

Verrà condotta una indagine conoscitiva in tutte le regioni d'Italia riguardo i programmi di intervento da parte delle associazioni e il loro target di popolazione.

Il territorio italiano verrà suddiviso in 5 macroaree ognuna delle quali avrà una regione come referente per un totale di 5 regioni capofila del progetto.

Verrà in prima istanza effettuata una mappa delle associazioni operanti nel territorio afferente ai centri clinici specializzati nella cura dell'infezione da HIV da parte dei referenti regionali delle Associazioni partecipanti il progetto. I referenti di tutte le associazioni individuate verranno quindi invitati a compilare un questionario relativo alle loro attività. Il questionario conterrà delle domande relative alle seguenti aree: 1) tipologia e durata dell'intervento; 2) risorse impiegate; 3) popolazione raggiunta dall'intervento; 4) livello di integrazione con la struttura sanitaria di riferimento; 5) modalità di valutazione dell'esito raggiunto; 6) possibili criticità; 7) sviluppi futuri.

Le associazioni verranno categorizzate in base alla loro struttura/presenza sul territorio (ambito nazionale; locale); in base ai segmenti di popolazione che sono il principale bersaglio delle loro attività (ad esempio: migranti; MSM; donne; giovani; persone dedite alla prostituzione).

La finalità primaria dell'indagine è l'ottenimento delle stime delle attività svolte regolarmente dalle associazioni in relazione alla retention in cure delle persone con infezione da HIV, con riferimento ai seguenti ambiti territoriali:

- l'intero territorio nazionale
- le regioni geografiche e le Province autonome di Trento e Bolzano.

E' inoltre prevista la determinazione della suddette stime relativamente a:

- domini territoriali sub-provinciali (comuni metropolitani);
- domini di studio costituiti dalle associazioni classificate in base alla loro struttura (variabile categorica: ambito nazionale/locale) e alla popolazione target dei loro interventi.

2. Indagine conoscitiva sui bisogni dei pazienti per un'ottimale retention in cure, sull'accettabilità dei pazienti di interventi svolti dalle associazioni e sull'attitudine degli operatori sanitari rispetto ad un ruolo attivo delle associazioni.

Azioni e Metodi:

Verranno selezionati 10 centri clinici specializzati nella diagnosi e cura dell'infezione da HIV garantendo una rappresentatività per area geografica (4 Nord; 3 Centro; 3 Sud), per dimensione/popolazione territorio (5 città e 5 aree metropolitane) per tipologia (5 ospedaliero; 5 universitario/IRCCS) e per numero di casi di AIDS notificati (1 centro: 0-250; 1 centro: 251-500; 4

centri; 501-1000; 4 centri >1000). Nel corso del 2015 in 10 centri di Malattie Infettive, verrà condotta una indagine trasversale multicentrica, basata su un questionario anonimo autosomministrato, sui bisogni dei pazienti con infezione da HIV per conseguire un ottimale retention in care e sull'accettabilità dei pazienti di interventi svolti dalle associazioni. Fra i pazienti con infezione da HIV che si presentano in modo sequenziale in un quadrimestre (esempio: aprile-luglio 2015) per le visite di follow-up in 10 centri di Malattie Infettive, verrà campionato un gruppo di pazienti ai quali verrà offerto di partecipare allo studio. Il campionamento avverrà effettuando la rilevazione una volta la settimana per 15 settimane in tutti i centri partecipanti e l'appaiamento centro clinico/giorno della settimana verrà cambiato ogni settimana a scalare. Per ogni centro clinico vengono considerati i pazienti visitati nel giorno della settimana campionato (da lunedì a venerdì). Considerando un totale di 150 rilevazioni (15 per 10 centri clinici) si prevede un arruolamento di 2000 pazienti con infezione da HIV.

Il principale strumento di indagine è rappresentato da un questionario autosomministrato con ampia garanzia di confidenzialità delle informazioni raccolte. Il questionario conterrà delle domande relative alle seguenti aree: 1) storia personale; 2) profilo dello stato di salute generale e abitudini di vita; 3) profilo dello stato di infezione da HIV; 4) ostacoli e barriere individuali e strutturali ad un corretto mantenimento del progetto di cure; 5) accettabilità di interventi volti a favorire la continuità assistenziale svolti con la collaborazione delle associazioni.

Nei 10 centri clinici partecipanti, verranno contestualmente intervistati in modo anonimo e confidenziale gli operatori sanitari (medici; coordinatore infermieristico; infermieri). Il questionario conterrà delle domande relative alle seguenti aree: 1) Livello di Retention in Care; 2) Monitoraggio della Retention in Care (Retention Monitoring); 3) Interventi per favorire la Retention in Care (Retention Support); 4) Collaborazione con associazioni per favorire la Retention in Care.

Procedure per la riservatezza dei dati: verrà predisposto un elenco nominativo delle persone solo al fine di non includere nello studio più volte la stessa persona, senza possibilità alcuna di legare la scheda al nome della persona stessa. Tutti i dati relativi alle schede compilate verranno inseriti in un data base anonimo. Tutte le analisi verranno condotte sul data base anonimo.

3. Corso di formazione (workshop- 2 giorni formazione) sul ruolo delle Associazioni nella retention in care: esperienze in Italia e in Europa.

Azioni e Metodi:

Presentazione dei dati emersi dai primi due studi; presentazione di alcuni programmi di intervento già operativi e considerati di successo. Presentazione dell'analisi della più recente letteratura internazionale in materia di valutazione della retention in care. Verranno inoltre invitati in qualità di docenti personalità straniere che possano illustrare l'esperienza in merito in altri paesi Europei. Il corso terminerà con la produzione di un documento eli indirizzo sullo stato dell'arte del ruolo delle associazioni nella retention in care e sui possibili sviluppi futuri.

Monitoraggio dei risultati

Il monitoraggio dell'intero progetto verrà svolto da una "cabina di regia" composta da ricercatori dell'Istituto proponente e da un rappresentante di ciascuna delle associazioni partecipanti. Un ricercatore con contratto di collaborazione stipulato con i fondi del progetto collaborerà al coordinamento e al monitoraggio della raccolta dati. La cabina di regia si riunirà in presenza almeno quattro volte nel corso del progetto (t 0,6,12 e 18 mesi) e per teleconferenza (con frequenza almeno trimestrale) per monitorare l'andamento del progetto e pianificare i correttivi che si rendessero necessari. Per quanto riguarda i due studi di campo verranno elaborate procedure operative standard che verranno condivise con gli operatori delle associazioni nel corso di una sessione di formazione che verrà tenuta prima dell'inizio delle attività, i centri partecipanti invieranno mensilmente le schede raccolta dati delle persone coinvolte nello studio. Su queste schede verrà effettuato un controllo di coerenza interna e completezza.

VOCI DI COSTO	Totale	Richiesto al Ministero
BENI E SERVIZI		
Spese di funzionamento dell'INMI per il coordinamento; monitoraggio e analisi dati delle 3 attività	10.000	7.000
Kickoff Meeting	4.000	4.000
Spese di funzionamento delle associazioni per le attività 1e 2	75.000	50.000
Corso di Formazione	29.000	29.000
PERSONALE		
Personale dipendente INMI	42.000	0
Personale a contratto INMI	39.600	24.000
SPESE GENERALI	10.000	4.000
TOTALE	209.600	118.000

Il progetto è ancora in corso di svolgimento.

1.6 GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2014 (GARPR 2014)

Il processo di monitoraggio della risposta alla lotta all'infezione HIV/AIDS legato a UNGASS, condotto da UNAIDS, iniziato nel 2001, è terminato dopo 10 anni, nel 2011, ed è stato sostituito dal “*Global AIDS Response Programma (GARP)*”.

A partire dal 2007, l'OMS effettua un monitoraggio annuale sulla risposta del settore salute all'HIV/AIDS, mentre l'ECDC ne conduce uno biennale, dal 2010, sull'implementazione della Dichiarazione di Dublino.

Queste tre organizzazioni, UNAIDS, OMS, ECDC, hanno avviato un processo di armonizzazione del sistema di raccolta dati, per cui i Paesi, a partire dal 2012, per rispondere hanno utilizzato un meccanismo di notifica unificato.

Nel 2014 è stato necessario rispondere al questionario ECDC sulla dichiarazione di Dublino e agli indicatori GARP-UNAIDS.

Il questionario ECDC, suddiviso in due parti, è stato compilato, relativamente alla parte A, da parte di istituzioni governative, quali Ministero della salute, Istituto Superiore di sanità, Dipartimento Politiche Antidroga e AIFA. La parte B è stata curata dalle organizzazioni della società civile.

Il processo di compilazione del GARPR 2014 ha visto la fattiva e costruttiva collaborazione delle istituzioni governative e della società civile che si sono confrontate su vari aspetti della situazione nazionale sulla risposta alla lotta all'HIV/AIDS.

I dati e i documenti relativi al nostro paese sono consultabili alle pagine:

<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/italy/>

<http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/aids/Pages/monitoring-dublin-declaration-2014-progress.aspx>

1.7 CONFERENZA MINISTERIALE “LA LOTTA ALL’HIV/AIDS DIECI ANNI DOPO LA DICHIARAZIONE DI DUBLINO” LEAVING NO ONE BEHIND – ENDING AIDS IN EUROPE” ROMA, 27/28 NOVEMBRE 2014.

In assenza di chiari segni di declino nel numero delle diagnosi, l’HIV continua ad essere un grave problema di salute pubblica non solo in Italia, ma anche in Europa.

In Italia, i dati di sorveglianza epidemiologica delle infezioni HIV/AIDS rilevano un andamento stabile delle nuove infezioni, ricalcando il quadro europeo: sono più esposti gli uomini che fanno sesso con uomini (MSM).

Sono state condotte campagne di comunicazione l’ultima delle quali vuole rafforzare la percezione del rischio dell’infezione da HIV e sensibilizzare sulla modalità di trasmissione e sulle misure di prevenzione, in particolare le categorie con comportamenti ritenuti a maggior rischio: adulti, migranti, MSM (uomini che fanno sesso con uomini), giovani, donne.

L’Italia, come gli altri Stati Membri dell’ONU, si è impegnata e vuole continuare a impegnarsi a combattere e arrestare la diffusione dell’HIV entro il 2015 (Obiettivo 6 Millennium Development Goals - MDG).

Il 27 e il 28 novembre 2014 si è tenuta a Roma, nell’ambito del semestre europeo di presidenza italiana, la conferenza ministeriale “La lotta all’HIV/AIDS dieci anni dopo la Dichiarazione di Dublino” col proposito di rinnovare la dichiarazione d’impegno del 2004.

Tra agosto e novembre 2014 è stato prodotto una bozza di documento: Rome Declaration (RD), dall’External Advisory Board (EAB) costituito da rappresentanti di DGSANCO-Commissione Europea; ECDC; UNAIDS; WHO; HIV/AIDS Civil Society Forum - CSF; Commissione Italiana AIDS; Consulta Italiana delle Associazioni lotta all’AIDS e Ministero della Salute.

Tale bozza di documento, che si pensava di condividere con tutti i Paesi della EU e i paesi limitrofi, individuava le attuali priorità a livello Europeo nella lotta all’HIV/AIDS, anche attraverso il fattivo scambio di buone pratiche per implementare politiche nazionali efficaci.

L’HIV e le co-infezioni, quali la tubercolosi, le epatiti e le infezioni sessualmente trasmesse, restano serie sfide per la sanità pubblica, i diritti umani e l’equità in Europa, dove le nuove infezioni da HIV sono in aumento, in particolare nell’Europa dell’Est e in Asia centrale, e dove in tutta la regione europea le principali popolazioni colpite sono popolazioni chiave, quali i consumatori di droghe per via iniettiva e i loro partner sessuali, gli MSM, gli LGBT, i migranti e le minoranze etniche, i sex workers e i detenuti.

Sebbene per le attività di prevenzione delle infezioni da HIV, nonché per il supporto socio-sanitario ai malati di AIDS, siano stati raggiunti importanti obiettivi negli ultimi trent'anni, tuttavia si richiede un costante e rinnovato impegno per far sì che, entro il 2020:

- in tutte le popolazioni chiave e in tutti i paesi in Europa, almeno il 90% delle persone che vivono con l'HIV conosca il proprio stato di sieropositività;
- che il 90% delle persone con diagnosi di HIV possa ricevere terapia antiretrovirale, e
- che il 90% delle persone che ricevono terapia antiretrovirale raggiunga un abbattimento duraturo della carica virale plasmatica, secondo le linee guida dell'OMS.

Gli obiettivi da raggiungere entro il 2020, prevedono anche che al 90% delle persone appartenenti alle popolazioni chiave sia garantito l'accesso alla prevenzione, alla diagnosi, al trattamento e alla cura dell'HIV e delle co-infezioni, anche tramite sistemi sanitari nazionali efficaci e strategie per contenere la spesa farmaceutica, quali la negoziazione di prezzi accessibili, uso di farmaci generici, concessioni di licenze, dispositivi medici e piccoli mercati, altrettanto importante sarà affrontare i bisogni degli adolescenti di queste popolazioni, secondo le recenti linee guida del luglio 2014 dell'OMS sulla prevenzione, diagnosi, cura e trattamento delle popolazioni chiave.

In questa "sfida" è cruciale il coinvolgimento delle persone che vivono con HIV e delle popolazioni chiave in tutte le fasi: di ricerca, progettazione, attuazione e valutazione, oltre a far rispettare le norme per la lotta contro la discriminazione, derivanti da norme internazionali sui diritti umani, al fine di eliminare lo stigma, la discriminazione e la violenza nelle popolazioni chiave e di ridurre la loro vulnerabilità all'HIV.

La RD non è stata sottoscritta dai paesi membri durante la Conferenza Ministeriale in quanto il documento non è giunto, ad alcuni paesi, in tempo per fornire osservazioni e contributi. L'ECDC e la CE continueranno a raccogliere le osservazioni degli SM durante la presidenza della Lettonia, per procedere alla sua approvazione durante il semestre di presidenza del Lussemburgo.

La WHO/Euro sottoporrà la RD agli altri Stati della regione europea, quali Asia centrale ed Europa dell'Est, aree in cui le realtà HIV/AIDS hanno aspetti, e pongono problematiche, sostanzialmente diversi, per una riflessione sugli obiettivi raggiungibili.

Per approfondimenti sulla Conferenza consultare la pagina:

<http://www.salute.gov.it/portale/ItaliaUE2014/dettaglioEvento.jsp?lingua=italiano&id=212>

1.8 PROGRAMMA DI INTERVENTI URGENTI PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS. LEGGE 5 GIUGNO 1990, N. 135. STATO DI ATTUAZIONE

Nell'ambito dell'apposito piano predisposto dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, la legge 5 giugno 1990, n. 135 ha autorizzato l'attuazione di un articolato programma per la costruzione e la ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive e dei laboratori di microbiologia, virologia e immunologia, nonché la realizzazione di spazi per ospedale diurno, per il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti, per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate e per attività di formazione degli operatori.

In particolare, la lettera b) dell'art. 1 della legge citata, autorizza un programma di costruzioni e di ristrutturazioni di posti letto nei reparti di malattie infettive, comprese le attrezzature e gli arredi, con il potenziamento dei laboratori (con estensione alle strutture territoriali ex lege 135/1997) per un ammontare complessivo di circa lire 2.100 miliardi (pari ad € 1.083.949.444,32), affidandone la realizzazione, attraverso la stipula di convenzioni per la concessione di servizi, ad uno o più soggetti individuati dal CIPE.

I finanziamenti

La Delibera CIPE 21/12/1993 ha ripartito tra le regioni € 1.083.949.444,32 per la realizzazione di progetti concernenti gli obiettivi della sopra citata normativa. Scaduto il termine perentorio per la presentazione delle richieste di finanziamento, da una ricognizione all'epoca effettuata è risultato un residuo pari a L. 464.668.231.592 (pari a € 239.981.113,99). Detto importo è stato successivamente ripartito tra regioni e Istituti con Delibera CIPE 6/05/1998, disponendo anche un accantonamento di € 100.092.747,99. Dette risorse sono state successivamente ripartite con Delibera CIPE n. 64 del 20/12/2004 a favore delle Regioni Campania e Sicilia, che non avevano beneficiato del precedente riparto; la delibera tiene conto, oltre che della realtà finanziaria e programmatica delle Regioni citate, anche dell'urgenza di riservare una congrua somma per far fronte a emergenze che potrebbero scaturire da una evoluzione dell'attuale situazione epidemiologica e dalle attività del Piano nazionale anti-SARS, accantonando a tal fine € 16.542.414,77. La Delibera CIPE n. 35 del 22/03/2006, sulla base di quanto definito dall'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30.04.2003, n. 3285 concernente "disposizioni urgenti di protezione civile per fronteggiare l'emergenza derivante dalla attuale situazione internazionale", ha ripartito le risorse accantonate dalla citata del.64/04 per il potenziamento delle strutture e delle attrezzature dell'Istituto Nazionale

per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” di Roma e dell’Azienda Ospedaliera “Luigi Sacco” di Milano. La residua somma di € 1.823.934,55 è ad oggi accantonata in vista di un successivo riparto per far fronte ad ulteriori emergenze per le Regioni in campo epidemiologico.

Con nota del 22.06.2009 il Dipartimento Ragioneria Generale dello Stato ha affermato che “la possibilità di erogare nuovi mutui da parte della Cassa depositi, a totale carico dello Stato, è da ritenere superata. (...) I limiti degli oneri finanziari per gli interventi in parola, a legislazione vigente, non possono che essere individuati nelle rate di ammortamento dei muti finora attivati, escludendosi la possibilità di reperire ulteriori margini per la copertura di nuove operazioni.”

Alla data del 09/01/2014, risultano finanziati tutte le somme assegnate con le deliberazioni CIPE nella percentuale del 91%.

La **tabella 1**, di seguito riportata, illustra i riparti effettuati a favore delle regioni dalle citate delibere del CIPE.

PROGRAMMA DI INTERVENTI URGENTI PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS. LEGGE N.135/90.

REGIONE	DELIBERA CIPE 21/12/1993	Delib.CIPE 6/05/1998 ridestinazione del residuo delibera 21/12/1993	Delib.CIPE 20/12/04 riparto accantonamento delib. 6/05/1998	Delib.CIPE 22/3/06 riparto accantonamento delib.20/12/04 SARS
PIEMONTE	€ 96.237.739,11	€ 49.682.091,60	€ -	€ -
VAL D'AOSTA	€ 300.982,03	€ -	€ -	€ -
LOMBARDIA	€ 209.994.309,43	€ 21.581.910,45	€ -	€ -
PROV.AUT.BOLZ.	€ 6.766.622,62	€ -	€ -	€ -
PROV.AUT.TREN.	€ 9.038.351,50	€ 5.577.296,03	€ -	€ -
VENETO	€ 92.080.679,27	€ 12.911.422,48	€ -	€ -
FRIULI V.GIULIA	€ 15.512.731,93	€ -	€ -	€ -
LIGURIA	€ 36.857.091,46	€ -	€ -	€ -
EMILIA ROMAGNA	€ 71.458.608,50	€ 769.547,61	€ -	€ -
TOSCANA	€ 73.607.605,90	€ -	€ -	€ -
UMBRIA	€ 16.312.687,45	€ -	€ -	€ -
MARCHE	€ 17.137.185,73	€ 554.932,94	€ -	€ -
LAZIO	€ 104.649.635,47	€ -	€ -	€ -
ABRUZZO	€ 15.721.775,93	€ -	€ -	€ -
MOLISE	€ 3.151.417,02	€ -	€ -	€ -
CAMPANIA	€ 109.123.762,42	€ 44.415.293,32	€ 19.327.458,15	€ -
PUGLIA	€ 47.976.844,33	€ -	€ -	€ -
BASILICATA	€ 6.565.409,46	€ -	€ -	€ -
CALABRIA	€ 35.025.860,88	€ -	€ -	€ -
SARDEGNA	€ 30.233.353,83	€ -	€ -	€ -
SICILIA	€ 86.196.790,03	€ -	€ 64.222.875,07	€ -
O.BAMBINO GESU'		€ 154.937,07	€ -	€ -
POLICLINICO S.		€ 4.240.934,51	€ -	€ -
ACCANTONAME		€ 100.092.747,99	€ -	€ 1.823.934,55
riserva nazionale		€ -	€ 16.542.414,77	€ -
Az.Osp.P.Un."L.S Milano		€ -	€ -	€ 2.618.480,22
I.N.M.I."L.Spallan			€ -	€ 12.100.000,00
	€ 1.083.949.444,32	€ 239.981.113,99	€ 100.092.747,99	€ 16.542.414,77

TABELLA 1

2. L'ATTIVITA' DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

PROGRAMMI E INTERVENTI DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' MIRATI ALLA LOTTA ALL'AIDS – 2014

INTRODUZIONE

Le direttive di indirizzo politico-amministrativo in tema di iniziative per la prevenzione e la lotta all'AIDS sono approvate annualmente dal Comitato Amministrativo dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Le attività dell'ISS, nel campo della prevenzione e della lotta contro l'AIDS, possono essere raggruppate in tre grandi categorie:

I. Attività di sorveglianza e di servizio, in stretto coordinamento con istituzioni internazionali, nazionali e regionali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o gestite e realizzate direttamente dall'ISS con la collaborazione, ove richiesta, di Centri esterni.

II. Attività di ricerca, attuata mediante finanziamenti di origine internazionale e nazionale (fondi del Ministero della Salute, del Ministero degli Affari Esteri, del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, di Istituzioni private italiane, dei Progetti della Comunità Europea, dell'OMS, del Global Fund, della Global Vaccine Enterprise, della Bill & Melinda Gates Foundation... ecc).

III. Attività di formazione con erogazione di crediti formativi, nonché attività di consulenza e di controllo con supporto tecnico/scientifico, teorico e pratico, a Centri ed Istituti italiani.

ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA E DI SERVIZIO

2.1. SORVEGLIANZA DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV

Istituzione dei Sistemi di sorveglianza regionali

In seguito alla pubblicazione del Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 (*Gazzetta Ufficiale* n. 175 del 28 luglio 2008), in Italia vengono raccolti i dati nazionali sulla diffusione delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Il COA gestisce questo Sistema di sorveglianza.

Dopo la pubblicazione del Decreto, molte regioni italiane hanno istituito un sistema di sorveglianza di questa infezione, unendosi ad altre regioni e province che già da vari anni si erano organizzate in modo autonomo e avevano iniziato a raccogliere i dati. Inoltre, per ottenere un'immagine più accurata dell'epidemia da HIV, alcune regioni hanno deciso di recuperare informazioni relative agli anni precedenti al 2008, anno dell'avvio ufficiale del Sistema di sorveglianza. Pertanto, sono disponibili i dati delle seguenti regioni a partire dall'anno indicato tra parentesi: Friuli-Venezia Giulia (1985), Lazio (1985), Provincia Autonoma (PA) di Trento (1985), PA di Bolzano (1985), Veneto (1988), Piemonte (1999), Liguria (2001), Emilia-Romagna (2006), Abruzzo (2006), Marche (2007), Puglia (2007), Valle d'Aosta (2008), Campania (2008), Lombardia (2009), Umbria (2009), Calabria (2009), Sicilia (2009), Toscana (2009), Molise (2010), Basilicata (2010), Sardegna (2012).

Nel Decreto viene affidato al COA il compito di raccogliere le segnalazioni, gestire e analizzare i dati e assicurare il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute.

Al Sistema di sorveglianza vengono notificati i casi in cui viene posta per la prima volta la diagnosi di infezione da HIV, a prescindere dalla presenza di sintomi AIDS-correlati. I dati vengono raccolti dalle regioni che, a loro volta, li inviano al COA.

Copertura del Sistema di sorveglianza

Dal 1985 la copertura geografica del Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è andata aumentando nel tempo, in concomitanza con la progressiva istituzione di Sistemi locali di sorveglianza HIV da parte delle regioni e province. Dal 2006 la copertura è aumentata in modo molto rapido perché il Decreto Ministeriale del 2008 prevedeva il recupero retroattivo dei dati a partire da tale data al fine di avere una visione più estesa dell'epidemia da HIV in Italia. Dal 2012 tutte le regioni italiane hanno attivato un Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, ottenendo una copertura del Sistema di sorveglianza del 100%.

Calcolo dell'incidenza

Dal 2008 l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV viene calcolata sui residenti, sia al numeratore (numero di persone con nuova diagnosi di infezione da HIV residenti in una determinata area) che al denominatore (numero di abitanti residenti nella stessa area).

Il numero di abitanti residenti nelle singole regioni è riportato annualmente dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ed è disponibile online.

Per calcolare l'incidenza HIV per nazionalità sono state prese in considerazione le nuove diagnosi di infezione da HIV riportate in persone straniere residenti in Italia al numeratore e il numero degli stranieri residenti in Italia riportato dall'ISTAT al denominatore.

Ritardo di notifica

Data la recente istituzione della Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV in molte regioni italiane, i dati presentati in questo fascicolo potrebbero essere incompleti o sottostimati e potrebbero, quindi, subire delle modifiche in seguito alle verifiche effettuate dalle singole regioni, al ritardato arrivo di alcune schede presso il centro di coordinamento regionale, e ai controlli di qualità, congruità e completezza dei dati effettuati dal COA.

Distribuzione temporale, geografica e caratteristiche demografiche delle nuove diagnosi di infezione da HIV

Prendendo in considerazione solo i dati inviati dalle regioni per gli anni in cui hanno attivato il Sistema di sorveglianza, nel periodo 1985-2013 sono state segnalate 61.080 nuove diagnosi di infezione da HIV; di queste, il 72,2 % erano in maschi e il 23,1% in persone di nazionalità straniera. L'età mediana alla diagnosi di infezione da HIV, calcolata solo tra gli adulti (≥ 15 anni) era di 39 anni (intervallo interquartile - IQR: 31-47 anni) per i maschi e di 36 anni (IQR: 29-46 anni) per le femmine.

Dal 2010 al 2013 sono state segnalate, entro giugno 2014, rispettivamente 3.980, 3.836, 4.100 e 3.608 nuove diagnosi di infezione da HIV. La diminuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV nell'ultimo anno è verosimilmente dovuta al ritardo di notifica.

Nuove diagnosi di infezione da HIV per regione di segnalazione e regione di residenza

Il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV è riportato per regione di segnalazione e per regione di residenza nel 2010, 2011, 2012 e 2013. La differenza tra il numero dei casi residenti e

quello dei casi segnalati fornisce informazioni utili sulla mobilità degli individui e sull'offerta assistenziale di alcune regioni. Nel 2013, le regioni che hanno un numero di casi residenti maggiore rispetto ai casi segnalati (Piemonte, Umbria, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna) hanno “esportato” casi in termini assistenziali; viceversa, quelle con più casi segnalati rispetto ai casi residenti (Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, PA di Trento, PA di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Abruzzo) ne hanno “importati” da altre regioni. Nel 2013 più della metà delle segnalazioni sono pervenute da tre regioni: Lombardia (25,8%), Lazio (16,8%) ed Emilia-Romagna (9,6%).

Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV

L'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV era alta nella seconda metà degli anni '80, raggiungendo un picco massimo di 26,8 nuovi casi per 100.000 residenti nel 1987; successivamente è diminuita fino al 2006. Dal 2007 l'incidenza è sostanzialmente stabile. Questo andamento è stato simile sia tra i maschi che tra le femmine.

Nel 2013 l'incidenza era pari a 6,0 nuovi casi per 100.000 residenti. L'incidenza più bassa è stata osservata in Calabria e quella più alta nel Lazio. Nella maggior parte delle regioni l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV sembra avere un andamento stabile, anche se in alcune (Piemonte, Toscana, Abruzzo, Calabria) sembra essere in aumento e in altre si osserva un andamento in diminuzione (Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Trento, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Sardegna). Come già accennato precedentemente, è opportuno ricordare che il numero delle segnalazioni può subire delle variazioni dovute al recupero di diagnosi di anni precedenti e questo fenomeno può essere particolarmente accentuato per singola regione.

Età alla diagnosi di infezione da HIV

Dal 1985, escludendo le persone di età inferiore ai 15 anni diagnosticate con HIV, si osserva un aumento costante dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione da HIV, che è passata da 26 anni (IQR: 24-30 anni) per i maschi e 24 anni (IQR: 22-29 anni) per le femmine nel 1985 a, rispettivamente, 39 anni (IQR: 31-47 anni) e 36 anni (IQR: 29-37 anni) nel 2013.

Negli ultimi quattro anni l'età mediana al momento della diagnosi di infezione da HIV appare relativamente costante per le principali modalità di trasmissione (Figura 5); in particolare, nel 2013, i maschi eterosessuali mostrano un'età mediana di 41 anni, i consumatori di sostanze per via

iniettiva - Injecting Drug User (IDU) di 40 anni, i Maschi che fanno Sesso con Maschi (MSM) di 36 anni e le femmine eterosessuali di 36 anni.

Le classi di età più rappresentate sono state quella di 30-39 anni (31,8% dei casi delle nuove diagnosi di infezione da HIV), con un'incidenza di 14,0 nuovi casi per 100.000 residenti e quella di 40-49 anni (27,2% dei casi delle nuove diagnosi di infezione da HIV) con un'incidenza di 10,2 nuovi casi per 100.000 residenti.

La classe di età 25-29 anni (14,1% dei casi delle nuove diagnosi di infezioni da HIV) ha riportato l'incidenza più alta: 15,6 nuovi casi per 100.000 residenti.

Negli ultimi quattro anni si osserva un aumento delle nuove diagnosi di infezione da HIV nella classe di età 50-59 anni e una diminuzione nella classe di età 30-39 anni.

Rapporto maschi/femmine (M/F)

La proporzione di femmine è aumentata all'inizio degli anni 2000, ma negli ultimi anni sta ridiminuendo: il rapporto M/F è passato da 3,5 (653 M/187 F) nel 1985, a 2 nel 2001 (945 M/481 F); successivamente, si è osservato un cambiamento di tendenza e il rapporto M/F è aumentato di nuovo fino a 3,5 nel 2013 (2.814 M/794 F). Quindi, la proporzione di femmine è diminuita, rappresentando nel 2013 il 28% delle nuove diagnosi.

Modalità di trasmissione

La modalità di trasmissione viene attribuita secondo un ordine gerarchico che risponde a criteri definiti a livello internazionale. Ogni soggetto è classificato in un solo gruppo, coloro che presentano più di una modalità di trasmissione vengono classificati nel gruppo con rischio di trasmissione più elevato (in ordine decrescente di rischio: IDU, MSM, eterosessuali, altro).

Dalla metà degli anni '80 a oggi la distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione ha subito un notevole cambiamento: la proporzione di IDU è diminuita dal 76,2% nel 1985 al 4,5% nel 2013, mentre sono aumentati i casi attribuibili a trasmissione sessuale. In particolare, i casi attribuibili a trasmissione eterosessuale sono aumentati dall'1,7% nel 1985 al 44,5% nel 2013 e i casi attribuibili a trasmissione tra MSM nello stesso periodo sono aumentati dal 6,3% al 39,4%. La modalità "altro" nel 2013 è stata riportata nell'1,8% delle persone diagnosticate con una nuova diagnosi di infezione da HIV (64 casi). Per questa modalità di trasmissione la scheda di sorveglianza prevede che venga specificata la modalità precisa. Tuttavia, solamente in 3 casi è stata precisata la modalità di trasmissione, come segue: "esposizione accidentale in Africa" in 2 casi,

“rapporti sessuali tra femmine” (femmine che fanno sesso con femmine) in 1 caso. Per i restanti 61 casi non è stata riportata alcuna modalità specifica.

Nel 2013 la modalità “trasmissione verticale” ha contribuito per lo 0,2% del totale dei casi segnalati. Per il 9,5% delle persone diagnosticate con una nuova diagnosi di infezione da HIV nel 2013, non è stata indicata la modalità di trasmissione. In numeri assoluti, i casi più numerosi negli ultimi 4 anni sono attribuibili a trasmissione tra MSM, seguiti da eterosessuali maschi e femmine.

Numero di linfociti CD4 alla prima diagnosi di HIV e arrivo tardivo alla diagnosi

Dal 2010 sono disponibili i dati sul numero dei linfociti CD4 riportati alla prima diagnosi di infezione da HIV. Nel 2013 solamente il Lazio non ha raccolto e inviato i dati relativi al numero di linfociti CD4 alla prima diagnosi di infezione da HIV. La completezza di questa variabile è diversa tra regioni e nel 2013 varia dal 68,7% del Veneto al 100% della Valle d'Aosta, PA di Bolzano, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria. In totale, nel 2013, per il 77,2% dei casi segnalati è stato riportato il numero dei CD4 alla diagnosi.

Nel 2013, la proporzione delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV diagnosticate con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/μL era del 37,6%, mentre quella di coloro che avevano un numero di CD4 inferiore a 350 cell/μL era del 57,6%.

Nel 2013, la proporzione delle persone con meno di 200 linfociti CD4 alla diagnosi era 49,5% tra i maschi eterosessuali, 47,9% tra gli IDU, 39,9% tra le femmine italiane, 39,1% tra i maschi stranieri, 37,5% tra le femmine eterosessuali, 37,1% tra maschi italiani, 36,7% tra le femmine straniere, 27,3% tra gli MSM (questi gruppi non sono mutuamente esclusivi). In termini assoluti, il numero più elevato di persone con CD4 <350 cell/μL alla diagnosi è stato osservato tra i maschi italiani.

Caratteristiche della popolazione straniera con nuova diagnosi di infezione da HIV

La proporzione di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV è aumentata dall'11% nel 1992 ad un massimo di 32,9% nel 2006; nel 2013 è stata del 24,0%, con un numero assoluto di casi inferiore rispetto al 2012 (865 vs 1077).

Nel 2013, il 43,5% di stranieri con una nuova diagnosi di infezione da HIV proveniva dall'Africa, il 27,1% dai Paesi dell'Europa centrale e orientale, il 21,7% dall'America meridionale, il 4,5% dall'Asia, il 3,1% dai Paesi dell'Europa occidentale. Nel 2013, il 55,7% dei casi in stranieri era costituito da maschi e l'età mediana alla prima diagnosi di infezione da HIV era di 39 anni (IQR 31-47) per i maschi e di 36 anni (IQR 29-46) per le femmine. Nel 2013, l'incidenza delle nuove

diagnosi di infezione da HIV della popolazione straniera era di 9,7 nuovi casi per 100.000 maschi stranieri residenti e 2,6 nuovi casi per 100.000 femmine straniere residenti.

Nel 2013, i rapporti eterosessuali rappresentavano la modalità di trasmissione più frequente tra gli stranieri: il 26,6% era costituito da eterosessuali maschi e il 38,3% da eterosessuali femmine. Gli MSM rappresentavano il 18,8% e gli IDU il 2,5% del totale delle nuove diagnosi di infezione da HIV in stranieri.

Tra gli stranieri, la proporzione maggiore di nuove diagnosi è in eterosessuali femmine e in eterosessuali maschi mentre tra gli italiani è in MSM, che costituiscono quasi la metà delle nuove diagnosi tra gli italiani.

Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV nella popolazione straniera

Nel 2013, l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV era di 19,1 nuovi casi per 100.000 stranieri residenti rispetto a un'incidenza tra italiani residenti di 4,9 nuovi casi per 100.000. L'incidenza HIV è distribuita diversamente sul territorio italiano tra gli italiani rispetto agli stranieri: nel 2013 si osservano incidenze elevate tra gli stranieri nelle regioni del Centro-Sud Italia (Lazio, Campania, Sicilia), mentre tra gli italiani le incidenze più alte vengono registrate al Centro-Nord (Lombardia: 9,9 nuovi casi per 100.000 italiani residenti).

Motivo di effettuazione del test HIV

Nel 2013, il 41,9% dei casi ha eseguito il test HIV per la presenza di sintomi HIV-correlati; il 27,6% in seguito a un comportamento a rischio non individuato; il 15,1% in seguito a controlli specialistici legati alla riproduzione sia nella donna che nel partner (gravidanza, parto, interruzione volontaria della gravidanza, procreazione medicalmente assistita); il 5,5% in seguito alla diagnosi di un'infezione sessualmente trasmessa; il 4,2% in seguito alla scoperta della sieropositività del partner; l'1,9% ha eseguito il test nell'ambito dello screening pre-donazione di sangue; l'1,8% in occasione di un ricovero ospedaliero; 1,4% in seguito a rapporti sessuali non protetti con un partner il cui sierostato HIV non era noto; lo 0,5% in seguito a una campagna di screening.

Nuove diagnosi di infezione da HIV in persone di età ≤ 15 anni

Nel 2013, sono state segnalate 16 nuove diagnosi di infezione da HIV in persone minori di 15 anni di età (n. 8 maschi e n. 9 femmine). In particolare, sono state segnalate 7 diagnosi in bambini ≤2