

INFORMAZIONE EPIDEMIOLOGIA SALUTE



Bollettino informativo a cura del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

AIDS NEL VENETO

Coordinamento del SER

I risultati presentati in questo numero del nostro Bollettino, ottenuti in parte a partire da elaborazioni condotte dal SER sull'archivio regionale di mortalità, in parte utilizzando altri archivi regionali e nazionali, ripropongono all'attenzione di decisori clinici e politici un tema di sanità pubblica da tempo, almeno apparentemente, non più oggetto di interesse prioritario, quasi come si trattasse di un aspetto della salute della popolazione ormai "sotto controllo".

I dati di sintesi se da una parte confermano alcuni elementi già noti a livello generale del nuovo profilo epidemiologico della malattia come il forte calo della mortalità associato all'introduzione dei nuovi farmaci antiretrovirali a partire dal 1995-1996 e un profilo di rischio modificato perché maggiormente rappresentato oggi dal contatto eterosessuale come prima causa di contagio, dall'altra forniscono alcuni elementi che a nostro avviso possono adeguatamente supportare una ridefinizione delle policy di sanità pubblica in tale delicato settore.

Se appare confortante il dato regionale di incidenza di casi di AIDS sensibilmente più bassa di altre regioni settentrionali con assetto socioeconomico abbastanza simile al Veneto, meno confortanti sono il fatto che l'incidenza ormai da qualche anno non è più in calo e l'osservazione che l'età media alla diagnosi di malattia aumenti progressivamente nel tempo attestandosi intorno ai 41-42 anni nel 2008 (suggestiva di una ridotta percezione del rischio di contagio per via eterosessuale).

In questo numero:

- 1** • AIDS nel Veneto
- 1** • Mortalità per AIDS nel Veneto
- 4** • Ricoveri per endocardite infettiva nel Veneto
- 6** • Risultati dal Rapporto Europeo sugli incidenti stradali

Anche il dato apparentemente buono di un tasso di mortalità del Veneto più basso rispetto alle altre regioni del nord Italia va letto insieme all'eccesso di mortalità osservato nell'Italia settentrionale e in altre regioni del sud della Francia, Spagna e Portogallo rispetto a paesi come la Germania e la Gran Bretagna.

Tali osservazioni sembrano suggerire l'esistenza di un problema concernente l'accessibilità alle cure retrovirali che dovrebbero comunque essere somministrate precocemente prima del conclamarsi della malattia; ciò può essere dovuto sia alla bassa percezione del rischio da parte del paziente sia alla carenza complessiva nel sistema delle cure.

Va osservato infine che se l'incidenza di casi di AIDS è stabile, non lo è il numero di casi prevalenti che risulta in costante aumento (1.000 nel Veneto) per effetto dell'aumentata sopravvivenza dovuta all'efficacia dell'introduzione delle nuove terapie; la ricaduta dal punto di vista della sanità pubblica è però un aumento del serbatoio di infezione e quindi dei rischi di trasmissione dell'HIV.

Il quadro complessivo che emerge dall'analisi, pur sostanzialmente confortante per il Veneto rispetto alla situazione di altre regioni, pone a mio avviso il problema di riorientare le policy regionali di sanità pubblica finalizzandole ad anticipare la diagnosi di malattia, in particolare nelle aree territoriali venete e nelle popolazioni di stranieri residenti che sembrano essere maggiormente a rischio.

LA MORTALITÀ PER AIDS NEL VENETO

Coordinamento del SER

La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS o malattia da HIV) rappresenta, a livello mondiale, il più rilevante problema di sanità pubblica emerso nell'ultimo periodo, diventando una condizione morbosa endemica e rapidamente letale nei paesi in via di sviluppo.

I dati aggiornati di "AIDS epidemic update 2009" stimano che nel 2008 sono 33,4 milioni le persone affette da HIV, 2,7 milioni quelle che hanno appena contratto il virus e 2 milioni quelle decedute per malattie correlate all'AIDS. Il 67% dei malati vive nei paesi dell'Africa subsahariana, dove si concentra il 72% dei decessi per malattie correlate all'AIDS. Sono tra le regioni più colpite nel mondo anche

l'Asia meridionale e sud-est asiatico.

La diffusione dell'AIDS nei paesi occidentali è più limitata, ma non trascurabile. A circa 30 anni dal suo primo riconoscimento (partito dalla segnalazione di numerosi casi di polmonite da *Pneumocystis carinii* e di sarcoma di Kaposi in giovani omosessuali a Los Angeles) si sono verificati enormi progressi nello studio dell'eziologia, la prevenzione, nella diagnosi e nella cura, con una radicale modifica del quadro epidemiologico a partire dalla seconda metà degli anni '90.

Questo contributo si prefigge di descrivere la mortalità per AIDS tra i residenti nel Veneto negli ultimi anni e di fornire dei termini di confronto con altre aree geografiche.

Le fonti dei dati sono costituite da: indicatori sulla mortalità per AIDS nel Veneto, elaborati a partire dall'archivio regionale della mortalità per causa, disponibile per il periodo 1995-2007; "Health for All", banca dati di fonte ISTAT in cui la mortalità per causa è aggiornata all'anno 2003, per il confronto con altre realtà nazionali; il Registro AIDS con i casi di notifica aggiornati al 31/12/2008 per i dati relativi all'incidenza e alla prevalenza di AIDS nel Veneto; sito web dell'Istituto Superiore di Sanità per le stime sul numero di casi e sull'andamento temporale di incidenza e prevalenza dell'AIDS in Italia.

Secondo i dati di notifica dei casi di AIDS nella Regione Veneto, il Veneto risulta la quinta regione come numero di casi di AIDS segnalati nel corso dell'anno 2008 con 66 nuovi casi registrati tra i residenti, per un totale di 3.349 casi cumulati incidenti. Il numero dei casi prevalenti (1.003), che costituisce la principale misura per stimare le necessità assistenziali dei malati di AIDS, continua ad aumentare. L'incidenza annuale nel 2008 in Veneto è di 1,6 casi ogni 100.000 abitanti, la decima nel nostro Paese ed è sostanzialmente molto inferiore all'incidenza riscontrata in regioni che, per altri aspetti, sono simili al Veneto, come Lombardia, Emilia Romagna, Liguria e Toscana.

Dal confronto intraregionale emerge che la massima incidenza si è avuta nella provincia di Verona (2,1 per 100.000 abitanti) seguita da quella di Vicenza (2,0 per 100.000 abitanti), mentre a livello di ULSS di residenza il maggior numero di casi cumulativi si è verificato nelle ULSS di maggiori dimensioni e che quindi comprendono anche le principali città del Veneto: Padova (452), Vicenza (426), Verona (385) e Venezia (358).

Il 77,8% dei casi complessivi di AIDS si è verificato tra gli uomini.

Si osserva un costante aumento del numero di casi tra gli stranieri residenti: nel 2008 la quota di stranieri è pari al 34,8% del totale dei casi tra i residenti.

E' progressivamente aumentata la proporzione relativa di casi attribuibili a trasmissione eterosessuale, che a partire dal 2001 è stato il fattore di rischio maggiormente rappresentato. Nel 2008 la percentuale di tossicodipendenti è stata del 20%, mentre i casi attribuiti a contatto sessuale risultano essere il 71%.

Tra i residenti nella Regione Veneto, nel 2007 si sono registrati 49 decessi per AIDS, 35 nei maschi e 14 nelle femmine. Nella Tabella 1 è riportato il numero di decessi per anno dal 1995 al 2007, distinti per sesso e per classe di età. Il dato più eclatante riguarda il netto calo nel numero di decessi verificatosi in pochi anni: infatti si è passati da oltre 270 decessi annui negli anni 1995 e 1996 a meno di 50 decessi all'anno a partire dal 1999, con una tendenza stabile nel periodo successivo. Si assiste a un innalzamento dell'età media in cui si verificano i decessi per AIDS che negli anni 1995 e 1996 riguardavano per

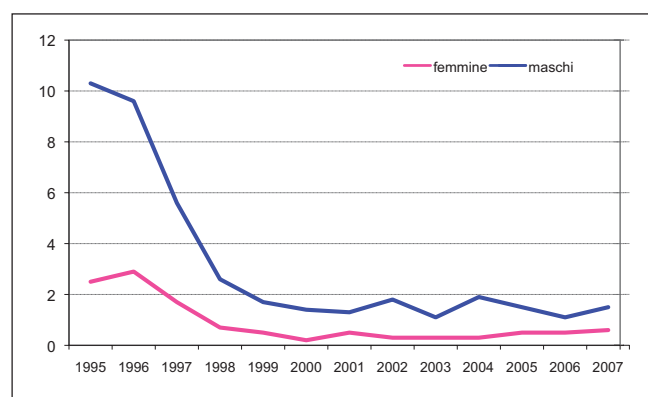
circa il 75% dei soggetti di età fra i 30 e i 44 anni, mentre negli anni 2006 e 2007 circa metà dei deceduti per AIDS ha un'età superiore.

Tabella 1 - Mortalità per AIDS: numero di decessi per sesso e classe d'età. Veneto. Periodo 1995-2007.

	Totale	Maschi	Femmine	0-29	30-44	45-64	65+
1995	278	221	57	20	216	39	3
1996	272	206	66	26	207	34	5
1997	159	121	38	15	113	26	5
1998	73	56	17	4	51	15	2
1999	47	36	11	2	30	14	1
2000	36	31	5	-	24	11	1
2001	40	28	12	3	22	10	5
2002	45	39	6	1	28	14	2
2003	32	24	8	2	21	7	2
2004	49	42	7	-	21	26	2
2005	47	35	12	-	33	13	1
2006	37	25	12	2	17	18	-
2007	49	35	14	4	20	22	3

La mortalità per AIDS tra i residenti nel Veneto ha subito una forte diminuzione tra gli anni 1995 (anno in cui si è verificato il picco massimo) e il 2000. L'analisi temporale dei tassi di mortalità (Figura 1) mostra un periodo di brusco calo sia per i maschi sia per le femmine (dal 1995 al 2000), seguito da un periodo di relativa stazionarietà, salvo due lievi picchi per i maschi negli anni 2002 e 2004. Tale andamento suggerisce quanto l'introduzione e la diffusione del trattamento con combinazioni di farmaci anti-retrovirali a partire dal 1995 abbia determinato anche nella nostra Regione, similmente a quanto registrato in altri paesi industrializzati, una diminuzione della mortalità correlata all'AIDS. Dal 2000 tuttavia è sensibile l'arresto della tendenza al declino della mortalità; tale fenomeno è probabilmente legato al mancato accesso precoce alla terapia conseguente a un ritardo nella esecuzione del test.

Figura 1 - Mortalità per AIDS: tasso grezzo per sesso (per 100.000). Veneto. Periodo 1995-2007.



La Tabella 2 riporta i tassi standardizzati indiretti di mortalità per AIDS per sesso e azienda ULSS di residenza. Poiché la mortalità per AIDS è un fenomeno poco frequente, per dare consistenza numerica e robustezza statistica ai parametri di confronto sono stati aggregati i decessi relativi agli anni dal 2000 al 2007. Anche in questo modo, comunque, nessun deceduto maschio per AIDS è stato registrato nell'Azienda ULSS di Belluno, mentre per quanto riguarda le femmine non si sono registrate morti per AIDS nelle ULSS di Belluno, Ovest Vicentino, Veneto Orientale, Chioggia ed Este. I tassi standardizzati di mortalità più

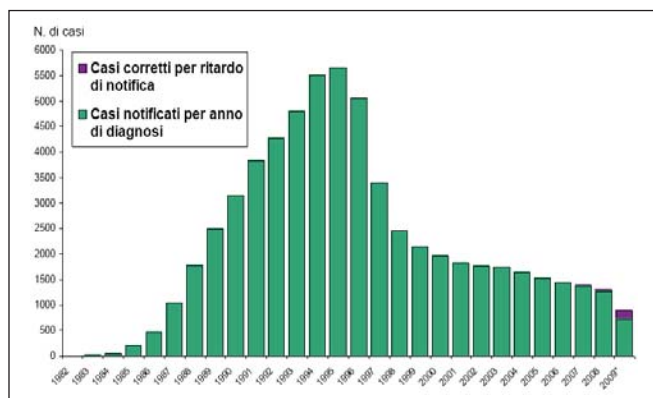
elevati si sono registrati nell'Azienda ULSS di Verona (rispettivamente 1,8 per i maschi e 2,4 per le femmine).

Tabella 2 - Mortalità per AIDS: numero di decessi e tassi standardizzati indiretti per Azienda ULSS di residenza e sesso. Periodo 2000-2007

ASL	Maschi			Femmine		
	N	SMR	IC95%	N	SMR	IC95%
101	0	0,0	0,0-0,0	0	0,0	0,0-0,0
102	2	0,4	0,1-1,8	1	0,8	0,1-5,5
103	7	0,8	0,4-1,6	2	0,7	0,2-2,9
104	13	1,3	0,8-2,2	2	0,7	0,2-2,8
105	9	0,9	0,5-1,8	0	0,0	0,0-0,0
106	24	1,4	1,0-2,2	9	1,8	1,0-3,5
107	9	0,8	0,4-1,5	4	1,2	0,4-3,2
108	12	0,9	0,5-1,6	4	1,1	0,4-2,8
109	9	0,4	0,2-0,8	4	0,6	0,2-1,7
110	8	0,7	0,4-1,4	0	0,0	0,0-0,0
112	21	1,3	0,8-1,9	10	2,0	1,1-3,8
113	4	0,3	0,1-0,8	1	0,2	0,0-1,7
114	4	0,5	0,2-1,4	0	0,0	0,0-0,0
115	14	1,1	0,6-1,8	3	0,8	0,3-2,4
116	34	1,5	1,1-2,1	9	1,3	0,7-2,6
117	11	1,1	0,6-2,0	0	0,0	0,0-0,0
118	11	1,1	0,6-2,0	2	0,7	0,2-2,9
119	2	0,5	0,1-1,9	2	1,7	0,4-6,6
120	44	1,8	1,4-2,4	17	2,4	1,5-3,9
121	8	1,0	0,5-1,9	3	1,3	0,4-3,9
122	13	0,9	0,5-1,6	3	0,7	0,2-2,2

Le stime effettuate sulla base dei dati disponibili indicano che in Italia sono attualmente presenti 170.000-180.000 persone HIV positive viventi, di cui circa 22.000 con AIDS. A fronte quindi di una sostanziale stabilizzazione dell'incidenza dell'HIV/AIDS (Figura 2) da una parte e di un aumento della sopravvivenza dall'altra, si assiste a una inevitabile tendenza all'aumento del serbatoio di infezione.

Figura 2 - Casi di AIDS in Italia per anno di diagnosi e corretti per ritardo di notifica. Fonte: Centro Operativo AIDS dell'ISS, novembre 2009.



Dai tassi standardizzati di mortalità per AIDS in Italia dal 1990 al 2003 si osserva che la mortalità per AIDS nel Veneto è tendenzialmente inferiore rispetto al dato nazionale. Nel periodo considerato l'andamento temporale è in calo e in modo simile sia nel Veneto che in Italia in ambedue i sessi (Figure 3 e 4). Il tasso standardizzato di mortalità per AIDS nel Veneto è sensibilmente inferiore rispetto a quanto registrato nelle altre regioni dell'Italia settentrionale.

Figura 3 - Mortalità per AIDS: tasso standardizzato diretto per area geografica (per 100.000). Maschi. Periodo 1990-2003. Popolazione standard: Italia 2001. Fonte: ISTAT-Health for all.

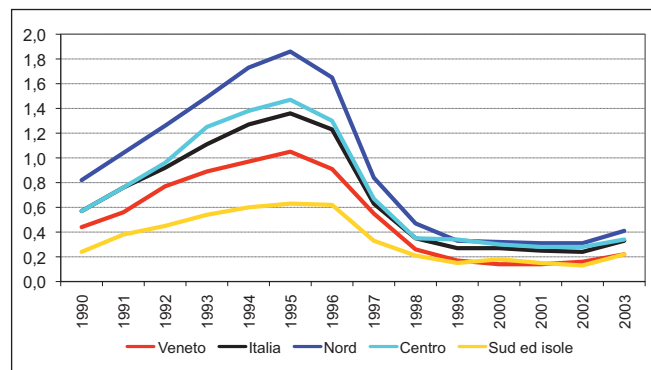
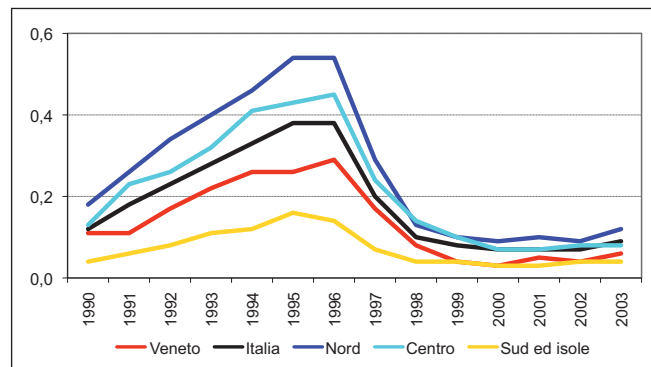


Figura 4 - Mortalità per AIDS: tasso standardizzato diretto per area geografica (per 100.000). Femmine. Periodo 1990-2003. Popolazione standard: Italia 2001. Fonte: ISTAT-Health for all.



In Europa l'HIV/AIDS rimane un grave problema per la salute pubblica. I risultati di un lavoro pubblicato a novembre 2009 su Eurosurveillance mostrano che nel 2008 sono oltre 25 mila i nuovi casi diagnosticati di infezione da HIV riferiti da 27 dei 30 paesi dell'Unione Europea e dell'Area Economica Europea (EU/EEA). Il più alto tasso di infezioni da HIV è stato riscontrato in Estonia, Lettonia, Portogallo e Regno Unito. Tra i 23 paesi che hanno più rigorosamente riportato i dati, dal 2000 al 2008, il numero annuo di nuovi casi diagnosticati è aumentato del 37%, passando da circa 13 mila a circa 18 mila casi. Nel 2008 il numero di casi di infezione da HIV è aumentato, mentre l'incidenza dei casi di AIDS conclamato è diminuita (dal 2000, il numero di nuovi casi di AIDS si è ridotto del 36% nel 2007 e di più del 50% nel 2008), fatta eccezione dei Paesi Baltici.

Nelle Figure 5 e 6 raffiguranti i tassi di mortalità standardizzati per i maschi e per le femmine in Europa negli anni 2002-2004 su base regionale, si può osservare come per i maschi le aree con i tassi più alti (>1,4 per 100.000) siano rappresentate dal Portogallo, Spagna, Francia (in particolare occidentale e meridionale), Svizzera, Italia (nord, centro e isole) e Romania; un'analoga distribuzione si può osservare anche per quanto riguarda le femmine, con l'aggiunta di Norvegia (parte nord e sud-orientale), Svezia meridionale e Estonia, con tassi superiori a 0,4 per 100.000.

In conclusione, notevoli sono stati i progressi nella prevenzione e nella cura dell'AIDS. Tuttavia, si tratta di una condizione morbosa tuttora presente nella nostra regione, con un impatto nelle fasce di età giovani e adulte; pertanto rimane prioritario mantenere e rinforzare le azioni di prevenzione della malattia.

Figura 5 - Mortalità per AIDS: tassi di mortalità standardizzati (per 100.000) per i maschi in Europa negli anni 2002-2004. Fonte: Health statistics-Atlas on mortality in European Union, Eurostat 2009.

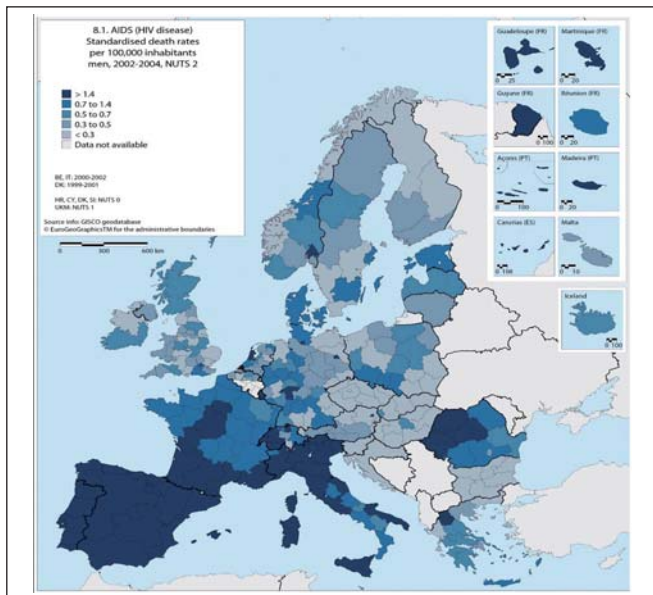
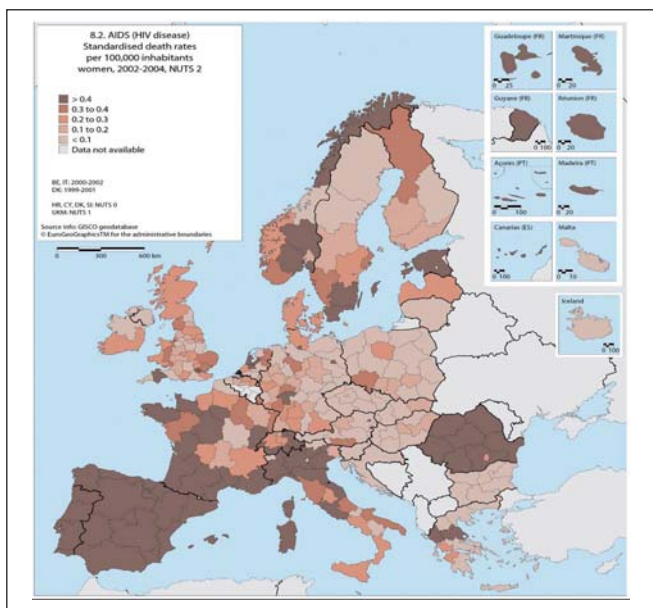


Figura 6 - Mortalità per AIDS: tassi di mortalità standardizzati (per 100.000) per le femmine in Europa negli anni 2002-2004. Fonte: Health statistics-Atlas on mortality in European Union, Eurostat 2009



Bibliografia

- 1 Aids epidemic update 2009. Joint united nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO) 2009.
- 2 Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM, Weisman JD, Fan PT, Wolf RA, Saxon A. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. N Engl J Med. 1981 Dec 10;305(24):1425-31.
- 3 Centers for Disease Control (CDC). A cluster of Kaposi's sarcoma and Pneumocystis carinii pneumonia among homosexual male residents of Los Angeles and Orange Counties, California. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1982 Jun 18;31(23):305-7.
- 4 ISTAT- Health for all.
- 5 Sorveglianze speciali delle malattie infettive anno 2009: Registro AIDS - dati al 31 dicembre 2008. Servizio Sanità Pubblica e Screening, Direzione Prevenzione - Regione Veneto.
- 6 <http://www.iss.it/>
- 7 van de Laar MJ, Likatavicius G. HIV and AIDS in the European Union, 2008. Euro Surveill. 2009 Nov 26;14(47).

RICOVERI PER ENDOCARDITE INFETTIVA NEL VENETO

Casi incidenti, fattori di rischio e follow-up. Anni 2000-2006.

*Dora Buonfrate, Giampietro Pellizzer
(Malattie Infettive - Ospedale di Vicenza) Coordinamento del SER*

Le infezioni delle valvole cardiache e del tessuto endocardico, ovvero le endocarditi infettive (EI), secondo i dati di letteratura si verificano con una frequenza intorno a 3-10 episodi per 100.000 persone all'anno. Nei paesi occidentali le caratteristiche epidemiologiche di questa infezione stanno cambiando, anche in relazione all'aumento degli interventi cardiocirurgici (in primis sostituzioni delle valvole cardiache) e delle procedure invasive che vengono eseguiti anche in età avanzata, con conseguente cambiamento del profilo di rischio e delle caratteristiche della popolazione colpita. La mortalità per endocardite infettiva risulta elevata: quella intraospedaliera si attesta attorno al 15-20% mentre la mortalità ad un anno dalla diagnosi è intorno al 40%.

Considerate tali evidenze e vista anche la scarsità di produzione di conoscenze al riguardo su scala nazionale, lo scopo del nostro lavoro è la produzione di stime sulle dimensioni dell'ospedalizzazione per EI nel periodo 1999-2008, nonché l'individuazione delle principali caratteristiche della stessa a livello regionale, a partire dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Le EI sono state identificate tramite la selezione (in qualsiasi posizione diagnostica) dei seguenti codici ICD9-CM: 098.84, 112.81, 421.0, 421.1 e 421.9. Sono stati così individuati 3.039 ricoveri di cui 2.780 relativi a residenti e ricoverati in Veneto, 116 residenti e ricoverati in strutture fuori regione (mobilità passiva) e 143 non residenti ma ricoverati negli ospedali regionali (mobilità attiva). Il 64% dei ricoveri per EI era relativo a soggetti di sesso maschile, il 56% a soggetti con almeno 65 anni. I nuovi casi di EI sono stati identificati limitando l'analisi alle SDO di soggetti residenti con regime di ricovero ordinario dal 2000 al 2006 ed escludendo quelle relative a persone già ricoverate per endocardite nel 1999, così da eliminare i casi prevalenti; tra queste sono state poi selezionate le SDO relative al primo ricovero di ciascun paziente. Si è ottenuta in tal modo una coorte di 1.395 pazienti (nuovi casi di EI) sui quali sono state condotte le successive analisi.

Nella Figura 1 si riporta la distribuzione per fasce di età e sesso; i nostri dati, in accordo con la letteratura che riporta un rapporto maschi/femmine di circa 2:1, evidenziano una maggiore frequenza di EI nella popolazione maschile (il 61% dei casi incidenti è nel sesso maschile), anche se tale rapporto si inverte con l'aumento dell'età.

La distribuzione per anno (Figura 2) mostra un trend in aumento delle EI, trend che viene confermato rapportando questi numeri alla popolazione totale residente: da 3,8 episodi per 100.000 residenti all'anno nel 2000 a 4,9 nel 2006. Il tasso di endocarditi nella popolazione generale del Veneto dal 2000 al 2006 risulta pari a 4,3 per 100.000 abitanti, in linea con i dati di letteratura.