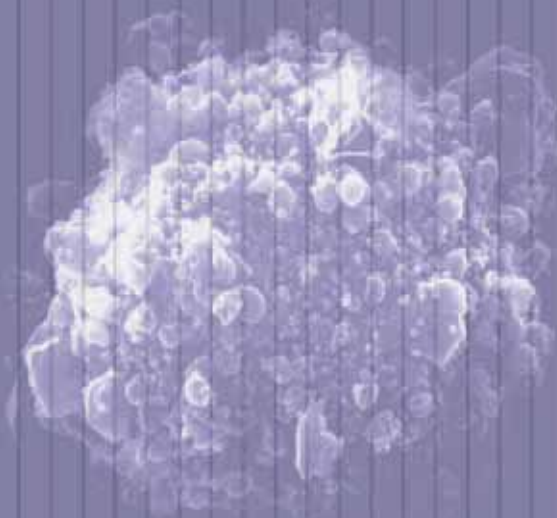




Supplemento del
Notiziario
dell'Istituto Superiore di Sanità



COA



Aggiornamento dei casi
di AIDS notificati in Italia
al 30 giugno
2004

www.iss.it

Volume 17
Numero 10
Supplemento 1
2004

ISSN 0394-9303



Sommario

Distribuzione temporale e geografica dei casi	3
Caratteristiche demografiche e modalità di trasmissione	9
Patologie indicative di AIDS	11
Casi pediatrici	11
Trattamento terapeutico precedente la diagnosi di AIDS	13
Commento	14
News	19

L'Istituto Superiore di Sanità

è il principale ente di ricerca italiano per la tutela della salute pubblica.
È organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale e svolge attività di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica.
L'organizzazione tecnico-scientifica dell'Istituto si articola in Dipartimenti, Centri nazionali e Servizi tecnico-scientifici

Dipartimenti

Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria
Biologia Cellulare e Neuroscienze
Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare
Farmaco
Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate
Sanità Alimentare ed Animale
Tecnologie e Salute

Centri nazionali

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
Centro nazionale per la Qualità degli Alimenti e per i Rischi Alimentari
Centro Nazionale Trapianti

Servizi tecnico-scientifici

Servizio Biologico e per la Gestione della Sperimentazione Animale
Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali

Direttore responsabile: Enrico Garaci
Redattore capo: Paola De Castro
Redazione: Carla Faralli, Anna Maria Rossi, Giovanna Morini
Progetto grafico: Eugenio Morassi
Impaginazione e grafici: Giovanna Morini
Distribuzione: Patrizia Mochi
Versione online (www.iss.it/notiziario):
Simona Deodati, Giovanna Morini

Istituto Superiore di Sanità
Presidente: Enrico Garaci - *Direttore generale:* Sergio Licheri
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
Tel. 0649901 - Fax 0649387118
e-Mail: pubblicazioni@iss.it - **Sito Web:** www.iss.it
Telex 610071 ISTSAN I
Telegr. ISTISAN - 00161 Roma
Iscritto al n. 475/88 del 16 settembre 1988.
Registro Stampa Tribunale di Roma
© Istituto Superiore di Sanità 2004
Numero chiuso in redazione il 5 novembre 2004
Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. - Roma

Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia al 30 giugno 2004

A cura di

Stefano Boros, Debora Lepore, Roberta Urciuoli e Catia Valdarchi

Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS

Riassunto - Dal 1982 a giugno 2004 sono stati notificati 53 686 casi di AIDS, di cui 498 nell'ultimo semestre. Del totale dei casi diagnosticati il 77,7% erano di sesso maschile, l'1,4% in età pediatrica. In totale 34 179 (64,0%) pazienti risultano deceduti. L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti, sia maschi che femmine, mostra un aumento nel tempo. L'andamento dei tassi d'incidenza per anno di diagnosi mostra un incremento dei casi fino al 1995, seguita da una diminuzione nel 1996 continuata fino al 2001, dal 2002 a oggi il numero dei casi diagnosticati sembra stabilizzarsi. Inoltre, si nota un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale e una diminuzione di quella delle altre modalità di trasmissione. Solo il 34,9% dei malati ha fatto uso di terapie antiretrovirali.

Parole chiave: sorveglianza, casi AIDS, Italia

Summary (*AIDS cases in Italy: update to June 2004*) - From 1982 to June 2004, 53,686 AIDS cases were notified to the Italian National AIDS Surveillance System; 498 of the total cases were notified during the last six months. Of the total cases notified, 77.7% were reported among males; 1.4% were paediatric AIDS cases; and 64.0% had died. The median age of adults at AIDS diagnosis increased for both sexes. The incidence of cases increased until 1995; it then decreased, concomitantly with Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART), from 1996 to 2001, and it seems to have stabilised since 2002. Moreover, an increase in sexual transmission is evident, whereas there has been a decrease in the other modes of transmission. Only 34.9% of patients have antiretroviral therapy.

Key words: surveillance, AIDS cases, Italy

catia.valdarchi@iss.it

DISTRIBUZIONE TEMPORALE E GEOGRAFICA DEI CASI

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italiaⁱ, al 30 giugno 2004, sono stati notificati al COA 53 686 casi cumulativi di AIDSⁱⁱ. Di questi, 41 056 (77,7%) erano di sesso maschile, 741 (1,4%) in età pediatrica (< 13 anni) o con infezione trasmessa da madre a figlio, e 3 179 (6,0%) erano stranieri. L'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, era di 34 anni per i maschi (range: 13-86 anni) e di 32 anni per le femmine (range: 13-80 anni).

L'andamento temporale

Nel 1° semestre del 2004 sono stati notificatiⁱⁱⁱ al COA 847 nuovi casi di AIDS, di cui 498 (58,8%) diagnosticati nell'ultimo semestre e 349 riferiti a diagnosi effettuate nei semestri precedenti.

La Figura 1 mostra l'andamento del numero dei casi di AIDS segnalati al Registro Nazionale AIDS, corretti per ritardo di notifica^{iv}. Nella stessa Figura è riportato l'andamento dei tassi di incidenza per anno di diagnosi. Si evidenzia un costante incremento dell'incidenza dei casi di AIDS notificati nel nostro Paese sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione nel 1996, che è continuata fino al 2001; nel 1° semestre del 2004 i casi diagnosticati sono praticamente sovrapponibili a quelli del 2003.

La Tabella 1 riporta il numero dei casi e dei deceduti per anno di diagnosi e il relativo tasso di letalità. In totale, 34 179 pazienti (64,0%) risultano deceduti al 30 giugno 2004. Nonostante il numero di decessi per AIDS sia ancora sottostimato^v, a causa della non obbligatorietà della notifica di decesso, il dato riportato è più accurato rispetto ai precedenti numeri del *Notiziario*,

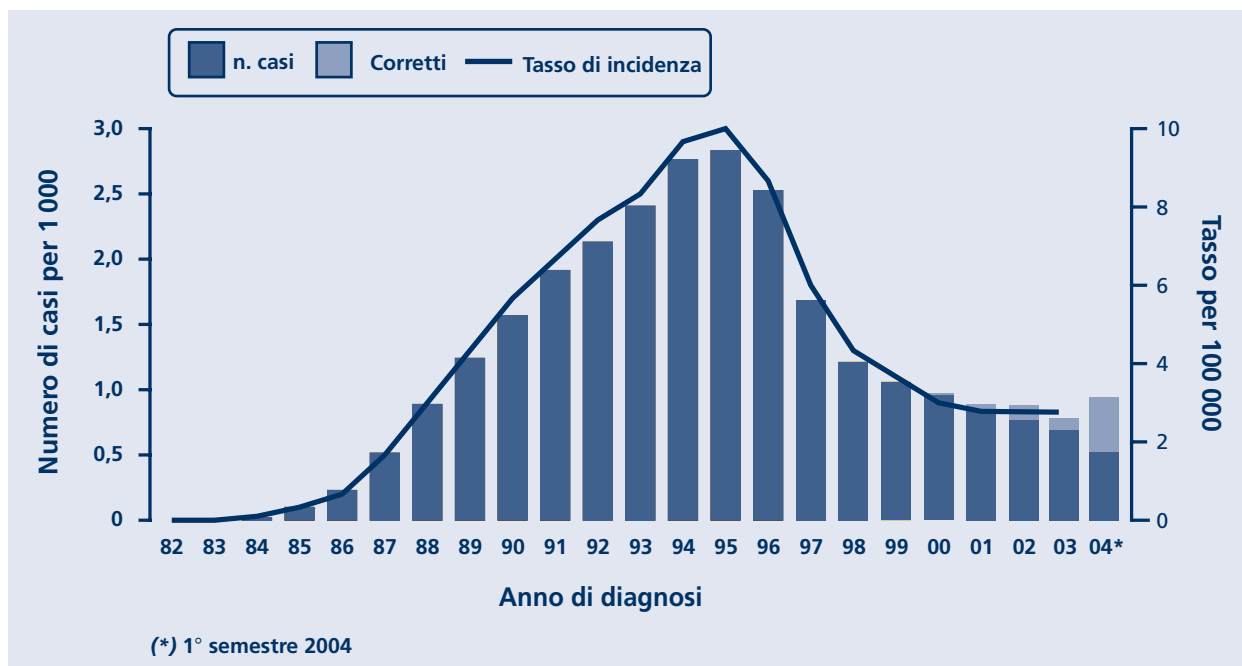


Figura 1 - Casi di AIDS in Italia per semestre di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 30 giugno 2004

Tabella 1 - Distribuzione annuale dei casi di AIDS, dei casi corretti per ritardo di notifica, dei decessi e del tasso di letalità

Anno di diagnosi	Casi diagnosticati	Casi corretti per ritardo di notifica	Morti per anno di decesso	Decessi per anno di diagnosi*	Tasso di letalità**
1982	1	1	0	0	-
1983	8	8	2	7	87,5
1984	37	37	16	37	100,0
1985	198	198	89	186	93,9
1986	458	458	268	436	95,2
1987	1 030	1 030	563	972	94,4
1988	1 775	1 775	857	1 663	93,7
1989	2 483	2 483	1 406	2 323	93,6
1990	3 134	3 134	1 946	2 906	92,7
1991	3 828	3 828	2 619	3 540	92,5
1992	4 257	4 257	3 280	3 858	90,6
1993	4 802	4 802	3 667	4 040	84,1
1994	5 506	5 506	4 334	4 384	79,6
1995	5 652	5 652	4 580	3 769	66,7
1996	5 049	5 049	4 198	2 408	47,7
1997	3 376	3 376	2 144	1 146	33,9
1998	2 437	2 437	1 067	698	28,6
1999	2 122	2 123	770	537	25,3
2000	1 943	1 950	681	406	20,9
2001	1 795	1 812	632	324	18,1
2002	1 716	1 753	477	258	15,0
2003	1 581	1 680	427	223	14,1
2004***	498	861	156	58	11,6
Totale	53 686	54 209	34 179	34 179	64,0

(*) Il numero di decessi indica quanti pazienti, diagnosticati in uno specifico anno, risultano deceduti al 30 giugno 2004

(**) Il tasso di letalità è calcolato come il rapporto tra i decessi per anno di diagnosi e i casi diagnosticati nello stesso anno

(***) 1° semestre 2004

grazie a un'indagine nazionale^{vi} sullo stato in vita dei casi di AIDS effettuata nel corso del 2001. Nella Tabella 1, oltre al numero annuale di nuovi casi corretto per ritardo di notifica, è riportata la stima dei casi cumulativi di AIDS al 30 giugno 2004 (54 209 casi).

Il numero dei casi prevalenti^{vii} per anno e per regione viene mostrato in Tabella 2.

La distribuzione geografica

La distribuzione dei casi cumulativi per regione di residenza e per anno di diagnosi viene riportata in Tabella 3.

La Figura 2 mostra i tassi di incidenza per regione di residenza, calcolati in base ai soli casi segnalati negli ultimi 12 mesi, permettendo il confronto tra aree geografiche a diversa ampiezza di popolazione. Come si osserva, le regioni più colpite sono nell'ordine: la Lombardia, il Lazio, la Liguria e l'Emilia-Romagna. È evidente la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro Paese, come risulta dai tassi di incidenza che continuano a essere mediamente più bassi nelle regioni meridionali.

La Tabella 4 riporta la distribuzione dei casi per provincia di segnalazione e di residenza^{viii}. Tassi di

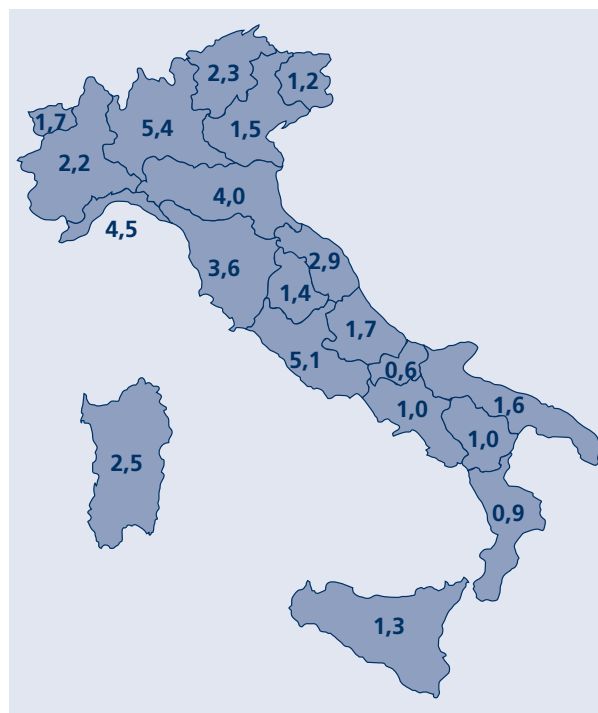


Figura 2 - Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (per 100 000 abitanti) per i casi notificati tra luglio 2003 e giugno 2004

Tabella 2 - Distribuzione annuale dei casi prevalenti di AIDS per regione di residenza

Regione	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*
Lombardia	4 109	4 141	3 838	3 874	4 129	4 448	4 838	5 201	5 566	5 582
Lazio	1 924	2 035	1 994	2 061	2 094	2 182	2 371	2 564	2 772	2 769
Emilia-Romagna	1 353	1 335	1 137	1 155	1 147	1 211	1 317	1 410	1 519	1 535
Toscana	810	808	763	758	864	922	1 008	1 096	1 187	1 208
Piemonte	873	919	836	831	836	881	969	1 048	1 096	1 108
Liguria	693	727	702	715	740	792	861	908	967	991
Campania	538	590	610	678	723	787	854	913	961	968
Veneto	829	835	750	712	725	751	824	894	933	950
Sicilia	668	678	693	735	735	776	851	886	936	935
Puglia	540	594	577	585	599	649	682	725	794	812
Sardegna	484	481	461	465	473	503	543	577	607	611
Marche	220	233	212	228	237	259	286	317	341	355
Umbria	101	124	115	122	132	150	161	176	196	192
Abruzzo	119	122	120	124	137	143	155	178	190	189
Friuli-Venezia Giulia	120	135	131	122	140	157	163	175	186	189
Calabria	124	145	134	135	133	135	155	170	187	183
PA di Trento	116	120	118	116	119	115	119	127	134	133
PA di Bolzano	60	68	71	74	78	76	85	87	97	96
Basilicata	39	47	34	43	47	48	53	55	61	59
Valle d'Aosta	19	28	23	22	21	21	23	24	30	28
Molise	10	8	7	9	9	14	16	18	20	21
Estera	125	126	146	175	189	202	226	252	278	278
Ignota	248	292	297	323	349	388	419	446	466	471
Totale	14 122	14 591	13 769	14 062	14 656	15 610	16 979	18 247	19 524	19 663

(*) 1° semestre 2004

Tabella 3 - Distribuzione dei casi di AIDS per regione di residenza e per anno di diagnosi

Regione	< 1994	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*	Totale
Lombardia	6 943	1 736	1 668	1 502	941	639	625	564	509	467	449	136	16 179
Lazio	2 805	649	735	666	493	356	310	252	253	233	241	69	7 062
Emilia-Romagna	2 108	571	568	498	314	229	171	208	169	156	161	54	5 207
Piemonte	1 494	367	367	347	228	160	139	135	127	116	82	29	3 591
Toscana	1 317	332	363	285	205	140	159	112	105	113	105	44	3 280
Veneto	1 356	330	318	280	180	117	102	80	79	86	57	26	3 011
Liguria	1 200	280	283	258	161	108	84	72	78	60	68	25	2 677
Sicilia	969	233	221	170	156	129	84	94	83	79	57	19	2 294
Puglia	776	171	217	229	150	104	90	81	71	65	74	22	2 050
Campania	713	199	207	180	131	125	95	95	74	82	56	11	1 968
Sardegna	732	173	189	147	98	61	48	47	45	52	35	10	1 637
Marche	331	80	90	79	55	45	42	41	37	33	37	20	890
Calabria	205	54	56	59	32	26	14	10	25	22	22	2	527
Abruzzo	146	39	47	41	31	18	25	15	16	26	19	7	430
Umbria	142	40	48	52	27	24	19	22	17	16	22	0	429
Friuli-Venezia Giulia	172	38	39	49	27	15	22	18	9	12	11	4	416
PA di Trento	133	32	38	28	23	14	9	5	6	9	9	3	309
PA di Bolzano	80	19	24	27	17	13	7	11	8	9	8	5	228
Basilicata	56	12	20	20	7	11	8	3	4	4	6	1	152
Valle d'Aosta	28	5	7	10	3	5	5	2	3	1	4	0	73
Molise	14	3	5	2	2	3	1	5	2	2	2	1	42
Estera	130	32	38	22	32	35	22	19	25	32	31	3	421
Ignota	161	111	104	98	63	60	41	52	50	41	25	7	813
Totale	22 011	5 506	5 652	5 049	3 376	2 437	2 122	1 943	1 795	1 716	1 581	498	53 686

(*) 1° semestre 2004

Tabella 4 - Distribuzione dei casi di AIDS per provincia di segnalazione, di residenza e tasso di incidenza per provincia di residenza^{viii}

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Alessandria	318	376	2,8
Asti	83	77	1,9
Biella	250	271	3,1
Cuneo	217	220	2,0
Novara	451	451	2,1
Torino	2 014	1 825	2,0
Verbania	162	251	4,3
Vercelli	123	120	0,6
Aosta	78	73	1,7
Bergamo	1 290	1 226	5,2
Brescia	2 201	2 063	5,5
Como	684	673	5,1
Cremona	388	438	5,5
Lecco	385	339	7,0

continua

segue

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Lodi	273	298	2,7
Mantova	323	350	2,4
Milano	7 597	8 307	5,8
Pavia	1 287	729	5,8
Sondrio	84	122	2,3
Varese	1 750	1 634	7,0
Bolzano - Bozen	245	228	2,9
Trento	304	309	2,0
Belluno	57	79	0,9
Padova	892	616	2,1
Rovigo	91	156	0,8
Treviso	303	307	0,7
Venezia	379	529	1,0
Verona	719	581	2,1
Vicenza	668	743	2,4
Gorizia	20	33	0,7
Pordenone	312	164	0,4
Trieste	151	81	2,7
Udine	70	138	1,0
Genova	1 871	1 747	5,4
Imperia	314	354	3,7
La Spezia	197	195	2,2
Savona	382	381	3,5
Bologna	1 573	1 422	2,4
Ferrara	402	428	3,3
Forlì	336	497	3,7
Modena	635	599	2,6
Parma	421	367	3,1
Piacenza	289	295	7,8
Ravenna	1 015	767	8,3
Reggio Emilia	453	406	4,2
Rimini	616	426	6,8
Arezzo	156	132	2,8
Firenze	1 083	1 037	3,1
Grosseto	231	292	3,3
Livorno	391	443	6,2
Lucca	164	337	3,7
Massa Carrara	241	266	3,5
Pisa	655	263	2,6
Pistoia	96	223	4,9
Prato	237	145	4,6
Siena	149	142	2,0
Perugia	365	313	2,0
Terni	139	116	0,0
Ancona	499	249	2,0
Ascoli Piceno	164	266	3,6
Macerata	90	134	3,4
Pesaro e Urbino	149	241	3,0
Frosinone	231	126	1,0
Latina	457	377	2,9

continua

segue

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Rieti	119	50	2,0
Roma	6 382	6 268	6,3
Viterbo	268	241	4,2
Chieti	70	90	1,8
L'Aquila	85	89	2,3
Pescara	179	124	1,7
Teramo	103	127	1,1
Campobasso	42	30	0,0
Isernia	2	12	2,2
Avellino	38	53	0,2
Benevento	11	33	0,0
Caserta	105	247	1,4
Napoli	1 624	1 407	1,3
Salerno	175	228	0,7
Bari	955	772	1,4
Brindisi	136	211	1,0
Foggia	393	377	2,7
Lecce	235	304	0,6
Taranto	272	386	3,0
Matera	9	42	1,0
Potenza	70	110	1,0
Catanzaro	219	167	2,3
Cosenza	45	110	0,8
Crotone	60	104	1,7
Reggio Calabria	65	112	0,0
Vibo Valentia	29	34	0,0
Agrigento	1	101	1,0
Caltanissetta	159	108	2,1
Catania	585	495	2,2
Enna	21	40	0,5
Messina	191	220	0,6
Palermo	1 075	941	1,0
Ragusa	61	59	1,0
Siracusa	101	156	1,7
Trapani	27	174	0,9
Cagliari	1 184	1 158	3,4
Nuoro	58	68	0,0
Oristano	-	43	0,6
Sassari	362	368	3,3
Estera	-	421	-
Ignota	-	813	-
Totale	53 686	53 686	-

incidenza particolarmente elevati si riscontrano nell'ultimo anno a Ravenna, Piacenza, Lecce, Varese, Rimini e Roma.

Dal momento che non è possibile escludere fattori in grado di determinare variazioni geogra-

fiche dei tassi di incidenza nel breve periodo (ad esempio, riorganizzazione a livello locale della modalità di invio delle schede), si raccomanda di interpretare con cautela l'attuale valore del tasso di incidenza per provincia.

La Tabella 5 mostra la distribuzione percentuale dei casi cumulativi di AIDS per nazionalità anagrafica. Si evidenzia nel tempo un aumento della proporzione di casi notificati in cittadini stranieri (dal 4,5% nel 1994-95 al 14,8% nel 2002-03).

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E MODALITÀ DI TRASMISSIONE

Caratteristiche demografiche

La Tabella 6 mostra la distribuzione dei casi per fascia d'età e sesso negli anni 1990, 1995 e 2001. Il 71,5% del totale dei casi si concentra nel-

la fascia d'età 25-39 anni. In particolare, è aumentata la quota di casi nella fascia d'età 35-39 anni (per i maschi dal 13,9% nel 1990 al 29,4% nel 2001 e per le femmine dal 7,2% nel 1990 al 27,1% nel 2001).

L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di AIDS mostra un aumento nel tempo, sia tra i maschi che tra le femmine. Infatti, se nel 1985 la mediana era di 29 anni per i maschi e di 24 per le femmine, nel 2003 le mediane sono salite rispettivamente a 40 e 38 anni (Figura 3). Nell'ultimo decennio la proporzione di pazienti di sesso femminile tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 23-25% (dati non mostrati).

Tabella 5 - Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per nazionalità anagrafica

Area geografica	< 1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03	2004*	Totale
Italia	97,0	95,5	93,7	88,7	85,4	85,2	82,5	93,8
Africa	0,9	1,8	2,7	5,2	8,1	8,6	9,8	2,8
Asia	0,1	0,1	0,3	0,4	0,4	0,7	1,2	0,2
Europa Occidentale	0,5	0,7	0,9	0,7	0,4	0,4	0,6	0,6
Europa Orientale	0,1	0,1	0,2	0,7	0,8	1,0	1,6	0,3
Nord America	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Sud America	0,9	1,5	1,9	3,1	2,8	3,5	4,0	1,7
Non Specificata	0,2	0,2	0,3	1,1	1,9	0,5	0,2	0,4

(*) 1° semestre 2004

Tabella 6 - Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso negli anni 1990, 1995 e 2001

Fascia d'età	Maschi			Femmine			Totale (1982-2004*)		
	1990 n. 2 551	1995 n. 4 275	2001 n. 1 339	1990 n. 583	1995 n. 1 376	2001 n. 447	Maschi n. 41 703	Femmine n. 11 983	Totale n. 53 686
0	0,5	0,3	0,1	1,7	0,9	0,2	0,3	1,2	0,5
1- 4	0,4	0,3	0,1	2,1	1,0	0,2	0,3	1,1	0,5
5- 9	0,2	0,4	0,1	0,9	0,7	0,2	0,2	0,6	0,3
10-12	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
13-14	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
15-19	0,4	0,0	0,1	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	0,2
20-24	6,1	1,7	1,0	15,3	4,0	2,9	3,6	7,2	4,4
25-29	34,0	12,9	4,9	40,1	22,4	13,0	18,3	25,9	20,0
30-34	28,7	38,4	16,4	22,8	39,4	22,1	29,6	30,1	29,7
35-39	13,9	23,7	29,4	7,2	18,1	27,1	21,3	17,4	20,4
40-49	10,2	14,5	31,1	5,7	8,9	23,3	17,0	10,7	15,6
50-59	3,9	5,1	11,1	2,2	2,5	5,8	6,3	3,1	5,6
>60	1,4	2,6	5,7	1,7	1,7	4,3	2,9	2,1	2,7

(*) 1° semestre 2004

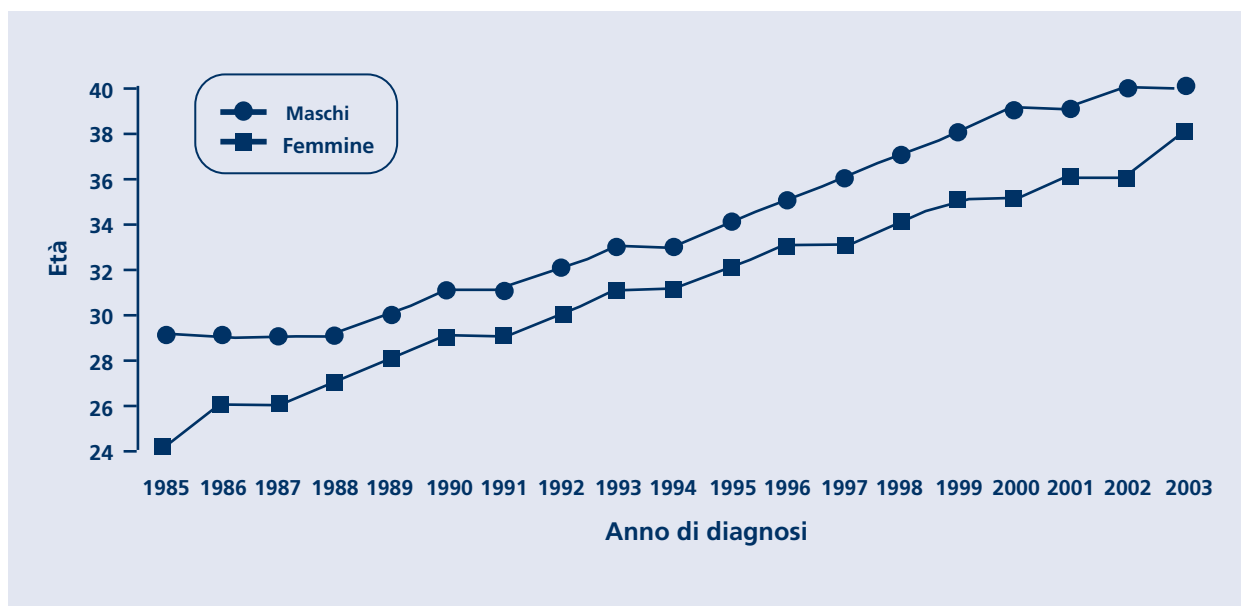


Figura 3 - Età mediana alla diagnosi per sesso e anno di diagnosi

Modalità di trasmissione

La distribuzione dei casi adulti per anno di diagnosi e categoria di esposizione^{ix} (Tabella 7) evidenzia come il 59% del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti + tossicodipendenti/omosessuali). La distribuzione nel tempo mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale (omosessuale ed eterosessuale, che rappresentano la categoria più colpita

nell'ultimo anno) e una corrispondente diminuzione dei casi attribuibili alle altre modalità di trasmissione. Particolare cautela è necessaria nell'interpretare l'andamento crescente dei casi appartenenti alla categoria "altro/non determinato". In una specifica indagine condotta dal COA (1), è stato osservato^x che la quasi totalità dei casi con fattore di rischio "altro/non determinato" è da attribuire alle categorie di esposizione più frequenti, quali trasmissione sessuale e tossicodipendenza.

Tabella 7 - Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per categoria di esposizione e per anno di diagnosi

Categoria di esposizione	< 1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03	2004*	Maschi	Femmine	Totale
Omo/Bisessuale	3 394	1 681	1 250	764	672	613	83	8 457	0	8 457
%	15,7	15,3	15,0	16,9	18,1	18,7	16,8	20,5	0,0	16,0
Tossicodipendente	14 386	6 781	4 741	2 058	1 411	1 135	170	24 434	6 248	30 682
%	66,7	61,6	56,8	45,5	38,0	34,7	34,3	59,1	53,8	58,0
TD-OMO**	513	213	116	32	28	21	1	924	0	924
%	2,4	1,9	1,4	0,7	0,8	0,6	0,2	2,2	0,0	1,7
Emofilico	225	57	33	8	10	3	0	327	9	336
%	1,0	0,5	0,4	0,2	0,3	0,1	0,0	0,8	0,1	0,6
Trasfuso	245	85	50	23	10	9	1	242	181	423
%	1,1	0,8	0,6	0,5	0,3	0,3	0,2	0,6	1,6	0,8
Contatti eterosessuali	2 548	1 992	1 725	1 310	1 354	1 303	196	5 772	4 656	10 428
%	11,8	18,1	20,7	28,9	36,4	39,8	39,6	14,0	40,1	19,7
Altro/non determinato	259	208	426	331	233	191	44	1 178	514	1 692
%	1,2	1,9	5,1	7,3	6,3	5,8	8,9	2,8	4,4	3,2
Totale	21 570	11 017	8 341	4 526	3 718	3 275	495	41 334	11 608	52 942

(*) 1° semestre 2004

(**) Tossicodipendenti/omosessuali

La distribuzione dei casi di AIDS attribuibili a rapporti eterosessuali^{xi} (10 428 casi), ulteriormente suddivisa in base al tipo di rischio, è presentata in Tabella 8.

PATOLOGIE INDICATIVE DI AIDS

La Tabella 9 riporta la distribuzione delle patologie che fanno porre la diagnosi di AIDS in adulti, per anno di diagnosi^{xii}. Le tre nuove patologie incluse nella definizione di caso del 1993 hanno contribuito per il 7,4% del totale delle diagnosi negli anni 1994-95, per il 9,1% nel 1996-97, per il 9,7% negli anni 1998-99 e per l'8,4% nel biennio 2002-03.

CASI PEDIATRICI

Dei 53 686 casi segnalati fino al 30 giugno 2004, 741 (1,4%) sono stati registrati nella popolazione pediatrica (pazienti con età alla diagnosi inferiore ai 13 anni o a trasmissione verticale). In Tabella 10 è riportata la distribuzione dei casi per regione di residenza e per anno di diagnosi. Il maggior numero di casi si registra in Lombardia, seguita da Lazio ed Emilia-Romagna. La diffusione dell'AIDS pediatrico sembra ricalcare la distribuzione geografica dell'epidemia riportata per i casi segnalati negli adulti^{xiv}.

Tabella 8 - Distribuzione di casi adulti di AIDS in eterosessuali per tipo di rischio e sesso

Tipo di rischio eterosessuale	Maschi con partner		Femmine con partner		Totale
	HIV non noto	HIV noto	HIV non noto	HIV noto	
Originario di zona endemica	422	19	283	25	749
Partner bisessuale	0	0	36	37	73
Partner tossicodipendente	504	204	854	1 113	2 675
Partner emofilico/trasfuso	9	15	17	35	76
Partner di zona endemica	257	25	37	13	332
Partner promiscuo*	3771	546	1 196	1 010	6 523
Totale	4 963	809	2 423	2 233	10 428

(*) Pazienti che hanno presumibilmente contratto l'infezione per via eterosessuale (inclusi i partner di prostituta e le prostitute) non includibili in nessuna delle altre categorie

Tabella 9 - Frequenza relativa delle patologie^{xiii} indicative di AIDS in adulti per anno di diagnosi

Patologie	< 1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03	2004*
Candidosi (polmonare ed esofagea)	25,3	20,9	20,0	19,6	19,5	19,5	18,8
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	23,0	19,2	17,9	19,3	19,3	20,1	19,8
Toxoplasmosi cerebrale	8,5	8,3	7,7	6,3	6,5	6,4	7,2
Micobatteriosi ^a	5,7	7,2	7,1	6,8	6,6	6,3	7,4
Altre infezioni opportunistiche ^b	14,4	16,0	15,2	12,4	14,4	14,2	13,9
Sarcoma di Kaposi	5,1	4,6	4,5	5,3	5,6	5,2	3,7
Linfomi	2,9	2,9	3,6	5,0	5,1	5,0	3,9
Encefalopatia da HIV	6,9	7,0	7,5	7,0	5,4	5,8	7,6
"Wasting syndrome"	7,6	6,5	7,3	8,7	8,6	9,0	9,1
Carcinoma cervice uterina	0,1	0,4	0,6	0,6	0,6	0,4	0,5
Polmonite ricorrente	0,2	2,9	3,9	3,8	3,7	3,1	3,4
Tubercolosi polmonare	0,5	4,1	4,6	5,3	4,6	4,9	4,9
Totale	25 511	12 527	9 378	5 219	4 389	3 904	596

(*) 1° semestre 2004

(a) Disseminata o extrapolmonare

(b) Include: criptococchi, criptosporidiosi, infezione da *Cytomegalovirus*, infezione da *Herpes simplex*, isosporidiosi, leucoencefalopatia multifocale progressiva, salmonellosi, coccidioidomicosi, istoplasmosi

Tabella 10 - Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS in Italia per regione di residenza e per anno di diagnosi

Regione	< 1994	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*	Totale
Lombardia	122	19	22	19	5	4	4	1	2	2	2	1	203
Lazio	76	5	12	9	8	5	1	2	3	4	0	0	125
Emilia-Romagna	47	4	4	5	2	2	1	1	2	0	0	0	68
Toscana	24	7	7	1	2	3	2	3	0	0	0	0	49
Piemonte	23	4	3	3	7	0	0	0	0	2	2	0	44
Veneto	18	7	3	3	0	0	0	1	0	0	1	0	33
Liguria	21	3	4	1	0	1	0	0	0	0	1	0	31
Campania	19	1	7	1	2	0	0	0	0	0	0	0	30
Sicilia	17	4	4	0	0	1	0	0	0	2	0	1	29
Puglia	19	0	2	1	1	2	0	1	0	1	0	0	27
Sardegna	16	2	5	0	1	2	0	0	0	0	0	0	26
Abruzzo	7	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	12
Calabria	8	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	11
Trentino-Alto Adige	6	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	9
Umbria	2	0	3	1	0	0	1	1	1	0	0	0	9
Marche	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	7
Basilicata	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	4
Friuli-Venezia Giulia	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estera	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	5
Ignota	6	0	2	4	0	1	0	1	0	1	1	1	17
Totale	438	57	84	54	30	22	11	11	9	14	8	3	741

(*) 1° semestre 2004

La cospicua diminuzione dei casi di AIDS pediatrici che si è registrata a partire dal 1997 può considerarsi l'effetto combinato dell'applicazione delle linee guida relative al trattamento antiretrovirale delle donne in gravidanza per ridurre la trasmissione verticale e all'effetto della terapia antiretrovirale nell'allungamento del tempo di incubazione della malattia (2, 3).

La Tabella 11 mostra l'andamento temporale dell'infezione pediatrica per categoria di esposizione, anno di diagnosi e sesso. Dal 1994-95 a oggi non sono stati più riportati casi in emofilici. Dei 689 (93,0%) casi pediatrici che hanno contratto l'infezione dalla madre, 356 (51,7%) sono figli di madre tossicodipendente,

Tabella 11 - Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS per categoria di esposizione, per anno di diagnosi e per sesso

Categoria di esposizione	< 1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03	2004*	Maschi	Femmine	Totale
Trasmissione verticale	413	137	81	25	15	16	2	332	357	689
%	94,3	97,2	96,4	75,8	75,0	72,7	66,7	90,2	95,7	93,0
Emofilici	15	0	0	0	0	0	0	15	0	15
%	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	2,0
Trasfusi	8	3	1	0	0	0	0	5	7	12
%	1,8	2,1	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,9	1,6
Altro/non determinato	2	1	2	8	5	6	1	16	9	25
%	0,5	0,7	2,4	24,2	25,0	27,3	33,3	4,3	2,4	3,4
Totale	438	141	84	33	20	22	3	368	373	741

(*) 1° semestre 2004

mentre 247 (35,9%) sono figli di donne che hanno acquisito l'infezione per via sessuale (dati non mostrati).

La distribuzione delle patologie indicatrici di AIDS per periodo di diagnosi^{xii}, evidenzia una diminuzione delle diagnosi di polmonite interstiziale linfoide (dal 19,8% nel 1982-93 al 4,8% nel 2000-01) e un aumento della polmonite da *Pneumocystis carinii* (Tabella 12).

TRATTAMENTO TERAPEUTICO PRECEDENTE LA DIAGNOSI DI AIDS

Dal 1° gennaio 1999 la scheda di notifica raccoglie anche una serie di informazioni anamnestiche (ultimo test HIV-negativo, viremia plasmatica alla diagnosi di AIDS, regime terapeutico antiretrovirale più aggressivo e profilassi delle infezioni opportunistiche effettuate prima della diagnosi di AIDS). La Figura 4 mostra che solo il 34,9% dei casi notificati

Tabella 12 - Frequenza relativa delle patologie^{xiii} indicative di AIDS in casi pediatrici per periodo di diagnosi

Patologie	< 1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03	2004*	Totale
Candidosi (polmonare ed esofagea)	11,4	10,3	11,0	14,7	9,5	14,8	33,3	11,5
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	16,8	15,4	11,0	5,9	19,0	25,9	33,3	16,0
Toxoplasmosi cerebrale	1,6	0,0	2,0	5,9	4,8	0,0	0,0	1,5
Infezione da <i>Cytomegalovirus</i>	9,5	7,4	7,0	2,9	4,8	3,7	0,0	8,2
Micobatteriosi ^a	0,9	1,7	6,0	11,8	4,8	3,7	0,0	2,1
Infezioni batteriche ricorrenti	11,2	13,7	9,0	20,6	19,0	3,7	0,0	11,7
Polmonite interstiziale linfoide	19,8	8,0	14,0	5,9	4,8	0,0	0,0	15,4
Altre infezioni opportunistiche ^b	5,8	5,1	5,0	5,9	4,8	25,9	16,7	6,2
Tumori (sarcoma di Kaposi e linfomi)	1,8	2,9	5,0	0,0	4,8	11,1	0,0	2,6
Encefalopatia da HIV	13,8	20,6	26,0	20,6	23,8	7,4	0,0	16,6
"Wasting syndrome"	7,5	14,9	4,0	5,9	0,0	3,7	16,7	8,2
Totale	571	175	100	34	21	27	6	934

(*) 1° semestre 2004

(a) Comprende: *Mycobacterium tuberculosis* o da altri micobatteri o da specie non identificata: disseminata o extrapolmonare

(b) Include: criptococchi, criptosporidiosi, infezione da *Herpes simplex*, isosporidiosi, leucoencefalopatia multifocale progressiva, salmonellosi

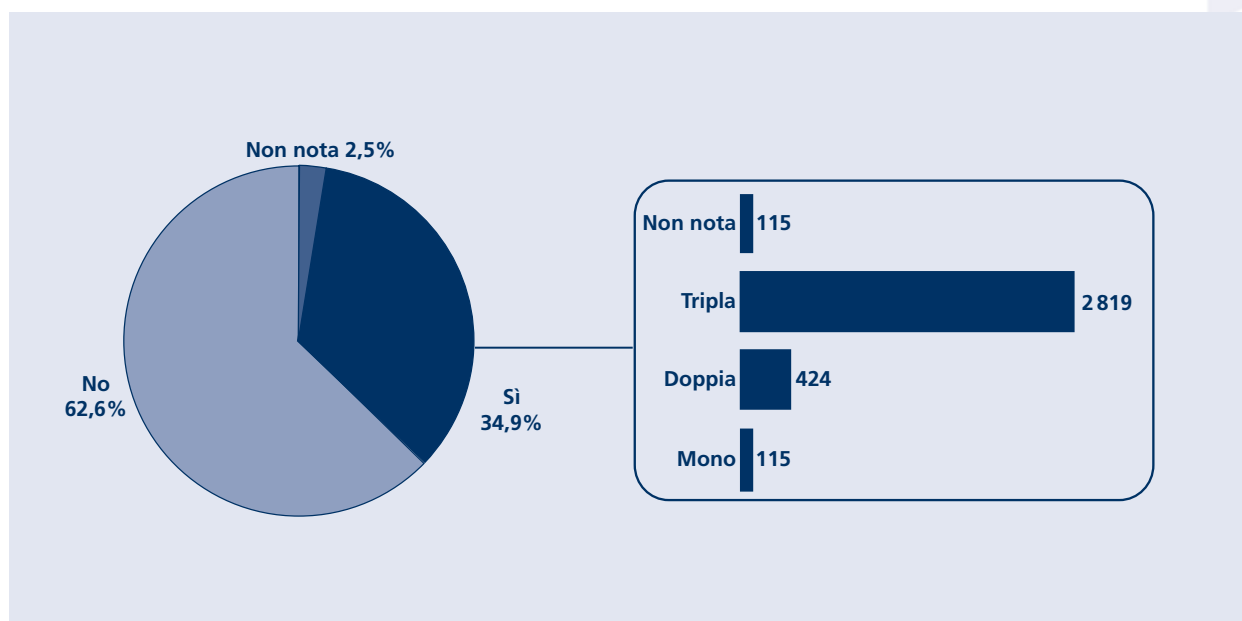


Figura 4 - Uso di terapie antiretrovirali e regime terapeutico

negli ultimi anni ha ricevuto un trattamento terapeutico antiretrovirale.

Di questi, a circa tre quarti è stata somministrata una combinazione con tre farmaci antiretrovirali. Risultano, inoltre, delle differenze relativamente alla modalità di trasmissione, avendo soltanto il 23% dei pazienti con fattore di rischio sessuale (cioè omosessuali ed eterosessuali), contro oltre il 50% dei tossicodipendenti, effettuato una terapia antiretrovirale (Figura 5).

Il maggiore determinante di avere effettuato una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS è la consapevolezza della sieropositività. In Tabella 13 sono riportate le caratteristiche dei pazienti suddivisi per tempo tra 1° test HIV e diagnosi di AIDS. Si osserva che, in proporzione, i pazienti con la diagnosi di sieropositività vicina alla diagnosi di AIDS sono aumentati dal 1996 al 2003. Inoltre, la proporzione di persone con tali caratteristiche è più elevata tra quelli infettatisi attraverso rapporti sessuali e negli stranieri.

Il quadro immunologico e virologico al momento della diagnosi di AIDS in pazienti che hanno effettuato almeno un precedente trattamento antiretrovirale è certamente migliore di quelli che non hanno effettuato alcuna terapia (Tabella 14).

Anche il quadro delle patologie di esordio clinico è differente tra trattati e non trattati. In particolare, si evi-

denzia per i trattati una notevole diminuzione, in proporzione, dei casi di *Pneumocystis carinii* e toxoplasmosi. In tali pazienti invece si osserva un aumento in proporzione delle candidosi, dei linfomi, delle polmoniti ricorrenti e del carcinoma cervicale invasivo (Tabella 15).

La Tabella 16, infine, mostra in dettaglio l'associazione delle patologie AIDS con il livello immunologico e virologico nei pazienti precedentemente trattati.

COMMENTO

La diminuzione dell'incidenza dei casi di AIDS osservata a partire dalla metà del 1996 sembra ormai tendere alla stabilizzazione. Nel 2003 i casi di diagnosi attesi (tenendo conto del ritardo di notifica) sono praticamente gli stessi di quelli del 2002.

Come suggerito da alcune simulazioni (con modelli matematici) sull'andamento dei casi di AIDS, la repentina diminuzione di casi verificatasi negli ultimi anni non è attribuibile a una riduzione delle infezioni da HIV (4), ma soprattutto all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate (5-9). Tale effetto è presente in tutte le categorie di rischio (10), anche se l'accesso a tali terapie prima dell'AIDS è fortemente condizionato dalla conoscenza della condizione di sieropositività HIV (11), che può variare a seconda della categoria considerata.

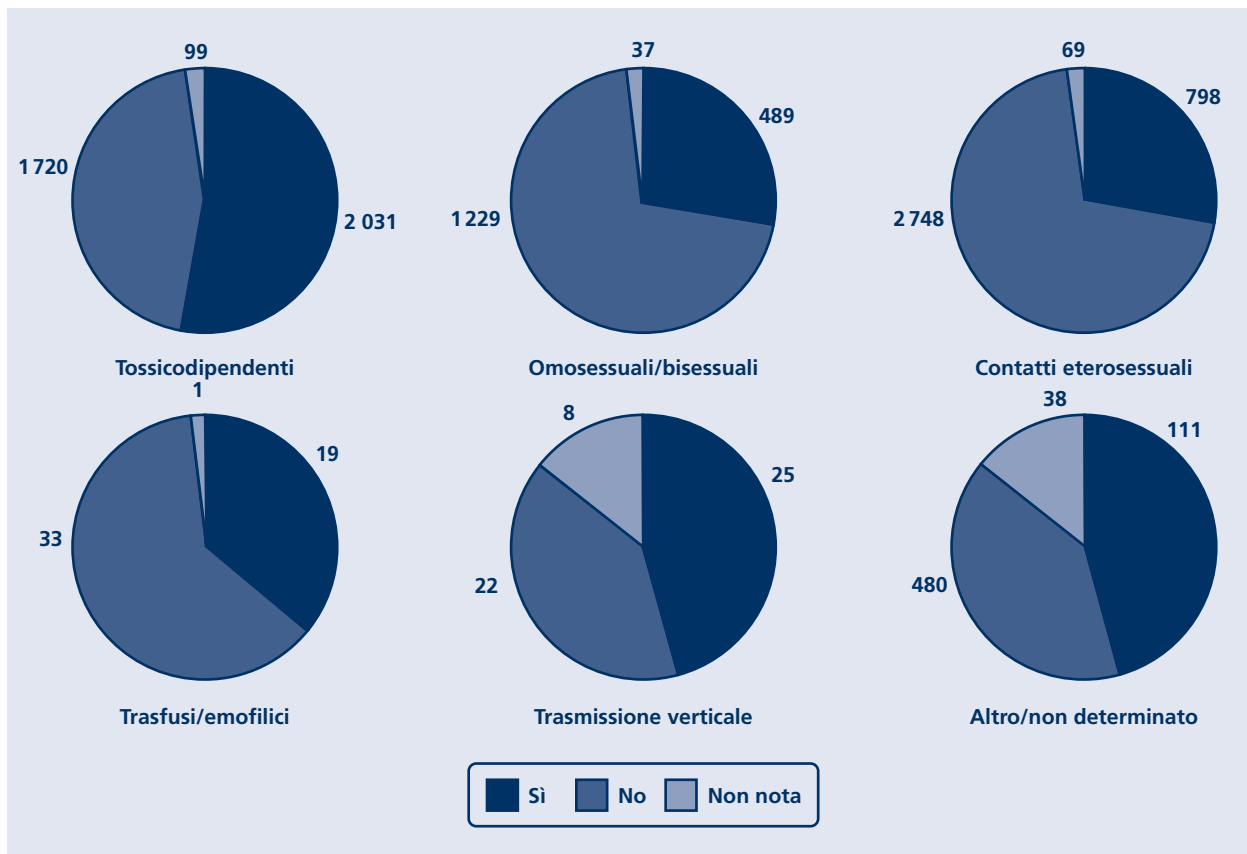


Figura 5 - Uso di terapie antiretrovirali pre-AIDS per categoria di trasmissione

Tabella 13 - Tempo tra 1° test HIV+ e diagnosi di AIDS

Caratteristiche	Alla diagnosi		Almeno 6 mesi prima	
	n. casi	%	n. casi	%
Anno di diagnosi				
1996	908	20,6	3 503	79,4
1997	1 041	33,0	2 114	67,0
1998	959	41,4	1 356	58,6
1999	969	46,7	1 108	53,3
2000	914	48,1	985	51,9
2001	845	48,2	909	51,8
2002	863	51,3	819	48,7
2003	800	51,8	745	48,2
2004*	252	53,1	223	46,9
Sesso				
Maschi	5 887	40,1	8 806	59,9
Femmine	1 664	36,0	2 956	64,0
Modalità di trasmissione				
Tossicodipendente	1 843	57,0	1 392	43,0
Omo/Bisessuale	1 210	13,3	7 866	86,7
Contatti eterosessuali	3 584	63,4	2 065	36,6
Trasmissione verticale	23	51,1	22	48,9
Altro/non determinato	891	68,1	417	31,9
Area geografica di provenienza				
Italia	6 117	35,5	11 127	64,5
Estero	1 339	69,6	584	30,4
Non nota	95	65,1	51	34,9
Totale	7 551	39,1	11 762	60,9

(*) 1° semestre 2004

Tabella 14 - Valore assoluto dei CD4+ e carica virale per terapia antiretrovirale e anno di diagnosi

Terapia antiretrovirale pre-AIDS	Anno di diagnosi	Valore assoluto CD4+ alla diagnosi					
		n.	Mediana	Min	Max	P25	P75
Si	1999	687	110	1	1 414	38	230
	2000	643	102	1	968	40	237
	2001	633	100	1	1 172	39	225
	2002	574	93	0	1 285	36	207
	2003	538	106	1	1 246	39	248
	2004*	159	89	0	1 128	40	224
No	1999	1 248	52	0	1 259	20	132
	2000	1 180	48	0	1 134	19	121
	2001	1 071	48	0	1 420	21	118
	2002	1 067	50	0	1 039	20	113
	2003	947	45	0	1 313	17	109
	2004*	303	45	0	851	18	102
Totale		9 050	643	0	1 420	23	156

continua

(*) 1° semestre 2004

segue

Terapia antiretrovirale pre-AIDS	Anno di diagnosi	Viremia (log ₁₀ copie/ml) alla diagnosi					
		n.	Mediana	Min	Max	P25	P75
Si	1999	685	4,81	0,30	6,72	3,60	5,44
	2000	637	4,88	0,65	6,70	3,75	5,43
	2001	614	4,78	0,80	7,04	3,00	5,43
	2002	543	4,77	0,65	6,62	3,35	5,38
	2003	511	4,84	0,80	6,63	3,63	5,43
	2004*	156	4,99	0,85	6,26	3,35	5,52
No	1999	1 192	5,31	0,65	6,83	4,83	5,70
	2000	1 125	5,32	0,85	7,76	4,89	5,70
	2001	1 022	5,30	0,65	7,71	4,90	5,70
	2002	999	5,33	0,85	6,92	4,88	5,70
	2003	890	5,28	0,85	7,11	4,88	5,70
	2004*	281	5,32	0,85	6,84	4,98	5,70
Totale		8 655	5,18	0,30	7,76	4,58	5,65

(*) 1° semestre 2004

Tabella 15 - Malattie indicative di AIDS per terapia antiretrovirale

Malattie indicative di AIDS	Terapia antiretrovirale pre-AIDS						Totale n.
	Si		No		Non noto		
	n.	%	n.	%	n.	%	
Candidosi (Polmonare ed esofagea)	896	23,6	1 305	17,2	75	23,8	2 276
Criptococchi extrapolmonare	104	2,7	273	3,6	8	2,5	385
<i>Cytomegalovirus</i> compresa retinite	146	3,9	481	6,3	9	2,9	636
Encefalopatia da HIV	260	6,9	435	5,7	22	7,0	717
<i>Herpes simplex</i>	21	0,6	64	0,8	2	0,6	87
Sarcoma di Kaposi	158	4,2	454	6,0	9	2,9	621
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	282	7,4	299	3,9	9	2,9	590
Micobatteriosi	136	3,6	193	2,5	7	2,2	336
Tubercolosi	295	7,8	687	9,1	25	7,9	1 007
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	492	13,0	1 757	23,2	62	19,7	2 311
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	98	2,6	158	2,1	8	2,5	264
Sepsi da salmonella ricorrente	16	0,4	45	0,6	3	1,0	64
Toxoplasmosi cerebrale	184	4,9	541	7,1	19	6,0	744
"Wasting syndrome"	361	9,5	608	8,0	39	12,4	1 008
Carcinoma cervicale invasivo	83	2,2	90	1,2	2	0,6	175
Polmonite ricorrente	49	1,3	15	0,2	-	-	64
Altro	211	5,6	172	2,3	16	5,1	399
Totale	3 792	100,0	7 577	100,0	315	100,0	11 684

Le limitate conoscenze sulla durata dell'effetto delle nuove terapie, la mancanza di dati precisi sull'uso di farmaci antiretrovirali, e sue eventuali differenze nei singoli sottogruppi, rendono più problematica la stima della curva epidemica delle infezioni da HIV.

Il serbatoio di infezione è ancora ampio e si stima che i sieropositivi nel nostro Paese siano circa

110 000-130 000. I sistemi di sorveglianza relativi alle nuove diagnosi di infezione da HIV, per ora attivi solo in alcune regioni, mostrano una stabilizzazione dell'incidenza delle nuove diagnosi nel corso degli ultimi tre anni. È pertanto necessario non abbassare il livello di guardia e rafforzare, a livello nazionale, i sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV.

Tabella 16 - Malattie indicative di AIDS nei pazienti trattati con terapia antiretrovirale pre-AIDS per quadro virologico e immunologico

Malattie indicative di AIDS	Quadro immunologico-virologico								Totale		
	Viremia*	< 500				≥ 500					
		CD4+	≤ 200		> 200		≤ 200			> 200	
			n.	%	n.	%	n.	%		n.	%
Candidosi (Polmonare ed esofagea)	40	15,0	58	18,5	573	25,9	145	23,8	816		
Criptococchi extrapolmonare	4	1,5	2	0,6	80	3,6	6	1,0	92		
<i>Cytomegalovirus</i> compresa retinite	9	3,4	3	1,0	104	4,7	11	1,8	127		
Encefalopatia da HIV	18	6,8	18	5,7	142	6,4	58	9,5	236		
<i>Herpes simplex</i>	0	0,0	1	0,3	15	0,7	1	0,2	17		
Sarcoma di Kaposi	24	9,0	21	6,7	66	3,0	30	4,9	141		
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	29	10,9	56	17,8	102	4,6	73	12,0	260		
Micobatteriosi	12	4,5	6	1,9	79	3,6	13	2,1	110		
Tubercolosi	26	9,8	50	15,9	121	5,5	69	11,3	266		
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	31	11,7	17	5,4	339	15,3	47	7,7	434		
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	12	4,5	8	2,5	49	2,2	18	3,0	87		
Sepsi da salmonella ricorrente	1	0,4	,	,	11	0,5	3	0,5	15		
Toxoplasmosi cerebrale	18	6,8	3	1,0	134	6,1	11	1,8	166		
"Wasting syndrome"	19	7,1	17	5,4	246	11,1	37	6,1	319		
Carcinoma cervicale invasivo	4	1,5	11	3,5	14	0,6	14	2,3	43		
Polmonite ricorrente	15	5,6	32	10,2	91	4,1	56	9,2	194		
Altro	4	1,5	11	3,5	45	2,0	17	2,8	77		
Totale	266	100,0	314	100,0	2 211	100,0	609	100,0	3 400		

(*) Copie/ml

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Centro operativo AIDS. Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia al 30 settembre 1997. *Not Ist Super Sanità* 1998;11(1 Suppl 1):1-8.
2. The Italian Register for Human Immuno-deficiency Virus Infection in Children. Determinants of mother-to-infant human immunodeficiency virus 1 transmission before and after the introduction of zidovudine prophylaxis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:915-21.
3. De Martino M, Tovo PA, Balducci M, et al. Reduction in mortality with availability of antiretroviral therapy for children with perinatal HIV-1 infection. Italian Register for HIV Infection in Children and the Italian National AIDS Registry. *JAMA* 2000; 284:190-7.
4. Rezza G, Pezzotti P, Balducci M. Attualità sull'andamento dell'epidemia di AIDS/HIV in Italia. *G Ital Mal Infett* 1998; 4:133-6.
5. Pezzotti P, Napoli PA, Acciai S, et al. Increasing survival time after AIDS in Italy: the role of new combination antiretroviral therapies. *AIDS* 1999;13: 249-55.
6. Porta D, Rapiti E, Forastiere F, et al. Changes in survival among people with AIDS in Lazio, Italy from 1993 to 1998. *AIDS* 1999;13:2125-32.
7. Palella FJ, Delaney KM, Morman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immuno-deficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998;338:853-60.
8. Mocroft A, Vella S, Benfield TL, et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. *Lancet* 1998;352:1725-30.
9. Napoli PA, Dorrucchi M, Serraino D, et al. Frequency and determinants of use of antiretroviral and prophylactic therapies against *Pneumocystis carinii* Pneumonia (PCP) before AIDS diagnosis in Italy. *Eur J Epidemiol* 1998;14:41-7.
10. Egger M, Hirschel B, Francioli P, et al. Impact of new antiretroviral combination therapies in HIV infected patients in Switzerland: prospective multicentre study. *BMJ* 1997;315:1194-9.
11. Detels R, Munoz A, McFarlane G, et al. Effectiveness of potent antiretroviral therapy on time to AIDS and death in men with known HIV infection duration. *JAMA* 1998;280:1497-503.

NOTE TECNICHE

- i. In Italia, la raccolta sistematica dei dati sui casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) è iniziata nel 1982 e, nel giugno 1984, è stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale attraverso il quale vengono segnalati i casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche del Paese. Con il decreto del 28 novembre 1986 (DM n. 288), l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Dal 1987, il Sistema di Sorveglianza è gestito dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). In collaborazione con le regioni, il COA provvede alla raccolta, all'analisi periodica dei dati e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto semestrale.
- ii. I criteri di diagnosi di AIDS adottati sono stati, fino al gennaio 1993, quelli della definizione dell'OMS/CDC 1987. A partire dal 1° gennaio 1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro Europeo dell'OMS. Quest'ultima aggiunge altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina.
- iii. L'anno di notifica non coincide necessariamente con l'anno di diagnosi, ma può essere successivo (ad esempio, caso diagnosticato nell'anno 1985 ma notificato nel 1990).
- iv. La distribuzione temporale dei casi è influenzata dal ritardo di notifica, cioè dal tempo che intercorre dalla data della diagnosi del caso al momento in cui la notifica perviene al COA. Ciò determina una sottostima nel numero di nuovi casi, particolarmente evidente negli ultimi trimestri di diagnosi. Il numero dei casi viene pertanto corretto attraverso il metodo di correzione messo a disposizione dal Centro Europeo di Sorveglianza Epidemiologica (Heisterkamp SH, Jager JC, Ruitenberg EJ, et al. *Stat Med* 1989; 8: 963-76). Altro elemento, che influenza le reali dimensioni del fenomeno, è la sottotifica dei casi di AIDS, cioè quella quota di casi che, non segnalata, sfugge al Sistema di Sorveglianza. Studi preliminari hanno permesso di stimare per l'Italia un tasso di sottotifica vicino al 10%.
- v. In Italia la notifica di decesso per AIDS non è obbligatoria.
- vi. A oggi solo alcune regioni - Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Toscana, Valle D'Aosta e Veneto - effettuano il follow up attivo di mortalità e forniscono routinariamente tali dati al COA. Per questo motivo nel 1998 il COA, in collaborazione con il gruppo di ricerca che si occupa dello studio di mortalità per AIDS presso il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'ISS, ha avviato un'indagine attiva (presso le anagrafi) sullo stato in vita dei casi di AIDS estesa a tutto il territorio nazionale. L'indagine è stata condotta per le regioni che non effettuano routinariamente l'aggiornamento dello stato in vita.
- vii. I casi prevalenti in un determinato anno sono tutti quelli diagnosticati negli anni precedenti, o nello stesso anno e "vivi" (anche per un solo giorno dell'anno considerato). A causa del ritardo di notifica di decesso, il numero dei casi prevalenti riportato per gli anni più recenti va valutato con cautela, poiché non è corretto per i casi di decesso in tali anni.
- viii. Le province che hanno un numero di casi residenti maggiore dei casi segnalati hanno "esportato" casi, in termini assistenziali; viceversa, quelle con più casi segnalati ne hanno "importati". Il tasso di incidenza (per 100 000 abitanti) per provincia è calcolato sul numero di notifiche pervenute al COA negli ultimi 12 mesi.
- ix. Le categorie di esposizione hanno un ordine gerarchico che risponde ai criteri del sistema di sorveglianza europeo dell'AIDS. Ogni caso è classificato in un solo gruppo. I soggetti che presentano rischi multipli sono classificati nel gruppo più importante in termini gerarchici. Infine, vengono effettuate indagini periodiche per tre diversi gruppi di pazienti al fine di riclassificarli nelle categorie di esposizione classiche: a) pazienti che hanno dichiarato di aver avuto soltanto rapporti eterosessuali con partner che non avevano un fattore di rischio noto; b) pazienti che hanno avuto una trasfusione; c) pazienti senza fattore di rischio noto (categoria "altro/non determinato").
- x. La riattribuzione del fattore di rischio è stata effettuata mediante l'uso di un modello matematico che calcolava la probabilità di appartenere a una categoria di trasmissione in base a sesso, anno di diagnosi e ai risultati di una precedente indagine condotta dal COA (v. testo).
- xi. La categoria di esposizione "contatti eterosessuali" comprende i soggetti che hanno un partner a rischio dell'altro sesso. Quando è nota la sieropositività del partner, questa informazione viene riportata esplicitamente. Sono stati considerati come casi attribuibili a trasmissione eterosessuale anche i casi con partner promiscuo che includono i "partner di prostituta" e le prostitute.
- xii. I dati relativi alla distribuzione delle patologie opportuniste indicative di AIDS fanno riferimento ai quadri clinici presenti all'esordio della malattia e non a tutte le patologie diagnosticate durante l'intero decorso clinico. Se l'esordio è caratterizzato da più di una patologia, ne vengono conteggiate un massimo di sei occorse entro 60 giorni dalla prima.
- xiii. Per ogni caso può essere indicata più di una patologia indicativa di AIDS; pertanto il numero di patologie riportate in un anno può essere superiore al numero di casi segnalati nello stesso anno.
- xiv. Le differenze osservabili tra le regioni, per ciò che riguarda la distribuzione dell'AIDS pediatrico, risentono anche della diversa disponibilità di centri clinici pediatrici sul territorio.

News

Convegno

LA RICERCA PSICOLOGICA, NEUROPSICHIATRIA E SOCIALE NELL'INFEZIONE DA HIV E NELL'AIDS

Roma, 15-16 novembre 2004

**organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione
con la Società Italiana di Psicolinfettivologia**

Negli ultimi anni la storia clinica dell'infezione da HIV e dell'AIDS si è notevolmente modificata. L'introduzione di nuovi protocolli terapeutici, in grado di inibire la replicazione virale, ha determinato, infatti, una significativa riduzione della mortalità e la trasformazione della malattia da HIV in patologia ad andamento cronico. Si è conseguentemente rinnovato l'interesse verso gli aspetti psicologici e sociali dell'infezione da HIV, in relazione al corrispondente cambiamento dei bisogni e delle aspettative di cura delle persone sieropositive e ai progressi delle conoscenze intervenuti nel settore della ricerca psico-sociale. Le strategie di prevenzione rivolte a gruppi specifici, i bisogni delle coppie sierodiscordanti, l'attenzione alla qualità della vita delle persone sieropositive, gli interventi per migliorare l'aderenza ai protocolli terapeutici, la gestione dei problemi psicologici, psichiatrici e sociali di frequente riscontro nelle persone sieropositive, sono solo alcuni dei temi portanti della ricerca psico-sociale nell'area dell'infezione da HIV. L'Istituto Superiore di Sanità ha da diversi anni inserito la componente psico-sociale nell'ambito del Progetto di Ricerca AIDS, che finanzia proposte di ricerca avanzate da enti pubblici e da organizzazioni non governative. Il Convegno in oggetto è volto a rendere disponibili i risultati sinora ottenuti alla comunità scientifica nazionale, a condividere strumenti e metodologie, a offrire un forum di discussione per l'individuazione delle nuove priorità ad operatori psico-socio-sanitari impegnati in tale ambito.

Per informazioni contattare:

Anna Maria Luzi

Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità

Tel. 06 49902029 - e-Mail: anna.luzi@iss.it

News

Meeting annuale

National Focal Point italiano Infezione da HIV, AIDS e popolazioni migranti: quali possibili interventi in ambito psico-socio-sanitario

**Roma, 17 novembre 2004
Istituto Superiore di Sanità**

Il Meeting annuale del National Focal Point italiano è articolato in tre sessioni. La prima sessione è dedicata all'*Infezione da HIV, AIDS e popolazioni mobili: quali possibili interventi in ambito psicosociale. Le strutture sanitarie pubbliche*; la seconda sessione riguarda l'*Infezione da HIV, AIDS e popolazioni mobili: quali possibili interventi in ambito psico-sociale. Le associazioni di volontariato*; la terza sessione è relativa all'*Infezione da HIV, AIDS e popolazioni mobili: quali possibili interventi in ambito psico-sociale. Le organizzazioni non governative*. Viene inoltre presentata la sperimentazione vaccinale nei Paesi in via di sviluppo e la sperimentazione del vaccino anti HIV nel cittadino straniero. Il Meeting, che vedrà la partecipazione di esperti nazionali di Istituzioni pubbliche, associazioni di volontariato e organizzazioni non governative, su tematiche riguardanti la salute dei cittadini stranieri, è aperto a operatori psico-socio-sanitari impegnati in tale ambito.

Per ulteriori in merito rivolgersi a:

Anna Colucci, Pietro Gallo

Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità

Tel. 06 49902168 - e-Mail: anna.colucci@iss.it

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299
00161 Roma
tel: +39 0649901

Il **Notiziario**
è a disposizione
per accogliere commenti
e suggerimenti
dei suoi lettori

Redazione del **Notiziario**

e-Mail: pubblicazioni@iss.it
tel: +39 0649902944-2428
fax: +39 0649902253

www.iss.it

