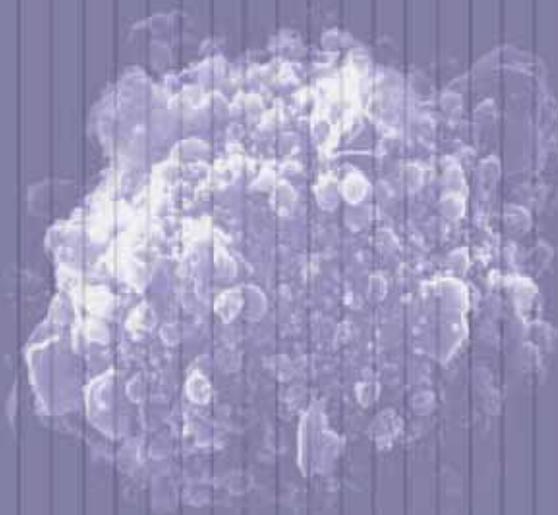




Supplemento del
Notiziario
dell'Istituto Superiore di Sanità



COA



Aggiornamento dei casi
di AIDS notificati in Italia
al 31 dicembre
2003

www.iss.it

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale 70% DCB - Roma



Volume 17
Numero 4
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	15
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
Fotografia: Antonio Sesta
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: notiziario@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 29 aprile 2004
Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. - Roma

Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia al 31 dicembre 2003

A cura di

Roberta Urciuoli, Stefano Boros, Debora Lepore e Catia Valdarchi

Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS

Riassunto - Dal 1982 a dicembre 2003 sono stati notificati 52 836 casi di AIDS, di cui 867 nell'ultimo semestre. Del totale dei casi diagnosticati il 77,7% erano di sesso maschile, l'1,4% in età pediatrica. In totale 33 774 (64,3%) 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, mentre nel 2002 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 December 2003*) - From 1982 to December 2003 52,836 AIDS cases were notified to the National AIDS Surveillance System; 867 of the total cases were notified during the last six months. Of the total cases notified, 77.7% were reported among males, 1.4% among paediatric AIDS cases and 64.3% 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 decreased concomitantly with Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) from 1996 to 2001 and it seems to become stable in 2002. 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

catia.valdarchi@iss.it

DISTRIBUZIONE TEMPORALE E GEOGRAFICA DEI CASI

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italiaⁱ, al 31 dicembre 2003, sono stati notificati al COA 52 836 casi cumulativi di AIDSⁱⁱ. Di questi, 41 056 (77,7%) erano di sesso maschile, 733 (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 2° semestre del 2003 sono stati notificatiⁱⁱⁱ al COA 867 nuovi casi di AIDS, di cui 515 (59,4%) diagnosticati nell'ultimo semestre e 352 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 2003 i casi diagnosticati sono praticamente sovrapponibili a quelli del 2002.

La Tabella 1 riporta il numero dei casi e dei deceduti per anno di diagnosi e il relativo tasso di letalità. In totale, 33 774 pazienti (64,3%) risultano deceduti al 31 dicembre 2003. 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 *Noti-*

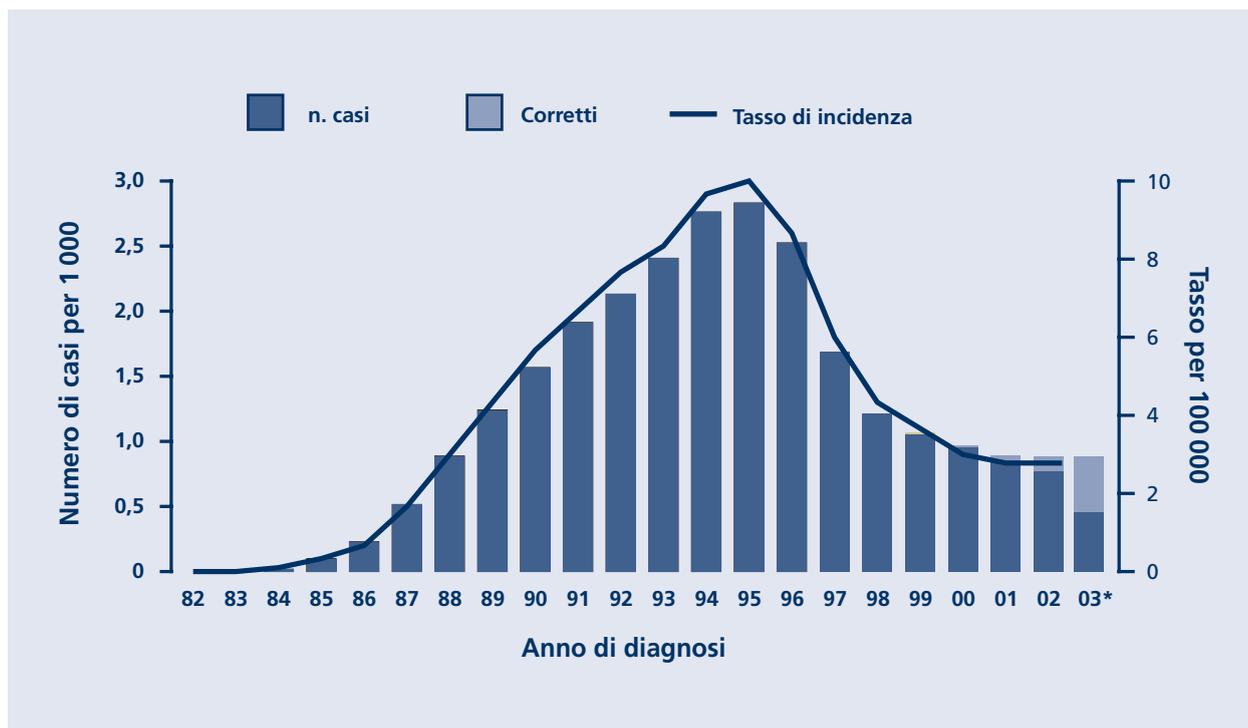


Figura 1 - Casi di AIDS in Italia per semestre di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 31 dicembre 2003

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	435	95,0
1987	1 030	1 030	563	971	94,3
1988	1 775	1 775	857	1 662	93,6
1989	2 482	2 482	1 406	2 321	93,5
1990	3 134	3 134	1 945	2 902	92,6
1991	3 827	3 827	2 617	3 534	92,3
1992	4 257	4 257	3 279	3 853	90,5
1993	4 802	4 802	3 664	4 027	83,9
1994	5 505	5 505	4 329	4 367	79,3
1995	5 651	5 651	4 575	3 734	66,1
1996	5 047	5 047	4 188	2 376	47,1
1997	3 375	3 375	2 136	1 112	32,9
1998	2 437	2 437	1 063	680	27,9
1999	2 117	2 120	755	506	23,9
2000	1 936	1 948	637	380	19,6
2001	1 786	1 808	604	305	17,1
2002	1 698	1 758	451	237	14,0
2003	1 275	1 758	330	142	11,1
Totale	52 836	53 416	33 774	33 774	64,3

(*) Il numero di decessi indica quanti pazienti, diagnosticati in uno specifico anno, risultano deceduti al 31 dicembre 2003

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

ziario, 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 31 dicembre 2003 (53 416 casi cumulativi).

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 gennaio e dicembre 2003

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

Regione	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Lombardia	3 831	4 107	4 139	3 837	3 873	4 131	4 465	4 856	5 219	5 476
Lazio	1 641	1 923	2 033	1 992	2 059	2 089	2 196	2 387	2 580	2 724
Emilia-Romagna	1 227	1 353	1 335	1 138	1 157	1 159	1 257	1 378	1 491	1 591
Toscana	734	810	808	763	758	864	927	1 013	1 102	1 173
Piemonte	838	885	936	861	863	871	943	1 033	1 099	1 147
Liguria	638	693	727	702	715	740	791	861	907	958
Campania	457	539	591	611	679	724	788	854	911	941
Veneto	792	829	835	750	712	725	754	828	899	927
Sicilia	620	668	678	693	735	735	778	853	886	919
Puglia	468	540	594	577	585	598	649	682	725	781
Sardegna	438	482	479	459	463	470	500	539	573	600
Marche	198	220	233	212	228	238	263	291	322	342
Umbria	87	101	124	115	122	132	150	161	176	194
Calabria	120	124	145	134	135	133	135	155	170	183
Friuli-Venezia Giulia	111	120	135	131	122	140	157	163	175	182
Abruzzo	100	119	122	120	124	137	143	155	177	181
Trento	104	116	120	118	116	119	115	119	127	134
Bolzano	46	60	68	71	74	78	76	84	86	94
Basilicata	30	39	47	34	43	47	48	53	55	61
Valle D'Aosta	19	19	28	23	22	21	21	23	24	30
Molise	7	10	8	7	9	9	14	16	18	20
Estera	100	125	126	146	175	188	201	225	251	270
Ignota	202	248	291	295	321	347	387	422	450	464
Totale	12 808	14 130	14 602	13 789	14 090	14 695	15 758	17 151	18 423	19 392

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

Regione	< 1993	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Totale
Lombardia	5 448	1494	1735	1668	1502	942	639	627	561	508	462	348	15 934
Lazio	2 180	623	649	735	665	493	356	307	251	252	231	190	6 932
Emilia-Romagna	1 671	437	571	568	498	313	229	170	207	167	154	144	5 129
Piemonte	1 190	304	367	367	347	228	160	139	135	126	116	71	3 550
Toscana	1 040	277	332	363	285	205	140	159	112	104	112	86	3 215
Veneto	1 052	304	330	318	280	180	117	102	79	79	85	45	2 971
Liguria	967	233	280	283	258	161	108	84	71	78	59	60	2 642
Sicilia	748	221	233	221	170	156	129	84	95	83	77	40	2 257
Puglia	584	192	171	217	229	150	104	89	81	71	65	61	2 014
Campania	565	148	199	208	180	131	125	95	95	73	80	38	1 937
Sardegna	559	172	173	188	147	98	61	47	47	44	51	32	1 619
Marche	265	67	80	89	79	55	45	42	41	37	33	34	867
Calabria	163	43	54	56	59	32	26	14	10	25	22	18	522
Umbria	112	30	40	48	52	27	24	19	22	17	16	20	427
Abruzzo	109	37	39	47	41	31	18	25	15	16	25	11	414
Friuli-Venezia Giulia	131	41	38	39	49	27	15	22	18	9	12	7	408
Trento	95	38	32	38	28	23	14	9	5	6	9	9	306
Bolzano	64	16	19	24	27	17	13	7	11	7	9	6	220
Basilicata	38	18	12	20	20	7	11	8	3	4	4	6	151
Valle D'Aosta	22	6	5	7	10	3	5	5	2	3	1	4	73
Molise	9	5	3	5	2	2	3	1	5	2	2	2	41
Estera	100	30	32	38	22	32	35	21	19	24	32	24	409
Ignota	95	66	111	104	97	62	60	41	51	51	41	19	798
Totale	17 207	4 802	5 505	5 651	5 047	3 375	2 437	2 117	1 936	1 786	1 698	1 275	52 836

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	374	3,4
Asti	80	74	2,4
Biella	246	267	2,6
Cuneo	214	218	2,4
Novara	448	447	3,3
Torino	1 987	1 801	1,7
Verbania	161	250	5,0
Vercelli	123	119	1,7
Aosta	78	73	3,4
Bergamo	1 267	1 201	4,2
Brescia	2 175	2 032	5,6
Como	671	657	4,4
Cremona	380	430	5,5
Lecco	373	327	6,3
Lodi	272	296	2,1

segue

Tabella 4 - (continua)

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Mantova	317	344	4,6
Milano	7 493	8 219	5,4
Pavia	1 260	707	3,5
Sondrio	83	120	4,0
Varese	1 714	1 601	5,3
Bolzano-Bozen	237	220	2,5
Trento	301	306	2,4
Belluno	54	76	0,0
Padova	877	606	1,1
Rovigo	90	156	2,4
Treviso	301	304	0,9
Venezia	378	526	1,3
Verona	704	570	1,6
Vicenza	659	733	3,5
Gorizia	19	32	0,7
Pordenone	311	163	0,7
Trieste	146	77	1,6
Udine	70	136	1,0
Genova	1 851	1 729	6,1
Imperia	307	347	2,8
La Spezia	194	191	0,9
Savona	377	375	3,9
Bologna	1 563	1 411	3,4
Ferrara	395	420	3,1
Forlì	331	492	4,9
Modena	635	599	3,9
Parma	416	363	4,3
Piacenza	272	278	3,0
Ravenna	999	750	7,4
Reggio Emilia	445	398	4,2
Rimini	604	418	8,0
Arezzo	153	129	2,2
Firenze	1 061	1 022	3,1
Grosseto	225	288	2,3
Livorno	386	436	6,8
Lucca	156	329	2,1
Massa Carrara	237	262	2,5
Pisa	648	256	2,3
Pistoia	91	213	2,6
Prato	232	139	3,7
Siena	146	141	1,6
Perugia	361	311	2,7
Terni	137	116	4,5
Ancona	488	243	2,3
Ascoli Piceno	160	261	3,8
Macerata	86	129	2,4
Pesaro e Urbino	144	234	3,3
Frosinone	229	123	1,4
Latina	453	373	2,5
Rieti	118	47	0,7

segue

Tabella 4 - (continua)

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Roma	6 269	6 157	6,0
Viterbo	259	232	1,8
Chieti	65	84	1,0
L'Aquila	78	83	2,7
Pescara	175	121	1,7
Teramo	103	126	1,8
Campobasso	41	30	0,4
Isernia	2	11	1,1
Avellino	38	53	0,2
Benevento	11	33	0,7
Caserta	105	240	1,0
Napoli	1 589	1 383	1,0
Salerno	175	228	0,7
Bari	946	764	2,3
Brindisi	134	209	1,5
Foggia	382	364	2,6
Lecce	233	302	0,6
Taranto	264	375	2,2
Matera	8	41	1,0
Potenza	70	110	1,3
Catanzaro	215	166	2,3
Cosenza	43	108	0,9
Crotone	59	102	2,8
Reggio Calabria	65	112	0,9
Vibo Valentia	29	34	0,6
Agrigento	1	99	1,7
Caltanissetta	157	107	2,8
Catania	573	485	1,8
Enna	21	38	0,5
Messina	189	217	0,9
Palermo	1 059	931	3,4
Ragusa	61	59	1,4
Siracusa	97	150	0,5
Trapani	27	171	2,6
Cagliari	1 170	1 144	3,3
Nuoro	58	68	0,7
Oristano	0	43	0,6
Sassari	358	364	2,6
Estera	-	409	-
Ignota	-	798	-
Totale	52 836	52 836	-

incidenza particolarmente elevati si riscontrano nell'ultimo anno a Rimini, Ravenna, Livorno, Lecco, Genova, Roma e Brescia.

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 in-

terpretare 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 14,4% nel 2002-03).

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

Area geografica	< 1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03	Totale
Italia	97,0	95,5	93,7	88,6	85,4	85,6	94,0
Africa	0,9	1,8	2,7	5,2	8,1	8,4	2,7
Asia	0,1	0,1	0,3	0,4	0,4	0,7	0,2
Europa Occidentale	0,5	0,7	0,9	0,7	0,4	0,3	0,6
Europa Orientale	0,1	0,1	0,2	0,7	0,8	1,0	0,3
Nord America	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Sud America	0,9	1,5	1,9	3,1	2,7	3,4	1,7
Non Specificata	0,2	0,2	0,2	1,1	2,0	0,6	0,4

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 nella 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).

Modalità di trasmissione

La distribuzione dei casi adulti per anno di diagnosi e categoria di esposizione^{ix} (Tabella 7) evidenzia come il 60,2% 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 attri-

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 (1982-2003)		
	1990 n. 2 551	1995 n. 4 275	2001 n. 1 339	1990 n. 583	1995 n. 1 376	2001 n. 447	Maschi n. 41 056	Femmine n. 11 780	Totale n. 52 836
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	1,2	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	7,3	4,4
25-29	34,0	12,9	4,9	40,1	22,4	13,0	18,5	26,2	20,2
30-34	28,7	38,4	16,4	22,8	39,4	22,1	29,9	30,2	30,0
35-39	13,9	23,7	29,4	7,2	18,1	27,1	21,2	17,3	20,3
40-49	10,2	14,5	31,1	5,7	8,9	23,3	16,7	10,3	15,2
50-59	3,9	5,1	11,1	2,2	2,5	5,8	6,2	3,1	5,5
>60	1,4	2,6	5,7	1,7	1,7	4,3	2,8	2,0	2,7

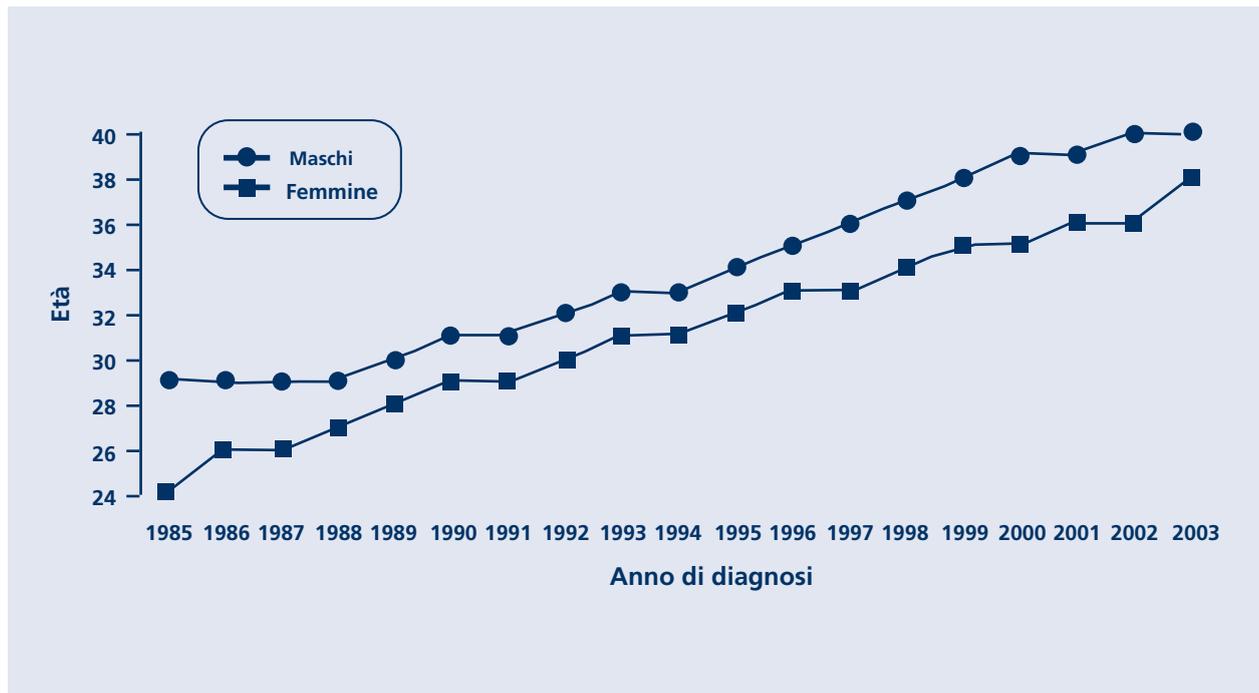


Figura 3 - Età mediana alla diagnosi per sesso e anno di diagnosi

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

Categoria di esposizione	< 1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03	Maschi	Femmine	Totale
Omo/bisessuale	3 394	1 681	1 250	762	668	548	8 303	0	8 303
%	15,7	15,3	15,0	16,9	18,0	18,5	20,4	0,0	15,9
Tossicodipendente	14 385	6 781	4 738	2 055	1 404	1 038	24 211	6 190	30 401
%	66,7	61,6	56,8	45,5	37,9	35,1	59,5	54,3	58,4
TD/OMO*	513	213	117	32	27	17	919	0	919
%	2,4	1,9	1,4	0,7	0,7	0,6	2,3	0,0	1,8
Emofilico	225	57	33	8	10	3	327	9	336
%	1,0	0,5	0,4	0,2	0,3	0,1	0,8	0,1	0,6
Trasfuso	245	85	50	23	10	7	240	180	420
%	1,1	0,8	0,6	0,5	0,3	0,2	0,6	1,6	0,8
Contatti eterosessuali	2 547	1 991	1 725	1 311	1 352	1 180	5 571	4 535	10 106
%	11,8	18,1	20,7	29,0	36,5	39,9	13,7	39,8	19,4
Altro Non determinato	259	208	425	330	231	162	1 122	493	1 615
%	1,2	1,9	5,1	7,3	6,2	5,5	2,8	4,3	3,1
Totale	21 568	11 016	8 338	4 521	3 702	2 955	40 693	11 407	52 100

(*) Tossicodipendenti/omosessuali

buibili 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 osserva-

to^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 casi di AIDS attribuibili a rapporti eterosessuali^{xi} (10 106 casi), ulteriormente suddivisa in base al tipo di rischio, è presentata in Tabella 8.

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	423	18	280	25	746
Partner bisessuale	0	0	35	37	72
Partner tossicodipendente	499	202	848	1 097	2 646
Partner emofilico/trasfuso	9	15	17	34	75
Partner di zona endemica	257	25	35	13	330
Partner promiscuo*	3 588	535	1 121	993	6 237
Totale	4 776	795	2 336	2 199	10 106

(*) 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

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 2002-03.

CASI PEDIATRICI

Dei 52 863 casi segnalati fino al 31 dicembre 2003, 733 (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,

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

Patologie	n. casi											
	< 1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-2001	2002-03	< 1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-2001	2002-03
Definizione di caso dal 1987	25318 ^a	25509	11596 ^a	12526	8523 ^a	9375	4709 ^a	5214	3983 ^a	4367	3210 ^a	3505
Candidosi (polmonare ed esofagea)	25,5	25,3	22,6	20,9	22,0	20,0	21,7	19,6	21,4	19,5	21,1	19,3
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	23,2	23,0	20,7	19,2	19,7	17,9	21,4	19,3	21,2	19,4	22,1	20,3
Toxoplasmosi cerebrale	8,6	8,5	9,0	8,3	8,5	7,7	7,0	6,3	7,2	6,5	7,2	6,6
Micobatteriosi ^b	5,7	5,7	7,7	7,2	7,8	7,1	7,5	6,8	7,2	6,6	7,0	6,4
Altre infezioni opportunistiche ^c	14,5	14,4	17,3	16,0	16,7	15,1	13,8	12,4	15,8	14,4	15,2	13,9
Sarcoma di Kaposi	5,1	5,1	5,0	4,6	5,0	4,5	5,8	5,3	6,2	5,6	5,5	5,0
Linfomi	2,9	2,9	3,1	2,9	4,0	3,6	5,5	5,0	5,6	5,2	5,6	5,1
Encefalopatia da HIV	6,9	6,9	7,6	7,0	8,3	7,5	7,7	6,9	5,9	5,4	6,6	6,0
"Wasting syndrome"	7,7	7,6	7,0	6,5	8,0	7,3	9,6	8,7	9,4	8,6	9,8	8,9
Definizione di caso dal 1993												
Carcinoma cervice uterina	0,0	0,1	0,0	0,4	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,4
Polmonite ricorrente	0,0	0,2	0,0	2,9	0,0	3,9	0,0	3,8	0,0	3,7	0,0	3,2
Tubercolosi polmonare	0,0	0,5	0,0	4,1	0,0	4,6	0,0	5,3	0,0	4,6	0,0	4,9

(a) I valori riportati in corsivo indicano il numero assoluto (e relative frequenze) secondo la vecchia definizione di caso dal 1987

(b) Disseminata o extrapolmonare

(c) Include: criptococcosi, 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	1982-92	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Totale
Lombardia	111	11	19	22	19	5	4	4	1	2	2	0	200
Lazio	66	10	5	12	9	8	5	1	2	3	4	0	125
Emilia-Romagna	38	9	4	4	5	2	2	1	1	2	0	0	68
Toscana	22	2	7	7	1	2	3	2	3	0	0	0	49
Piemonte	19	4	4	3	3	7	0	0	0	0	2	2	44
Veneto	18	0	7	3	3	0	0	0	1	0	0	0	32
Liguria	17	4	3	4	1	0	1	0	0	0	0	1	31
Campania	14	5	1	7	1	2	0	0	0	0	0	0	30
Sicilia	14	3	4	4	0	0	1	0	0	0	2	0	28
Puglia	16	3	0	2	1	1	2	0	1	0	1	0	27
Sardegna	14	2	2	4	0	1	2	0	0	0	0	0	25
Abruzzo	5	2	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	12
Calabria	7	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	11
Trentino-Alto Adige	6	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	9
Umbria	2	0	0	3	1	0	0	1	1	1	0	0	9
Marche	5	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	7
Basilicata	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	4
Friuli Venezia Giulia	1	0	0	0	1	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	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	5
Ignota	6	0	0	2	4	0	1	0	1	0	1	0	15
Totale	382	56	57	83	54	30	22	11	11	9	14	4	733

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 (2, 3).

La Tabella 11 mostra l'andamento temporale dell'infezione pediatrica per categoria di espo-

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	Maschi	Femmine	Totale
Trasmissione verticale	413	136	81	25	15	12	328	354	682
%	94,3	97,1	96,4	75,8	75,0	66,7	90,6	95,4	93,0
Emofilici	15	0	0	0	0	0	15	0	15
%	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	2,0
Trasfusi	8	3	1	0	0	0	5	7	12
%	1,8	2,1	1,2	0,0	0,0	0,0	1,4	1,9	1,6
Altro/non determinato	2	1	2	8	5	6	14	10	24
%	0,5	0,7	2,4	24,2	25,0	33,3	3,9	2,7	3,3
Totale	438	140	84	33	20	18	362	371	733

sizione, anno di diagnosi e sesso. Dal 1994-95 a oggi non sono stati più riportati casi in emofiliaci. Dei 682 (93,0%) casi pediatrici che hanno contratto l'infezione dalla madre, 354 (51,9%) sono figli di madre tossicodipendente, mentre 246 (36,1%) 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 antiretrovira-

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

Patologie	< 1994 n. 571	1994-95 n. 174	1996-97 n. 100	1998-99 n. 34	2000-01 n. 21	2002-03 n. 22
Candidosi (polmonare ed esofagea)	11,4	10,3	11,0	14,7	9,5	18,2
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	16,8	15,5	11,0	5,9	19,0	27,3
Toxoplasmosi cerebrale	1,6	0,0	2,0	5,9	4,8	0,0
Infezione da <i>Cytomegalovirus</i>	9,5	7,5	7,0	2,9	4,8	4,5
Micobatteriosi*	0,9	1,7	6,0	11,8	4,8	4,5
Infezioni batteriche ricorrenti	11,2	13,8	9,0	20,6	19,0	0,0
Polmonite interstiziale linfoide	19,8	7,5	14,0	5,9	4,8	0,0
Altre infezioni opportunistiche**	5,8	5,2	5,0	5,9	4,8	22,7
Tumori (sarcoma di Kaposi e linfomi)	1,8	2,9	5,0	0,0	4,8	13,6
Encefalopatia da HIV	13,8	20,7	26,0	20,6	23,8	4,5
"Wasting syndrome"	7,5	14,9	4,0	5,9	0,0	4,5

(*) Comprende: *Mycobacterium 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

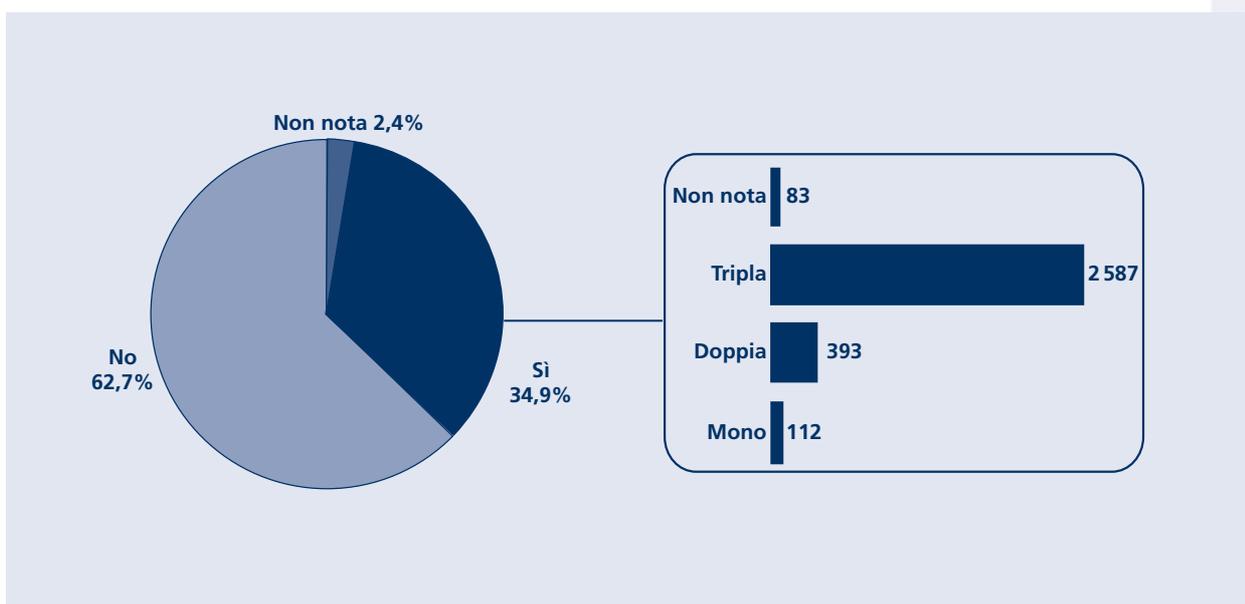


Figura 4 - Uso di terapie antiretrovirali e regime terapeutico

le più aggressive e profilassi delle infezioni opportunistiche effettuate prima della diagnosi di AIDS). La Figura 4 mostra che solo il 34,9% 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 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 au-

mentati 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 evidenzia 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.

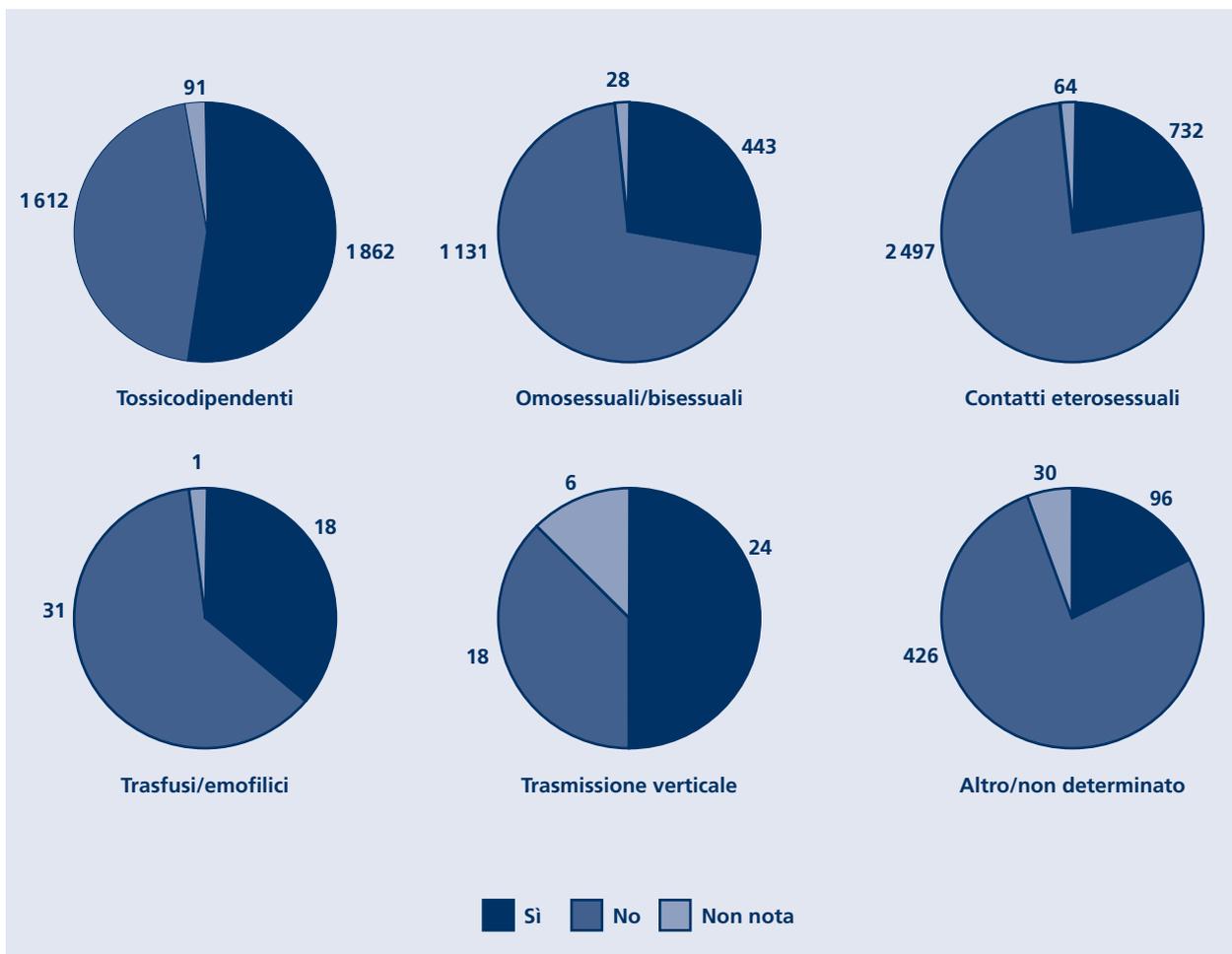


Figura 5 - Uso di terapie antiretrovirali pre-AIDS per categoria di trasmissione

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	3 501	79,4
1997	1 042	33,0	2 112	67,0
1998	959	41,4	1 356	58,6
1999	968	46,7	1 105	53,3
2000	912	48,2	981	51,8
2001	842	48,3	903	51,7
2002	853	51,3	811	48,7
2003	645	51,7	603	48,3
Sesso				
Maschi	5 567	39,5	8 513	60,5
Femmine	1 562	35,3	2 859	64,7
Modalità di trasmissione				
Tossicodipendente	1 167	13,3	7 637	86,7
Omo/Bisessuale	1 754	56,7	1 337	43,3
Contatti eterosessuali	3 354	62,9	1 982	37,1
Trasmissione verticale	19	47,5	21	52,5
Altro/non determinato	835	67,9	395	32,1
Area geografica di provenienza				
Italia	5 805	35,0	10 771	65,0
Estero	1 230	69,1	551	30,9
Non nota	94	65,3	50	34,7

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 dei 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 (4-9). 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.

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 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
Si	1999	683	110	1	1 414	37	232
	2000	640	104	1	968	40	237
	2001	632	100	1	1 172	39	225
	2002	564	95	0	1 285	36	210
	2003	432	110	1	1 246	37	242
No	1999	1 248	52	0	1 259	19	132
	2000	1 176	49	0	1 134	20	121
	2001	1 063	48	0	1 420	21	118
	2002	1 059	50	0	1 039	20	113
	2003	775	46	0	1 313	17	114
Totale		8 272	64	0	1 420	23	157

Terapia antiretrovirale pre-AIDS		Anno di diagnosi	Viremia (log ₁₀ copie/ml) alla diagnosi				
			n.	Mediana	Min	Max	P25
Si	1999	681	4,81	0,30	6,72	3,59	5,44
	2000	635	4,87	0,65	6,70	3,75	5,42
	2001	613	4,79	0,80	7,04	3,08	5,43
	2002	533	4,77	0,65	6,62	3,35	5,38
	2003	409	4,87	0,80	6,59	3,85	5,44
No	1999	1 193	5,31	0,65	6,83	4,83	5,70
	2000	1 122	5,32	0,85	7,76	4,88	5,70
	2001	1 014	5,30	0,65	7,71	4,90	5,70
	2002	989	5,33	0,85	6,92	4,88	5,70
	2003	720	5,28	0,85	6,91	4,88	5,70
Totale		7 909	5,18	0,30	7,76	4,57	5,65

Tabella 15 - Malattie indicative di AIDS per terapia antiretrovirale

Malattie	Terapia antiretrovirale pre-AIDS						Totale n.
	Si		No		Non noto		
	n.	%	n.	%	n.	%	
Candidosi (Polmonare ed esofagea)	812	23,5	1 195	17,2	64	23,7	2 071
Criptococchi extrapolmonare	96	2,8	247	3,6	7	2,6	350
<i>Cytomegalovirus</i> compresa retinite	133	3,8	428	6,2	8	3,0	569
Encefalopatia da HIV	233	6,7	402	5,8	19	7,0	654
<i>Herpes simplex</i>	19	0,5	61	0,9	1	0,4	81
Sarcoma di Kaposi	144	4,2	421	6,1	7	2,6	572
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	263	7,6	279	4,0	7	2,6	549
Micobatteriosi	125	3,6	175	2,5	7	2,6	307
Tubercolosi	267	7,7	625	9,0	23	8,5	915
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	452	13,1	1 608	23,2	54	20,0	2 114
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	92	2,7	147	2,1	5	1,9	244
Sepsi da salmonella ricorrente	14	0,4	41	0,6	3	1,1	58
Toxoplasmosi cerebrale	169	4,9	496	7,2	17	6,3	682
"Wasting syndrome"	326	9,4	554	8,0	33	12,2	913
Carcinoma cervicale invasivo	74	2,1	84	1,2	1	0,4	159
Polmonite ricorrente	45	1,3	13	0,2	0	0,0	58
Altro	195	5,6	155	2,2	14	5,2	364
Totale	3 459	100,0	6 931	100,0	270	100,0	10 660

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

Malattie	Quadro immunologico-virologico								Totale		
	Viremia*	< 500				≥ 500					
		CD4+	≤ 200		> 200		≤ 200			> 200	
			n.	%	n.	%	n.	%		n.	%
Candidosi (Polmonare ed esofagea)	37	15,4	47	17,0	518	25,7	132	23,2	734		
Criptococchi extrapolmonare	5	2,1	2	0,7	71	3,5	6	1,1	84		
<i>Cytomegalovirus</i> compresa retinite	8	3,3	3	1,1	95	4,7	11	1,9	117		
Encefalopatia da HIV	18	7,5	15	5,4	129	6,4	48	8,5	210		
<i>Herpes simplex</i>	0	0,0	1	0,4	13	0,6	1	0,2	15		
Sarcoma di Kaposi	22	9,1	18	6,5	62	3,1	26	4,6	128		
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	26	10,8	51	18,4	95	4,7	71	12,5	243		
Micobatteriosi	13	5,4	4	1,4	73	3,6	12	2,1	102		
Tubercolosi	23	9,5	45	16,2	111	5,5	65	11,4	244		
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	27	11,2	16	5,8	307	15,3	46	8,1	396		
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	10	4,1	7	2,5	48	2,4	18	3,2	83		
Sepsi da salmonella ricorrente	1	0,4	0	0,0	9	0,4	3	0,5	13		
Toxoplasmosi cerebrale	16	6,6	3	1,1	123	6,1	10	1,8	152		
"Wasting syndrome"	16	6,6	14	5,1	222	11,0	36	6,3	288		
Carcinoma cervicale invasivo	4	1,7	11	4,0	38	1,9	16	2,8	69		
Polmonite ricorrente	2	0,8	11	4,0	13	0,6	13	2,3	39		
Altro	13	5,4	29	10,5	86	4,3	54	9,5	182		
Totale	241 100,0		277 100,0		2 013 100,0		568 100,0		3 099		

(*) 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.

II CORSO DI FORMAZIONE

UN APPROCCIO TRANSCULTURALE A TUTELA DELLA SALUTE DEL MIGRANTE NELL'AMBITO DELL'INFEZIONE DA HIV/AIDS

Roma, 25-29 ottobre 2004

Anche quest'anno alcuni ricercatori del reparto di Epidemiologia del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con i colleghi del National Focal Point Italiano, organizzano un corso di formazione rivolto a operatori con differenti professionalità appartenenti a strutture pubbliche e non, impegnati in ambito transculturale. Il percorso formativo si propone, attraverso l'aggiornamento/perfezionamento del bagaglio tecnico-scientifico e comunicativo-relazionale degli operatori, di fornire le conoscenze relative all'identificazione dei criteri fondamentali per un lavoro di équipe e di rete, di analizzare le singole identità professionali degli operatori impegnati in strutture pubbliche e non, nonché di individuare buone prassi per ottimizzare la comunicazione e la relazione tra l'équipe psico-socio-sanitaria e il cittadino straniero. Ciò al fine di creare le condizioni per un approccio multiprofessionale integrato mirato a rispondere efficacemente alla complessità della domanda di salute posta dalle popolazioni mobili. Il corso della durata di 40 ore, distribuite in cinque giorni dal lunedì al venerdì, sarà articolato in lezioni teoriche integrate da esercitazioni di gruppo. Per tale evento sarà richiesto l'accreditamento ECM per "tutte le figure professionali".

Per informazioni contattare:

Anna Maria Luzi

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

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

Errata corrige - Nel precedente fascicolo del *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* "Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia al 30 giugno 2003", 2003; 16(11): Suppl. 1, alcuni dati relativi alla Tabella 7 "Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per categoria di esposizione e per anno di diagnosi" sono stati erroneamente indicati. Si riportano di seguito i dati corretti della Tabella 7, soltanto relativamente alle categorie di esposizione per maschi e femmine.

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

Categoria di esposizione	Maschi	Femmine	Totale
Omo/bisessuale	8 136	0	8 136
%	120,3	0,0	15,9
Tossicodipendente	24 004	6 119	30 123
%	59,9	54,7	58,8
TD/OMO*	917	0	917
%	2,3	0,0	1,8
Emofilico	327	9	336
%	0,8	0,1	0,7
Trasfuso	240	180	420
%	0,6	1,6	0,8
Contatti eterosessuali	5 353	4 407	9 760
%	3,4	39,4	19,0
Altro Non determinato	1 077	472	1 549
%	2,7	4,2	3,0
Totale	40 054	11 187	51 241

(*) Tossicodipendenti/omosessuali

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: notiziario@iss.it
tel. +39 0649902945-2428
fax +39 0649902253
www.iss.it/notiziario

