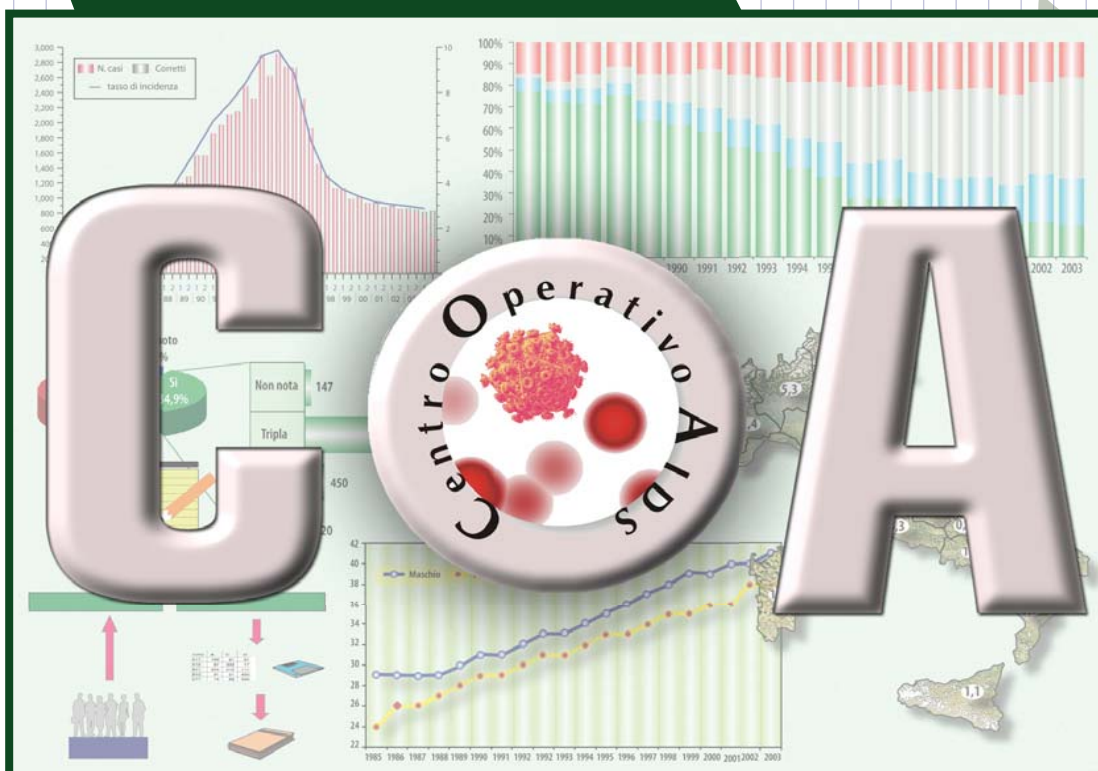


Notiziario

del **Istituto Superiore di Sanità**

**AGGIORNAMENTO DEI CASI DI AIDS
 NOTIFICATI IN ITALIA
 AL 30 GIUGNO 2005**

Poste italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale 70% DC Lazio - Roma



Distribuzione temporale e geografica dei casi
Caratteristiche demografiche e modalità di trasmissione
Patologie indicative di AIDS
Casi pediatrici
Trattamento terapeutico precedente la diagnosi di AIDS

SOMMARIO

Distribuzione temporale e geografica dei casi	3
L'andamento temporale	3
La distribuzione geografica	5
Caratteristiche demografiche e modalità di trasmissione	8
Le caratteristiche demografiche	8
Le modalità di trasmissione	9
Patologie indicative di AIDS	11
Casi pediatrici	11
Trattamento terapeutico precedente la diagnosi di AIDS	13
Commento	15

RIASSUNTO - Dal 1982 a giugno 2005 sono stati notificati 55.286 casi di AIDS, di cui 443 nell'ultimo semestre. Del totale dei casi diagnosticati il 77,6% erano di sesso maschile, l'1,3% in età pediatrica. In totale 34.532 (62,5%) 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 rapida diminuzione fino al 1999, e negli anni successivi il numero dei casi diagnosticati subisce un rallentamento. 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, HIV

SUMMARY - (*AIDS cases in Italy: update to 30 June 2005*) - From 1982 to June 2005, 55,286 AIDS cases were notified to the National AIDS Surveillance System; 443 of the total cases were notified during the last six months. Of the total cases notified, 77.6% were reported among males, 1.3% among paediatric AIDS cases and 62.5% of cases had died. At AIDS diagnosis, the median age of adults increased for both sexes. The incidence of cases increased until 1995; then it rapidly decreased concomitantly with Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) from 1996 to 1999 and more slowly during next years. Moreover, an increase in sexual transmission is evident while there is a decrease in the other ways of transmission. Only 34.9% of patients has used retroviral therapies.

Key words: surveillance, AIDS cases, Italy, HIV

coa@iss.it

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

- Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
- Qualità degli Alimenti e Rischi Alimentari
- Trapianti

Servizi tecnico-scientifici

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

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: Enrico Garaci

Redattore capo: Paola De Castro

Redazione: Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

Progetto grafico: Alessandro Spurio

Impaginazione e grafici: Giovanna Morini

con la collaborazione di Concetta Carotenuto

Distribuzione: Patrizia Mochi, Sara Modigliani

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

Redazione del Notiziario

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

Tel: +39-0649902260-2427

Fax +39-0649902253

e-mail: pubblicazioni@iss.it

Iscritto al n. 475/88 del 16 settembre 1988.

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2005

Numero chiuso in redazione il 30 novembre 2005

Stampa: Ditte Grafiche Chicca & C. snc
Tivoli (Roma)

AGGIORNAMENTO DEI CASI DI AIDS NOTIFICATI IN ITALIA AL 30 GIUGNO 2005



A cura di
Barbara Suligoi¹, Stefano Boros¹, Laura Camoni¹, Debora Lepore¹, Maurizio Ferri², Paolo Roazzi²
¹Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS
²Settore Informatico, ISS

Distribuzione temporale e geografica dei casi

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italiaⁱ, al 30 giugno 2005, sono stati notificati al COA 55.286 casi cumulativi di AIDSⁱⁱ. Di questi, 42.904 (77,6%) erano di sesso maschile, 742 (1,3%) in età pediatrica (<13 anni) o con infezione trasmessa da madre a figlio, e 3629 (6,6%) erano stranieri. L'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, era di 34 anni per i maschi (range: 13 anni - 87 anni) e di 32 anni (range: 13 anni - 81 anni) per le femmine.

L'andamento temporale

Nel primo semestre 2005 sono stati notificatiⁱⁱⁱ al COA 789 nuovi casi di AIDS, di cui 443 (56,1%) diagnosticati nello stesso semestre e 346 riferiti a diagnosi effettuate nei semestri precedenti.

La Figura 1 mostra l'andamento del numero dei casi di AIDS segnalati al Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), corretti per ritardo di notifica^{iv}. Nella stessa figura è riportato l'andamento dei tassi d'incidenza per anno di diagnosi, che evidenzia un costante incremento dell'incidenza dei casi di AIDS notificati nel nostro Paese sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione fino al 1999, mentre ►

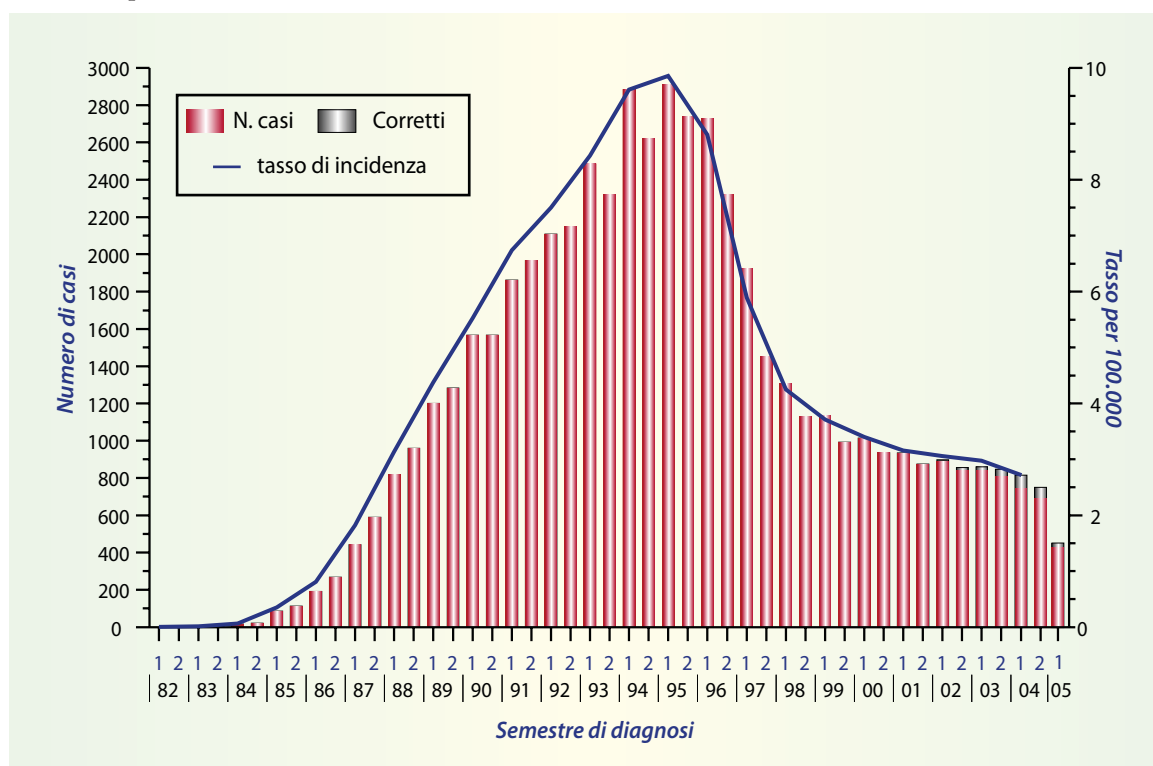


Figura 1 - Casi di AIDS in Italia per semestre di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 30 giugno 2005

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

Anni	Casi diagnosticati	Casi corretti per ritardo	Morti per anno di decesso	Decessi per anno di diagnosi*	Tasso di letalità**
1982	1	1	0	0	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	1030	1030	563	972	94,4
1988	1775	1775	857	1662	93,6
1989	2483	2483	1406	2323	93,6
1990	3134	3134	1946	2909	92,8
1991	3828	3828	2619	3541	92,5
1992	4257	4257	3279	3860	90,7
1993	4802	4802	3667	4044	84,2
1994	5506	5506	4334	4394	79,8
1995	5653	5653	4580	3792	67,1
1996	5050	5050	4198	2425	48,0
1997	3378	3378	2144	1162	34,4
1998	2439	2439	1067	708	29,0
1999	2130	2130	770	552	25,9
2000	1948	1949	681	416	21,4
2001	1800	1805	632	342	19,0
2002	1740	1755	479	282	16,2
2003	1685	1725	448	262	15,5
2004	1503	1588	381	184	12,2
2005 [#]	443	470	106	34	7,7
Totale	55286	55458	34532	34532	62,5

* Il numero di decessi indica quanti dei pazienti, diagnosticati in uno specifico anno, risultano deceduti al 30 giugno 2005

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

1° semestre 2005

negli anni successivi si osserva un rallentamento di tale decremento.

La Tabella 1 riporta il numero dei casi e dei deceduti per anno di diagnosi e il relativo tasso di letalità. In totale, 34.532 pazienti (62,5%) risultano deceduti al 30 giugno 2005. Il numero di decessi per AIDS è probabilmente sottostimato^v, a causa della non obbligatorietà della notifica di decesso; a tal fine l'ISS conduce periodicamente un'indagine nazionale^{vi} sullo stato in vita dei casi di AIDS. La Tabella 1 riporta, oltre al numero an-

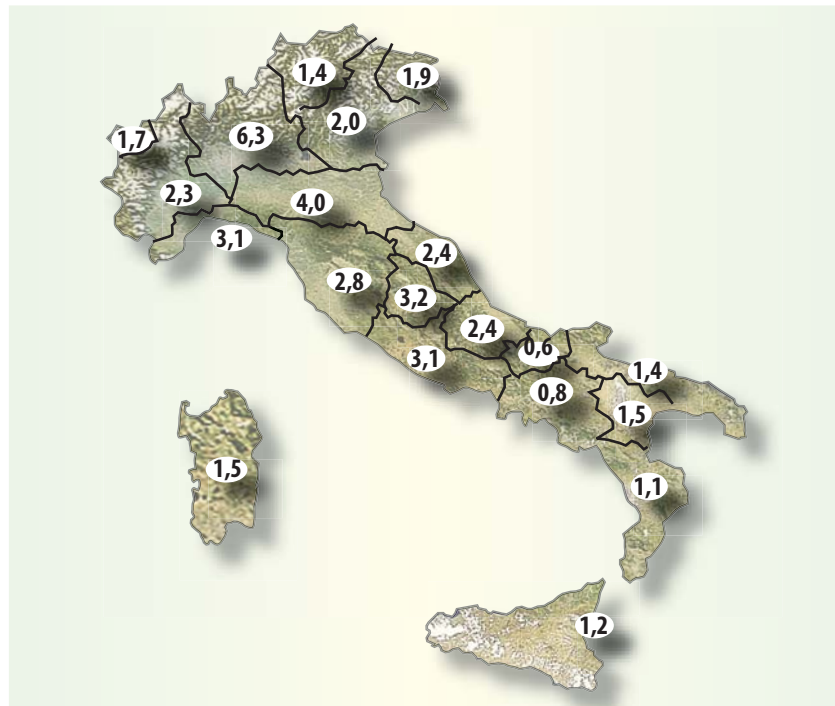


Figura 2 - Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (per 100.000 abitanti) per i casi notificati tra luglio 2004 e giugno 2005

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

Regione	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005*
Lombardia	4143	3840	3879	4136	4414	4802	5165	5563	5929	5990
Lazio	2035	1994	2059	2095	2175	2365	2558	2771	2910	2865
Emilia-Romagna	1335	1138	1157	1150	1202	1304	1396	1513	1640	1635
Toscana	808	763	757	863	915	1001	1091	1181	1263	1275
Piemonte	919	837	834	841	880	970	1049	1099	1177	1186
Liguria	727	702	715	741	792	860	908	968	1031	1034
Veneto	836	751	713	726	747	818	889	948	1006	1007
Campania	590	690	677	722	787	854	913	967	1006	1004
Sicilia	677	692	734	734	768	843	877	934	966	978
Puglia	594	577	585	598	649	683	728	797	846	864
Sardegna	481	461	465	473	502	542	576	607	627	635
Marche	233	212	228	237	254	281	310	333	374	378
Friuli-Venezia Giulia	135	131	122	140	157	163	176	190	205	209
Abruzzo	123	121	125	138	142	154	177	190	205	215
Umbria	124	115	122	132	150	160	176	196	206	214
Calabria	145	135	136	134	136	156	171	190	201	201
Trento	120	118	116	119	114	118	127	131	135	134
Bolzano	68	71	74	78	74	83	85	94	102	102
Basilicata	47	34	43	47	48	53	55	61	65	66
Valle d'Aosta	28	23	22	21	21	23	24	30	30	30
Molise	8	7	9	9	14	16	18	20	23	23
Estera	126	146	175	189	201	225	250	279	298	305
Ignota	292	297	322	348	385	417	446	474	507	510
Totale	14594	13774	14069	14671	15527	16891	18165	19536	20752	20860

*I° semestre 2005

nuale di nuovi casi corretto per ritardo di notifica, la stima dei casi cumulativi di AIDS al 30 giugno 2005 (55.458 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: Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio e Liguria. È evidente la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro Paese, come risulta dai tassi di incidenza che continuano ad 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 incidenza particolarmente elevati si riscontrano nell'ultimo anno a Brescia, Ravenna, Modena, Lecco, Milano, Bergamo e Varese.

Dal momento che non è possibile escludere fattori in grado di determinare variazioni geografiche 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 4,4% nel 1994-95 al 17,6% nel 2004-2005). ►

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

Regione	<1995	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005*	Totale
Lombardia	8681	1668	1502	941	641	627	567	511	476	485	353	171	16723
Lazio	3454	735	666	493	355	313	251	254	235	248	202	11	7217
Emilia-Romagna	2679	568	498	315	230	172	209	168	157	169	157	47	5369
Piemonte	1861	367	347	229	162	141	135	129	117	84	91	22	3685
Toscana	1649	363	285	205	139	159	112	105	115	106	100	34	3372
Veneto	1686	318	280	180	117	102	80	79	88	78	66	24	3098
Liguria	1480	283	258	161	108	85	72	77	61	69	63	7	2724
Sicilia	1201	221	170	156	129	84	94	83	78	63	52	19	2350
Puglia	947	217	229	150	104	89	81	72	67	74	54	21	2105
Campania	912	207	180	130	125	95	96	74	82	62	44	5	2012
Sardegna	905	189	147	98	61	48	47	45	52	35	27	10	1664
Marche	411	90	79	55	45	42	42	37	33	37	42	13	926
Calabria	259	56	59	33	26	14	11	25	22	25	15	4	549
Abruzzo	185	47	42	31	18	25	14	16	26	20	23	10	457
Umbria	182	48	52	27	24	19	22	17	17	22	13	11	454
Friuli-Venezia Giulia	210	39	49	27	15	22	18	9	13	14	16	7	439
Trento	165	38	28	23	14	9	5	6	10	8	5	2	313
Bolzano	99	24	27	17	13	7	11	8	9	8	11	3	237
Basilicata	68	20	20	7	11	8	3	4	4	6	7	2	160
Valle d'Aosta	33	7	10	3	5	5	2	3	1	4	2	0	75
Molise	17	5	2	2	3	1	5	2	2	2	3	0	44
Estera	162	38	22	32	35	22	18	25	31	34	22	9	450
Ignota	271	105	98	63	59	41	53	51	44	32	35	11	863
Totale	27517	5653	5050	3378	2439	2130	1948	1800	1740	1685	1503	443	55286

*1° semestre 2005

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	Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Alessandria	341	399	4,8	Varese	1796	1677	5,3
Asti	86	83	2,9	Bolzano - Bozen	254	237	2,0
Biella	255	277	3,1	Trento	306	313	0,9
Cuneo	222	225	0,9	Belluno	57	78	0,0
Novara	459	462	3,6	Padova	904	631	1,8
Torino	2052	1862	1,7	Rovigo	98	162	2,4
Verbania	168	256	3,1	Treviso	348	343	4,4
Vercelli	123	121	0,0	Venezia	388	540	1,5
Aosta	81	75	1,7	Verona	730	592	1,4
Bergamo	1341	1274	5,5	Vicenza	683	752	1,2
Brescia	2340	2183	11,2	Gorizia	20	35	1,4
Como	705	699	5,1	Pordenone	340	173	3,3
Cremona	399	455	5,2	Trieste	165	88	2,3
Lecco	414	357	6,0	Udine	76	143	1,0
Lodi	281	305	4,3	Genova	1899	1771	2,7
Mantova	335	365	4,3	Imperia	321	360	2,8
Milano	7818	8530	5,9	La Spezia	205	203	3,5
Pavia	1319	753	5,0	Savona	392	390	3,2
Sondrio	84	125	1,7	Bologna	1581	1438	1,8

continua

Tabella 4 - segue

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza	Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Ferrara	418	444	4,5	Isernia	2	12	0,0
Forlì	349	512	4,3	Avellino	38	55	0,5
Modena	678	639	6,6	Benevento	16	38	1,7
Parma	430	378	2,8	Caserta	105	258	1,3
Piacenza	302	309	5,2	Napoli	1657	1429	0,8
Ravenna	1056	796	8,3	Salerno	175	232	0,4
Reggio Emilia	461	417	2,4	Bari	976	793	1,4
Rimini	629	436	3,4	Brindisi	140	216	1,2
Arezzo	166	138	2,2	Foggia	408	389	1,9
Firenze	1114	1061	2,7	Lecce	237	308	0,5
Grosseto	236	297	2,3	Taranto	284	399	2,2
Livorno	404	454	3,0	Matera	11	46	1,9
Lucca	170	352	4,0	Potenza	77	114	1,0
Massa Carrara	246	269	1,5	Catanzaro	221	168	0,5
Pisa	676	272	2,6	Cosenza	50	115	0,8
Pistoia	98	231	2,6	Crotone	62	106	1,1
Prato	247	154	3,7	Reggio Calabria	69	122	1,2
Siena	149	144	0,8	Vibo Valentia	35	38	2,2
Perugia	388	335	3,5	Agrigento	1	105	0,8
Terni	141	119	1,3	Caltanissetta	163	111	0,7
Ancona	521	261	2,7	Catania	607	511	1,6
Ascoli Piceno	172	279	3,6	Enna	21	40	0,5
Macerata	93	141	2,0	Messina	195	225	0,8
Pesaro e Urbino	150	245	1,2	Palermo	1095	956	1,3
Frosinone	233	133	1,4	Ragusa	64	62	1,0
Latina	465	380	0,4	Siracusa	106	165	2,2
Rieti	119	50	0,0	Trapani	28	175	0,2
Roma	6532	6408	3,7	Cagliari	1201	1176	2,3
Viterbo	273	246	1,8	Nuoro	60	70	0,7
Chieti	74	90	0,0	Oristano	1	44	0,6
L'Aquila	94	96	2,7	Sassari	368	374	1,3
Pescara	187	137	4,2	Estera	-	450	-
Teramo	112	134	2,5	Ignota	-	863	-
Campobasso	44	32	0,8				
Totale	55286	55286	-				

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

Area geografica	<1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03	2004-05*	Totale
Italia	97,0	95,5	93,7	88,7	85,4	84,8	82,2	93,4
Africa	0,9	1,8	2,7	5,2	8,1	8,8	10,1	3,0
Asia	0,1	0,1	0,3	0,4	0,4	0,7	1,0	0,2
Europa Occidentale	0,5	0,7	0,9	0,7	0,5	0,4	0,2	0,6
Europa Orientale	0,1	0,1	0,2	0,7	0,8	1,0	1,7	0,3
Nord America	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Sud America	0,9	1,5	1,9	3,1	2,8	3,7	4,5	1,8
Non Specificata	0,2	0,2	0,3	1,1	1,9	0,6	0,2	0,4

* I° semestre 2005

Caratteristiche demografiche e modalità di trasmissione

Le caratteristiche demografiche

La Tabella 6 mostra la distribuzione dei casi per fascia d'età e sesso negli anni 1990, 1995 e 2004. Il 69,4% del totale dei casi si concentra nella fa-

scia d'età 25-39 anni. In particolare, è aumentata la quota di casi nella fascia d'età 40-49 anni (per i maschi dal 10,2% nel 1990 al 41,5% nel 2004 e per le femmine dal 5,7% nel 1990 al 30,7% nel 2004).

L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di AIDS mostra un aumento nel tempo, sia tra i

Tabella 6 - Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso negli anni 1990, 1995, 2004 e nel totale dei casi

Fascia d'età	Maschi			Femmine			Totale (1982-2005*)		
	1990	1995	2004	1990	1995	2004	Maschi	Femmine	Totale
	n. 2551	n. 4277	n. 1116	n. 583	n. 1376	n. 387	n. 42904	n. 12382	n. 55286
0	0,5	0,3	0,1	1,7	0,9	0,3	0,3	1,1	0,5
1-4	0,4	0,3	0,0	2,1	1,0	0,3	0,3	1,1	0,5
5-9	0,2	0,4	0,1	0,9	0,7	0,0	0,2	0,6	0,3
10-12	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
13-14	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1
15-19	0,4	0,0	0,1	0,2	0,2	1,3	0,2	0,4	0,3
20-24	6,1	1,7	1,1	15,3	4,0	4,4	3,5	7,1	4,3
25-29	34,0	12,9	5,4	40,1	22,4	7,8	18,0	25,4	19,6
30-34	28,7	38,4	11,6	22,8	39,4	19,1	29,1	29,7	29,3
35-39	13,9	23,7	21,4	7,2	18,1	25,8	21,2	17,7	20,5
40-49	10,2	14,5	41,5	5,7	8,9	30,7	17,6	11,3	16,2
50-59	3,9	5,1	11,4	2,2	2,5	7,0	6,5	3,3	5,7
>60	1,4	2,6	7,3	1,7	1,7	3,1	3,0	2,1	2,8

* I° semestre 2005

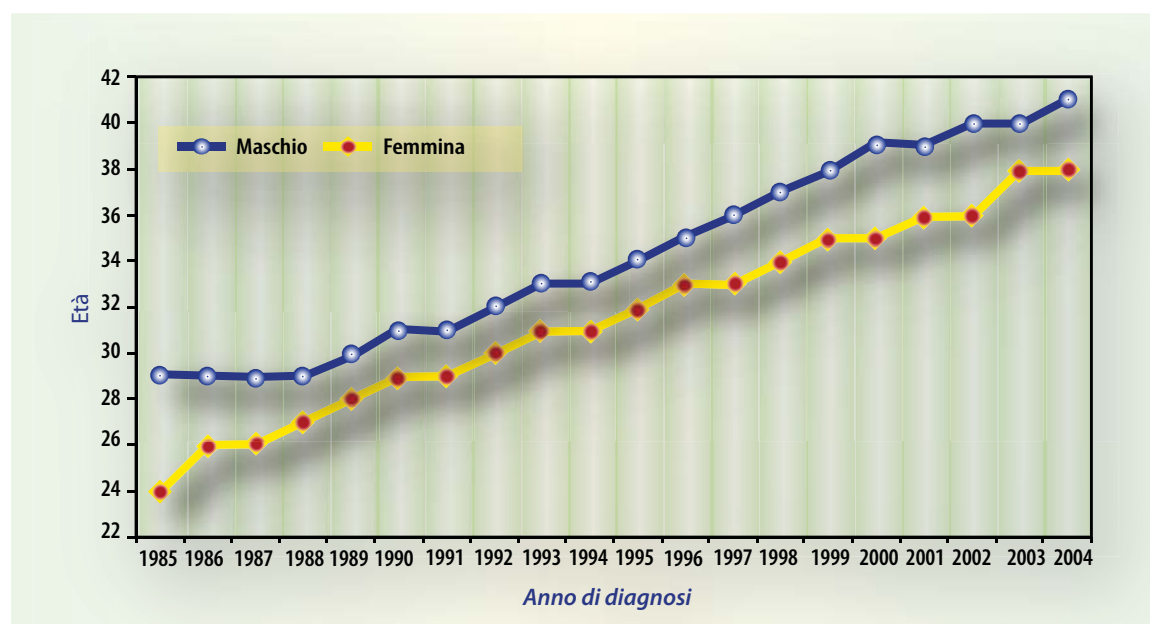


Figura 3 - Età mediana alla diagnosi per sesso e anno di diagnosi

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

Categoria di esposizione		Anno di diagnosi							Maschi	Femmine	Totale
		<1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03	2004-05*			
Omo/Bisessuale	n.	3394	1681	1250	766	674	635	377	8777	0	8777
	%	15,7	15,3	15,0	16,9	18,1	18,7	19,4	20,6	0,0	16,1
Tossicodipendente	n.	14386	6781	4740	2063	1415	1172	627	24825	6359	31184
	%	66,7	61,5	56,8	45,5	38,0	34,4	32,3	58,4	53,0	57,2
TD-OMO**	n.	513	213	116	32	28	21	10	933	0	933
	%	2,4	1,9	1,4	0,7	0,8	0,6	0,5	2,2	0,0	1,7
Emofilico	n.	225	57	33	8	10	3	2	329	9	338
	%	1,0	0,5	0,4	0,2	0,3	0,1	0,1	0,8	0,1	0,6
Trasfuso	n.	245	85	50	24	10	9	4	243	184	427
	%	1,1	0,8	0,6	0,5	0,3	0,3	0,2	0,6	1,5	0,8
Contatti eterosessuali	n.	2547	1992	1728	1311	1356	1360	784	6158	4920	11078
	%	11,8	18,1	20,7	28,9	36,4	40,0	40,4	14,5	41,0	20,3
Altro/Non determinato	n.	263	209	427	332	235	203	138	1270	534	1804
	%	1,2	1,9	5,1	7,3	6,3	6,0	7,1	3,0	4,4	3,3
Totale	n.	21570	11018	8344	4536	3728	3403	1942	42535	12006	54541

*I° semestre 2005

**TD-OMO = Tossicodipendenti/Omosessuali

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 2004 le mediane sono salite rispettivamente a 41 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).

Le modalità di trasmissione

La distribuzione dei casi adulti per categoria di

esposizione^{ix} e anno di diagnosi (Tabella 7) evidenzia come il 58,9% 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; quest'ultima rappresenta la categoria più colpita nel 2004-05) ed una corrispondente diminuzione dei casi attribuibili alle altre modalità di trasmissione. ►

Tabella 8 - Distribuzione dei casi cumulativi di adulti con 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	425	22	288	27	762
Partner bisessuale	0	0	37	37	74
Partner tossicodipendente	503	212	861	1137	2713
Partner emofilico/trasfuso	9	15	17	35	76
Partner di zona endemica	258	28	37	13	336
Partner promiscuo*	4118	568	1388	1043	7117
Totale	5313	845	2628	2292	11078

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

Particolare cautela è necessaria nell'interpretare l'andamento crescente dei casi appartenenti alla categoria "Altro/non determinato": in una specifica indagine condotta dal COA (vedi *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* Vol.11, n.1, Sup-

plemento 1, gennaio 1998) è stata 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. La distribuzione dei

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

Patologie	Anno di diagnosi							
	<1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03	2004-05*	
Candidosi (polmonare e esofagea)	25,3	20,9	20,0	19,6	19,5	19,4	18,7	
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	23,0	19,2	17,9	19,3	19,3	20,2	19,7	
Toxoplasmosi cerebrale	8,5	8,3	7,7	6,3	6,5	6,3	7,1	
Micobatteriosi**	5,7	7,2	7,1	6,8	6,6	6,3	7,0	
Altre infezioni opportunistiche***	14,4	16,0	15,2	12,5	14,3	14,2	14,4	
Sarcoma di Kaposi (KS)	5,1	4,6	4,5	5,2	5,7	5,3	4,1	
Linfomi	2,9	2,9	3,7	4,9	5,1	5,3	5,3	
Encefalopatia da HIV	6,9	7,0	7,5	7,0	5,4	5,7	6,1	
Wasting syndrome	7,6	6,5	7,3	8,7	8,6	8,8	8,7	
Carcinoma cervice uterina	0,1	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5	0,4	
Polmonite ricorrente	0,2	2,9	3,9	3,8	3,7	3,1	3,1	
Tubercolosi Polmonare	0,5	4,1	4,6	5,3	4,6	4,9	5,3	
Totale patologie	n.	25511	12528	9381	5234	4399	4054	2327

* I° semestre 2005

** Disseminata o extrapolmonare

***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	<1995	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005* Totale	
Lombardia	141	22	19	5	4	4	1	2	2	2	1	0	203
Lazio	81	12	9	8	5	1	2	3	4	0	0	0	125
Emilia-Romagna	51	4	5	2	2	1	1	2	0	0	0	0	68
Toscana	31	7	1	2	3	2	3	0	0	0	0	0	49
Piemonte	27	3	3	7	0	0	0	0	2	2	0	0	44
Veneto	25	3	3	0	0	0	1	0	0	1	0	0	33
Liguria	24	4	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	31
Campania	20	7	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	30
Sicilia	21	4	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	29
Puglia	19	2	1	1	2	0	1	0	1	0	0	0	27
Sardegna	18	5	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	26
Abruzzo	8	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	12
Calabria	8	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	11
Trentino-Alto Adige	6	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Umbria	2	3	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	9
Marche	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Basilicata	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4
Friuli-Venezia Giulia	1	0	1	0	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	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	5
Ignota	6	2	4	0	1	0	1	0	1	1	1	0	17
Totale	495	84	54	30	22	11	11	9	14	8	4	0	742

* I° semestre 2005

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

Modalità di trasmissione		Periodo di diagnosi							Sesso		Totale
		<1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03	2004-05*	Maschio	Femmina	
Trasmissione verticale	n.	413	137	81	25	15	16	3	332	358	690
	%	94,3	97,2	96,4	75,8	75,0	72,7	75,0	90,2	95,7	93,0
Emofilico	n.	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
Trasfuso	n.	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	n.	2	1	2	8	5	6	1	16	9	25
	%	0,5	0,7	2,4	24,2	25,0	27,3	25,0	4,3	2,4	3,4
Totale	n.	438	141	84	33	20	22	4	368	374	742

* 1° semestre 2005

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

Patologie		Periodo di diagnosi							Totale
		<1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03	2004-05*	
Candidosi (polmonare e esofagea)		11,4	10,3	11,0	14,7	9,5	14,8	28,6	11,4
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>		16,8	15,4	11,0	5,9	19,0	25,9	42,9	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**		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***		5,8	5,1	5,0	5,9	4,8	25,9	14,3	6,2
Tumori (KS 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	14,3	8,2
Totale patologie	n.	571	175	100	34	21	27	7	935

* 1° semestre 2005

** Comprende: *M. tuberculosis* o da altri micobatteri o da specie non identificata: disseminata o extrapolmonare

*** Include: criptococcosi, criptosporidiosi, infezione da *Herpes simplex*, isosporidiosi, leucoencefalopatia multifocale progressiva, salmonellosi

casi di AIDS attribuibili a rapporti eterosessuali^{xi} (11.078 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'8,5% nel biennio 2002-2003.

Casi pediatrici

Dei 55.286 casi segnalati fino al 30 giugno 2005, 742 (1,3%) 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}. ►

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 (1, 2).

La Tabella 11 mostra l'andamento temporale dell'infezione pediatrica per categoria di esposizione, anno di diagnosi e sesso. Dal 1994-95 ad oggi non sono stati più riportati casi in emofilici. Dei 690 (93,0%) casi pediatrici che hanno contratto l'infezione dalla madre, 355 (51,4%) sono figli di madre tossicodipendente, mentre 248 (36,0%)

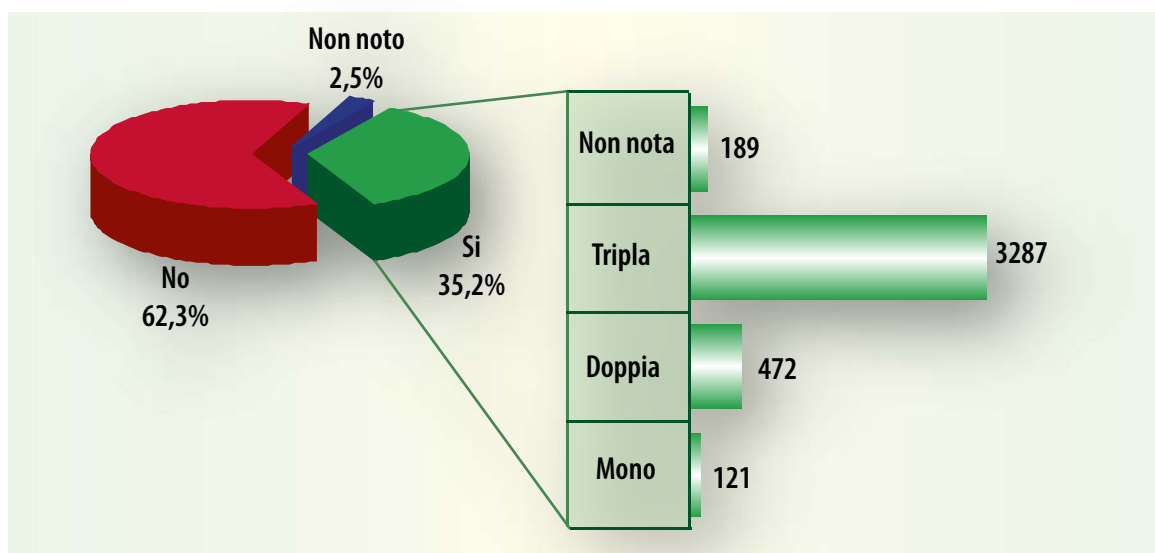


Figura 4 - Uso di terapie antiretrovirali e regime terapeutico

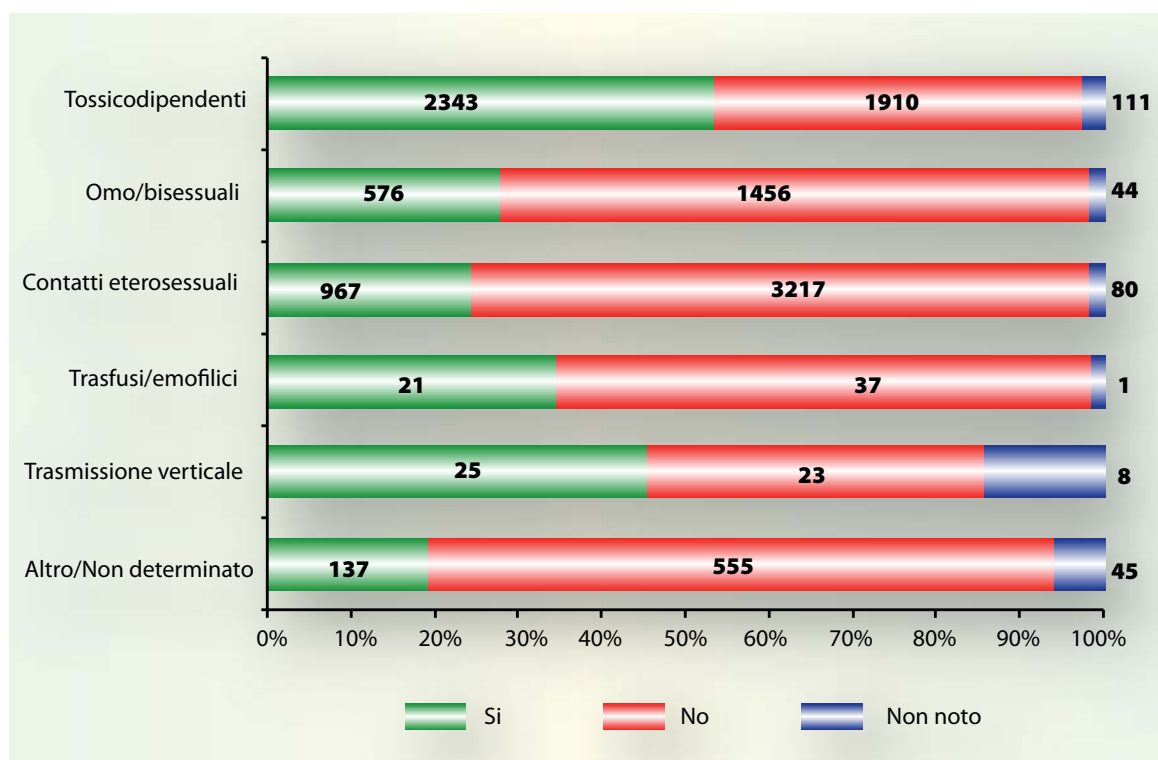


Figura 5 - Uso di terapie antiretrovirali pre-AIDS per categoria di trasmissione

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^{xi}, evidenzia una diminuzione delle diagnosi di polmonite interstiziale linfoide (dal 19,8% nel 1982-93 allo 0% nel 2004-05) e un aumento della Polmonite da *Pneumocystis carinii* (Tabella 12).

Trattamento terapeutico precedente la diagnosi di AIDS

Dal primo 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 assunto e profilassi delle infezioni opportunistiche effettuate prima della diagnosi di AIDS).

La Figura 4 mostra che solo il 35,2% dei casi notificati 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 per modalità di ►

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

Anno di diagnosi	Alla diagnosi		Almeno 6 mesi prima	
	n. casi	%	n. casi	%
1996	907	20,6	3506	79,4
1997	1042	33,0	2115	67,0
1998	957	41,3	1360	58,7
1999	970	46,5	1115	53,5
2000	915	48,1	989	51,9
2001	846	48,1	912	51,9
2002	873	51,2	832	48,8
2003	847	51,4	801	48,6
2004	728	50,6	711	49,4
2005*	221	51,4	209	48,6
Sesso				
Maschi	6477	40,9	9375	59,1
Femmine	1829	36,6	3175	63,4
Modalità di trasmissione				
Omo/bisessuale	2049	57,8	1499	42,2
Tossicodipendente	1266	13,2	8301	86,8
Contatti eterosessuali	3997	63,7	2282	36,3
Trasmissione verticale	24	52,2	22	47,8
Altro/Non determinato	970	68,5	446	31,5
Area geografica di provenienza				
Italia	6673	36,1	11825	63,9
Estera	1535	69,5	673	30,5
Non nota	98	65,3	52	34,7
Totale	8306	39,8	12550	60,2

* I° semestre 2005

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

Terapia antiretrovirale pre-AIDS	Anno di diagnosi	n.	Valore assoluto CD4+ alla diagnosi				
			Mediana	Min	Max	25° percentile	75° percentile
Si	1999	691	108	1	1414	38	229
	2000	645	107	1	968	41	237
	2001	635	100	1	1172	39	228
	2002	583	92	0	1285	36	207
	2003	574	110	1	1290	39	251
	2004	520	97	0	1128	40	220
	2005*	161	96	0	599	39	213
No	1999	1252	52	0	1259	19	132
	2000	1180	48	0	1134	19	121
	2001	1073	49	0	1420	21	118
	2002	1080	50	0	1039	20	113
	2003	1011	45	0	1313	17	110
	2004	899	50	0	851	20	112
	2005*	255	46	0	1300	16	101
Totale		10559	64	0	1420	23	157
Terapia antiretrovirale pre-AIDS	Anno di diagnosi	n.	Viremia (log ₁₀ copie/ml) alla diagnosi				
			Mediana	Min	Max	25° percentile	75° percentile
Si	1999	689	4,81	0,30	6,72	3,62	5,44
	2000	640	4,87	0,65	6,70	3,71	5,42
	2001	617	4,77	0,80	7,04	3,00	5,43
	2002	552	4,75	0,65	6,62	3,31	5,38
	2003	545	4,81	0,65	6,63	3,46	5,41
	2004	489	4,83	0,65	6,77	3,07	5,39
	2005*	154	4,96	0,85	7,00	3,80	5,36
No	1999	1198	5,31	0,65	6,83	4,83	5,70
	2000	1127	5,32	0,85	7,76	4,89	5,70
	2001	1023	5,30	0,65	7,71	4,90	5,70
	2002	1013	5,33	0,85	6,92	4,87	5,70
	2003	950	5,25	0,85	7,11	4,87	5,70
	2004	830	5,26	0,80	7,00	4,88	5,70
	2005*	231	5,23	0,85	6,88	4,85	5,70
Totale		10058	5,15	0,30	7,76	4,56	5,64

* I° semestre 2005

trasmissione avendo soltanto il 23% dei pazienti con fattore di rischio sessuale (cioè omosessuali ed eterosessuali) effettuato una terapia antiretrovirale contro oltre il 50% dei tossicodipendenti (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-positivo e diagnosi di AIDS. Si osserva che la proporzione di pazienti con la diagnosi di sieropositività vicina alla diagnosi di AIDS sono aumentati dal 1996 al 2004. Inoltre, la proporzione di persone che scoprono di essere sieropositive alla diagnosi di AIDS 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 evidenzia per i trattati una notevole diminuzione, in proporzione, dei casi di PCP 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 2005 i casi di diagnosi attesi (tenendo conto del ritardo di notifica) sono praticamente gli stessi di quelli del 2004.

Come suggerito da alcune simulazioni (con dei modelli matematici) sull'andamento dei casi di AIDS, la repentina diminuzione di casi verificatisi negli ultimi anni non è attribuibile ad una riduzione delle nuove infezioni da HIV (7), ma

soprattutto all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate (3-8). Tale effetto è presente in tutte le categorie di rischio (9), anche se l'accesso a tali terapie prima dell'AIDS è fortemente condizionato dalla conoscenza della condizione di sieropositività HIV (10), che può variare a seconda della categoria considerata.

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

Tabella 15 - Malattie indicative di AIDS per terapia antiretrovirale

Malattie indicative di AIDS	Terapia antiretrovirale pre-AIDS						Totale n.
	Sì		No		Non noto		
	n.	%	n.	%	n.	%	
Candidosi (polmonare ed esofagea)	1054	23,6	1491	17,0	86	24,0	2631
Criptococchi extrapolmonare	117	2,6	316	3,6	8	2,2	441
<i>Cytomegalovirus</i> compresa retinite	179	4,0	574	6,5	11	3,1	764
Encefalopatia da HIV	307	6,9	491	5,6	25	7,0	823
<i>Herpes simplex</i>	23	0,5	74	0,8	1	0,3	98
Sarcoma di Kaposi	183	4,1	517	5,9	10	2,8	710
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	341	7,6	357	4,1	9	2,5	707
Micobatteriosi	156	3,5	223	2,5	7	2,0	386
Tubercolosi	343	7,7	820	9,3	28	7,8	1191
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	582	13,0	2035	23,2	71	19,8	2688
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	124	2,8	187	2,1	9	2,5	320
Sepsi da salmonella ricorrente	18	0,4	49	0,6	3	0,8	70
Toxoplasmosi cerebrale	224	5,0	623	7,1	26	7,3	873
Wasting syndrome	425	9,5	697	7,9	43	12,0	1165
Altre I.O.	86	1,9	105	1,2	2	0,6	193
Carcinoma cervicale invasivo	55	1,2	21	0,2	.	.	76
Polmonite ricorrente	245	5,5	192	2,2	19	5,3	456
Totale	4462	100,0	8772	100,0	358	100,0	13592

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

Malattie indicative di AIDS	Viremia (copie/ml)								Totale n.
	<500				≥500				
	CD4+		CD4+		CD4+		CD4+		
	≤200	>200	≤200	>200	≤200	>200	≤200	>200	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	
Candidosi (polmonare ed esofagea)	51	15,3	70	18,2	669	26,1	168	23,6	958
Criptococchi extrapolmonare	6	1,8	2	0,5	87	3,4	7	1,0	102
Cytomegalovirus compresa retinite	10	3,0	5	1,3	126	4,9	14	2,0	155
Encefalopatia da HIV	23	6,9	28	7,3	164	6,4	64	9,0	279
Herpes Simplex	.	.	2	0,5	16	0,6	1	0,1	19
Sarcoma di Kaposi	26	7,8	28	7,3	76	3,0	34	4,8	164
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	41	12,3	70	18,2	114	4,4	91	12,8	316
Micobatteriosi	14	4,2	6	1,6	94	3,7	14	2,0	128
Tubercolosi	35	10,5	57	14,8	136	5,3	78	11,0	306
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	37	11,1	23	6,0	397	15,5	54	7,6	511
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	15	4,5	9	2,3	62	2,4	23	3,2	109
Sepsi da salmonella ricorrente	1	0,3	.	.	12	0,5	4	0,6	17
Toxoplasmosi cerebrale	22	6,6	4	1,0	157	6,1	15	2,1	198
Wasting syndrome	24	7,2	20	5,2	285	11,1	47	6,6	376
Altre I.O.	4	1,2	12	3,1	46	1,8	18	2,5	80
Carcinoma cervicale invasivo	4	1,2	13	3,4	15	0,6	16	2,2	48
Polmonite ricorrente	20	6,0	35	9,1	108	4,2	64	9,0	227
Totale	333	100,0	384	100,0	2564	100,0	712	100,0	3993

Riferimenti bibliografici

1. The Italian Register for Human Immunodeficiency Virus Infection in Children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:915-21.
2. De Martino M, Tovo PA, Balducci M, Galli L, Gabiano C, Rezza G, Pezzotti P. 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.
3. Pezzotti P, Napoli PA, Acciai S et al. Increasing survival time after AIDS in Italy: the role of new combination antiretroviral therapies. *AIDS* 1999; 13:249-255.
4. Porta D, Rapiti E, Forastiere F, Pezzotti P, Perucci CA. Changes in survival among people with AIDS in Lazio, Italy from 1993 to 1998. *AIDS* 1999; 13:2125-2132.
5. Palella FJ, Delaney KM, Morman AC et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998; 338:853-860.
6. Mocroft A, Vella S, Benfield TL, et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. *Lancet* 1998;352:1725-1730.
7. Rezza G, Pezzotti P, Balducci M. Attualità sull'andamento dell'epidemia di AIDS/HIV in Italia. *G. Ital. Mal. Infett.* 1998; 4:133-136.
8. 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. *European Journal of Epidemiology* 1998;14:41-47.
9. 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; 315:1194-1199.
10. 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; 280:1497-1503.

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 ed alla pubblicazione e diffusione di un rapporto trimestrale.
- 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 (es.: 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 S. H., Jager J. C. & Ruitenbergh E. J. et al. 1989. Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. *Stat. Med.*, 8: 963-976). 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. Ad 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 dal 1998 il COA, in collaborazione con il gruppo di ricerca che si occupa dello studio di mortalità per AIDS presso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute 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 (x 100.000 abitanti) per provincia è calcolato sul numero di notifiche pervenute al COA nei 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 ad una categoria di trasmissione in base a sesso, anno di diagnosi ed 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 opportunistiche 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 possono essere indicate 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.

UNAIDS e OMS hanno recentemente pubblicato
il Rapporto mondiale 2005 sull'epidemia dell'infezione da HIV
UNAIDS-OMS: IL RAPPORTO MONDIALE 2005

disponibile in inglese in formato pdf

www.unaids.org/epi2005/doc/EPlupdate2005_pdf_en/epi-update2005_en.pdf

Emerge dal Rapporto una situazione critica, ma per alcuni aspetti anche incoraggiante: l'incidenza dei casi nella popolazione adulta è in diminuzione in molti Paesi, grazie a una maggiore diffusione delle strategie di prevenzione. Nonostante questo, l'AIDS è comunque in aumento in tutti Paesi del mondo, fatta eccezione per i Caraibi. Nel 2005 sono stati registrati infatti 5 milioni di nuovi casi ed è stato raggiunto il picco massimo di sieropositivi nel mondo: 40,3 milioni, contro i 37,5 milioni del 2003. Per quanto riguarda invece la mortalità, nel 2005 sono morte di AIDS più di 3 milioni di persone, di cui 500.000 bambini. L'aumento più consistente delle infezioni si è riscontrato nell'Europa orientale e nell'Asia centro-orientale, per quanto l'Africa sub-sahariana continui a essere la regione più colpita, con il 64% di nuovi casi, per un totale di 3 milioni di persone infette.

Per quanto riguarda l'accesso alle cure, il Rapporto indica che negli ultimi due anni ci sono stati netti miglioramenti e che sono state evitate dalle 250.000 alle 350.000 morti. Inoltre, grazie ai farmaci antiretrovirali, più di 3 milioni di persone nei Paesi in via di sviluppo vivono meglio e più a lungo. A questo proposito, viene sottolineata l'importanza di estendere globalmente l'accesso alla prevenzione, ai farmaci e alle cure.

Un altro dato importante è che senza adeguate misure preventive circa il 35% dei bambini nati da madri sieropositive contraggono l'infezione. Mentre la trasmissione materno-fetale dell'HIV è stata praticamente eliminata nei Paesi industrializzati ed è in diminuzione anche in altri Paesi, è ancora molto presente nell'Africa sub-sahariana.

È di seguito riportato uno schema riepilogativo sull'epidemia da AIDS nel mondo, tratto dal Rapporto.

**L'epidemia da AIDS nel mondo
Dicembre 2005**

Persone con infezione da HIV nel 2005

Totale	40.3 milioni (36.7–45.3 milioni)
Adulti	38.0 milioni (34.5–42.6 milioni)
Donne	17.5 milioni (16.2–19.3 milioni)
Bambini sotto i 15 anni	2.3 milioni (2.1–2.8 milioni)

**Persone che hanno contratto
l'infezione da HIV nel 2005**

Totale	4.9 milioni (4.3–6.6 milioni)
Adulti	4.2 milioni (3.6–5.8 milioni)
Bambini sotto i 15 anni	700 000 (630 000–820 000)

Decessi per AIDS nel 2005

Totale	3.1 milioni (2.8–3.6 milioni)
Adulti	2.6 milioni (2.3–2.9 milioni)
Bambini sotto i 15 anni	570 000 (510 000–670 000)

N.B. I range riportati in Tabella si riferiscono ai limiti entro i quali si basano gli effettivi valori, secondo la migliore informazione disponibile.

SORVEGLIANZA DELL'HIV/AIDS IN EUROPA disponibile in inglese in formato pdf

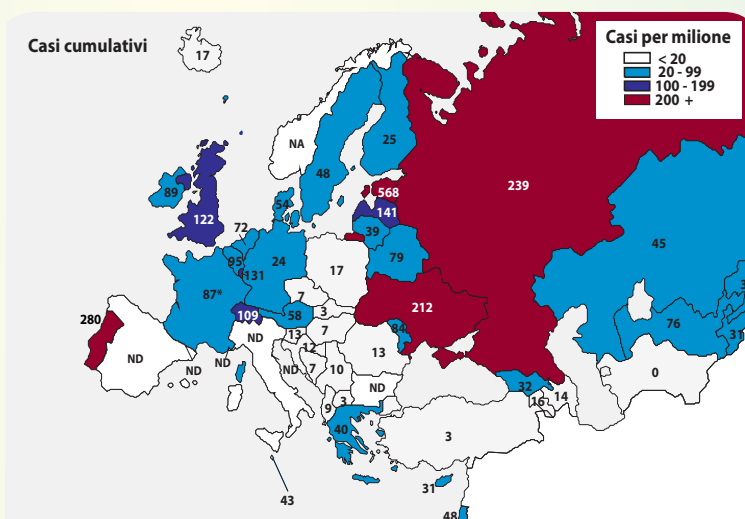
www.eurohiv.org

EuroHIV (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS – Centro Europeo per il Monitoraggio Epidemiologico dell'AIDS) pubblica un rapporto semestrale che contiene i dati forniti dai coordinatori nazionali per la sorveglianza dell'HIV/AIDS nella Regione Europea WHO (52 Paesi).

Nel rapporto di fine 2004 (EuroHIV. *HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2004*. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2005. No.71) sono riportate le seguenti Figure.

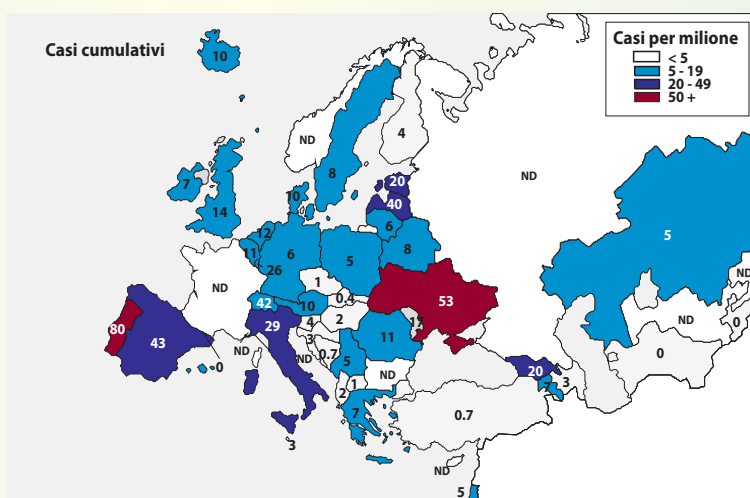
Casi di infezione da HIV notificati nel 2004 nella Regione Europea WHO (per milione di abitanti)

Nel 2004 sono state notificate 71.755 nuove diagnosi di HIV nei Paesi della Regione Europea secondo la classificazione del WHO. Di queste, il 70% (49.929 casi) sono state notificate nelle regioni dell'Europa orientale, il 28% (20.229 casi) nell'Europa occidentale e il 2% (1.597) nell'Europa centrale; 21.164 casi (il 29%) sono stati notificati nei paesi dell'Unione Europea, ma per due dei Paesi più colpiti da questa infezione nell'Europa occidentale, Italia e Spagna, non ci sono dati nazionali disponibili.



Casi di AIDS diagnosticati nella Regione Europea WHO e notificati entro il 31.12.2004, corretti per ritardo di notifica

Per quanto riguarda i casi di AIDS, nel 2004 sono stati segnalati 10.855 casi, di cui il 66% (7.199) diagnosticati nei paesi dell'Europa occidentale, il 28% nei paesi dell'Europa orientale e il 6% nei paesi dell'Europa centrale (da 11.633 nel 2003 a 10.855 nel 2004; -7%), il numero dei casi nei paesi dell'Europa orientale è aumentato del 39% dal 2003 al 2004 (da 2.193 a 3.057). Un simile incremento si era già verificato tra il 2002 e il 2003 (+40%).



ND: Dati non disponibili



Istituto Superiore di Sanità

Presidente: Enrico Garaci
Direttore Generale: Sergio Licheri

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
Tel. +39-0649901 fax. +39-0649387118

a cura del Settore Attività Editoriali