



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale



Registro HIV

Dati al 31 dicembre 2007

REDAZIONE A CURA DI

Dr. Elisa Mantese *
Dr. Cinzia Piovesan *
Dr. Vinicio Manfrin ^
Dr. Francesca Russo *

* Direzione Prevenzione - Servizio Sanità Pubblica e Screening
^ U.O. Malattie infettive Vicenza

DISTRIBUZIONE

Direttori Generali
Direttori Sanitari
Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione
Direttori dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica
Direttori U.O. Malattie infettive
Aziende AULSS del Veneto

Estrazione files: Agosto 2008.

INDICE

INTRODUZIONE.....	2
STIMA DELLA PREVALENZA	3
ANALISI PER SESSO ED ETÁ	3
ANALISI PER COMPORTAMENTO A RISCHIO.....	7
ANALISI PER PROVENIENZA	9
Distribuzione provinciale	9
Distribuzione per nazionalità	10
TEMPO DI PROGRESSIONE	13
CONCLUSIONI	14

INTRODUZIONE

Dall'aprile 1988 la Regione del Veneto ha istituito un proprio Sistema di Sorveglianza delle infezioni da HIV.

A seguito della delibera regionale del 2 febbraio 1988 e fino al 2001, tutte le strutture pubbliche che effettuavano test diagnostici per l'HIV, quali i Servizi Igiene Pubblica, i SERT, i Gruppi C, i reparti malattie infettive, hanno raccolto i dati relativi ai test, sia positivi che negativi, su apposita scheda.

Nel 2002 si è avuta una riorganizzazione del sistema che ha individuato due tipi di strutture:

- quelle che effettuano il test a persone non appartenenti a specifiche categorie a rischio.
- quelle che prendono in carico persone con diagnosi di HIV e che possono somministrare terapie antiretrovirali.

Le strutture della prima tipologia raccolgono informazioni basilari di tipo demografico e sul comportamento a rischio (definito in maniera generica) che ha portato alla richiesta del test HIV.

Alle strutture della seconda tipologia, in caso di accertata positività al test per HIV, si richiede la raccolta di un supplemento di informazioni più dettagliate a riguardo dei comportamenti a rischio, notizie su eventuali tests precedentemente eseguiti e sul valore dei linfociti CD4 alla prima determinazione (come surrogato del grado di avanzamento della patologia).

Tutte queste strutture, a partire dal 2002, accedono direttamente all'infrastruttura di rete Extranet del settore Socio-Sanitario della Regione. In considerazione della natura delle informazioni trattate, la base dei dati è stata disegnata prevedendo la separazione delle informazioni anagrafiche e sensibili ed è accessibile solo tramite il riconoscimento della smartcard degli utenti autorizzati.

Ogni test effettuato riporta un codice individuale, costituito da prima e terza lettera del nome e del cognome, data di nascita e sesso. Tale codice è quello che "sembra garantire maggiormente la privacy del soggetto evitando allo stesso tempo la possibilità di doppie conte e di doppioni" (Ministero della Salute – Decreto ministeriale 31.3.2008).

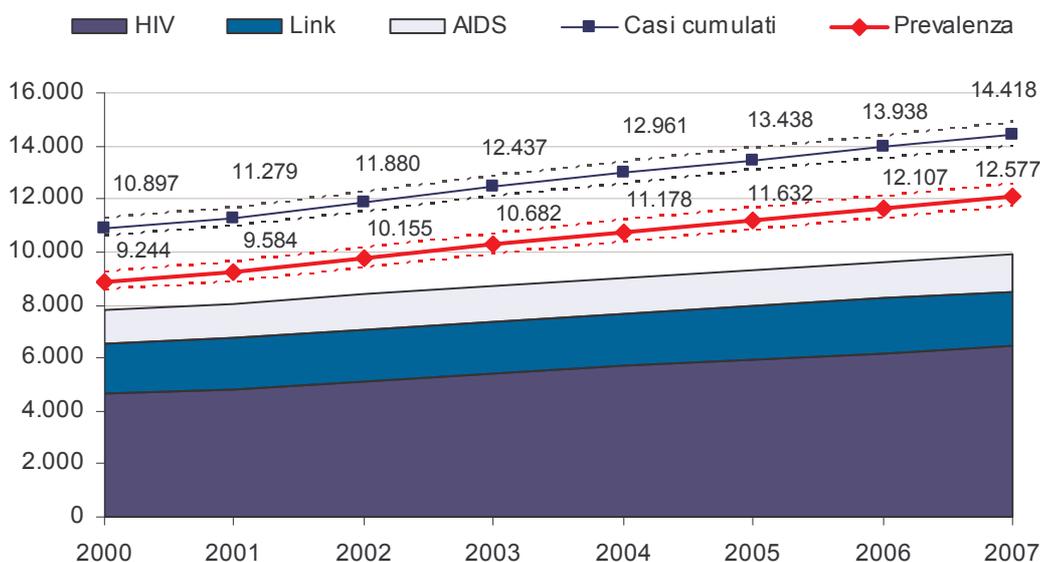
Sulla base di questo codice vengono individuate le nuove diagnosi, ad ognuna delle quali possono essere associate più notifiche.

STIMA DELLA PREVALENZA

Dal 1988 in Veneto sono state segnalate 8.933 diagnosi di HIV. Dopo il sensibile e continuo decremento dei primi anni di sorveglianza, negli ultimi anni il numero di nuove infezioni si è stabilizzato attorno ai 300 casi (Tab. 1).

Collegando i dati del registro HIV con il registro AIDS è possibile calcolare una stima della prevalenza dei pazienti con infezione da HIV residenti nel Veneto. Considerando i due archivi, complessivamente nel 2007 si osservano 9.949 casi cumulati di cui 1.431 presenti solo nel registro AIDS, 6.453 presenti solo nel registro HIV e 2.065 presenti in entrambi gli archivi. Attraverso il metodo di cattura e ricattura¹ si può osservare che negli ultimi anni il numero delle persone con infezione da HIV è in costante aumento: da una stima di 10.897 casi cumulati del 2000 si arriva nel 2007 a 14.418, da cui, escludendo i decessi, si ottengono 12.577 casi prevalenti.

Fig. 1: Stima dei casi cumulati e della prevalenza di sieropositivo con il metodo cattura e ricattura.



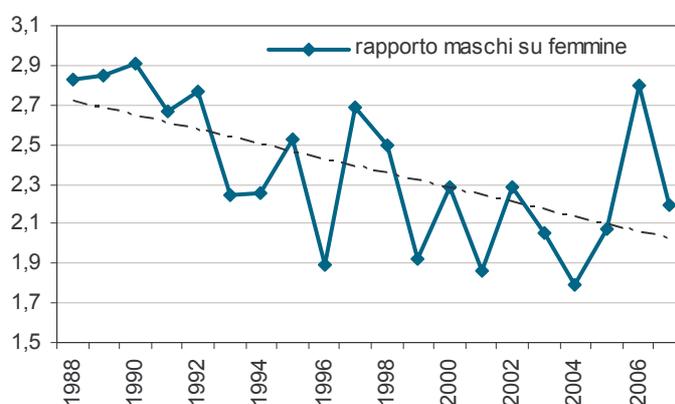
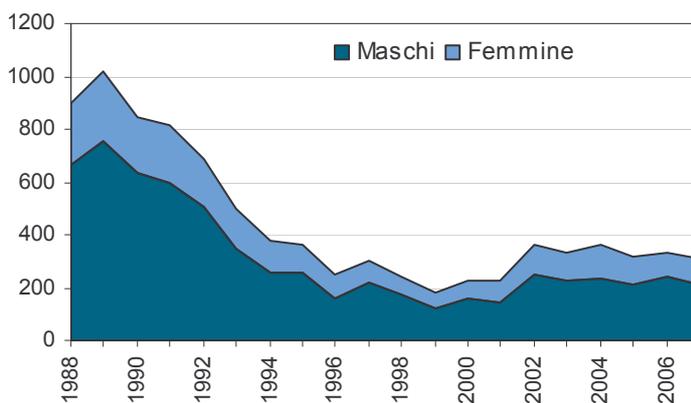
ANALISI PER SESSO ED ETÀ

La diffusione del virus è più rilevante fra gli uomini: la proporzione di femmine infettate sul totale dei casi non supera il 36% e oscilla fra il 25,6% del 1990 e il 35,8% del 2004. Il numero di femmine rispetto a quello dei maschi è comunque tendenzialmente crescente anche se il rapporto maschi/femmine continua ad avere delle oscillazioni comprese tra i 2 e i 3 maschi infettati per ogni femmina. Il valore di tale rapporto ha raggiunto un minimo nel 2004 (1,8) e nell'ultimo anno è pari a 2,2.

¹ La tecnica della cattura e ricattura è di recente impiego in campo epidemiologico e permette, attraverso la sovrapposizione di più banche dati, la stima della quota di casi non osservati da nessuna delle fonti considerate. Pertanto può essere utilizzata per una stima più realistica della prevalenza e dell'incidenza di del numero di sieropositivi. (Estimating the cumulative number of hiv infection by cross linking from four different sources, Pezzotti, Piovesan et al International Journal of epidemiology 2003;32)

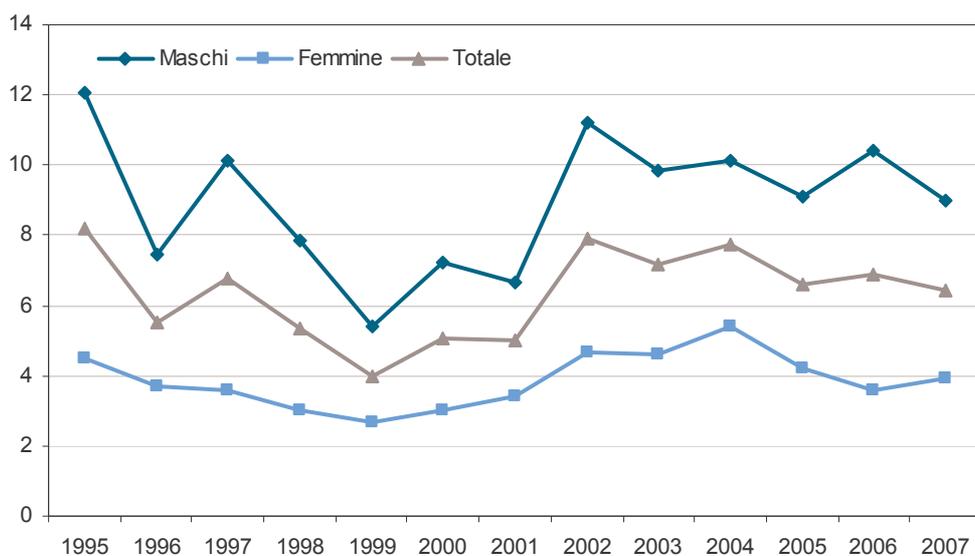
Tab. 1 e Fig. 2 - 3: Diagnosi di infezione da HIV per anno e sesso.

Anno Test	M		F		Tot
	N	%	N	%	
1988	662	73,9	234	26,1	896
1989	753	74,0	264	26,0	1017
1990	631	74,4	217	25,6	848
1991	593	72,8	222	27,2	815
1992	504	73,5	182	26,5	686
1993	344	69,2	153	30,8	497
1994	259	69,3	115	30,7	374
1995	260	71,6	103	28,4	363
1996	161	65,4	85	34,6	246
1997	220	72,8	82	27,2	302
1998	172	71,4	69	28,6	241
1999	119	65,7	62	34,3	181
2000	160	69,6	70	30,4	230
2001	147	65,0	79	35,0	226
2002	251	69,5	110	30,5	361
2003	224	67,3	109	32,7	333
2004	233	64,2	130	35,8	363
2005	212	67,5	102	32,5	314
2006	243	73,6	87	26,4	330
2007	213	68,7	97	31,3	310
Tot	6361	71,2	2572	28,8	8933



Limitando l'analisi agli ultimi anni, i tassi di incidenza hanno avuto un andamento piuttosto irregolare, decrescente fino al 1999 (4 casi per 100.000 abitanti) e poi crescente fino al 2002 (7,9 casi per 100.000 abitanti). Dal 2005 sono stabili attorno ai 6-7 casi per 100.000 abitanti. Anche i tassi specifici per sesso hanno seguito un andamento simile e per gli uomini sono attualmente stabili sui 9-10 casi per 100.000 abitanti mentre per le donne rimangono attorno ai 4 casi.

Fig. 4 e Tab. 2: Tassi grezzi di incidenza per sesso.

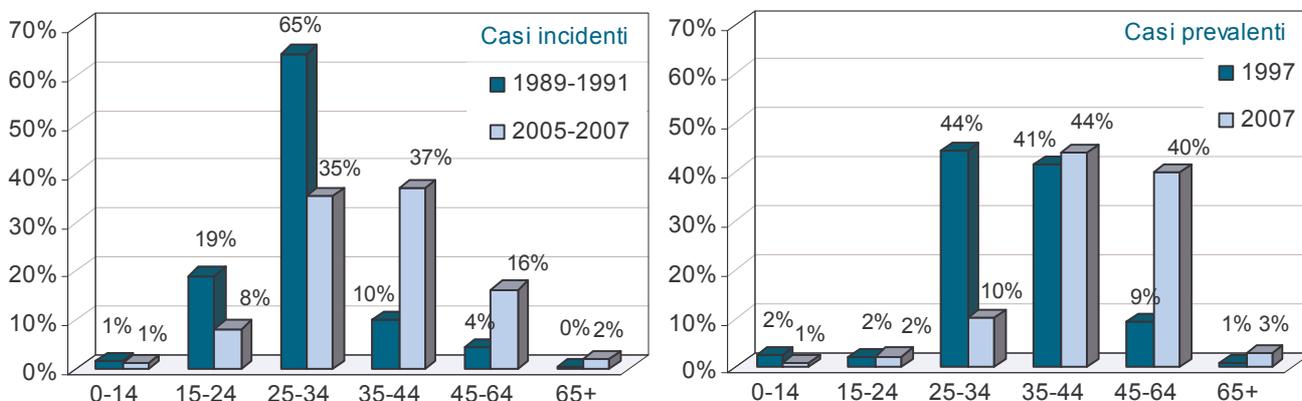


Sesso	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
M	12,1	7,4	10,1	7,9	5,4	7,2	6,7	11,2	9,9	10,1	9,1	10,4	9,0
F	4,5	3,7	3,6	3,0	2,7	3,0	3,4	4,7	4,6	5,4	4,2	3,6	3,9
Totale	8,2	5,5	6,8	5,4	4,0	5,1	5,0	7,9	7,2	7,7	6,6	6,9	6,4

Nel triennio 2005-2007 la maggior parte dei nuovi casi di HIV si concentra nelle classe d'età 35-44 anni (37%) e nella classe 25-34 (35%). Risulta limitata la quota di giovani fra i 15 e i 24 anni e fra i 45 e i 64 anni; i bambini sotto i 15 anni e gli over 65 rappresentano rispettivamente l'1% e il 2%. Nel corso degli anni è notevolmente diminuita la quota di nuove infezioni nelle classi d'età più giovani (15-34 anni), mentre è aumentata nelle classi d'età centrali (35-64 anni).

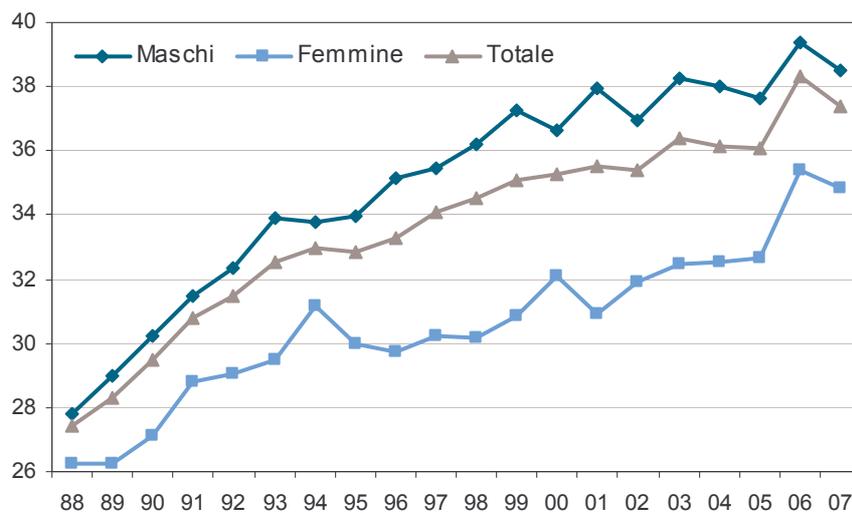
Al 31/12/2007 fra tutti i casi prevalenti risultanti dal sistema di sorveglianza HIV, il 44% si trova nella fascia d'età 35-44 anni, il 40% nella fascia 45-64, mentre il 3% dei casi ha più di 65 anni. Negli ultimi 10 la distribuzione per età dei casi prevalenti si è notevolmente modificata: è diminuita soprattutto la quota di persone fra i 25 e i 34 anni (dal 44% al 10%) ed è aumentata quella dai 45 ai 64 anni (da 9% a 40%). Gli ultra sessantacinquenni sono cresciuti leggermente dall'1 al 3%.

Fig. 5 e Fig. 6: Distribuzione percentuale per età delle nuove infezioni da HIV (Anni 1989-1991 e 2005-2007) e dei casi prevalenti (al 31/12/1997 e al 31/12/2007).



L'età media alla diagnosi è quindi progressivamente aumentata, passando dai 27 anni iniziali ai 37 attuali. Tale aumento si riscontra sia nella popolazione maschile che in quella femminile, pur mantenendosi sempre leggermente più bassa l'età delle donne.

Fig. 7 e Tab. 3: Età media alla notifica di infezione da HIV (persone di 15 anni e più).

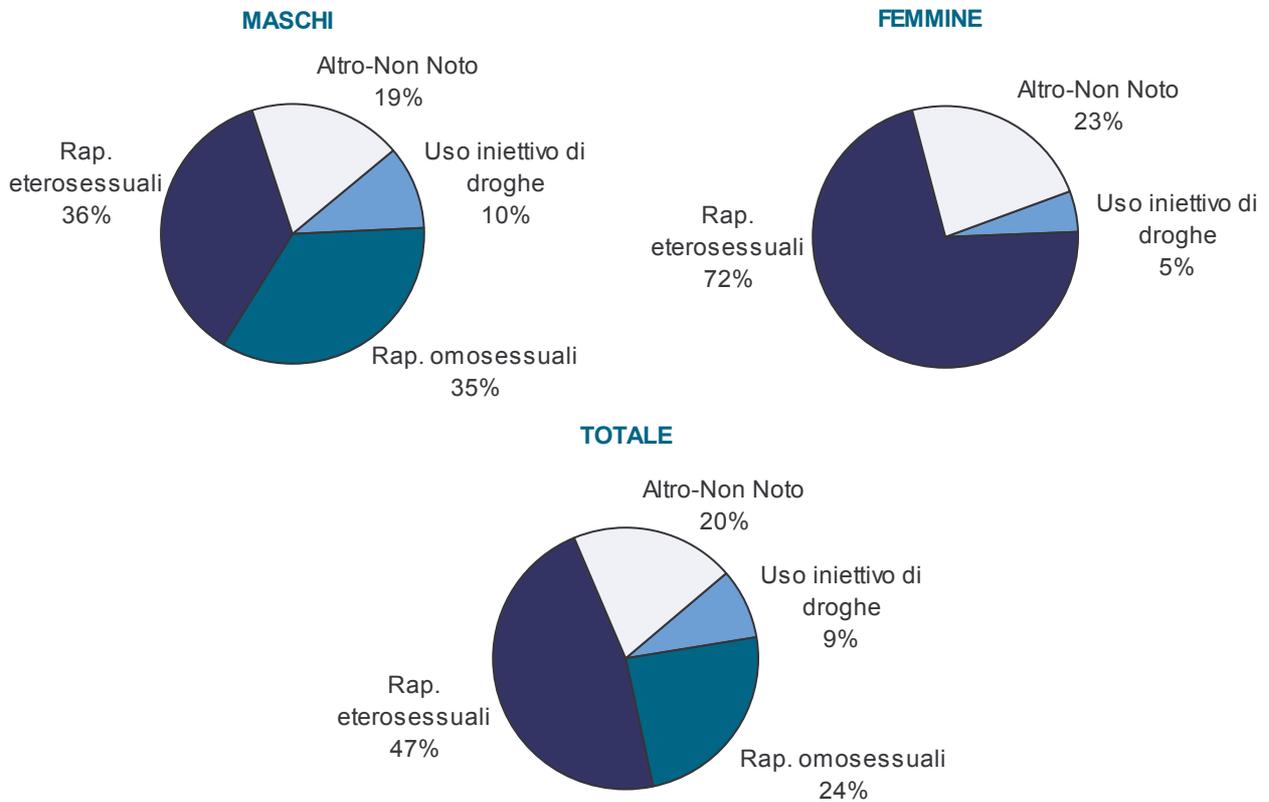


Anno	'88	'89	'90	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07
M	28	29	30	31	32	34	34	34	35	35	36	37	37	38	37	38	38	38	39	39
F	26	26	27	29	29	29	31	30	30	30	30	31	32	31	32	32	33	33	35	35
TOT	27	28	29	31	31	33	33	33	33	34	35	35	35	36	35	36	36	36	38	37

ANALISI PER COMPORTAMENTO A RISCHIO

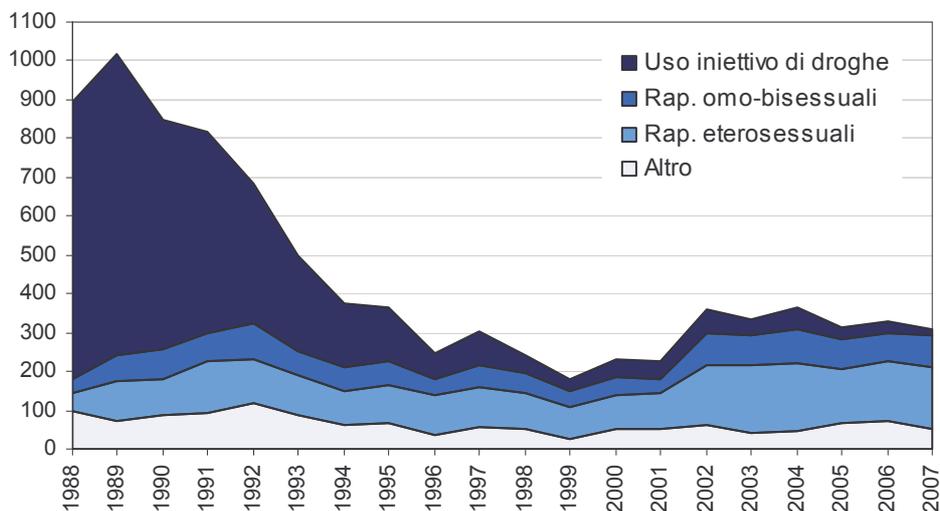
Nell'ultimo triennio la popolazione complessiva dei nuovi sieropositivi risulta composta per metà da persone che riferiscono come comportamento a rischio i rapporti eterosessuali. Per le donne tale comportamento a rischio rappresenta addirittura il 72% dei casi.

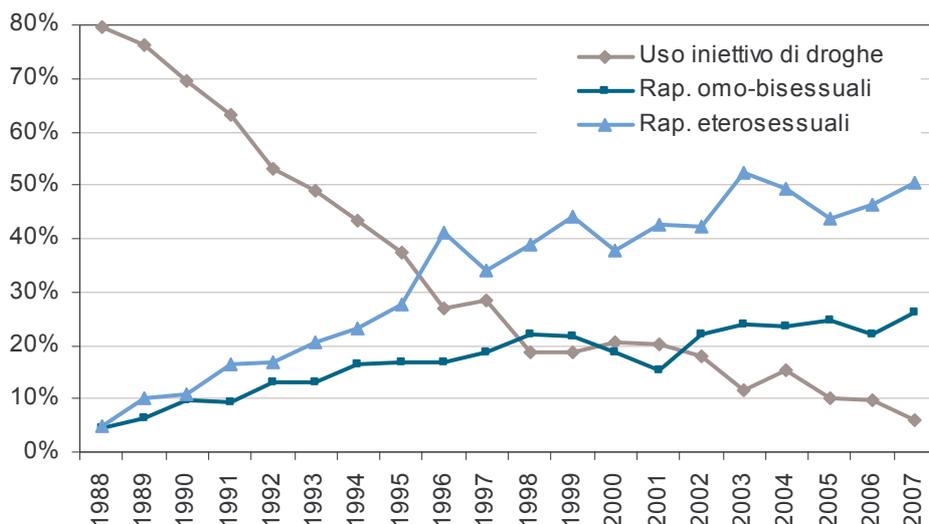
Fig. 8: Distribuzione per comportamenti a rischio nell'ultimo triennio.



Inizialmente l'epidemia risultava essere esclusivamente a carico delle persone che facevano uso iniettivo di droghe; questo fattore di rischio infatti riguardava l'80% dei casi. Dal 1996 invece il fattore di rischio predominante sono i rapporti sessuali (sia di tipo eterosessuali, che risultano prevalenti, sia di tipo omosessuale).

Fig. 9 - 10: Andamento delle diagnosi da HIV per fattore di rischio. Valori assoluti e percentuale.

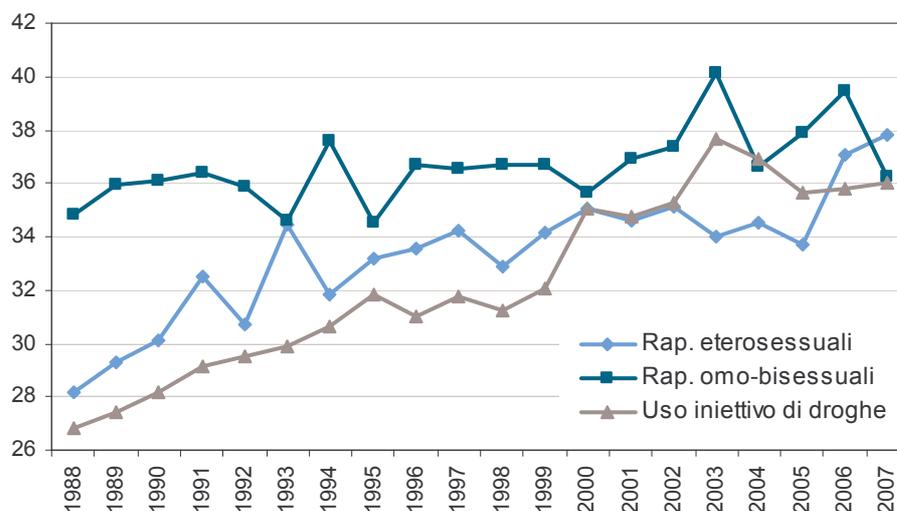




Abbiamo già osservato come l'età media alla diagnosi è generalmente in aumento; rilevando il dato per fattore di rischio si nota come più spiccato sia tale aumento nelle persone che fanno uso iniettivo di droghe e per chi ha rapporti eterosessuali: i primi sono passati dai 27 anni iniziali agli attuali 36, mentre i secondi da 28 a 38 anni.

Fra quanti hanno rapporti omo - bisessuali, invece, l'età media è rimasta pressoché stabile (da 35 a 36 anni), con qualche picco nel 2003 e nel 2006 (39 - 40 anni).

Fig. 11 e Tab. 4: Andamento dell'età media alla diagnosi per comportamento a rischio.



Anno	'88	'89	'90	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07
Rap. eterosessuali	28	29	30	33	31	34	32	33	34	34	33	34	35	35	35	34	35	34	37	38
Rap. omo-bisessuali	35	36	36	36	36	35	38	35	37	37	37	37	36	37	37	40	37	38	39	36
Uso iniettivo di droghe	27	27	28	29	29	30	31	32	31	32	31	32	35	35	35	38	37	36	36	36

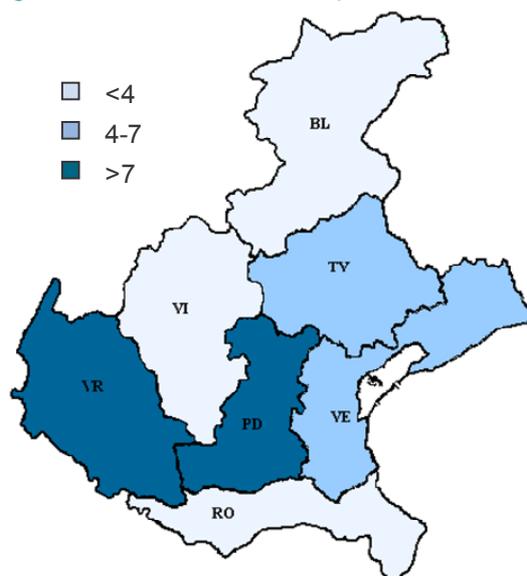
ANALISI PER PROVENIENZA

Distribuzione provinciale

Fra le province del Veneto, Verona e Padova riportano il maggior numero di casi; Verona dopo un picco di incidenza nel 2004 con quasi 14 casi per 100.000 abitanti, negli ultimi anni presenta valori attorno al 9 per 100.000 abitanti. A Padova, invece, il numero di nuovi casi è notevolmente cresciuto nel 2007 superando i livelli del 1995 e del 1996.

Restringendosi agli ultimi anni, le incidenze di Belluno, Rovigo e Vicenza risultano ampiamente sotto la media regionale.

Fig. 12: Tassi di incidenza per 100.000 abitanti



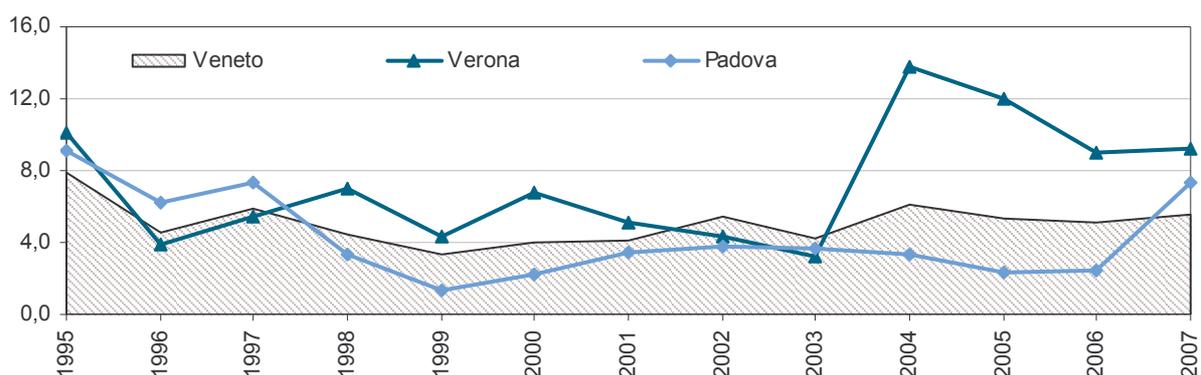
Tab. 5: Numero di nuove infezioni da HIV.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Belluno	8	7	1	6	4	3	9	7	5	11	2	5
Padova	52	62	28	11	19	29	32	32	29	21	22	67
Rovigo	16	18	17	8	10	16	16	10	9	17	11	6
Treviso	24	42	31	42	28	30	70	56	53	52	74	45
Venezia	52	40	46	30	18	19	37	28	18	19	35	36
Verona	31	44	57	36	56	42	36	27	119	104	79	83
Vicenza	22	48	21	16	45	48	49	36	56	29	20	27
Fuori Veneto	26	31	18	16	28	13	16	25	29	20	26	20
Non riportata	15	10	22	16	22	26	96	112	45	41	61	21

Tab. 6: Tassi grezzi di incidenza per 100.000 abitanti per provincia di residenza.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Belluno	3,8	3,3	0,5	2,8	1,9	1,4	4,3	3,3	2,4	5,2	0,9	2,3
Padova	6,2	7,4	3,3	1,3	2,2	3,4	3,7	3,7	3,3	2,4	2,4	7,4
Rovigo	6,5	7,4	7,0	3,3	4,1	6,6	6,6	4,1	3,7	6,9	4,5	2,4
Treviso	3,1	5,5	4,0	5,4	3,5	3,8	8,7	6,8	6,3	6,1	8,6	5,2
Venezia	6,4	4,9	5,6	3,7	2,2	2,3	4,5	3,4	2,2	2,3	4,2	4,3
Verona	3,8	5,4	7,0	4,4	6,8	5,1	4,3	3,2	13,8	12,0	9,0	9,3
Vicenza	2,9	6,2	2,7	2,0	5,7	6,0	6,1	4,4	6,7	3,5	2,4	3,2
Totale	4,6	5,8	4,5	3,3	4,0	4,1	5,4	4,2	6,1	5,3	5,1	5,6

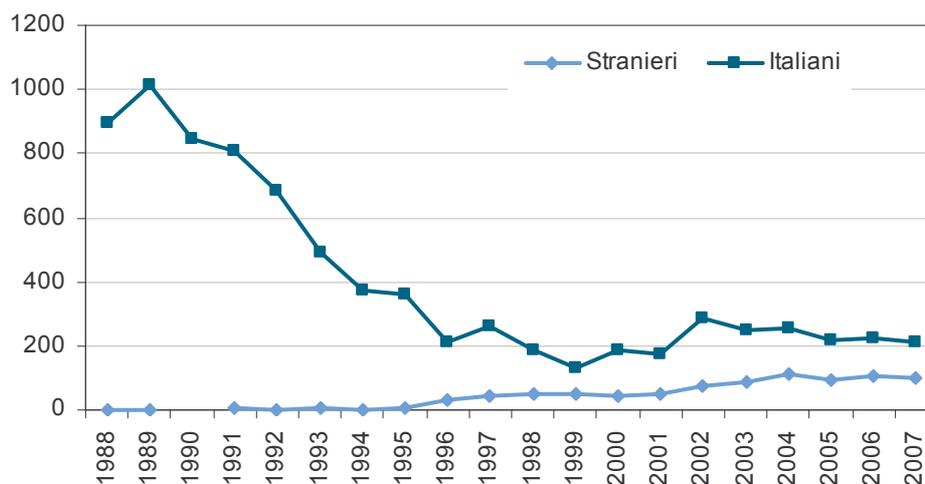
Fig. 13: Tassi grezzi di incidenza per 100.000 abitanti per le province di Padova e Verona.



Distribuzione per nazionalità

Il numero di persone straniere con infezione da HIV ha cominciato ad aumentare a partire dal 1996; prima di quell'anno il SSRHIV aveva rilevato solo 21 casi. Attualmente, quasi il 32% dei casi notificati risulta essere straniero: la percentuale è più che raddoppiata rispetto al 1996 quando era pari al 14%.

Fig. 14: Nuove diagnosi di HIV in cittadini italiani e stranieri.

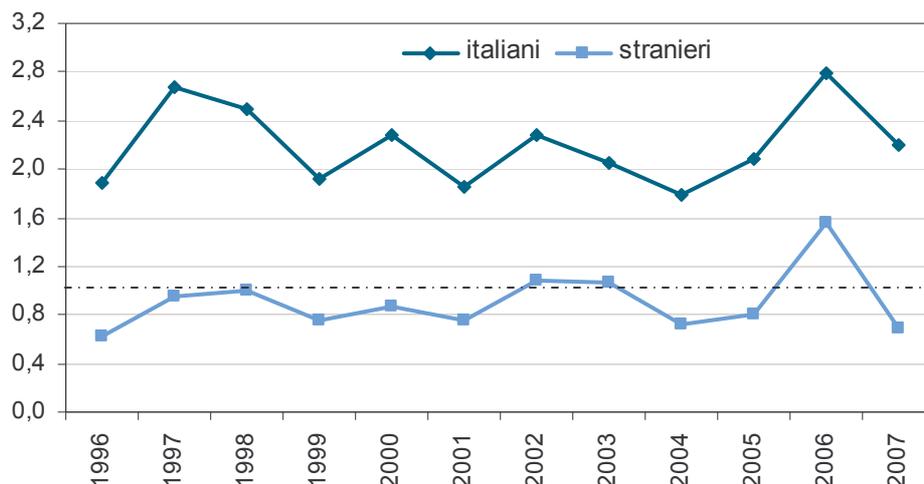


Stratificando per sesso si nota come la diffusione sia soprattutto femminile: in quest'ultimo anno più della metà delle donne con nuova diagnosi da HIV sono straniere. Anche il rapporto maschi su femmine calcolato sui soli stranieri, pur presentando un andamento oscillante, è inferiore a 1: nel 2007 per ogni donna ci sono 0,7 uomini.

Tab. 7: Percentuale di cittadini stranieri per sesso.

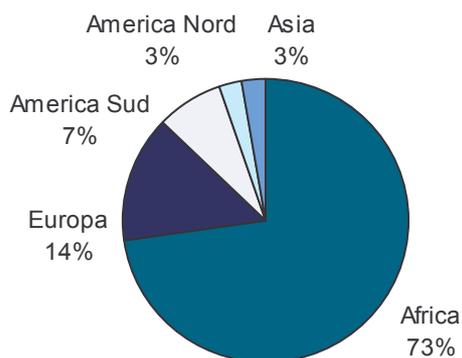
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
%M	8,1	9,5	15,1	18,5	13,1	14,3	15,5	20,1	19,7	20,3	26,3	18,8
%F	24,7	26,8	37,7	46,8	34,3	35,4	32,7	38,5	49,2	52,0	47,1	59,8

Fig. 15: Rapporto maschi su femmine diviso per cittadinanza



Restringendo l'analisi agli ultimi tre anni si vede come il 73% degli stranieri provenga dall'Africa e in particolar modo da Nigeria, Ghana, Costa d'Avorio, Camerun.

Fig. 16: Distribuzione degli stranieri per area di provenienza. Anni 2005-2006-2007.

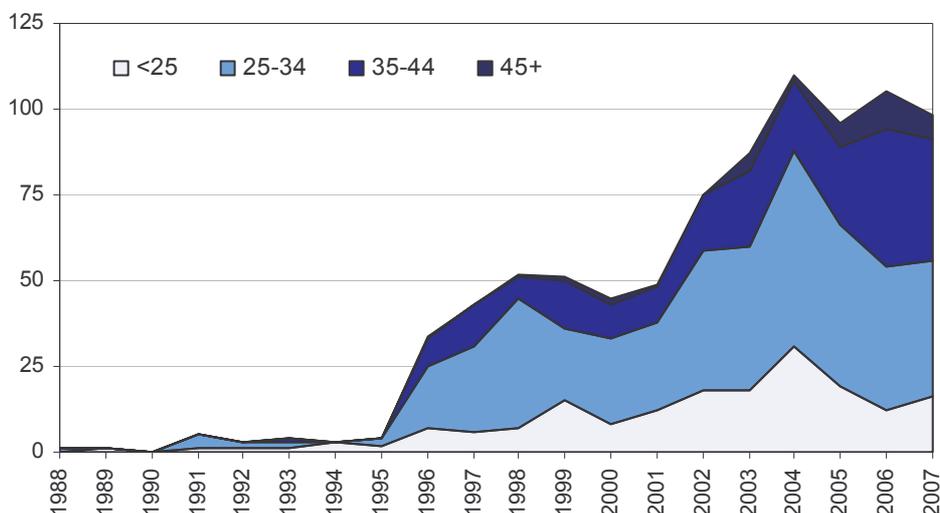


Tab. 8: Distribuzione dei cittadini africani per paese di provenienza.

	N. casi 2005-2007
Nigeria	74
Ghana	42
Costa D'avorio	29
Camerun	19
Burkina	12
Togo	7
Marocco	6
Senegal	5
Etiopia	4
Totale altri paesi Africani con frequenza inferiore a 3	19
Totale AFRICA	217

La fascia d'età maggiormente colpita risulta dall'inizio dell'epidemia ad oggi quella tra i 25 e i 34 anni. Gli stranieri colpiti sono infatti più giovani rispetto alla popolazione complessiva che è attualmente più rappresentata dalla classe 35-44 anni.

Fig. 17: Nuove infezioni in cittadini stranieri per classe d'età.



Il comportamento a rischio maggiormente riportato sono i rapporti eterosessuali, seguiti dai rapporti omo-bisessuali. E' praticamente assente la trasmissione per uso iniettivo di droghe, ma è molto alta la percentuale dei non specificati.

Emergono notevoli differenze fra stranieri e italiani. In entrambi i gruppi i rapporti eterosessuali sono il principale fattore di rischio ma fra gli italiani rappresenta il 41%, mentre fra gli stranieri sale al 76%. Al contrario il peso dei rapporti omo - bisessuali è notevolmente superiore fra gli italiani (35% contro il 6%).

Tab. 9: Nuove infezioni in cittadini stranieri e italiani per comportamento a rischio. Valori percentuali

	Uso iniettivo di droghe		Rapporti eterosessuali		Rapporti omo bisessuali		Altro - Non noto		Totale	
	Stra	Ita	Stra	Ita	Stra	Ita	Stra	Ita	Stra	Ita
Prima del 1996	14,3	63,9	52,4	14,0	9,5	9,8	23,8	12,3	100	100
1996		31,1	58,8	38,2	11,8	17,5	29,4	13,2	100	100
1997	7,0	32,0	65,1	29,0		21,6	27,9	17,4	100	100
1998	7,7	21,7	61,5	32,8	5,8	26,5	25,0	19,0	100	100
1999	3,9	24,6	74,5	32,3	2,0	29,2	19,6	13,8	100	100
2000		25,4	66,7	30,8	2,2	22,7	31,1	21,1	100	100
2001	2,0	25,4	77,6	32,8		19,8	20,4	22,0	100	100
2002		22,7	60,0	37,8	10,7	25,2	29,3	14,3	100	100
2003	3,4	14,6	72,4	45,1	8,0	29,7	16,1	10,6	100	100
2004	1,8	20,9	76,4	37,5	8,2	30,0	13,6	11,5	100	100
2005		14,7	66,7	33,5	8,3	32,1	25,0	19,7	100	100
2006	1,0	13,8	72,4	34,2	10,5	27,6	16,2	24,4	100	100
2007	2,0	8,0	72,4	40,6	6,1	35,4	19,4	16,0	100	100

TEMPO DI PROGRESSIONE

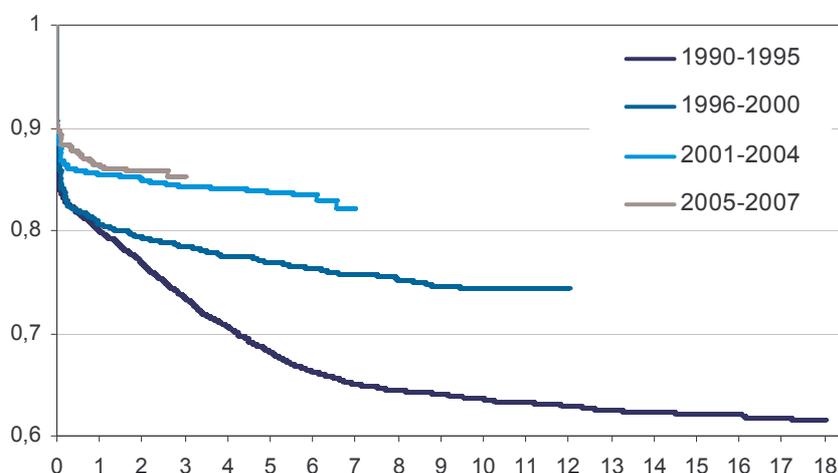
Attraverso il link con il registro AIDS è possibile studiare il tempo di progressione da HIV in AIDS. A partire dal 1990 fra i nuovi casi di HIV di residenti del Veneto segnalati nel registro di sorveglianza HIV, circa il 20% è presente anche nel registro AIDS, avendo sviluppato qualche malattia correlata. Il tasso di progressione è notevolmente diminuito negli anni: fra i casi di HIV segnalati dal 1990 al 1995 il 23% ha sviluppato l'AIDS nei primi due anni dalla data del test, percentuale che scende al 21% nel periodo 1996 - 2000, e al 15% a partire dal 2001. Proprio nel 1996 è stata introdotta la terapia HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy), combinazione simultanea di due o tre farmaci antiretrovirali che si è dimostrata efficace nel bloccare la replicazione virale, favorendo un recupero immunitario ed in ultima analisi allungando i tempi di progressione verso la malattia. Nel 2001, invece, è cambiato il sistema di sorveglianza HIV e questo potrebbe aver migliorato la qualità di cattura del registro.

Attraverso l'analisi di sopravvivenza di Kaplan-Maier² è possibile analizzare il tempo di progressione considerando anche i dati troncati, ossia quei casi che al 31/12/2007 non hanno ancora manifestato l'AIDS. A un anno dal primo test positivo la probabilità di non aver ancora sviluppato la malattia è pari al 77-79% fra quanti hanno effettuato il test dal 1990 al 2000, mentre sale all'85-86% per chi l'ha fatto a partire dal 2001. A cinque anni le differenze sono più nette: la stessa probabilità varia dal 68% del periodo 1990-1995 all'84% del 2001-2004.

Si riscontrano differenze anche per sesso e classe d'età: le donne sembrano avere una progressione più lenta, così come i giovani con meno di 25 anni e le persone dai 25 ai 34 anni.

Nel calcolare il tempo di progressione da HIV ad AIDS va considerata comunque la presenza di "late presenters", ossia quelle persone che giungono alla diagnosi già con AIDS conclamato senza aver mai saputo prima della loro sieropositività: nel periodo 2005 - 2007 rappresentano il 9% delle nuove infezioni, percentuale che sale al 12% considerando anche le persone per le quali sono trascorsi meno di 6 mesi dalla data del test alla data di diagnosi di AIDS. Nel tempo i late presenters sono diminuiti a partire dal 1996 (da 14% a 9%), per poi rimanere pressochè costanti.

Tab. 10: Curve di sopravvivenza di Kaplan Meier per anno di test.



² Il metodo non parametrico di Kaplan- Meier permette di descrivere le caratteristiche del processo in esame senza fare ipotesi circa la distribuzione degli eventi e tenendo conto dei tempi di sopravvivenza troncati (censored) in cui non si è verificato l'evento. Va a stimare la probabilità cumulativa che un evento non si produca (in questo caso il sopraggiungere della malattia conclamata) ovvero la probabilità che un evento non si produca dal momento che fino ad ora non si è ancora prodotto.

CONCLUSIONI

Il numero di casi incidenti di pazienti con infezione da HIV negli abitanti della regione Veneto appare, seppur diminuito rispetto alla fine degli anni 80 e primi '90, ancora in costante evoluzione. Rispetto all'inizio dell'epidemia ora chiaramente il principale veicolo di trasmissione è il rapporto sessuale (sia di tipo eterosessuale che risulta numericamente il più rilevante, che di tipo omosessuale) mentre la quota di trasmissione legata alla tossicodipendenza appare in continua diminuzione e relegata ora ad una parte marginale.

Il dato sulla progressione della epidemia HIV va anche considerato nell'ambito di una fase epidemica di altre malattie sessualmente trasmesse tra cui la sifilide (della quale si sta assistendo ad una importante ripresa del numero dei casi) ed è il risultato di un aumento del numero di rapporti sessuali anche occasionali non protetti.

L'avvento di terapie ben tollerate, facili da assumere ed altamente attive nel bloccare la progressione della malattia ha comportato una drastica diminuzione dei tassi di mortalità (con conseguente diminuzione dei bisogni assistenziali, dell'uso di risorse ospedaliere, dei costi correlati diretti ed indiretti) ma crea anche una situazione di aumento progressivo dei casi prevalenti (delle persone con infezione da HIV viventi e quindi del bacino di possibile trasmissione). Va ricordato comunque come la speranza di vita dei pazienti con infezione da HIV sia ancora nettamente inferiore rispetto alle persone di pari età non HIV infette per cui se da una parte vi è l'esigenza di pianificare ancora risorse assistenziali per i pazienti "progressor" dall'altra è necessario contenere facili entusiasmi sui successi terapeutici che possono indurre ad un abbassamento della guardia a riguardo della prevenzione. A questo proposito è doveroso ricordare come per la prospettiva della eradicazione della infezione e la realizzazione di un vaccino si prevedono ancora tempi lunghi.

Altro dato che emerge riguarda l'età media dei nuovi infetti che sta aumentando con il passare degli anni. Se a questo si aggiunge una aumentata sopravvivenza, si intuisce come in alcune realtà il tasso dei pazienti assistiti con età superiore ai 60 anni stia raggiungendo in alcune aree geografiche anche il 10%, dato comune ad altre regioni ed in costante aumento. Si dovranno quindi, immutato il trend, prevedere servizi assistenziali per persone con HIV di età avanzata.

Lo scenario futuro, in assenza di realistiche previsioni della immissione in commercio di terapie risolutive o di prodigiosi vaccini è quello di un aumento del numero di persone con infezione da HIV con una età in costante aumento. Ciò aggraverà ulteriormente i servizi destinati alla cura di questi pazienti e renderà necessaria la esplorazione di modalità assistenziali alternative (non escludendo un ruolo attivo delle residenze per anziani), per non menzionare, infine, un aumento costante del budget destinato alla cura farmacologica di un bacino di utenti crescente.

Si rende pertanto necessaria la programmazione e realizzazione di una seria attività di prevenzione, focalizzata alla trasmissione sessuale (sia omo che etero sessuale), a tutte le classi di età (dai più giovani alle persone più adulte) che per essere incisiva non deve escludere alcuna modalità preventiva dimostrata in letteratura scientifica efficace (avanzamento dell'età del debutto sessuale, monogamia/fedeltà al partner, uso di dispositivi barriera).

Da ultimo, la costante presenza di un sostanziale numero di "late presenters" fa prevedere la necessità di servizi dedicati alla esecuzione dei test di sorveglianza, non solo per l'accertamento precoce dello stato sierologico per l'HIV, ma soprattutto per fornire adeguato counselling su situazioni di rischio e strategie preventive.

Si ringrazia per il prezioso contributo la Direzione Risorse Socio Sanitarie ed, in particolare, Giampietro Gridelli del Servizio Sistema Informativo Socio Sanitario e Tecnologie Informatiche.