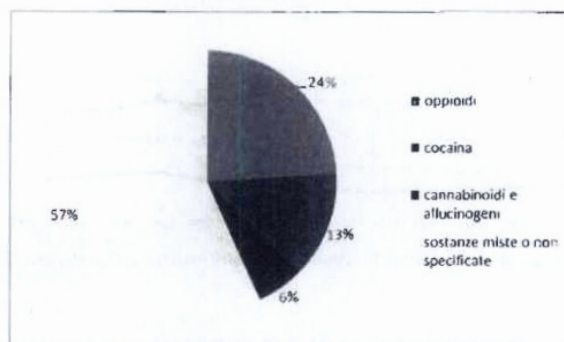
Figura 116: Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per area geografica. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per 100.000 residenti Popolazione residente, anni 1999-2013



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nell'analisi è possibile considerare anche il tipo di sostanza per cui è avvenuto il ricovero, individuando i ricoveri per consumo di oppioidi (compresi eroina, metadone e oppio), di cocaina, cannabis, amfetamine e altre sostanze psicostimolanti o per sostanze miste o non specificate (Figura 117). Tuttavia oltre la metà dei casi (57%) è attribuito al consumo di sostanze miste o non specificate e ciò riduce le potenzialità di studiare il fenomeno per sostanza consumata. Laddove la sostanza è indicata, l'ospedalizzazione per disturbi legati alla droga è più elevata per gli oppioidi e la cocaina (in diminuzione nel tempo) e più bassa per cannabis e altre sostanze psicostimolanti (in aumento).

Figura 117: Dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per tipo di sostanza. Anno 2013.



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)