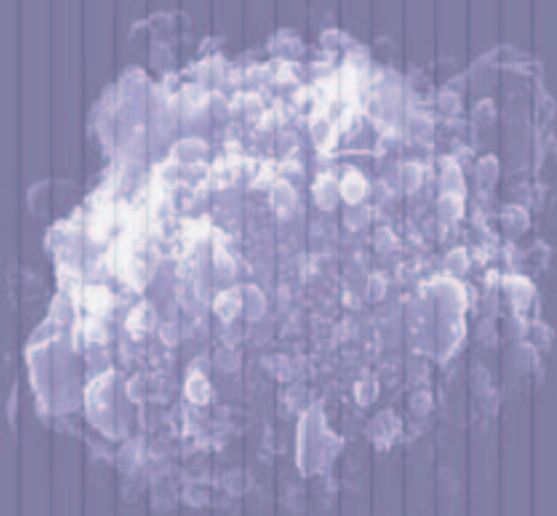




Supplemento del
Notiziario
dell'Istituto Superiore di Sanità



COA



Aggiornamento dei casi
di AIDS notificati in Italia
al 31 dicembre
2002

www.iss.it

Volume 16
Numero 6
Supplemento 1
2003

ISSN 0394-9303

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



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

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
Vice Direttore: Franco Piccinno
Redattore capo: Paola De Castro
Redazione: Carla Faralli
Progetto grafico: Eugenio Morassi
Grafici: Massimo Delle Femmine
Impaginazione: Giovanna Morini
Distribuzione: Patrizia Mochi
Versione online (www.iss.it/notiziario):
Simona Deodati, Marco Ferrari

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 2003
Numero chiuso in redazione il 24 giugno 2003
Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. - Roma

Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia al 31 dicembre 2002

A cura di
Roberta Urcioli, Stefano Boros e Catia Valdarchi
COA, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS

Riassunto - Dal 1982 al dicembre 2002 sono stati notificati 51172 casi di AIDS, di cui 932 nell'ultimo semestre. Del totale dei casi diagnosticati il 77,8% erano di sesso maschile, il 1,4% in età pediatrica. In totale 33 308 (65,1%) 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 2002*) - From 1982 to December 2002 51,172 AIDS cases were notified to the National AIDS Surveillance System; 932 of the total cases were notified during the last six months. Of the total cases notified, 77.8% were reported among males, 1.4% among paediatric AIDS cases and 65.1% 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 2002, sono stati notificati al COA 51 172 casi cumulativi di AIDSⁱⁱ. Di questi, 39 829 (77,8%) erano di sesso maschile, 725 (1,4%) in età pediatrica (< 13 anni) o con infezione trasmessa da madre a figlio, e 2 959 (5,8%) 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 (range: 13-80 anni) per le femmine.

L'andamento temporale

Nel secondo semestre del 2002 sono stati notificatiⁱⁱⁱ al COA 932 nuovi casi di AIDS, di cui 506 (54,3%) diagnosticati nell'ultimo semestre e 426 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, seguita da una rapida diminuzione nel 1996, che è continuata fino al 2001; nel 2002 i casi diagnosticati sono praticamente sovrapponibili a quelli del 2001.

La Tabella 1 riporta il numero dei casi e dei deceduti per anno di diagnosi e il relativo tasso di letalità. In totale, 33 308 pazienti (65,1%) risultano deceduti al 31 dicembre 2002. 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-*

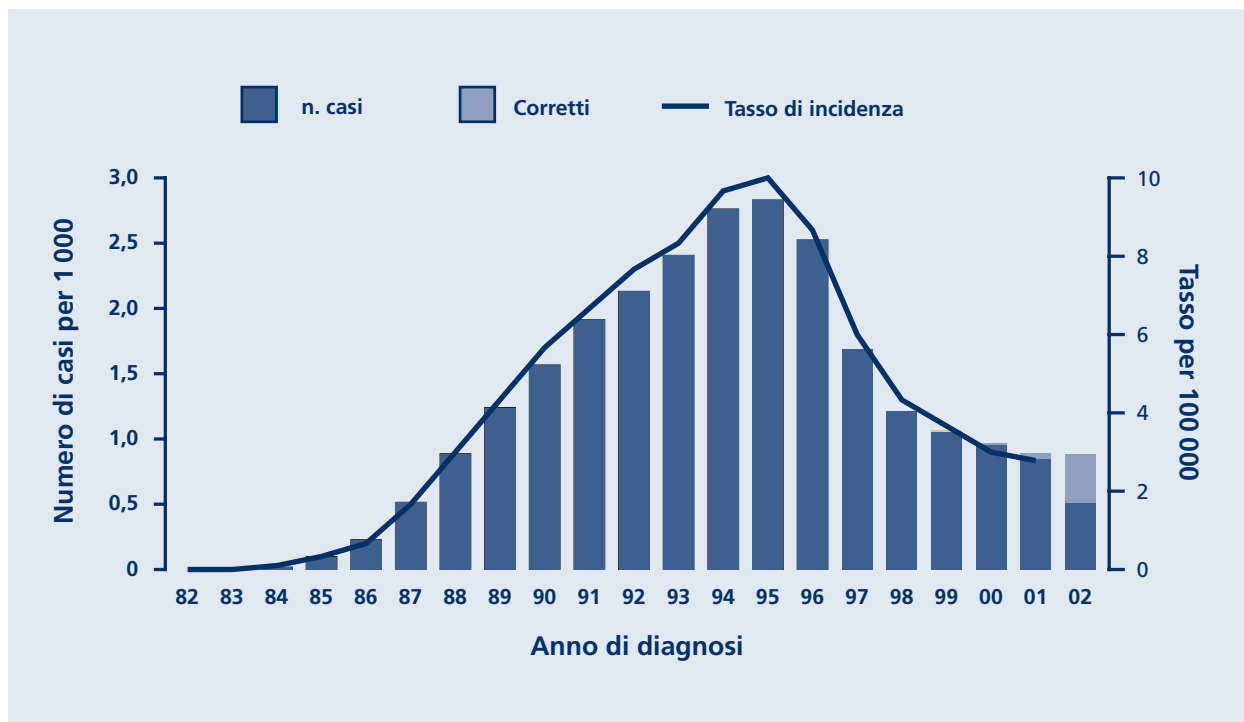


Figura 1 - Casi di AIDS in Italia per anno di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 31 dicembre 2002

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	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	1 661	93,6
1989	2 482	2 482	1 405	2 320	93,5
1990	3 134	3 134	1 944	2 900	92,5
1991	3 827	3 827	2 617	3 529	92,2
1992	4 262	4 262	3 280	3 851	90,4
1993	4 815	4 815	3 666	4 022	83,5
1994	5 523	5 523	4 335	4 359	78,9
1995	5 663	5 663	4 582	3 712	65,5
1996	5 044	5 044	4 187	2 338	46,4
1997	3 373	3 373	2 133	1 078	32,0
1998	2 432	2 436	1 061	648	26,6
1999	2 115	2 129	754	488	23,1
2000	1 921	1 946	633	349	18,2
2001	1 744	1 799	587	268	15,4
2002	1 330	1 777	329	149	11,2
Totale	51 172	51 717	33 308	33 308	65,1

(*) Il numero di decessi indica quanti pazienti, diagnosticati in uno specifico anno, risultano deceduti al 31 dicembre 2002

(**) 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 notificati, è riportata la stima dei casi di AIDS, corretta per ritardo di notifica, al 31 dicembre 2002 (51 717 casi cumulativi).

Il numero dei casi prevalentivi^{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, la Sardegna, il Lazio e la 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 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

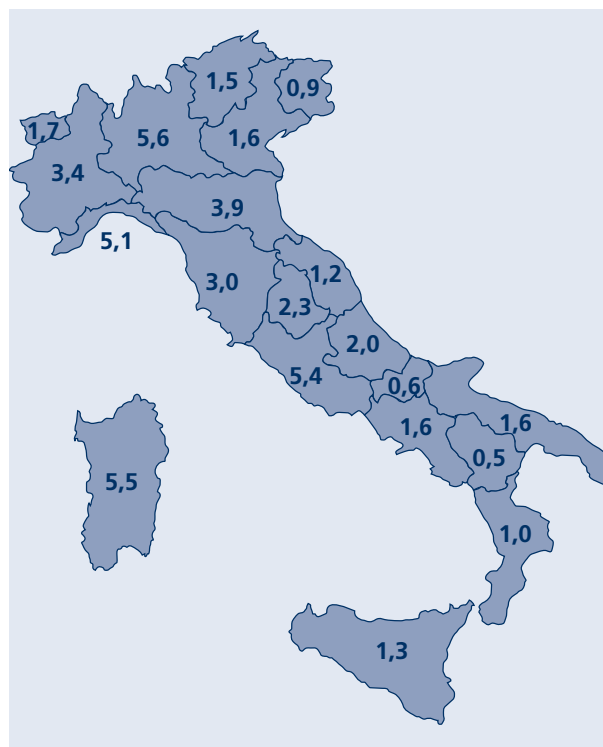


Figura 2 - Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (per 100 000 abitanti) per i casi notificati tra gennaio e dicembre 2002

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

Regione	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Lombardia	3 281	3 846	4 126	4 156	3 851	3 886	4 146	4 528	4 917	5 192
Lazio	1 439	1 641	1 925	2 032	1 990	2 057	2 085	2 221	2 410	2 548
Emilia-Romagna	1 038	1 231	1 358	1 339	1 146	1 165	1 167	1 301	1 424	1 500
Toscana	624	736	812	809	764	759	865	936	1 022	1 094
Piemonte	712	839	885	935	859	860	867	941	1 027	1 076
Campania	361	459	542	593	614	682	727	791	858	903
Liguria	549	640	695	729	703	716	741	792	863	893
Veneto	707	793	831	836	751	714	727	769	845	886
Sicilia	542	621	668	678	693	734	734	780	843	835
Puglia	424	469	543	597	579	587	601	653	683	712
Sardegna	392	439	483	480	460	465	473	503	542	568
Marche	178	198	220	233	212	228	238	266	295	316
Friuli-Venezia Giulia	95	113	121	135	131	122	140	157	163	170
Umbria	75	87	101	124	115	122	132	149	158	170
Abruzzo	83	100	119	122	120	124	137	145	157	168
Calabria	99	121	125	147	136	137	135	139	159	166
Prov. autonoma di Trento	86	104	116	120	119	117	120	119	123	129
Prov. autonoma di Bolzano	45	46	60	68	71	74	78	82	90	85
Basilicata	29	31	39	47	34	43	47	48	53	54
Valle d'Aosta	19	19	19	28	23	22	21	23	25	26
Molise	7	7	10	8	7	9	9	14	16	18
Estero	78	100	125	125	145	173	186	200	224	245
Ignota	123	203	248	292	296	322	348	388	421	439
Totale	10 986	12 843	14 171	14 633	13 819	14 118	14 724	15 945	17 318	18 193

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	Totale
Lombardia	5 448	1 503	1 744	1 673	1 501	940	638	628	557	497	381	15 510
Lazio	2 181	623	649	737	663	493	356	305	251	244	183	6 685
Emilia-Romagna	1 672	437	572	569	498	313	227	169	206	167	128	4 958
Piemonte	1 190	304	368	367	346	227	159	138	132	122	100	3 453
Toscana	1 040	277	334	364	285	205	140	159	111	104	93	3 112
Veneto	1 052	304	331	319	280	180	118	102	79	79	58	2 902
Liguria	968	233	281	283	258	160	108	84	71	78	43	2 567
Sicilia	748	220	235	220	170	156	128	84	90	70	35	2 156
Puglia	584	192	172	219	229	150	104	90	81	68	51	1 940
Campania	565	151	198	210	180	132	125	95	95	74	68	1 893
Sardegna	561	172	173	188	147	98	61	47	47	44	43	1 581
Marche	265	67	80	89	79	55	45	42	41	37	25	825
Calabria	162	43	54	56	60	32	26	14	10	25	14	496
Umbria	112	30	40	48	52	27	24	19	21	15	13	401
Friuli-Venezia Giulia	132	41	39	39	49	27	15	22	18	9	7	398
Abruzzo	109	37	39	47	41	31	18	25	15	16	14	392
Prov. autonoma di Trento	95	38	32	38	28	24	14	9	5	6	7	296
Prov. autonoma di Bolzano	64	16	19	24	27	17	13	7	11	7	4	209
Basilicata	38	19	12	19	20	7	11	8	3	4	3	144
Valle d'Aosta	22	6	5	7	10	3	5	5	2	3	1	69
Molise	9	5	3	5	2	2	3	1	5	2	2	39
Estero	100	30	32	38	21	32	34	21	19	24	27	378
Ignota	95	67	111	104	98	62	60	41	51	49	30	768
Totale	17 212	4 815	5 523	5 663	5 044	3 373	2 432	2 115	1 921	1 744	1 330	51 172

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	305	358	2,5
Asti	76	69	1,4
Biella	239	262	3,1
Cuneo	205	205	2,2
Novara	441	436	4,5
Torino	1 940	1765	3,8
Verbania	156	242	3,1
Vercelli	123	116	4,4
Aosta	74	69	1,7
Bergamo	1 231	1 165	6,4
Brescia	2 105	1 973	9,2
Como	649	634	5,5
Cremona	363	413	2,8
Lecco	353	308	7,0
Lodi	273	295	3,7

segue

Tabella 4 - (segue)

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Mantova	305	327	4,1
Milano	7 287	8 030	5,4
Pavia	1 234	689	3,9
Sondrio	81	112	2,8
Varese	1 671	1 564	6,0
Bolzano	225	209	1,1
Trento	294	296	2,0
Belluno	51	76	0,0
Padova	865	597	1,3
Rovigo	81	150	2,0
Treviso	297	299	2,0
Venezia	371	515	1,6
Verona	679	558	2,3
Vicenza	646	707	1,5
Gorizia	19	31	0,0
Pordenone	315	162	1,8
Trieste	138	73	0,8
Udine	67	132	0,8
Genova	1 796	1 674	6,4
Imperia	301	341	2,3
La Spezia	190	188	2,7
Savona	365	364	4,2
Bologna	1 535	1 380	3,4
Ferrara	385	409	3,3
Forlì	311	477	6,9
Modena	608	575	1,6
Parma	398	346	3,6
Piacenza	256	270	5,2
Ravenna	972	723	5,1
Reggio Emilia	426	380	3,3
Rimini	581	398	8,0
Arezzo	146	122	0,9
Firenze	1 021	994	3,8
Grosseto	218	283	4,2
Livorno	365	414	5,6
Lucca	150	321	2,7
Massa Carrara	230	257	5,0
Pisa	638	247	2,6
Pistoia	88	206	1,5
Prato	219	131	2,3
Siena	144	137	0,4
Perugia	340	295	2,5
Terni	124	106	1,8
Ancona	470	233	1,6
Ascoli Piceno	148	247	1,9
Macerata	84	122	2,0
Pesaro e Urbino	135	223	2,7
Frosinone	225	116	0,4
Latina	444	362	3,1
Rieti	115	46	2,7

segue

Tabella 4 - (segue)

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Roma	6 034	5 934	6,7
Viterbo	249	227	4,6
Chieti	61	80	0,8
L'Aquila	71	75	0,7
Pescara	170	116	2,8
Teramo	99	121	1,1
Campobasso	38	29	0,4
Isernia	2	10	1,1
Avellino	38	52	0,5
Benevento	10	33	1,0
Caserta	105	232	0,8
Napoli	1 558	1 356	2,3
Salerno	165	220	1,1
Bari	907	730	1,1
Brindisi	131	203	0,5
Foggia	363	347	1,9
Lecce	228	297	0,7
Taranto	251	363	4,7
Matera	7	39	0,5
Potenza	70	105	0,5
Catanzaro	201	157	1,6
Cosenza	41	102	0,9
Crotone	56	97	1,1
Reggio Calabria	62	108	0,7
Vibo Valentia	29	32	0,6
Agrigento	1	92	0,2
Caltanissetta	147	99	1,8
Catania	551	468	1,6
Enna	21	37	2,7
Messina	187	211	0,9
Palermo	1 006	886	1,7
Ragusa	55	55	0,7
Siracusa	96	148	0,7
Trapani	26	160	1,4
Cagliari	1 147	1 121	6,3
Nuoro	55	66	0,4
Oristano	-	42	2,5
Sassari	347	352	8,3
Esterio	-	378	-
Ignota	-	768	-
Totale	51 172	51 172	-

incidenza particolarmente elevati si riscontrano nell'ultimo anno a Brescia, Sassari, Rimini, Lecco, Forlì e Cagliari.

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 2,7% nel 1993-94 al 15,4% nel 2001-02).

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

Area geografica	< 1993	1993-94	1995-96	1997-98	1999-2000	2001-02	Totale
Italia	97,3	95,8	94,9	91,2	86,8	84,6	94,2
Africa	0,7	1,7	2,1	4,1	6,2	9,2	2,5
Asia	0,1	0,1	0,2	0,3	0,5	0,7	0,2
Europa Occidentale	0,5	0,6	0,9	0,8	0,5	0,4	0,6
Europa Est	0,1	0,1	0,1	0,4	0,6	0,8	0,2
Nord America	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
Sud America	0,9	1,4	1,5	2,6	3,2	3,1	1,6
Non specificata	0,2	0,2	0,2	0,6	1,9	1,2	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 71,3% 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 29,3% nel 2001 e per le femmine dal 7,2% nel 1990 al 26,6% 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 2002 le mediane sono salite rispettivamente a 40 e 36 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 61,0% 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 tra-

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 (1982-2002)		
	1990 n. 2 551	1995 n. 4 285	2001 n. 1 312	1990 n. 583	1995 n. 1 378	2001 n. 432	Maschi n. 39 829	Femmine n. 11 343	Totale n. 51 172
0	0,5	0,3	0,2	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	0,2	0,2	0,3	0,2
20-24	6,1	1,7	1,1	15,3	4,1	3,0	3,6	7,5	4,5
25-29	34,0	12,9	5,0	40,1	22,4	13,0	18,9	26,8	20,7
30-34	28,7	38,4	16,6	22,8	39,3	22,0	30,5	30,6	30,5
35-39	13,9	23,7	29,3	7,2	18,1	26,6	21,0	16,8	20,1
40-49	10,2	14,5	31,3	5,7	8,9	23,6	16,1	9,6	14,6
50-59	3,9	5,1	10,8	2,2	2,5	6,0	6,0	3,0	5,4
> 60	1,4	2,6	5,6	1,7	1,7	4,4	2,7	2,0	2,5

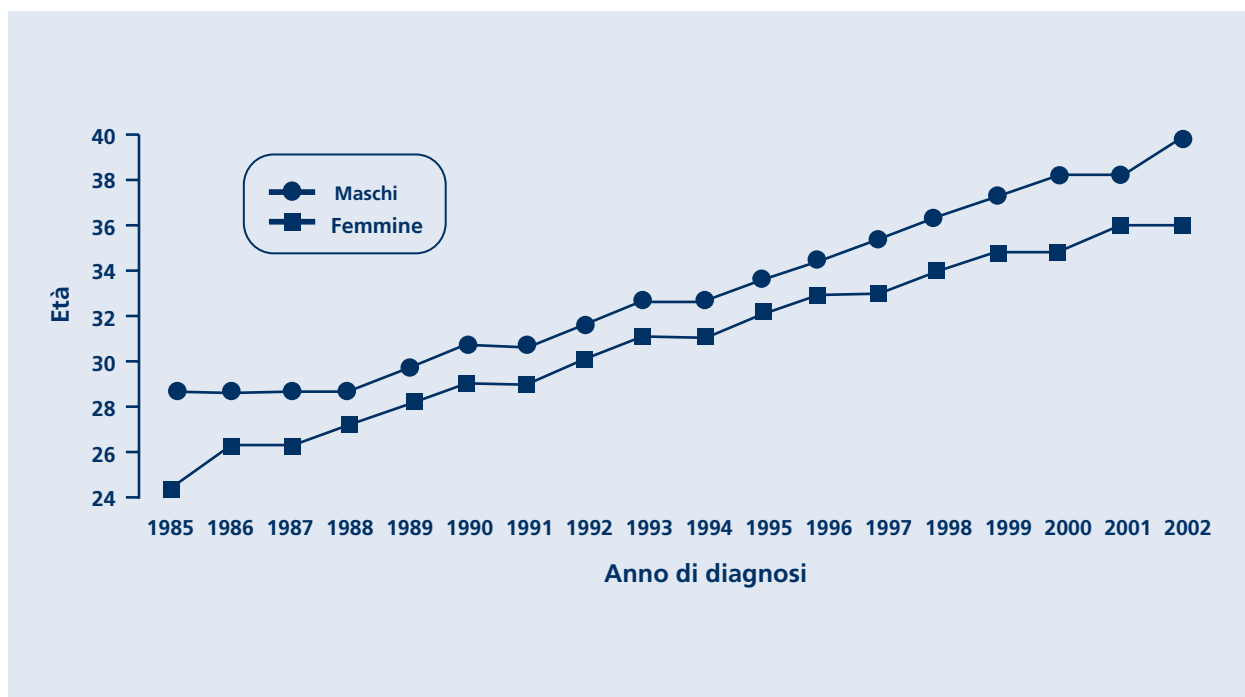


Figura 3 - Età mediana alla diagnosi per sesso e anno di diagnosi

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

Categoria di esposizione	< 1993	1993-94	1995-96	1997-98	1999-2000	2001-02	Maschi	Femmine	Totale
Omosessuale/Bisessuale	2 691	1 577	1 572	917	718	528	8 003	0	8 003
%	16,0	15,4	14,9	15,9	17,9	17,3	20,3	0,0	15,9
Tossicodipendente	11 348	6 463	6 343	2 924	1 646	1 132	23 790	6 066	29 856
%	67,4	63,2	60,0	50,8	41,0	37,1	60,3	55,3	59,2
Tossicodipendenti-Omosessuali	422	210	170	74	22	24	922	0	922
%	2,5	2,1	1,6	1,3	0,5	0,8	2,3	0,0	1,8
Emofilici	196	59	52	13	8	9	328	9	337
%	1,2	0,6	0,5	0,2	0,2	0,3	0,8	0,1	0,7
Trasfusi	202	81	82	22	23	7	238	179	417
%	1,2	0,8	0,8	0,4	0,6	0,2	0,6	1,6	0,8
Contatti eterosessuali	1 802	1 654	2 112	1 296	1 379	1 161	5 146	4 258	9 404
%	10,7	16,2	20,0	22,5	34,4	38,0	13,0	38,8	18,6
Altro/non determinato	168	181	240	507	218	193	1 046	461	1 507
%	1,0	1,8	2,3	8,8	5,4	6,3	2,6	4,2	3,0
Totale	16 829	10 225	10 571	5 753	4 014	3 054	39 473	10 973	50 446

smissione sessuale (omosessuale ed eterosessuale) e una corrispondente diminuzione dei casi attribuibili alle altre modalità di trasmissione. Particolare cautela è necessaria nell'interpretare l'andamento crescente dei casi appartenenti alla categoria "altro/non determinato". In una specifica indagine condotta dal COA (1), è stato osservato^x che la quasi totalità dei casi "altro/non de-

terminato" 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} (9 404 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	417	17	275	23	732
Partner bisessuale	0	0	35	34	69
Partner tossicodipendente	495	201	828	1 065	2 589
Partner emofilico/trasfuso	9	14	16	34	73
Partner di zona endemica	254	25	32	11	322
Partner promiscuo*	3 196	518	954	951	5 619
Totale	4 371	775	2 140	2 118	9 404

(*) 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^{xiii}. Le tre nuove patologie incluse nella definizione di caso del 1993 hanno contribuito per il 5,1% del totale delle diagnosi negli anni 1993-94, per l'8,6% nel 1995-96, per il 9,8% negli anni 1997-98 e per l'8,5% nel periodo 2001-02.

CASI PEDIATRICI

Dei 51 772 casi segnalati fino al 31 dicembre 2002, 725 (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	< 1993	1993-94		1995-96		1997-98		1999-2000		2001-02	
	20057 ^a	11 744	11 149 ^a	11 879	10 861 ^a	6 515	5 872 ^a	4 704	4 285 ^a	3 617	3 311 ^a
Definizione di caso dal 1987											
Candidosi (polmonare ed esofagea)	25,9	22,1	23,3	20,5	22,4	19,2	21,3	19,6	21,5	19,8	21,6
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	23,4	20,6	21,7	18,2	19,9	18,2	20,2	20,0	22,0	19,7	21,5
Toxoplasmosi cerebrale	8,1	9,3	9,8	7,8	8,6	7,2	8,0	6,4	7,0	6,6	7,2
Micobatteriosi ^b	5,3	7,1	7,5	7,1	7,8	7,2	8,0	6,7	7,4	6,2	6,8
Altre infezioni opportunistiche ^c	13,9	16,0	16,9	16,0	17,5	13,3	14,7	13,6	15,0	14,1	15,4
Sarcoma di Kaposi	5,3	4,6	4,9	4,6	5,0	4,9	5,4	5,1	5,6	5,4	5,9
Linfomi	3,0	2,7	2,9	3,1	3,3	4,5	5,0	5,0	5,4	5,3	5,8
Encefalopatia da HIV	7,1	6,3	6,6	7,4	8,1	7,4	8,2	6,3	6,9	5,8	6,3
"Wasting syndrome"	8,1	6,1	6,4	6,8	7,5	8,3	9,2	8,4	9,2	8,6	9,4
Definizione di caso dal 1993											
Carcinoma cervice uterina	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,7	0,0	0,6	0,0	0,5	0,0
Polmonite ricorrente	0,0	1,7	0,0	3,7	0,0	3,9	0,0	3,7	0,0	3,1	0,0
Tubercolosi polmonare	0,0	3,0	0,0	4,5	0,0	5,2	0,0	4,6	0,0	4,9	0,0

(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: criptococchi, criptosporidiosi, infezione da *Cytomegalovirus*, infezione da *Herpes simplex*, isosporidiosi, leucoencefalopatia multifocale progressiva, salmonellosi, coccidioomicosi, 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	Totale
Lombardia	111	11	19	22	19	5	4	4	1	2	2	200
Lazio	66	10	5	12	8	8	5	1	2	3	2	122
Emilia-Romagna	38	9	4	4	5	2	2	1	1	2	0	68
Toscana	22	2	7	7	1	2	3	2	3	0	0	49
Piemonte	19	4	4	3	3	7	0	0	0	0	2	42
Veneto	18	0	7	3	3	0	0	0	1	0	0	32
Campania	14	5	1	7	1	2	0	0	0	0	0	30
Liguria	17	4	3	4	1	0	1	0	0	0	0	30
Sicilia	14	3	4	4	0	0	1	0	0	0	2	28
Puglia	16	3	0	2	1	1	2	0	1	0	1	27
Sardegna	14	2	2	4	0	1	2	0	0	0	0	25
Abruzzo	5	2	1	1	1	0	0	1	0	1	0	12
Calabria	7	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	11
Trentino-Alto Adige	6	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	9
Umbria	2	0	0	3	1	0	0	1	1	1	0	9
Marche	5	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	7
Basilicata	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	3
Friuli-Venezia Giulia	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Molise	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
Estero	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	4
Ignota	6	0	0	2	4	0	1	0	1	0	1	15
Totale	382	56	57	83	53	30	22	11	11	9	11	725

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'uso 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	< 1993	1993-94	1995-96	1997-98	1999-2000	2001-02	Maschi	Femmine	Totale
Trasmissione verticale	359	107	134	48	16	14	324	354	678
%	94,0	94,7	98,5	92,3	72,7	70,0	91,0	95,9	93,5
Emofilici	15	0	0	0	0	0	15	0	15
%	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	2,1
Trasfusi	7	4	1	0	0	0	5	7	12
%	1,8	3,5	0,7	0,0	0,0	0,0	1,4	1,9	1,7
Altro/non determinato	1	2	1	4	6	6	12	8	20
%	0,3	1,8	0,7	7,7	27,3	30,0	3,4	2,2	2,8
Totale	382	113	136	52	22	20	356	369	725

sizione, anno di diagnosi e sesso. Dal 1993-94 a oggi non sono stati più riportati casi in emofilici. Dei 678 (93,5%) casi pediatrici che hanno contratto l'infezione dalla madre, 353 (52,1%) sono figli di madre tossicodipendente, mentre 243 (35,8%) 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 intersti-

ziale linfoide (dal 20,8% nel 1982-92 al 3,8% nel 2000-01) e un aumento della toxoplasmosi cerebrale (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 tera-

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

Patologie	< 1993 501	1993-94 140	1995-96 166	1997-98 59	1999-2000 21	2001-02 26
Candidosi (polmonare ed esofagea)	11,8	10,0	11,5	11,9	4,8	19,2
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	16,0	18,6	14,5	8,5	4,8	30,8
Toxoplasmosi cerebrale	1,8	0,0	1,2	1,7	9,5	0,0
Infezione da <i>Cytomegalovirus</i>	9,0	7,9	10,2	3,4	0,0	7,7
Micobatteriosi*	1,0	0,7	1,8	15,3	4,8	3,8
Infezioni batteriche ricorrenti	11,0	12,9	10,2	16,9	28,6	3,8
Polmonite interstiziale linfoide	20,8	10,0	9,6	11,9	0,0	3,8
Altre infezioni opportunistiche**	5,8	7,1	3,0	6,8	4,8	15,4
Tumori (sarcoma di Kaposi e linfomi)	2,0	1,4	4,2	1,7	0,0	3,8
Encefalopatia da HIV	13,6	18,6	23,5	16,9	42,9	7,7
"Wasting syndrome"	7,4	12,9	10,2	5,1	0,0	3,8

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

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

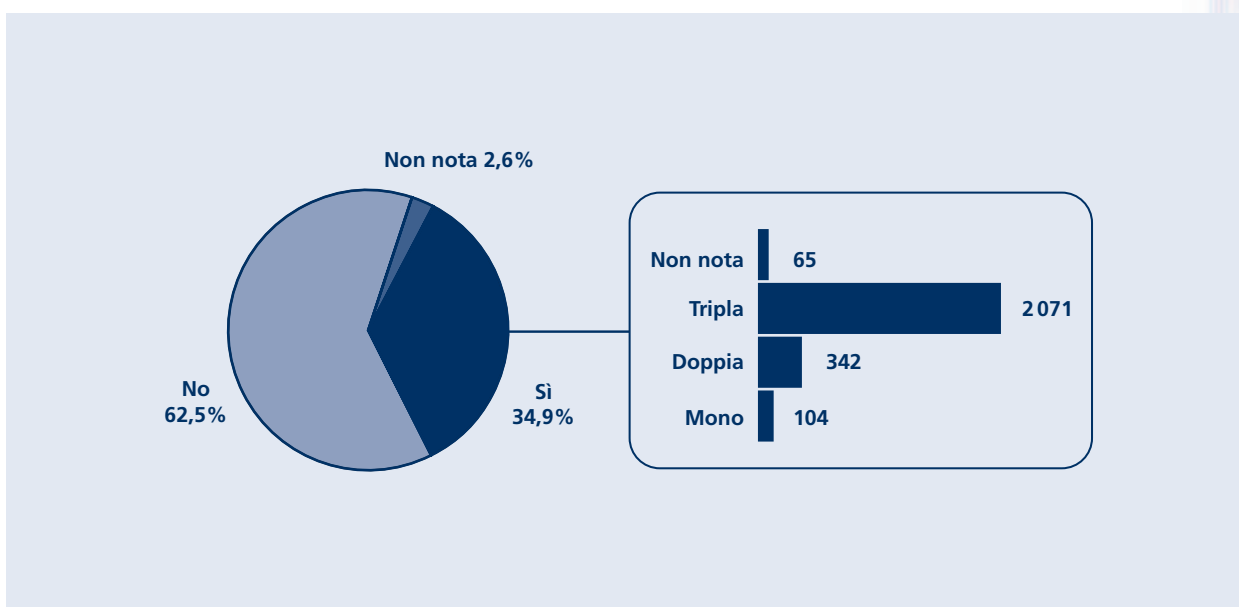


Figura 4 - Uso di terapie antiretrovirali e regime terapeutico

peutico antiretrovirale più aggressivo e profilassi delle infezioni opportunistiche effettuate prima della diagnosi di AIDS). La Figura 4 mostra che solo il 34,9% dei casi notificati 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 trasmissione, avendo soltanto il 23% dei pazienti con fattore di rischio sessuale (cioè omosessuali ed eterosessuali), contro oltre il 50% dei tossicodipendenti, effettuato una terapia antiretrovirale (Figura 5).

Il maggiore determinante di avere effettuato una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS è la consapevolezza della sieropositività. In Tabella 13 sono riportate le caratteristiche dei pazienti suddivisi per tempo tra 1° test HIV e diagnosi di AIDS. Si osserva che in proporzione i pazienti con la diagnosi di sieropositività vicina alla diagnosi di AIDS sono aumentati dal 1996 al 2002. Inoltre, la pro-

porzione 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*, polmonite (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.

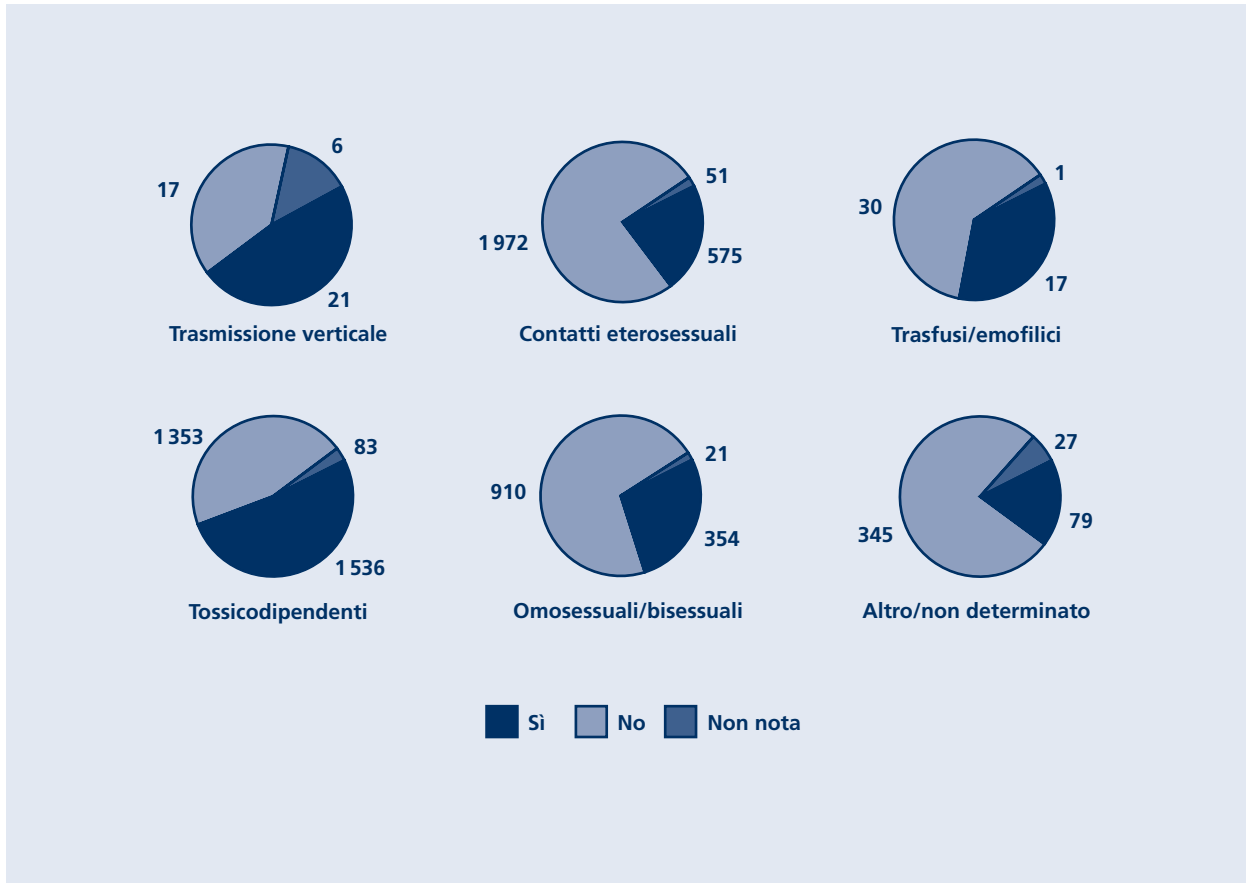


Figura 5 - Uso di terapie antiretrovirali pre-AIDS per categoria di trasmissione

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

Caratteristiche	Tempo tra 1° test HIV+ e diagnosi di AIDS			
	Alla diagnosi		Almeno 6 mesi prima	
	n. casi	%	n. casi	%
Anno di diagnosi				
1996	905	20,6	3 494	79,4
1997	1 042	33,1	2 110	66,9
1998	957	41,4	1 352	58,6
1999	964	46,5	1 107	53,5
2000	904	48,1	974	51,9
2001	827	48,6	876	51,4
2002	662	50,7	644	49,3
Sesso				
Maschi	4 903	38,2	7 936	61,8
Femmine	1 358	34,1	2 621	65,9
Modalità di trasmissione				
Tossicodipendente	1 070	13,0	7 168	87,0
Omo/Bisessuale	1 551	55,8	1 230	44,2
Contatti eterosessuali	2 869	61,8	1 774	38,2
Trasmissione verticale	18	50,0	18	50,0
Altro/non determinato	753	67,2	367	32,8
Area geografica di provenienza				
Italia	5 094	33,7	10 021	66,3
Estero	1 074	68,8	487	31,2
Non nota	93	65,5	49	34,5

COMMENTO

La diminuzione dell'incidenza dei casi di AIDS osservata a partire dalla metà del 1996 sembra ormai tendere alla stabilizzazione. Nel 2002 i casi di diagnosi attesi (tenendo conto del ritardo di notifica) sono solo lo 0,01% meno di quelli del 2001.

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 una stima precisa della diffusione dei farmaci anti-retrovirali, e di eventuali differenze nei singoli sottogruppi, rendono più problematica la stima della curva epidemica delle infezioni da HIV.

Tuttavia, il serbatoio di infezione è ancora ampio, e si stima che i sieropositivi nel nostro Paese siano fra gli 80 000 e i 110 000. I sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per ora attivi solo in alcune regioni, mostrano una stabilizzazione dell'incidenza delle nuove diagnosi negli ultimi tre anni. È quindi necessario non abbassare la 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	684	110	1	1 414	37	232
	2000	636	101	1	968	41	234
	2001	606	100	1	1 172	38	228
	2002	453	91	0	1 285	36	217
No	1999	1 246	51	0	1 259	19	132
	2000	1 165	49	0	1 134	20	121
	2001	1 047	48	0	1 420	21	118
	2002	819	52	0	855	20	115
Totale		6 656	65	0	1 420	24	158

Terapia antiretrovirale pre-AIDS		Anno di diagnosi	Viremia (log ₁₀ copie/ml) alla diagnosi				
			n.	Mediana	Min	Max	P25
Si	1999	682	4,81	0,30	6,72	3,60	5,44
	2000	631	4,87	0,65	6,70	3,68	5,42
	2001	586	4,77	0,80	7,04	3,20	5,43
	2002	423	4,81	0,80	6,43	3,30	5,38
No	1999	1 185	5,31	0,65	6,83	4,83	5,70
	2000	1 110	5,32	0,85	7,76	4,88	5,70
	2001	997	5,31	0,65	7,71	4,90	5,70
	2002	750	5,32	0,85	6,95	4,87	5,70
Totale		6 364	5,18	0,30	7,76	4,56	5,64

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 e esofagea)	660	23,4	966	17,3	56	24,1	1 682
Criptococcosi extrapolmonare	72	2,6	198	3,6	7	3,0	277
<i>Cytomegalovirus</i> compresa retinite	114	4,0	320	5,7	8	3,4	442
Encefalopatia da HIV	191	6,8	330	5,9	16	6,9	537
<i>Herpes simplex</i>	17	0,6	53	1,0	1	0,4	71
Sarcoma di Kaposi	116	4,1	344	6,2	5	2,2	465
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	209	7,4	228	4,1	7	3,0	444
Micobatteriosi	103	3,7	135	2,4	7	3,0	245
Tubercolosi	218	7,7	508	9,1	16	6,9	742
<i>Pneumocystis carinii</i> , polmonite	366	13,0	1 289	23,1	47	20,3	1 702
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	78	2,8	120	2,2	4	1,7	202
Sepsi da salmonella ricorrente	12	0,4	38	0,7	3	1,3	53
Toxoplasmosi cerebrale	143	5,1	401	7,2	16	6,9	560
"Wasting syndrome"	268	9,5	431	7,7	25	10,8	724
Carcinoma cervicale invasivo	40	1,4	11	0,2	0	0,0	51
Polmonite ricorrente	153	5,4	128	2,3	13	5,6	294
Altro	59	2,1	72	1,3	1	0,4	132
Totale	2 819	100,0	5 572	100,0	232	100,0	8 623

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 e esofagea)	30	15,5	41	18,5	416	25,5	107	23,0	594		
Criptococchi extrapolmonare	5	2,6	1	0,5	53	3,3	5	1,1	64		
<i>Cytomegalovirus</i> compresa retinite	7	3,6	2	0,9	82	5,0	9	1,9	100		
Encefalopatia da HIV	14	7,3	10	4,5	108	6,6	38	8,2	170		
<i>Herpes simplex</i>	0	0,0	1	0,5	12	0,7	1	0,2	14		
Sarcoma di Kaposi	14	7,3	17	7,7	52	3,2	19	4,1	102		
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	24	12,4	35	15,8	77	4,7	56	12,0	192		
Micobatteriosi	11	5,7	1	0,5	62	3,8	11	2,4	85		
Tubercolosi	16	8,3	37	16,7	87	5,3	58	12,5	198		
<i>Pneumocystis carinii</i> , polmonite	19	9,8	15	6,8	239	14,7	40	8,6	313		
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	9	4,7	5	2,3	43	2,6	15	3,2	72		
Sepsi da salmonella ricorrente	1	0,5	0	0,0	9	0,6	1	0,2	11		
Toxoplasmosi cerebrale	15	7,8	3	1,4	102	6,3	8	1,7	128		
"Wasting syndrome"	11	5,7	12	5,4	183	11,2	30	6,5	236		
Carcinoma cervicale invasivo	2	1,0	10	4,5	12	0,7	11	2,4	35		
Polmonite ricorrente	11	5,7	23	10,4	65	4,0	43	9,2	142		
Altro	4	2,1	9	4,1	28	1,7	13	2,8	54		
Totale	193 100,0		222 100,0		1 630 100,0		465 100,0		2 510		

(*) copie/ml

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

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

NOTE TECNICHE

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

News

IL CD-ROM "ELISA"

L'Unità Operativa Prevenzione Infezioni Virali della ASL RMA, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e la ASL AN/7 e con la consulenza di esperti della Caritas, della dirigenza medica della Sanità Militare e Carceraria, di diverse ASL, istituzioni pubbliche e private, ha elaborato un CD-Rom multimediale e interattivo "ELISA", che affronta, in un'ottica multidisciplinare, le tematiche relative all'infezione da HIV-1. Il CD-Rom, valido strumento di lavoro per operatori sanitari e medici di medicina generale impegnati nella prevenzione e cura dell'AIDS, è di facile consultazione e rientra nel quadro del *Community Program* (modello di sperimentazione organizzata attraverso l'integrazione di strutture pubbliche, private e associazioni di volontariato impegnate nella lotta all'AIDS). Obiettivo di tale programma è quello di promuovere, su tutto il territorio nazionale, una rete di referenti regionali con il Ministero della Salute per la prevenzione della diffusione del virus HIV-1 e di sviluppare una strategia comune d'intervento.

Per informazioni rivolgersi a:

Catia Valdarchi, COA, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS
Tel. 06 49902695; e-Mail: catia.valdarchi@iss.it

Per richiesta copie del CD-Rom rivolgersi a:

Unità Operativa Prevenzione Infezioni Virali ASL RM/A
Via Lampedusa 23, 00141 Roma
Tel. 06 87284331-4216; Fax: 06 8171661; e-Mail: lorenzetti@anlaidis.it

News

LINEE GUIDA SULLA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI E PERSONE HIV POSITIVE

La ASL della Provincia di Mantova e l'Azienda Ospedaliera "Ospedale C. Poma di Mantova", in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e il Centro di collaborazione OMS/FAO per la Sanità Pubblica Veterinaria (avente sede presso l'Istituto stesso), hanno elaborato delle linee guida per persone HIV positive nelle quali vengono riportate alcune indicazioni per ridurre il rischio di contrarre infezioni durante la manipolazione e il consumo di cibo. Tali linee guida chiariscono le caratteristiche igieniche che le persone immunodepresse debbono esigere dagli alimenti. L'alimentazione delle persone con problemi di salute, infatti, deve essere adeguata per poter assicurare tutti gli elementi necessari e non costituire una fonte di contagio di patologie secondarie. Il documento è il risultato dell'esperienza acquisita nell'ambito del progetto "Prevenzione dai rischi legati al consumo di alimenti e al contatto con animali domestici nelle persone con infezione da HIV".

Per informazioni rivolgersi a:

Catia Valdarchi, COA, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS
Tel. 06 49902695; e-Mail: catia.valdarchi@iss.it

Luigi Gaidella
Servizio Veterinario, ASL di Mantova
Tel. 0376 558868

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 0649902944-2946
fax +39 0649902253

<http://www.iss.it/notiziario>

