

PARTE IV

DANNI CORRELATI AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Elementi chiave

Malattie infettive

Oltre 37.000 soggetti in trattamento presso i SerD, pari al 29,5% del totale, sono stati testati per HIV nel 2018: di questi ne sono risultati positivi 1.585, corrispondenti a poco più dell'1% di tutti i soggetti in cura. Il 21% dell'utenza è stata testata per HBV e il 20% per HCV: la positività è stata rilevata rispettivamente per lo 0,4% e l'8,5% dell'utenza trattata.

Dall'analisi del *trend* si evidenzia un'importante diminuzione di epatiti B e C e, dopo il picco rilevato lo scorso anno, anche di epatite A. Per i casi di epatite A o B la principale modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti è l'inalazione, mentre per il 53,5% dei pazienti affetti da epatite C è la via endovenosa.

Tra il 2012 e il 2017 i dati rivelano una lieve ripresa della diffusione delle infezioni sessualmente trasmissibili fra i consumatori di sostanze psicoattive per via iniettiva; in particolare, è evidente un aumento delle segnalazioni di infezione da *Chlamydia trachomatis*, gonorrea e sifilide latente.

Nel 2017 (ultimo dato disponibile) sono state notificate 94 nuove diagnosi di HIV e 78 casi di AIDS fra i consumatori di sostanze psicoattive per via iniettiva. Si conferma il *trend* in diminuzione osservato negli anni precedenti.

Il 27% dei nuovi casi ha avuto la diagnosi di AIDS entro 6 mesi dal primo test HIV positivo, suggerendo che quasi un terzo di queste persone arriva ad uno stadio di AIDS conclamata ignorando la propria sieropositività.

Ricoveri ospedalieri, incidenti stradali e mortalità

I ricoveri direttamente droga-correlati nel 2017 (ultimo dato disponibile) sono stati 7.452, ovvero 12 ricoveri ogni 100.000 residenti, dato aumentato del 14% rispetto all'anno precedente. L'incremento dei ricoveri è stato maggiore fra le persone di 25-34 anni e di 35-44 anni.

Il 52,4% dei ricoveri droga-correlati sono stati attribuiti all'utilizzo di sostanze miste o non identificate: il 21,1% ad oppioidi, il 20% a cocaina, il 5,4% a cannabinoidi, lo 1,1% ad amfetamine e allucinogeni.

Nell'ultima rilevazione disponibile (2017) si registra un incremento delle violazioni contestate per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (art. 187 Codice della Strada), pari a 5.289 vs 4.742 nel 2016. Il dato è in crescita rispetto agli anni precedenti anche per quanto riguarda le rilevazioni dei Carabinieri relativamente agli incidenti stradali con lesioni a persone con almeno un conducente sotto l'effetto di sostanze psicoattive: sono stati 1.048 (pari al 3,2% del totale degli incidenti rilevati) ed hanno provocato 1.893 feriti e 40 vittime.

Nel 2018 i decessi direttamente attribuibili all'uso di sostanze stupefacenti sono stati 334, con un aumento di quasi il 12,8% rispetto all'anno precedente. Il 46% dei decessi è attribuibile al consumo di eroina ed il 19% alla cocaina. Il tasso di decessi direttamente correlati al consumo di queste sostanze risulta in sensibile aumento dal 2016.

PAGINA BIANCA

Capitolo 8

MALATTIE INFETTIVE

8.1 Malattie infettive tra i soggetti tossicodipendenti in trattamento

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica; Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitari; Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze

I dati qui di seguito riportati si riferiscono agli utenti tossicodipendenti trattati durante l'anno dai Servizi per le Dipendenze (SerD). Raccolta e analisi dei dati sono gestite a livello nazionale dal Ministero della Salute e, a livello locale, dalle singole Regioni e Province Autonome (PA) nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e attraverso il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) (istituito con D.M. 11 giugno 2010). Occorre premettere che la considerevole disomogeneità interregionale nella quota di utenti testati e positivi ai marker per le patologie infettive, non consente un'interpretazione univoca dei dati e delle differenze rilevate. Per poter precedere a un tale confronto sarà essenziale ottenere una raccolta di dati omogenei.

L'estrema variabilità nella proporzione di utenti testati risente della mancata rilevazione di questo tipo di informazione per criticità nella fase di registrazione sui sistemi informatici.

Nel 2018 gli assistiti testati per *HIV* sono stati 37.194¹, pari al 29,5% del totale dei soggetti in trattamento. Sono risultati positivi 1.585 soggetti, corrispondenti all'1,3% del totale dei trattati, con un *range* di valori compresi tra lo 0% della PA di Trento e il 3,5% della regione Lombardia (Tab.8.1.1).

I soggetti testati per *HBV* sono stati 26.786, il 21,3% dell'utenza totale: per lo 0,4% degli utenti trattati (513 soggetti) il test ha avuto esito positivo², con una considerevole variabilità interregionale. La proporzione di utenti positivi ai marker per *HBV* varia tra lo 0% rilevato in Marche, Molise e Calabria e l'1,3% dell'Emilia Romagna.

Le criticità riferite alla fase di registrazione digitale, unite alla disomogenea esecuzione e registrazione della vaccinazione anti-*HBV* a livello regionale, possono avere influito sulla importante variabilità nella percentuale di positivi (Tab. 8.1.1).

Sono stati 25.274 gli assistiti testati per *HCV*, pari al 20,1% del totale degli utenti in trattamento. L'8,5% dei trattati (10.692 soggetti) è risultato positivo, con una sostanziale variabilità territoriale: la proporzione di utenti positivi per *HCV* è compresa tra 0% e 33,3% rilevati rispettivamente nelle regioni Molise ed Emilia Romagna (Tab. 8.1.1.1).

Nel complesso, tra i soggetti testati il 4,3% è risultato *HIV* positivo, l'1,9% *HBV* positivo e il 42,3% *HCV* positivi, con una ampia variabilità interregionale (Fig. 8.1.1.).

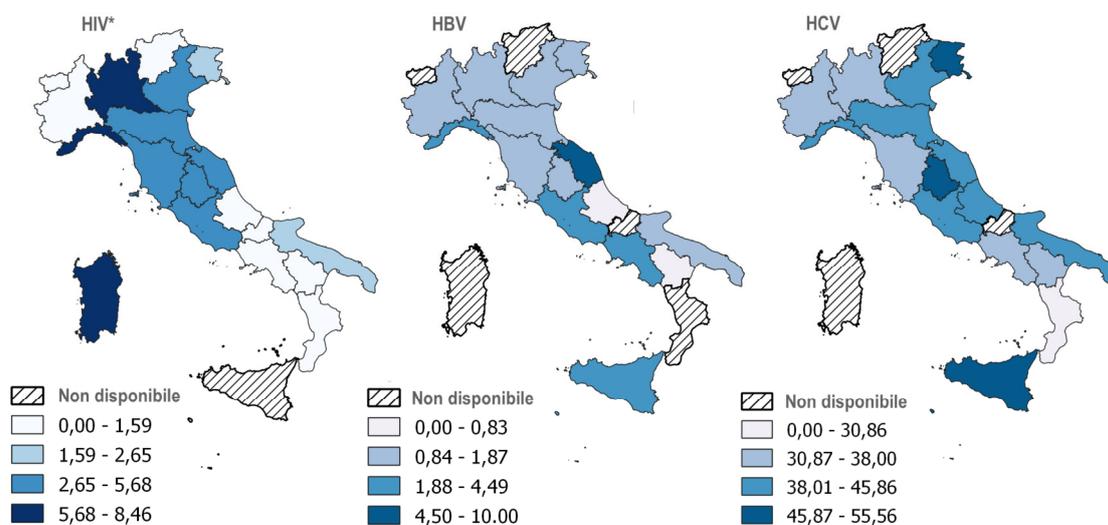
¹ Nell'analisi delle patologie infettive il dato ha una dimensione regionale pertanto un assistito, pur rivolgendosi a SerD diversi della stessa Regione, viene rilevato una sola volta: il totale ammonta a 126.044 soggetti. Nell'analisi dell'utenza per genere ed età il dato è invece rilevato a livello di SerD, quindi un assistito può essere contato più volte se si rivolge a più SerD: per l'anno 2018 tale numero ammonta a 133.060 utenti.

² Gli utenti sono considerati positivi qualora sia soddisfatta una delle seguenti condizioni: *Infetto*: HbsAg Positivo; *Immune*: HbsAg Negativo, Anti HBs Positivo, Anti-HBc Positivo; *Infezione Progressiva/Cronica*: HbsAg Negativo, Anti HBs Negativo, Anti-HBc Positivo.

Tab. 8.1.1 - Numero assoluto di utenti in carico, di quelli testati e di quelli risultati positivi al test HIV, HBV e HCV per Regione/PA

Regione/PA	N. utenti in carico	HIV		HBV		HCV	
		N. testati	N. positivi	N. testati	N. positivi	N. testati	N. positivi
Piemonte	11.942	2.065	17	1.585	21	1.251	386
Valle d'Aosta	279	73	1	-	-	-	-
Lombardia	20.157	8.337	705	4.033	71	3.436	1.290
Liguria	3.913	1.397	112	654	16	544	238
PA Trento	934	1.155	0	-	-	-	-
Veneto	9.886	3.010	98	3.368	63	2.776	1.198
Friuli Venezia Giulia	2.075	2.152	57	1.414	24	1.209	622
Emilia Romagna	9.978	7.211	334	7.439	132	7.439	3.319
Toscana	12.085	1.588	59	1.482	23	1.486	515
Umbria	2.521	747	27	695	11	684	380
Marche	5.353	904	33	20	2	18	8
Lazio	11.503	757	43	993	24	1.205	540
Abruzzo	3.093	2.822	25	1.006	6	1.099	504
Molise	699	70	1	1	0	1	0
Campania	10.918	1.757	28	1.411	38	1.448	525
Puglia	8.866	1.070	26	797	14	871	331
Basilicata	917	652	2	362	3	340	128
Calabria	3.019	1.385	14	78	0	69	17
Sicilia	5.608	-	-	1.448	65	1.398	691
Sardegna	2.298	42	3	-	-	-	-
ITALIA	126.044	37.194	1.585	26.786	513	25.274	10.692

Fonte: SIND - Anno 2018

Fig. 8.1.1 - Distribuzione percentuale di utenti risultati positivi rispetto a quelli testati per i test HIV, HBV e HCV per Regione/PA

Fonte: Elaborazione dati SIND - Anno 2018

Limitando l'analisi agli utilizzatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva, i cosiddetti *Injecting Drug Users* (IDU), soggetti a più alto rischio di malattie infettive, la percentuale degli utenti testati aumenta e raggiunge il 25,7% per il test HBV e il 23,9% per il test HCV (Tab. 8.1.2).

Tab. 8.1.2 - Numero assoluto di utenti IDU e di testati per HBV e HCV per Regione/PA

Regione/PA	N. utenti IDU	N. IDU testati	
		HBV	HCV
Piemonte	4.386	568	378
Valle d'Aosta	2	-	-
Lombardia	4.780	1.243	1.029
Liguria	1.436	228	173
PA Trento	166	-	-
Veneto	6.710	2.191	1.818
Friuli Venezia Giulia	964	829	696
Emilia Romagna	4.752	4.068	4.065
Toscana	5.213	667	629
Umbria	1.144	397	388
Marche	1.566	9	9
Lazio	5.063	467	604
Abruzzo	0	0	0
Molise	22	0	0
Campania	3.865	490	493
Puglia	3.329	288	338
Basilicata	429	146	132
Calabria	926		23
Sicilia	2.426	877	853
Sardegna	1.504	-	-
ITALIA	48.683	12.497	11.628

Fonte: SIND - Anno 2018

Analizzando l'utenza sulla base delle principali sostanze d'uso iniettivo, risulta una percentuale di soggetti testati per HBV pari al 28,2% e al 30,8% tra coloro che usano rispettivamente eroina e/o cocaina. Nel caso del test per HCV tali percentuali si attestano al 25,7% tra gli IDU di eroina e del 28,5% per IDU di cocaina³ (Tab. 8.1.3).

Tab. 8.1.3 - Numero assoluto di utenti IDU di eroina e/o cocaina e testati per HBV e HCV

Sostanza	N. utenti IDU	IDU testati per HBV		IDU testati per HCV	
		N.	%	N.	%
Eraina	18.262	5.146	28,2	4.866	25,7
Cocaina	5.660	1.741	30,8	1.614	28,5

Fonte: SIND - Anno 2018

³ Un assistito può essere contato più volte se usa più sostanze per via iniettiva

8.2 Diffusione delle epatiti virali acute in soggetti tossicodipendenti

Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale per la Salute Globale - Sistema Epidemiologico Integrato Epatiti Virale Acute

I processi infiammatori acuti del fegato causati da specifici virus epatotropi, contagiosi e ubiquitari vengono studiati all'interno del quadro delle epatiti virali. I tipi virali più diffusi detti "virus epatitici maggiori" sono: 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: il medico deve comunicare il caso, entro 48 ore dall'osservazione, alla Azienda Sanitaria Locale (ASL) di competenza che a sua volta provvede, previa validazione della diagnosi, all'invio alla Regione; quest'ultima invia la segnalazione al Ministero della Salute e all'ISTAT.

In Italia è, inoltre, attiva dal 1985 una sorveglianza speciale denominata Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta - SEIEVA, coordinata dal Centro Nazionale per la Salute Globale e dal Dipartimento di Malattie Infettive 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 acuta. La partecipazione alla sorveglianza SEIEVA è su base volontaria: attualmente aderisce l'86% delle ASL italiane distribuite su tutto il territorio nazionale (con l'eccezione del Molise), alle quali afferisce l'82,4% della popolazione italiana. Il numero di ASL partecipanti, e conseguentemente la popolazione sorvegliata, sono in costante aumento. Attraverso il questionario epidemiologico SEIEVA vengono raccolte informazioni sui principali fattori di rischio per le epatiti virali acute, compresa la tossicodipendenza.

I tossicodipendenti, soprattutto quelli che assumono droghe per via iniettiva e 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, inoltre, negli ultimi anni sono state descritte numerose epidemie di epatite A tra tossicodipendenti.

Di seguito verranno descritti i casi di epatite A, B, C e Delta in soggetti tossicodipendenti, indipendentemente dalla modalità di assunzione delle sostanze, segnalati al SEIEVA negli anni dal 1991 al 2018. Inoltre viene presentata un'analisi più dettagliata riferita all'ultimo quinquennio 2014-2018.

Al sistema di sorveglianza SEIEVA durante il 2018 sono stati segnalati 12 casi di epatite A in soggetti tossicodipendenti, 10 di epatite B, 12 di epatite C e nessun caso di epatite Delta. L'età mediana dei soggetti tossicodipendenti segnalati per epatite A risulta di 24,5 anni, mentre quella dei casi di epatite B e C risulta rispettivamente di 38 e 36 anni. Tra i soggetti tossicodipendenti segnalati per epatite A non risultano utilizzatori di sostanze stupefacenti per via endovenosa (IDU), mentre tra i segnalati per epatite B si registrano 5 casi IDU (tutti di genere maschile) e altrettanti 5 casi tra i segnalati per epatite C (M = 2 casi; F = 3 casi). I soggetti IDU complessivamente tendono a essere più giovani rispetto a chi assume droghe per vie diverse da quella endovenosa (età mediana 34 anni negli IDU e 39,5 negli altri).

In tabella 8.2.1 si riportano le caratteristiche socio-demografiche dei casi di epatite A, B e C osservati tra i soggetti tossicodipendenti.

Tab. 8.2.1 - Numero assoluto di casi di epatite acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti

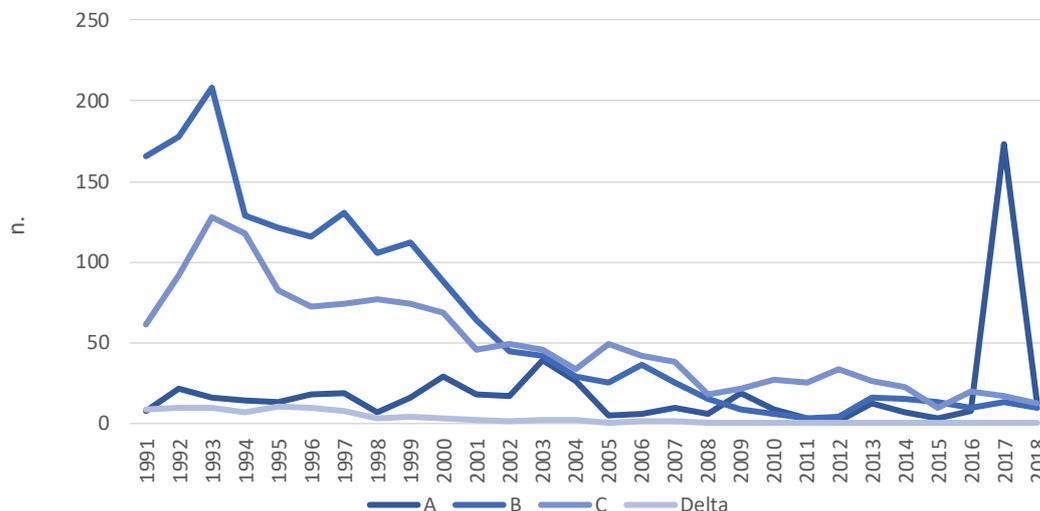
		HAV	HBV	HCV
Età	≤19 anni	---	---	2
	20-29 anni	8	3	1
	30-39 anni	4	3	5
	40-49 anni	---	2	4
	≥50 anni	---	2	---
	Età mediana (range)	24,5 anni (20 - 37)	38 anni (20 - 51)	36 anni (17 - 48)
Genere	Maschi	9	9	8
	Femmine	3	1	4
Cittadinanza	Italiana	9	4	10
	Altro	3	6	1
	Non nota	---	---	1
TOTALE		12	10	12

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anno 2018

L'analisi dei *trend* temporali dal 1991 al 2018 evidenzia una costante diminuzione di epatite B e C. In particolare il numero di casi di epatite B è diminuito molto rapidamente nei primi 10 anni di osservazione e, dal 2002, i casi di epatite C risultano più numerosi dei casi di epatite B, plausibilmente grazie alla strategia vaccinale anti-epatite B adottata in Italia a partire dal 1991. Sono stati segnalati complessivamente 536 casi di epatite A, 1.735 casi di epatite B e 1.385 casi di epatite C, in soggetti utilizzatori di sostanze stupefacenti.

Per quanto riguarda l'epatite Delta in soggetti tossicodipendenti, responsabile in passato di epidemie tra questi, negli ultimi 10 anni non sono più stati notificati casi al SEIEVA. Complessivamente, nel periodo 1991-2007 sono stati segnalati 84 casi. Ulteriori 124 casi risultati positivi al virus Delta presentavano una coinfezione con il virus B e sono inclusi quindi tra i casi di epatite B acuta (l'ultima di queste infezioni è stata osservata nel 2014).

L'andamento per anno dei casi di epatite A tra i tossicodipendenti ha un andamento diverso rispetto alle epatiti a trasmissione parenterale (B, C e Delta). Durante il periodo di osservazione (1991-2018), il numero di casi di epatite A in tossicodipendenti rimane pressoché costante negli anni, con frequenti picchi in corrispondenza di focolai epidemici che hanno colpito anche altri gruppi di popolazione (Fig. 8.2.1). In particolare, da agosto 2016 a fine 2017, si è verificata in Italia, come in altri Paesi europei, un'importante epidemia di epatite A che ha coinvolto comunità di soggetti omosessuali di genere maschile (MSM) e che ha colpito più di 3.000 persone. L'epidemia ha comportato un ingente aumento di casi anche tra tossicodipendenti, tra i quali nel 2017 sono stati osservati 173 casi: il numero annuo più alto registrato dal SEIEVA dall'inizio della sorveglianza. Nel 2018 si è tornati a un numero di casi compatibile con il livello endemico medio dell'intero periodo di osservazione.

Fig. 8.2.1 - Numero di casi di epatite virale acuta (A, B, C e Delta) in soggetti tossicodipendenti per anno di insorgenza dei sintomi

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anni 1991-2018

È importante sottolineare che i dati descritti tendono leggermente a sottostimare la diminuzione del rischio di infezione rispetto ad una analisi più corretta dell'incidenza di malattia: negli anni, infatti, il numero di ASL partecipanti alla sorveglianza è aumentato e conseguentemente anche la popolazione di riferimento. Non è stato però 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/ASL in Italia.

Nel periodo in esame si sono verificati 3 decessi fra i casi di epatite A in soggetti tossicodipendenti, 5 fra i casi di epatite B, nessuno fra i casi di epatite C e Delta. L'ultimo decesso è stato osservato nel 2005. Per quanto riguarda in particolare l'epatite A, l'analisi ha evidenziato una letalità significativamente maggiore nei tossicodipendenti (0,6%) rispetto a chi non assume droghe (0,06%, $p=0,005$).

Analisi dei casi osservati nel quinquennio 2014-2018

Un'analisi più approfondita della situazione attuale può essere effettuata prendendo in considerazione l'ultimo quinquennio di osservazione. Nel periodo 2014-2018, sono stati segnalati al SEIEVA 356 casi di epatite virale acuta in soggetti che riportavano consumo di droghe: la maggior parte (57,0%; 203 casi) era attribuibile al virus A, a causa dell'epidemia in soggetti omosessuali di genere maschile (MSM); nel 23,0% (82 casi) si è trattato di epatite C e nel 17,1% (61 casi) di epatite B. I restanti 10 casi sono 1 epatite E e 9 nonA-nonE o Unknown. Il numero maggiore di casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti si è registrato nelle regioni Lombardia, Toscana, Lazio e Veneto.

Tab. 8.2.2 - Numero di nuove diagnosi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti, per Regione/PA di segnalazione (2014-2018)

Regione/PA di segnalazione	Epatite A		Epatite B		Epatite C	
	N	%	N	%	N	%
Piemonte	5	2,5	6	9,8	8	9,8
Valle d'Aosta	---	---	---	---	1	1,2
Lombardia	49	24,1	13	21,3	7	8,5
P A Bolzano	---	---	---	---	1	1,2
P.A Trento	1	0,5	---	---	1	1,2
Veneto	26	12,8	2	3,3	8	9,8
Friuli Venezia Giulia	6	3,0	0	0,0	5	6,1
Liguria	5	2,5	1	1,6	3	3,7
Emilia Romagna	12	5,9	8	13,1	6	7,3
Toscana	27	13,3	12	19,7	25	30,5
Umbria	2	1,0	1	1,6	---	---
Marche	5	2,5	3	4,9	3	3,7
Lazio	33	16,3	12	19,7	8	9,8
Abruzzo	3	1,5	1	1,6	1	1,2
Molise	-	-	-	-	-	-
Campania	4	2,0	---	---	1	1,2
Puglia	12	5,9	1	1,6	2	2,4
Basilicata	---	---	---	---	1	1,2
Calabria	1	0,5	---	---	1	1,2
Sicilia	8	3,9	---	---	---	---
Sardegna	4	2,0	1	1,6	---	---
Totale	203	100,0	61	100,0	82	100,0

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anni 2014-2018

I casi di epatite acuta tra i soggetti tossicodipendenti sono per la maggior parte giovani adulti, di età più elevata tra i casi di epatite B, plausibilmente a causa della vaccinazione dell'obbligo introdotta nel 1991 e per la quale, ad oggi, 38 coorti di nascita sono protette contro l'epatite B. La maggior parte dei casi osservati in soggetti tossicodipendenti è di genere maschile e il rapporto M/F è leggermente più equilibrato tra i casi di epatite C, con il 28% di donne.

Tab. 8.2.3 - Casi di epatite acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti

	Epatite A		Epatite B		Epatite C		Epatiti totali	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Età								
≤19 anni	11	5,4	0	0,0	11	13,4	22	6,4
20-29 anni	83	40,9	10	16,4	30	36,6	123	35,5
30-39 anni	71	35,0	20	32,8	22	26,8	113	32,7
40-49 anni	31	15,3	22	36,1	17	20,7	70	20,2
≥50 anni	7	3,4	9	14,8	2	2,4	18	5,2
<i>Età mediana (range)</i>	<i>30 anni (17-65)</i>		<i>40 anni (20-56)</i>		<i>29,5 anni (16-55)</i>		<i>32 anni (16-65)</i>	
Genere								
Maschi	184	91,1	56	91,8	59	72,0	299	86,7
Femmine	18	8,9	5	8,2	23	28,0	46	13,3
Cittadinanza								
Italiana	179	93,2	43	71,7	72	90,0	294	88,6
Altro	13	6,8	17	28,3	8	10,0	38	11,4
TOTALE	203	58,7%	61	17,6%	82	23,7%	346	100,0%

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anni 2014-2018

Per quanto riguarda la cittadinanza dei soggetti tossicodipendenti con epatite A la percentuale di stranieri è inferiore a quella presente nella popolazione generale, nella quale si stima un 8% di immigrati regolari e circa il 6% di irregolari. Anche tra i casi di epatite C la percentuale di stranieri risulta leggermente inferiore rispetto all'atteso. Tra i casi di epatite B si riscontra, invece, una percentuale maggiore di stranieri (28,3%). Riguardo all'area di provenienza, la maggior parte di casi di epatite in tossicodipendenti stranieri è proveniente dall'Africa (7 casi di epatite B e 3 di A e C) o dall'Europa dell'Est (6 casi di Epatite B, 3 di C e 2 di A).

Per i casi di epatite A o B la principale modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti è l'inalazione, mentre per il 53,5% dei pazienti affetti da epatite C è la via endovenosa e per il 26,8% è quella endovenosa/inalatoria. Nel complesso, oltre l'80% dei casi di epatite C acuta in soggetti tossicodipendenti riporta un'assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa.

Tab. 8.2.4 - Distribuzione percentuale della principale modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti riferita dai soggetti tossicodipendenti con diagnosi di epatite virale acuta

Modalità di assunzione	Tipo di epatite			Epatiti totali
	Epatite A	Epatite B	Epatite C	
Endovena	12,2	20,0	53,5	23,1
Inalazione	63,5	65,5	18,3	53,4
Endovenosa/Inalazione	4,4	7,3	26,8	10,1
Altro	19,9	7,3	1,4	13,4

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anni 2014-2018

Analisi di fattori di rischio aggiuntivi riportati dai casi di epatite acuta in soggetti tossicodipendenti

Un'alta percentuale di casi riporta partner sessuali multipli, soprattutto tra i casi di epatite A e B. Tra i casi di epatite A, quasi il 70% degli uomini riferisce rapporti sessuali con persone dello stesso genere, quota che risulta pari al 17,6% tra i casi di epatite C e all'11,4% tra quelli di B. Tra i casi di epatite C, il 18,6% ha un convivente o partner sessuale con epatite cronica di tipo C. Una percentuale rilevante di casi, soprattutto di epatite A (18%), riporta una coinfezione con il virus HIV.

Tab. 8.2.5 - Fattori di rischio aggiuntivi riportati dai casi di epatite virale acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti

Fattori di rischio	Epatite A		Epatite B		Epatite C		p
	N	%	N	%	N	%	
≥ 3 partner sessuali	81	50,3	12	30,0	10	20,8	<0,001
MSM (solo maschi)	101	68,7	4	11,4	6	17,6	<0,001
Tatuaggio	40	19,8	7	11,7	11	14,5	0,296
Piercing	21	10,4	2	3,4	9	12,0	0,179
Convivente HBsAg+	5	2,9	4	11,1	2	3,6	0,080
Convivente HCV+	7	3,9	1	2,6	11	18,6	<0,001
Viaggio in zona endemica per Epatite A	3	1,6	0	0,0	0	0,0	0,752
Positivo per HIV	25	18,0	4	11,8	5	8,8	0,231

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anni 2014-2018

Casi di epatite virale acuta prevenibili da vaccinazione

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

Nel periodo di studio si osserva in particolare una tendenza verso la riduzione dei casi di epatite B per la quale si è passati dai circa 200 casi annui nei primi anni (1991-1993) ai 10 casi segnalati nel 2018. Questa importante diminuzione è sicuramente attribuibile all'obbligo vaccinale per epatite B introdotto in Italia per legge nel 1991 per tutti i nuovi nati e i dodicenni (la vaccinazione dei dodicenni è stata sospesa nel 2003 al ricongiungimento delle 2 coorti target del programma vaccinale).

Il raggiungimento di coperture vaccinali uguali o superiori al 95% ha favorito l'interruzione della circolazione virale e contribuito alla drastica diminuzione dell'incidenza di malattia. Ai tossicodipendenti sono fortemente raccomandate le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B e la loro offerta è garantita nell'ambito del percorso assistenziale previsto per loro all'interno di strutture sanitarie specifiche, quali i Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD). Continuano tuttavia ad essere notificati ogni anno casi in questo gruppo di popolazione. Dai dati della sorveglianza dell'ultimo quinquennio emerge che il 28% dei casi di epatite acuta A in tossicodipendenti e oltre il 44% dei casi di epatite acuta B vengono seguiti dai SerD. Solo alcuni di questi servizi offrono direttamente 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, però, non effettuano offerta attiva, creando un'importante barriera all'accesso alla vaccinazione, soprattutto in questi gruppi di popolazione.

8.3 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili in consumatori di sostanze per via iniettiva

*Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento Malattie Infettive - Centro Operativo AIDS
I dati si riferiscono al 2017, annualità disponibile più recente*

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di patologie, di ampia diffusione in tutto il mondo, che possono causare sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine e le cui cure assorbono ingenti risorse finanziarie. Secondo le ultime raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, entro il 2020, il 70% delle nazioni dovrà disporre un sistema di sorveglianza per le IST e fornire servizi adeguati per la cura e il controllo.

In Italia le informazioni disponibili sulla diffusione delle IST provengono dal Ministero della Salute e sono limitate alle malattie a notifica obbligatoria, ovvero gonorrea, sifilide e pediculosi del pube. Non esistono, inoltre, dati nazionali sulla diffusione delle IST tra i consumatori di sostanze per via iniettiva - *Injecting Drug Users* (IDU). Per sopperire a tale mancanza e in accordo con le direttive di organismi internazionali in tema di sorveglianza e controllo delle IST, nel 1991 è stato attivato in Italia un Sistema nazionale di Sorveglianza Sentinella basato su centri clinici che consente di disporre in tempi brevi di dati sulla diffusione delle IST, soprattutto in ragione dell'epidemia da HIV che emergeva in quel periodo.

Il Sistema, coordinato dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), prevede la collaborazione di 12 centri clinici pubblici specializzati nella diagnosi e nella cura delle IST, dislocati sul territorio nazionale (Torino, Genova, Milano, due a Brescia, Trento, Gorizia, Bologna, Firenze, Roma, Bari, Cagliari) e riporta le nuove diagnosi in pazienti sintomatici. Pur non avendo una copertura nazionale, il sistema assicura stabilità e costanza nell'invio dei dati, permettendo di misurare nel tempo la frequenza relativa delle singole IST e di valutare i fattori di rischio associati all'acquisizione delle infezioni stesse.

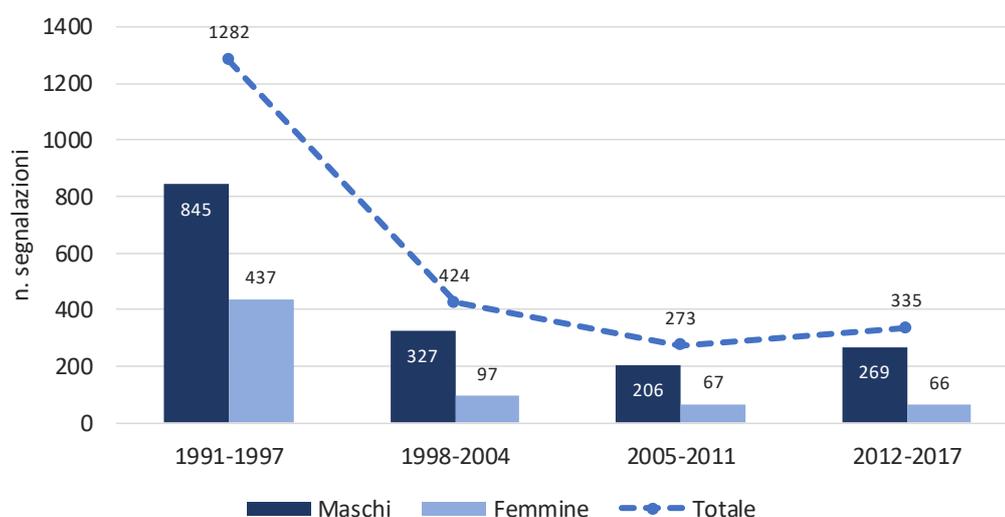
La Sorveglianza include 24 quadri sindromici e prevede la segnalazione dei pazienti con una prima diagnosi clinica di IST accertata attraverso conferma di laboratorio. Tutti i centri si attengono alle stesse definizioni di caso e ai medesimi criteri diagnostici, allineati alle linee guida europee più recenti, garantendo così accuratezza e confrontabilità dei dati. La standardizzazione e l'omogeneità dei dati raccolti permette l'aggregazione e l'analisi dei dati nonché la trasmissione allo *European Centre for disease Prevention and Control* (ECDC) al fine di integrarli e confrontarli con quelli raccolti dalle altre sorveglianze europee.

Questa Sorveglianza è regolamentata dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017 "*Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie*" e relativo "*Allegato A: i sistemi di sorveglianza e i registri di rilevanza nazionale e regionale*".

Di seguito sono riportati i principali risultati relativi alle IST nei consumatori di sostanze per via iniettiva (IDU) aggiornati al 31 dicembre 2017.

Dal 1 gennaio 1991 al 31 dicembre 2017, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 2.642 nuovi casi di IST in IDU, pari al 2,9% di tutti i casi di IST segnalati, mostrando una diminuzione nel tempo di circa quattro volte e mezzo, passando da 1.282 del periodo 1991-1997 a 273 del periodo 2005-2011, per poi aumentare nuovamente fino a 335 casi del periodo 2012-2017. Nel 2017 sono stati segnalati 45 nuovi casi di IST in IDU, pari all'1,3% del totale dei casi di IST segnalati.

Fig. 8.3.1 - Andamento per genere delle segnalazioni di IST in consumatori di sostanze per via iniettiva



Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2017

Nell'intero periodo 1991-2017 il 71% dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 29% in donne. L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 31 anni (*range* interquartile - IQR, 26-36 anni); in particolare 32 anni (IQR 27-37 anni) per gli uomini e 29 anni (IQR 24-33 anni) per le donne. Il 6,6% degli IDU con IST era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniente da altri Paesi europei e dall'Africa (rispettivamente 53,2% e 23,4%). Il 73,5% dei casi segnalati ha frequentato la scuola dell'obbligo, il 22,9% possiede un diploma di scuola media superiore, il 2,2% una laurea e l'1,4% non ha conseguito alcun titolo di studio.

Il 42,3% degli IDU con IST ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi, il 44,8% da due a cinque e il 12,9% oltre cinque. Relativamente all'utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 42,5% degli IDU con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo; il profilattico è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 14% degli IDU con IST, mentre per il 39,3% l'uso è stato saltuario. Il 44,4% degli IDU con malattia sessualmente trasmissibile ha riferito di averne avuta già una in passato. Relativamente alla modalità di trasmissione l'81,3% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in soggetti eterosessuali e il 18,7% in maschi che fanno sesso con maschi (MSM). Nel 26,9% dei casi è stata fatta diagnosi di IST virale, per il 66,4% di IST batterica, per il 4,9% di IST parassitaria e per l'1,8% di IST protozoaria.

Nel corso del 2017 l'84,4% dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 15,6% in donne. L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 35 anni (*range* interquartile -

IQR, 28,5-44,5 anni); in particolare 37 anni (IQR 28-45 anni) per gli uomini e 33 anni (IQR 29-40 anni) per le donne.

Tab. 8.3.1 - Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche dei consumatori di sostanze per via iniettiva con IST

		1991-2017		2017	
		n.	% ^a	n.	% ^a
Genere	Maschi	1.875	71	38	84,4
	Femmine	767	29	7	15,6
Classe di età	15-24 anni	440	16,7	3	6,7
	25-34 anni	1.389	52,6	19	42,2
	35-44 anni	631	23,9	12	26,7
	45 e più anni	180	6,8	11	24,4
	Nd ^b	2		0	
Nazionalità	Italiani	2.423	93,4	37	82,2
	Stranieri	171	6,6	8	17,8
	Nd ^b	48		0	
Livello di istruzione	Nessuno	34	1,4	1	2,2
	Scuola obbligo	1.803	73,5	23	51,1
	Diploma	562	22,9	18	40
	Laurea	53	2,2	3	6,7
	Nd ^b	190		0	
Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST	0-1	1.086	42,3	14	31,1
	2-5	1.152	44,8	24	53,3
	≥ 6	332	12,9	7	15,6
	Nd ^b	72		0	
Contraccettivi usati nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST	Nessuno	1.090	42,5	22	51,2
	Condom sempre	360	14	3	7
	Condom saltuario	1.010	39,3	18	41,9
	Pillola	83	3,2	0	0
	Altro	24	1	0	0
Nd ^b	75		2		
Precedenti IST	Sì	1.144	44,4	16	35,6
	No	1.434	55,6	29	64,4
	Nd ^b	64		0	
Modalità di trasmissione	Eterosessuali	2.145	81,3	32	71,1
	MSM ^c	494	18,7	13	28,9
	Nd ^b	3		0	
Tipo di IST in atto	Virale	710	26,9	25	55,6
	Batterica	1.756	66,4	20	44,4
	Parassitaria	47	1,8	0	0
	Protozoaria	129	4,9	0	0
	TOTALE	2.642	100,0	45	100,0

a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili;

b) Nd: non disponibile;

c) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2017 e 2017

Nell'intero periodo 1991-2017, dall'analisi della distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata, emerge che tra gli IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (1.473 casi, 55,8% del totale), l'*herpes* genitale (182 casi, 6,9% del totale), la sifilide latente (163 casi, 6,2% del totale), la pediculosi del pube (129 casi, 4,9% del totale) e la cervicovaginite non gonococcica non clamidiale (128 casi, 4,8% del totale).

Tab. 8.3.2 - Distribuzione totale dei casi per tipo di IST virali diagnosticata in IDU

Patologie diagnosticate	1991-2017		2017	
	n.	%	n.	%
Virali				
Condilomi ano-genitali	1.473	55,8	17	37,8
<i>Herpes</i> genitale	182	6,9	2	4,4
Mollusco contagioso	101	3,8	1	2,2
Batteriche				
Cervicovaginiti NG-NC*	128	4,8	---	---
Uretrite NG-NC*	113	4,2	---	---
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	113	4,3	5	11,1
Sifilide latente	163	6,2	10	22,2
Reinfezione sifilitica	11	0,4	---	---
Cerviciti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	6	0,2	---	---
Uretriti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	89	3,4	4	8,9
Cerviciti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	29	1,1	0	0
Uretriti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	51	1,9	3	6,7
Linfogranuloma venereo	4	0,2	2	4,4
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	2	0,1	1	2,2
Ulcera venerea	1	---	---	---
Granuloma inguinale	---	---	---	---
Protozoi				
Cervicovaginiti da <i>Trichomonas vaginalis</i>	47	1,8	---	0
Parassiti				
Pediculosi del pube	129	4,9	0	0
TOTALE	2.642	100,0	45	100,0

* NG-NC non gonococciche non clamidiali

Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2017

Relativamente alle IST batteriche, l'andamento dei casi di sifilide I-II ha mostrato una riduzione dal periodo 1991-1997 al periodo 1998-2004 e un successivo lieve aumento con stabilizzazione fino al periodo 2012-2017 (con una media di 24 casi per ciascuno degli ultimi due periodi) (Figura 8.3.2).

L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione, passando da 58 casi segnalati nel periodo 1991-1997 a 19 casi segnalati nel periodo 2005-2011 e una successiva ripresa con 33 casi segnalati nel periodo 2012-2017.

Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al periodo 2005-2011, passando da 31 casi del 1991-1997 a 12 casi del 2005-2011, e un successivo lieve aumento nell'ultimo periodo (2012-2017) (19 casi segnalati).

I casi di infezione da *Chlamydia trachomatis* hanno mostrato una costante riduzione fino al periodo 2005-2011, passando da 43 casi del 1991-1997 a 2 casi del 2005-2011 e un successivo aumento fino ai 25 casi segnalati del periodo 2012-2017.