

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
Reparto AIDS e MST (COA)

Viale Regina Elena 299 - 00161 Roma

☎ 06 - 49387209/11/13

Fax 06 - 49387210

e-mail coa@iss.it

***Sindrome da Immunodeficienza
Acquisita (AIDS) in Italia***

***Aggiornamento dei casi notificati
al 30 Giugno 2001***

Disponibile su INTERNET all'indirizzo <http://www.iss.it/iss/sae/Notiziar.htm>



COMMISSIONE NAZIONALE PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS
Ministero della Sanità



INDICE DELLE ILLUSTRAZIONI

FIGURE:		Pagina
Figura 1:	Casi di AIDS in Italia per trimestre di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 30 Giugno 2001	2
Figura 2:	Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (x100.000 ab.) per i casi notificati tra Luglio 2000 e Giugno 2001	5
Figura 3 :	Età mediana alla diagnosi per sesso ed anno di diagnosi	8
Figura 4 :	Uso di terapie antiretrovirali e regime terapeutico	12
Figura 5 :	Uso di terapie antiretrovirali pre-AIDS per categoria di trasmissione	12
TABELLE:		
Tabella 1:	Distribuzione annuale dei casi di AIDS, dei casi corretti per ritardo di notifica, dei decessi e del tasso di letalità	3
Tabella 2	Distribuzione annuale dei casi prevalenti di AIDS per regione di residenza	3
Tabella 3:	Distribuzione dei casi di AIDS per regione di residenza e per anno di diagnosi	4
Tabella 4:	Distribuzione dei casi di AIDS per provincia di segnalazione, di residenza e tasso di incidenza per provincia di residenza	6
Tabella 5:	Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per nazionalità anagrafica	7
Tabella 6:	Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso negli anni 1990, 1995 e 2000	7
Tabella 7:	Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per categoria di esposizione e per anno di diagnosi	8
Tabella 8:	Distribuzione dei casi adulti di AIDS in eterosessuali per tipo di rischio e sesso	9
Tabella 9:	Frequenza relativa delle patologie indicative di AIDS in adulti per anno di diagnosi	9
Tabella 10:	Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS in Italia per regione di residenza e per anno di diagnosi	10
Tabella 11:	Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS per categoria di esposizione, per anno di diagnosi e per sesso	11
Tabella 12:	Frequenza relativa delle patologie indicative di AIDS in casi pediatrici per anno di diagnosi	11
Tabella 13:	Differenze percentuali (Δ) dei casi AIDS per categoria di trasmissione e periodo di notifica	13

Nelle pagine 14-15 sono riportate alcune "Note tecniche" e "Bibliografiche", indicate nel testo del Rapporto con un numero in corsivo e in apice (es.: "...anno della prima diagnosi di AIDS in Italia¹...")

DISTRIBUZIONE TEMPORALE E GEOGRAFICA DEI CASI

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia¹, al 30 Giugno 2001, sono stati notificati al COA 48.488 casi cumulativi di AIDS². Di questi, 37.799 (78,0%) erano di sesso maschile, 702 (1,4%) in età pediatrica (<13 anni), e 2.548 (5,2%) erano stranieri. L'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, era di 34 anni per i maschi (range: 13 anni - 85 anni), e di 31 anni (range: 13 anni - 80 anni) per le femmine.

L'andamento temporale

Nel primo semestre del 2001 sono stati notificati³ al COA **989** nuovi casi di AIDS, di cui 499 (50,5%) diagnosticati nell'ultimo semestre e 490 riferiti a diagnosi effettuate nei semestri precedenti.

La Figura 1 mostra l'andamento del numero dei casi di AIDS segnalati al Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), corretti per ritardo di notifica⁴. Nella stessa figura è riportato l'andamento dei tassi di incidenza per anno di diagnosi, che evidenzia un costante incremento dell'incidenza dei casi di AIDS notificati nel nostro Paese sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione nel 1996, che è stata analizzata in dettaglio nel Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 1997, vol. 10, N.9 (Suppl. 1).

La tabella 1 riporta il numero dei casi e dei deceduti per anno di diagnosi e il relativo tasso di letalità. In totale, 31.861 pazienti (64,7%) risultano deceduti al 30 Giugno 2001. Nonostante il numero di decessi per AIDS sia ancora sottostimato⁵, a causa della non obbligatorietà della notifica di decesso, il dato riportato è più accurato, rispetto ai precedenti notiziari, grazie ad un'indagine nazionale⁶ sullo stato in vita dei casi di AIDS effettuata nel corso del 1998. Nella tabella 1, oltre al numero annuale di nuovi casi corretto per ritardo di notifica, è riportata la stima dei casi cumulativi di AIDS al 30 Giugno 2001 (49.012 casi).

Figura 1. Casi di AIDS in Italia per semestre di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 30-06-2001

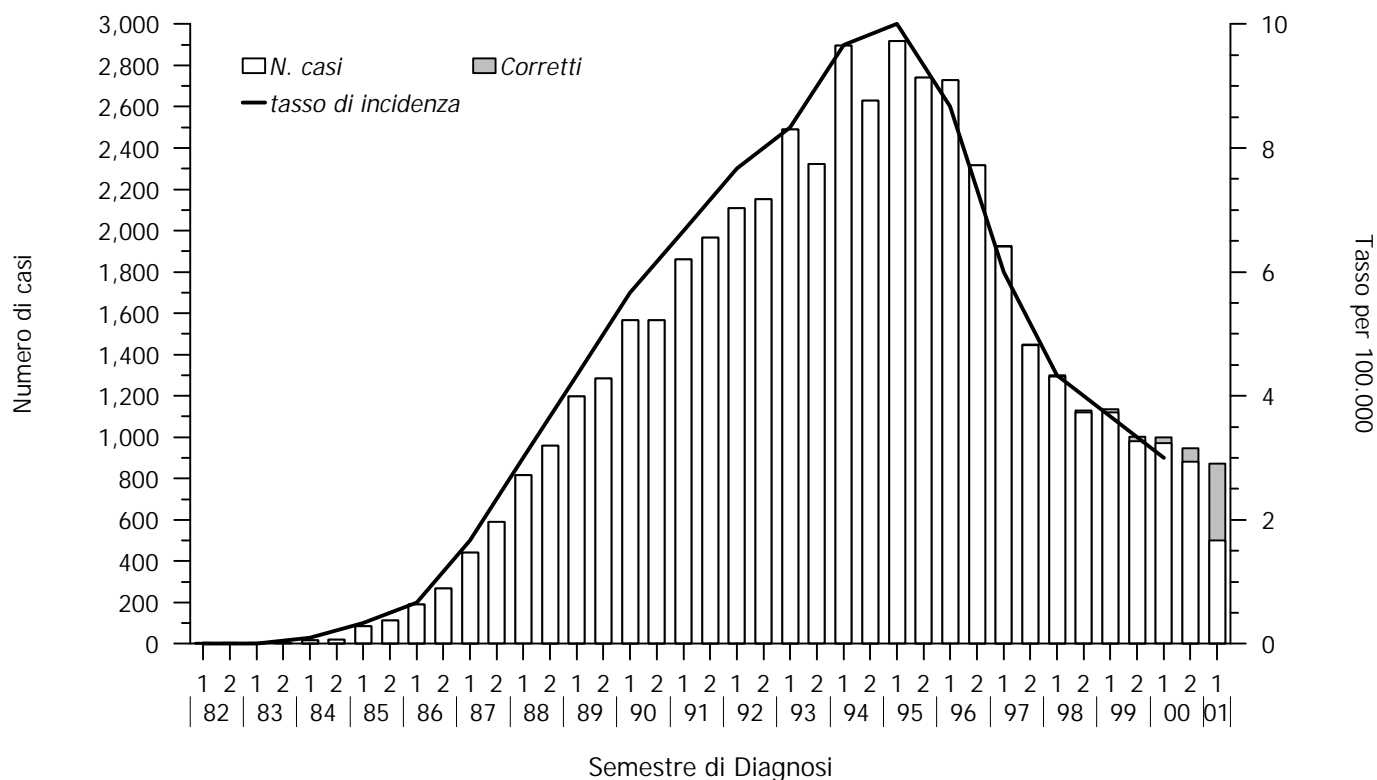


Tabella 1: Distribuzione annuale dei casi di AIDS, dei casi corretti per ritardo di notifica, dei decessi e del tasso di letalità

Anni	Casi diagnosticati	Casi corretti per ritardo 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	1030	1030	563	967	93.9
1988	1775	1775	857	1652	93.1
1989	2482	2482	1397	2302	92.7
1990	3134	3134	1931	2883	92.0
1991	3827	3827	2605	3497	91.4
1992	4261	4261	3266	3805	89.3
1993	4814	4814	3640	3968	82.4
1994	5524	5524	4307	4258	77.1
1995	5661	5661	4519	3560	62.9
1996	5045	5046	4106	2168	43.0
1997	3368	3374	2060	952	28.3
1998	2413	2427	964	536	22.2
1999	2102	2135	648	367	17.5
2000	1851	1947	474	232	12.5
2001**	499	872	149	49	9.8
Totale	48488	49012	31861	31861	64.7

*Il numero di decessi indica quanti dei pazienti, diagnosticati in uno specifico anno, risultano deceduti al 30-06-2001;

[#]il tasso di letalità è calcolato come il rapporto tra i decessi per anno di diagnosi ed i casi diagnosticati nello stesso anno

**I semestre 2001

Il numero dei casi prevalenti⁷ per anno e per regione viene mostrato in tabella 2

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

REGIONE	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*
Lombardia	2816	3281	3844	4125	4159	3856	3893	4154	4600	4620
Lazio	1243	1441	1643	1926	2035	1997	2065	2094	2280	2250
Emilia Romagna	921	1038	1231	1356	1335	1141	1162	1164	1326	1331
Piemonte	662	716	845	890	947	870	875	901	998	982
Toscana	541	624	736	812	808	764	759	864	949	967
Campania	328	376	485	578	659	710	799	869	951	965
Sicilia	442	548	633	681	694	714	756	790	865	877
Veneto	626	708	796	837	847	766	736	774	840	843
Liguria	506	549	642	697	731	702	712	736	778	796
Puglia	328	430	479	559	627	627	651	698	768	790
Sardegna	328	395	443	486	485	475	478	501	531	537
Marche	154	178	198	220	233	212	229	239	275	283
Calabria	89	106	130	141	163	158	164	172	180	187
Friuli Venezia Giulia	80	96	114	121	135	131	122	140	157	155
Abruzzo	61	83	100	119	122	120	124	136	146	153
Umbria	72	75	87	101	124	115	122	132	150	146
Trento	66	86	104	116	120	119	117	120	123	120
Bolzano	46	45	46	60	68	71	74	78	87	84
Basilicata	20	29	31	39	47	34	42	46	48	50
Val D'Aosta	18	20	20	20	29	25	24	24	26	27
Molise	5	7	7	10	8	7	9	9	13	14
Estera	55	78	100	125	126	146	175	188	204	207
Ignota	76	122	201	250	293	297	322	350	391	392
Totale	9483	11031	12915	14269	14795	14057	14410	15179	16686	16776

* I semestre 2001

La distribuzione geografica

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

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

Frequenza	<1993	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	Totale
Lombardia	5449	1502	1742	1674	1504	940	637	628	545	144	14765
Lazio	2181	623	649	736	663	496	357	304	244	45	6298
Emilia Romagna	1672	437	572	567	496	312	229	169	202	60	4716
Piemonte	1190	304	369	366	347	225	158	137	124	20	3240
Toscana	1040	277	334	364	284	206	140	158	110	41	2954
Veneto	1051	304	331	319	280	181	117	102	77	20	2782
Liguria	968	233	283	283	258	157	105	81	54	28	2450
Sicilia	748	221	236	219	169	157	127	83	88	18	2066
Puglia	584	192	172	219	230	151	104	90	81	29	1852
Campania	565	150	199	210	182	131	123	96	92	21	1769
Sardegna	561	172	173	187	146	92	48	41	35	8	1463
Marche	265	67	80	89	79	55	46	42	41	18	782
Calabria	162	43	53	55	60	32	26	14	10	8	463
Friuli Venezia	132	41	39	39	49	27	15	22	18	.	382
Umbria	112	30	40	48	52	27	24	19	21	1	374
Abruzzo	109	37	39	47	41	31	18	24	15	11	372
Trento	95	38	32	38	28	24	14	9	5	1	284
Bolzano	64	16	19	24	27	17	13	7	11	1	199
Basilicata	38	19	12	19	20	7	10	8	3	2	138
Val D'Aosta	22	6	5	7	10	3	5	5	2	1	66
Molise	9	5	3	5	2	2	3	1	4	1	35
Estera	100	30	32	38	21	32	35	21	19	4	332
Ignota	94	67	110	108	97	63	59	41	50	17	706
Totale	17211	4814	5524	5661	5045	3368	2413	2102	1851	499	48488

* I semestre 2001

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, l'Emilia Romagna e la Liguria. E' evidente la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro Paese, come risulta dai tassi di incidenza che continuano ad essere mediamente più bassi nelle regioni meridionali.

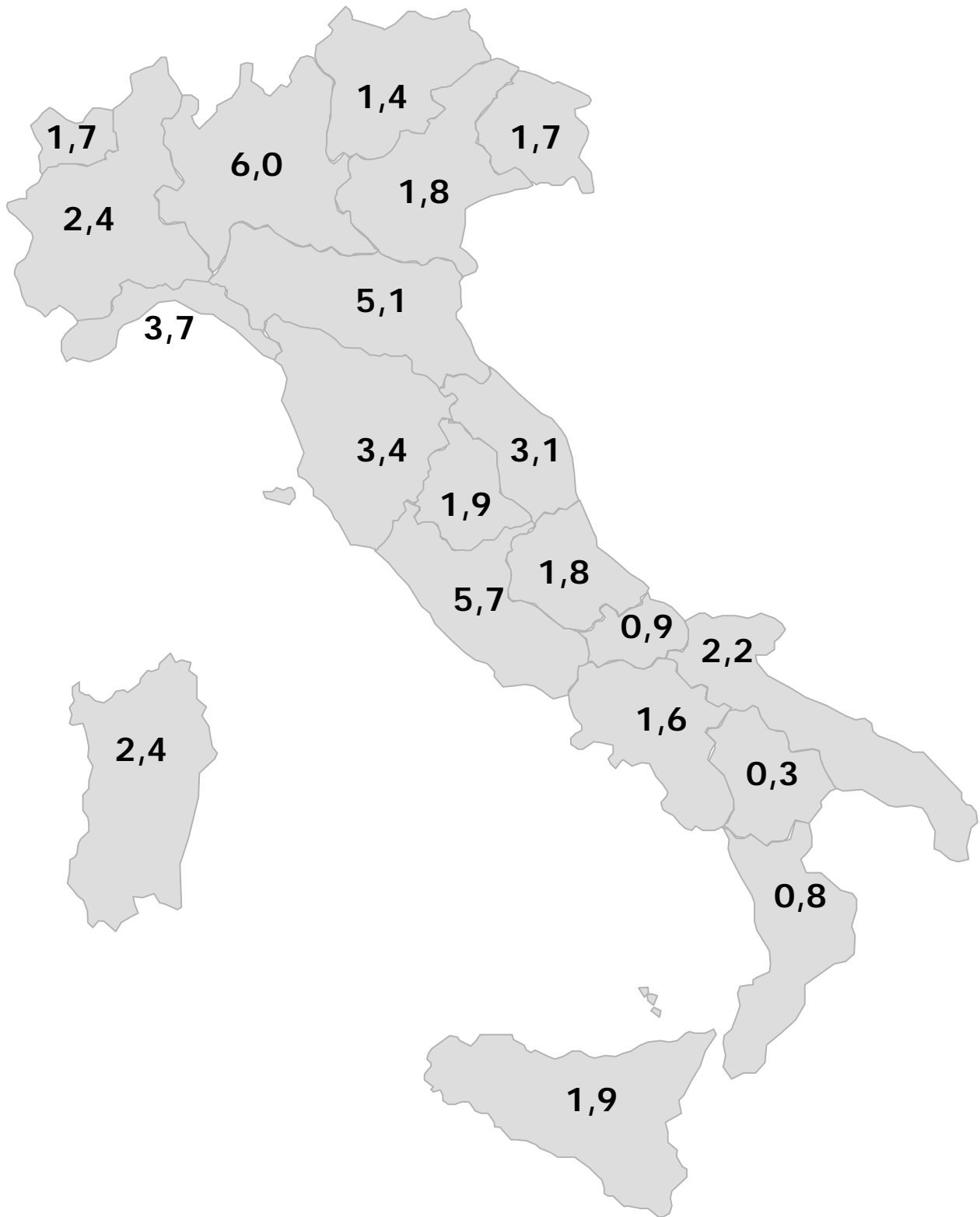


Figura 2. Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (per 100.000 abitanti) per i casi notificati tra Luglio 2000 e Giugno 2001

La Tabella 4 riporta la distribuzione dei casi per provincia di segnalazione e di residenza⁸. Tassi di incidenza particolarmente elevati si riscontrano nell'ultimo anno a Brescia, Ravenna, Lecco, Roma e Ferrara.

Tabella 4. Distribuzione dei casi di AIDS per provincia di segnalazione e di residenza e tasso di incidenza per provincia di residenza⁸

<i>Provincia</i>	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza	<i>Provincia</i>	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Brescia	1964	1841	9.4	Crotone	56	93	2.2
Ravenna	942	699	9.1	Napoli	1461	1267	2.1
Lecco	330	284	8.3	Teramo	94	116	2.1
Roma	5650	5591	7.1	Bari	885	705	2.0
Ferrara	363	389	6.7	Bolzano	215	199	2.0
Varese	1583	1483	6.2	Catania	516	439	2.0
Verbania	141	226	6.2	Cuneo	191	188	2.0
Milano	6946	7713	6.0	L'Aquila	69	72	2.0
Pavia	1186	662	5.8	Asti	73	65	1.9
Lucca	140	306	5.6	Foggia	347	331	1.9
Bergamo	1150	1086	5.4	Vicenza	631	687	1.9
Rimini	545	371	5.3	Ancona	446	219	1.8
Ascoli Piceno	137	234	5.2	Aosta	71	66	1.7
Cremona	346	400	5.2	Alessandria	291	341	1.6
Grosseto	211	272	5.2	Arezzo	135	116	1.6
Bologna	1495	1335	5.1	Trapani	25	153	1.6
Forlì	281	446	5.1	Pistoia	81	198	1.5
Genova	1708	1587	4.6	Sassari	298	306	1.5
Sondrio	80	104	4.5	Benevento	8	30	1.4
Modena	579	552	4.4	Gorizia	19	31	1.4
Parma	369	315	4.3	Messina	177	201	1.4
Firenze	969	945	4.1	Udine	64	126	1.4
Cagliari	1085	1055	4.0	Campobasso	35	26	1.3
Taranto	220	329	3.9	Catanzaro	185	148	1.3
Reggio Emilia	400	357	3.8	Rieti	110	42	1.3
Imperia	295	333	3.7	Salerno	148	202	1.3
Livorno	344	390	3.6	Caserta	105	222	1.2
Pordenone	299	156	3.6	Lecce	220	288	1.1
Latina	431	346	3.5	Ragusa	53	53	1.0
Macerata	80	116	3.4	Venezia	361	496	1.0
Pisa	617	230	3.4	Belluno	52	77	0.9
Mantova	292	311	3.3	Terni	117	97	0.9
Caltanissetta	140	94	3.2	Trento	283	284	0.9
Prato	207	122	3.2	Siena	140	132	0.8
Rovigo	69	140	3.2	Nuoro	54	65	0.7
Savona	349	352	3.2	Reggio C.	60	102	0.7
Biella	230	253	3.1	Agrigento	1	88	0.6
Pescara	163	107	3.1	Frosinone	219	114	0.6
Como	616	593	3.0	Padova	846	577	0.6
Brindisi	129	199	2.9	Vibo Valentia	28	29	0.6
Verona	653	532	2.9	Chieti	58	77	0.5
Vercelli	114	107	2.8	Enna	19	32	0.5
Viterbo	230	205	2.8	Potenza	66	100	0.5
Lodi	267	288	2.7	Cosenza	33	91	0.4
Palermo	977	863	2.7	La Spezia	178	178	0.4
Siracusa	96	143	2.7	Trieste	127	69	0.4
Treviso	262	273	2.7	Avellino	35	48	0.2
Piacenza	234	252	2.6	Isernia	2	9	0.0
Massa Carrara	213	243	2.5	Matera	6	38	0.0
Novara	430	419	2.4	Oristano	0	37	0.0
Perugia	314	277	2.4	Estera	---	332	---
Pesaro e U.	127	213	2.4	Ignota	---	706	---
Torino	1796	1641	2.3	Totale	48488	48488	

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 3,6% nel 1992-93 al 14,4% nel 2000-primo semestre 2001).

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

Area geografica	<1992	1992-93	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01*	Totale
<i>Italia</i>	97.3	96.6	95.5	93.7	88.6	85.6	94.7
<i>Africa</i>	0.7	1.3	1.8	2.7	5.2	7.5	2.1
<i>Asia</i>	0.1	0.1	0.1	0.3	0.4	0.6	0.2
<i>Europa Occidentale</i>	0.5	0.5	0.7	1.0	0.7	0.5	0.7
<i>Europa Est</i>	0.1	0.1	0.1	0.2	0.7	0.6	0.2
<i>Nord America</i>	0.2	0.1	0.2	0.0	0.1	0.2	0.2
<i>Sud America</i>	0.9	1.0	1.5	1.9	3.1	2.7	1.5
<i>Non Specificata</i>	0.2	0.2	0.2	0.2	1.1	2.3	0.4

* I semestre 2001

Per quanto riguarda la distribuzione geografica dei casi di AIDS, si evidenzia, nell'ultimo anno, una riduzione dei tassi di incidenza regionali e provinciali più marcata nelle regioni del nord Italia.

I principali fattori che potrebbero spiegare la differente entità della riduzione di incidenza in aree diverse sono:

- un probabile aumento del ritardo di notifica legato alla riorganizzazione del sistema di sorveglianza in alcune regioni;
- una reale riduzione dell'incidenza di AIDS più marcata in determinate aree, attribuibile ad esempio ad un più facile accesso dei sieropositivi alle terapie antiretrovirali, con conseguente ritardo della diagnosi di AIDS.

Dal momento che non è possibile escludere altri fattori in grado di determinare variazioni geografiche nella riduzione dei tassi di incidenza, si raccomanda di interpretare con cautela l'attuale andamento.

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E MODALITÀ' DI TRASMISSIONE

La tabella 6 mostra la distribuzione dei casi per fascia d'età e sesso negli anni '90, '95 e nel 2000. Il 72,4% 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 30,9% nel 2000 e per le femmine dal 7,2% nel 1990 al 23,4% nel 2000).

Tabella 6: Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso negli anni 1990, 1995 e 2000.

Anno di diagnosi	Maschi			Femmine			Totale (1982-2001*)		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000	Maschi	Femmine	Totale
	<i>N. 2551</i>	<i>N. 4283</i>	<i>N. 1403</i>	<i>N. 583</i>	<i>N. 1378</i>	<i>N. 448</i>	<i>N. 37799</i>	<i>N. 10689</i>	<i>N. 48488</i>
Età (anni)									
0	0.5	0.3	0.0	1.7	0.9	0.4	0.3	1.3	0.5
1- 4	0.4	0.3	0.3	2.1	1.0	0.0	0.3	1.3	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	0.1	0.2	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1
13-14	0.2	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	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	0.9	15.3	4.0	4.9	3.8	7.7	4.6
25-29	34.0	12.9	5.3	40.1	22.4	15.2	19.7	27.7	21.5

30-34	28.7	38.4	18.3	22.8	39.3	28.1	31.2	31.2	31.2
35-39	13.9	23.7	30.9	7.2	18.1	23.4	20.7	16.0	19.7
40-49	10.2	14.5	27.9	5.7	8.9	19.2	15.1	8.9	13.7
50-59	3.9	5.1	10.8	2.2	2.6	4.5	5.8	2.9	5.1
>60	1.4	2.6	5.6	1.7	1.7	3.8	2.5	1.9	2.4

* I semestre 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 2000 le mediane sono salite rispettivamente a 39 e 35 anni (Figura 3). Nell'ultimo decennio la proporzione di pazienti di sesso femminile tra i casi adulti è andata progressivamente aumentando, passando dal 16,0% del 1985 al 24,2% del 2000 (dati non mostrati).

Figura 3: Età mediana alla diagnosi per sesso ed anno di diagnosi.

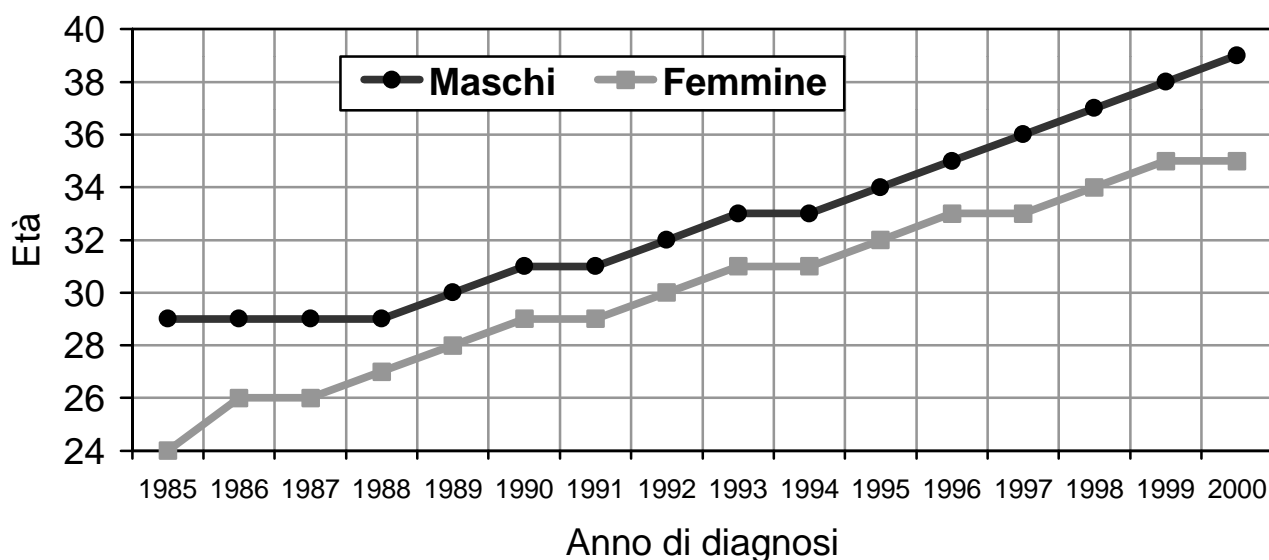


Tabella 7: Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per categoria di esposizione e per anno di diagnosi

Categoria di Esposizione	<1994	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	Totale	Maschi	Femmine
Omosessuali	3397	870	817	750	497	416	342	361	90	7540	7540	0
%	15.7	15.9	14.6	15.0	14.9	17.4	16.4	19.6	18.1	15.8	20.1	0.0
Tossicodipendenti	14394	3418	3386	2954	1789	1118	923	690	207	28879	23009	5870
%	66.7	62.5	60.7	59.2	53.6	46.8	44.1	37.4	41.6	60.4	61.4	56.8
TD-OMO**	516	115	101	68	49	25	8	14	4	900	900	0
%	2.4	2.1	1.8	1.4	1.5	1.0	0.4	0.8	0.8	1.9	2.4	0.0
Emofilici	226	30	28	24	9	4	4	4	3	332	323	9
%	1.0	0.5	0.5	0.5	0.3	0.2	0.2	0.2	0.6	0.7	0.9	0.1
Trasfusi	245	37	47	36	15	8	15	8	1	412	234	178
%	1.1	0.7	0.8	0.7	0.4	0.3	0.7	0.4	0.2	0.9	0.6	1.7
Contatti etero	2550	906	1083	1035	691	608	680	665	164	8382	4518	3864
%	11.8	16.6	19.4	20.7	20.7	25.4	32.5	36.1	33.0	17.5	12.1	37.4
Altro/Non det.	259	91	116	126	288	212	119	102	28	1341	932	409
%	1.2	1.7	2.1	2.5	8.6	8.9	5.7	5.5	5.6	2.8	2.5	4.0
Totale	21587	5467	5578	4993	3338	2391	2091	1844	497	47786	37456	10330

* I semestre 2001

**TD-OMO = Tossicodipendenti/Omosessuali.

La distribuzione dei casi adulti per anno di diagnosi e categoria di esposizione⁹ (Tabella 7) evidenzia come il 62,3% del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti + tossicodipendenti/omosessuali). La distribuzione nel tempo mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale (omosessuale ed eterosessuale) ed 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": infatti, l'indagine periodica condotta su questi casi, volta alla riclassificazione dei fattori di rischio, non è completa per i casi con diagnosi recente. Pertanto è stata stimata¹⁰ la proporzione di casi con fattore di rischio "altro/non determinato" che verrebbe riattribuita alle diverse categorie di esposizione in base a quanto era emerso da una precedente indagine condotta dal COA (vedi Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità Vol.11, N. 1, supplemento 1, gennaio 1998). Secondo l'attuale stima la metà dei maschi e tre quarti delle femmine verrebbero riattribuiti alla categoria "contatti eterosessuali". La distribuzione dei casi di AIDS attribuibili a rapporti eterosessuali¹¹ (8.382 casi), ulteriormente suddivisa in base al tipo di rischio, è presentata in tabella 8.

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

<i>Tipo di rischio eterosessuale</i>	Maschi con partner		Femmine con partner		Totale
	HIV non noto	HIV noto	HIV non noto	HIV noto	
<i>Originario di zona endemica</i>	410	12	261	19	702
<i>Partner bisessuale</i>	0	0.0	33	32	65
<i>Partner tossicodipendente</i>	488	195	798	1022	2503
<i>Partner emofilico/trasfuso</i>	9	12	15	33	69
<i>Partner di zona endemica</i>	250	25	33	11	319
<i>Partner promiscuo*</i>	2643	474	713	894	4724
Totale	3800	718	1853	2011	8382

*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 diagnosi¹². Dalla tabella si evidenzia come negli ultimi anni si sia verificata una diminuzione della proporzione di diagnosi di candidosi, toxoplasmosi cerebrale, ed un aumento delle diagnosi di linfomi e di wasting syndrome. 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 l'8,5% nel 1996-97, per il 9,1% negli anni 1998-99 e per l'8,8% nell'anno 2000 e primo semestre del 2001.

Tabella 9: Frequenza relativa delle patologie¹³ indicative di AIDS in adulti per anno di diagnosi

	<1992	1992-93	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01*					
Totale patologie	15220	10300	10109	12560	11629	9367	8516	5168	4666	2751	2510
Definizione di caso dal 1987											
Candidosi (polm. e esofagea)	26.5	23.5	23.9	20.9	22.6	20.0	22.0	19.5	21.6	18.9	20.7
Polmonite da Pneumocystis Carinii	23.2	22.7	23.2	19.1	20.7	17.9	19.6	19.3	21.4	19.5	21.4
Toxoplasmosi cerebrale	7.5	10.0	10.2	8.3	8.9	7.8	8.5	6.4	7.1	6.6	7.3
Micobatteriosi [§]	5.0	6.6	6.7	7.2	7.7	7.1	7.8	6.8	7.5	6.8	7.4
Altre infezioni opportunistiche**	13.5	15.5	15.8	16.1	17.4	15.2	16.7	12.4	13.8	14.6	16.1
Sarcoma di Kaposi (KS)	5.6	4.4	4.5	4.6	5.0	4.5	5.0	5.2	5.8	5.3	5.9
Linfomi	3.1	2.7	2.7	2.9	3.1	3.6	4.0	5.0	5.5	4.9	5.3
Encefalopatia da HIV	7.2	6.3	6.5	7.0	7.6	7.6	8.3	6.9	7.7	5.6	6.1

"Wasting Syndrome"	8.5	6.3	6.4	6.5	7.0	7.3	8.0	8.6	9.6	9.0	9.9
Definizione di caso dal 1993											
Carcinoma cervice uterina	0.0	0.2	0.0	0.4	0.0	0.6	0.0	0.6	0.0	0.5	0.0
Polmonite ricorrente	0.0	0.4	0.0	2.9	0.0	3.9	0.0	3.8	0.0	4.0	0.0
Tubercolosi Polmonare	0.0	1.3	0.0	4.1	0.0	4.6	0.0	5.3	0.0	4.3	0.0

* I semestre 2001

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

§ Disseminata o extrapolmonare;

** Include: Criptococcosi, Criptosporidiosi, Infezione da Cytomegalovirus, Infezione da Herpes simplex, Isosporidiosi, Leucoencefalopatia multifocale progressiva; Salmonellosi, Coccidioidomicosi, Istoplasmosi.

CASI PEDIATRICI

Dei 48.488 casi segnalati fino al 30 Giugno 2001, 702 (1,5%) sono stati registrati nella popolazione pediatrica (pazienti con età alla diagnosi inferiore ai 13 anni o a trasmissione verticale). In tabella 10 è riportata la distribuzione dei casi per regione di residenza e per anno di diagnosi. Il maggior numero di casi si registra in Lombardia, seguita da Lazio ed Emilia Romagna. La diffusione dell'AIDS pediatrico sembra ricalcare la distribuzione geografica dell'epidemia riportata per i casi segnalati negli adulti¹⁴.

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*	Totale
Lombardia	111	11	19	22	19	5	4	4	1	0	196
Lazio	66	10	5	12	8	8	5	1	1	0	116
Emilia Romagna	38	9	4	4	4	2	2	1	1	1	66
Toscana	22	2	7	7	1	2	3	2	1	0	47
Piemonte	19	4	4	3	3	7	0	0	0	0	40
Veneto	18	0	7	3	3	0	0	0	1	0	32
Campania	14	5	1	7	1	2	0	0	0	0	30
Liguria	17	4	3	4	1	0	1	0	0	0	30
Puglia	16	3	0	2	1	1	2	0	1	0	26
Sicilia	14	3	4	4	0	0	1	0	0	0	26
Sardegna	14	2	2	4	0	1	2	0	0	0	25
Abruzzo	5	2	1	1	1	0	0	1	0	0	11
Calabria	7	1	0	2	0	0	0	1	0	0	11
Trentino Alto Adige	6	0	0	2	0	1	0	0	0	0	9
Umbria	2	0	0	3	1	0	0	1	1	1	9
Marche	5	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7
Basilicata	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3
Friuli Venezia Giulia	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Val D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estera	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3
Ignota	6	0	0	2	4	0	1	0	0	0	13
Totale	382	56	57	83	52	30	22	11	7	2	702

* I semestre 2001

La cospicua diminuzione dei casi di AIDS pediatrici che si è registrata a partire dal 1997 può in parte considerarsi un effetto delle campagne di prevenzione e dell'applicazione delle linee guida relative al trattamento antiretrovirale delle donne in gravidanza.

La tabella 11 mostra l'andamento temporale dell'infezione pediatrica per categoria di esposizione, anno di diagnosi e sesso. Dal 1993 ad oggi non sono stati più riportati casi in emofilici. Dei 660 (94,0%) casi pediatrici che hanno contratto l'infezione dalla madre, 346 (52,6%) sono figli di madre tossicodipendente, mentre 235 (35,6%) sono figli di donne che hanno acquisito l'infezione per via sessuale (dati non mostrati).

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

Categoria di esposizione	<1992	1992-93	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01*	Totale	Maschi	Femmine
<i>Trasmissione verticale</i>	295	118	136	80	25	6	660	314	346
%	93.4	96.7	97.1	97.6	75.8	66.7	94.0	91.5	96.4
<i>Emofilici</i>	14	1	0	0	0	0	15	15	0
%	4.4	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	4.4	0.0
<i>Trasfusi</i>	7	1	3	1	0.0	0.0	12	5	7
%	2.2	0.8	2.1	1.2	0.0	0.0	1.7	1.5	1.9
<i>Altro Non determinato</i>	0	2	1	1	8	3	15	9	6
%	0.0	1.6	0.7	1.2	24.2	33.3	2.1	2.6	1.7
Totale	316	122	140	82	33	9	702	343	359

* I semestre 2001

La distribuzione delle patologie indicatrici di AIDS per periodo di diagnosi¹², evidenzia una diminuzione delle diagnosi di Polmonite da *Pneumocystis carinii* (dal 16,9% nel 1982-92 al 5,9% nel 1998-99) ed un aumento delle micobatteriosi (Tabella 12).

Tabella 12: Frequenza relativa delle patologie¹³ indicative di AIDS in pediatrici per periodo di diagnosi

	1982-92	1992-93	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01 [#]
Totale patologie¹³	421	150	174	97	34	11
Candidosi (Polmonare e esofagea)	10.7	13.3	10.3	11.3	14.7	18.2
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	16.9	16.7	15.5	11.3	5.9	9.1
Toxoplasmosi cerebrale	1.9	0.7	0.0	2.1	5.9	9.1
Infezione da Cytomegalovirus	9.3	10.0	7.5	6.2	2.9	9.1
Micobatteriosi*	0.7	1.3	1.7	6.2	11.8	9.1
Infezioni batteriche ricorrenti	10.5	13.3	13.8	8.2	20.6	18.2
Polmonite Interstiziale Linfoide	21.9	14.0	7.5	13.4	5.9	0.0
Altre infezioni opportunistiche**	6.7	3.3	5.2	5.2	5.9	0.0
Tumori (KS e Linfomi)	2.1	0.7	2.9	5.2	0.0	0.0
Encefalopatia da HIV	13.1	16.0	20.7	26.8	20.6	27.3
"Wasting Syndrome"	6.4	10.7	14.9	4.1	5.9	0.0

[#] I semestre 2001

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

** Include: Criptococcosi, Criptosporidiosi, Infezione da Herpes simplex, Isosporidiosi, Leucoencefalopatia Multifocale Progressiva, Salmonellosi.

TRATTAMENTO TERAPEUTICO PRECEDENTE LA DIAGNOSI DI AIDS

Dal primo gennaio 1999 la scheda di notifica raccoglie anche una serie di informazioni anamnestiche (ultimo test HIV-negativo, viremia plasmatica alla diagnosi di AIDS, il regime terapeutico antiretrovirale più aggressivo e le profilassi delle infezioni opportunistiche effettuate prima della diagnosi di AIDS). La figura 4 mostra che solo il 34,4%, dei casi notificati nell'ultimo semestre, ha ricevuto un trattamento terapeutico antiretrovirale. Di questi, a circa tre quarti è stata loro 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).

Figura 4: Uso di terapie antiretrovirali e regime terapeutico pre-AIDS

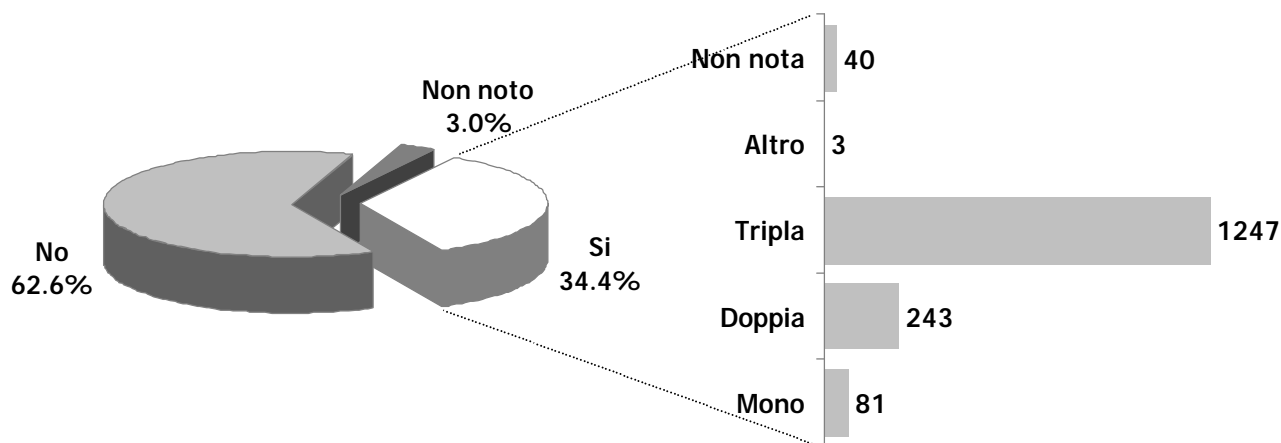
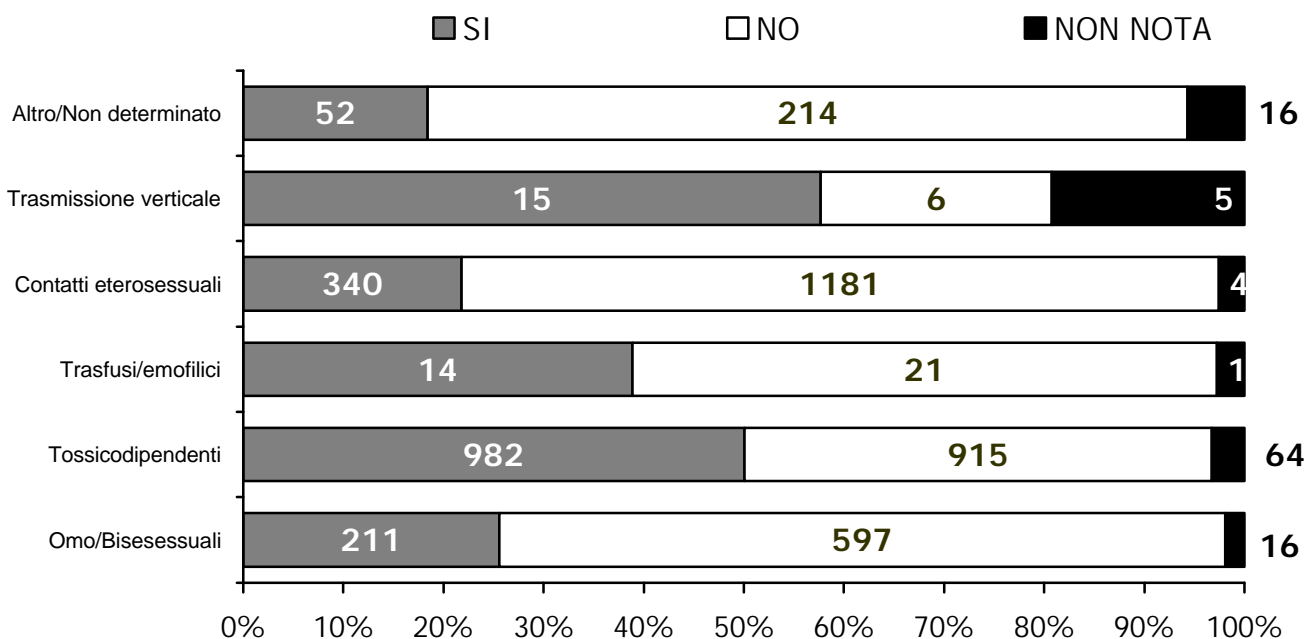


Figura 5: Uso di terapie antiretrovirali pre-AIDS per categoria di trasmissione



COMMENTO

La diminuzione dell'incidenza dei casi di AIDS osservata a partire dalla metà del 1996 si conferma anche per il primo semestre 2001, anche se risulta meno evidente, quasi tendesse ad una certa stabilizzazione. In particolare, negli ultimi 12 mesi si è registrata una flessione nel numero delle notifiche dei casi di AIDS di circa il 5,5% rispetto al periodo precedente (Luglio 1999-Giugno 2000). La diminuzione si riscontra in quasi tutte le principali categorie di esposizione, con l'esclusione dei contatti eterosessuali, che mostrano un minore accesso alle

terapie antiretrovirali (vedi paragrafo precedente). Questo fenomeno è spiegato in gran parte dal ritardo nella individuazione della sieropositività, come risulta evidenziato da una analisi riportata nel precedente notiziario (Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Vol. 12, N. 6, giugno 1999).

Tabella 13: Differenze percentuali (D) dei casi AIDS per categoria di trasmissione e periodo di notifica

Categoria di trasmissione	Luglio1997 Giugno1998	Δ ↔	Luglio1998 Giugno1999	Δ ↔	Luglio1999 Giugno 2000	Δ ↔	Luglio2000 Giugno2001
<i>Omosessuali</i>	425	-1.2	420	-13.1	365	-6.3	342
<i>Tossicodipendenti</i>	1446	-25.2	1082	-21.3	851	-10.8	759
<i>TD-OMO</i>	40	-52.5	19	-42.1	11	18.2	13
<i>Emofilici</i>	6	-33.3	4	0.0	4	75.0	7
<i>Trasfusi</i>	13	-23.1	10	20.0	12	-33.3	8
<i>C. eterosessuali</i>	531	27.5	677	-1.5	667	1.6	678
<i>Trasmissione vert.</i>	26	0.0	26	-53.8	12	-33.3	8
<i>Altro/Non det.</i>	270	-34.8	176	-28.4	126	-4.8	120
Totale	2757	-12.4	2414	-15.2	2048	-5.5	1935

Come suggerito da alcune simulazioni (con dei modelli matematici) sull'andamento dei casi di AIDS, la repentina diminuzione di casi verificatasi negli ultimi tre anni non è attribuibile ad una riduzione delle infezioni da HIV^(V), ma soprattutto all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate^(I,II,III,IV,VII,VIII). Tale effetto è presente in tutte le categorie di rischio^(I), anche se l'accesso a tali terapie prima dell'AIDS è fortemente condizionato dalla conoscenza della condizione di sieropositività HIV^(VI), 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 antiretrovirali, e di 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 104.000. I sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, attivi solo in alcune regioni, mostrano una stabilizzazione dell'incidenza di nuove infezioni negli ultimi tre anni. È quindi necessario non abbassare la guardia e rafforzare, a livello regionale e nazionale, i sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV.

Note Tecniche

1 - In Italia, la raccolta sistematica dei dati sui casi di Sindrome da Immundeficienza Acquisita (AIDS) è iniziata nel 1982 e, nel giugno 1984, è stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale attraverso il quale vengono segnalati i casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche del Paese. Con il decreto del 28 novembre 1986 (DM n. 288), l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Dal 1987, il Sistema di Sorveglianza è gestito, dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). In collaborazione con le regioni, il COA provvede alla raccolta, all'analisi periodica dei dati ed alla pubblicazione e diffusione di un rapporto trimestrale.

2 - 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.

3 - L'anno di notifica non coincide necessariamente con l'anno di diagnosi, ma può essere successivo (es.: caso diagnosticato nell'anno 1985 ma notificato nel 1990).

4 - La distribuzione temporale dei casi è influenzata dal ritardo di notifica, cioè dal tempo che intercorre dalla data della diagnosi del caso al momento in cui la notifica perviene al COA. Ciò determina una sottostima nel numero di nuovi casi, particolarmente evidente negli ultimi trimestri di diagnosi. Il numero dei casi viene pertanto corretto attraverso il metodo di correzione messo a disposizione dal Centro Europeo di Sorveglianza Epidemiologica (Heisterkamp S. H., Jager J. C. & Ruitenbergh E. J. et al. 1989. Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. *Stat. Med.*, 8: 963-976). Altro elemento, che influenza le reali dimensioni del fenomeno, è la sottotifica dei casi di AIDS, cioè quella quota di casi che, non segnalata, sfugge al Sistema di Sorveglianza. Studi preliminari hanno permesso di stimare per l'Italia un tasso di sottotifica vicino al 10%

5 - In Italia la notifica di decesso per AIDS non è obbligatoria.

6 - Ad oggi solo alcune regioni Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia G., 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 (LEB) 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.

7 - 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.

8 - Le province che hanno un numero di casi residenti maggiore dei casi segnalati hanno "esportato" casi, in termini assistenziali; viceversa, quelle con più casi segnalati ne hanno "importati". Il tasso di incidenza (x 100.000 abitanti) per provincia è calcolato sul numero di notifiche pervenute al COA nel periodo luglio 1998 - giugno 1999.

9 - 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").

10 - La riattribuzione del fattore di rischio è stata effettuata mediante l'uso di un modello matematico che calcolava la probabilità di appartenere ad una categoria di trasmissione in base a sesso, anno di diagnosi ed ai risultati di una precedente indagine condotta dal COA (v. testo).

11 - 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.

12 - I dati relativi alla distribuzione delle patologie opportunistiche indicative di AIDS fanno riferimento ai quadri clinici presenti all'esordio della malattia e non a tutte le patologie diagnosticate durante l'intero decorso clinico. Se l'esordio è caratterizzato da più di una patologia, ne vengono conteggiate un massimo di sei occorse entro 60 giorni dalla prima.

13 - Per ogni caso possono essere indicate più di una patologia indicativa di AIDS; pertanto il numero di patologie riportate in un anno può essere superiore al numero di casi segnalati nello stesso anno.

14 - 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.

Riferimenti bibliografici

I- Pezzotti P, Napoli PA, Acciai S et al. Increasing survival time after AIDS in Italy: the role of new combination antiretroviral therapies. *AIDS* 1999, 13:249-255.

II- Porta D, Rapiti E, Forastiere F, Pezzotti P, Perucci CA. Changes in survival among people with AIDS in Lazio, Italy from 1993 to 1998. *AIDS* 1999, 13:2125-2132.

III- Palella FJ, Delaney KM, Morman AC et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998, 338:853-860.

IV- Mocroft A, Vella S, Benfield TL, et al.: Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. *LANCET* 1998, 352:1725-1730.

V- Rezza G, Pezzotti P, Balducci M. Attualità sull'andamento dell'epidemia di AIDS/HIV in Italia. *G. Ital. Mal. Infett.* 1998, 4:133-136.

VI- Napoli PA, Dorrucchi M, Serraino D, et al. Frequency and determinants of use of antiretroviral and prophylactic therapies against *Pneumocystis carinii* Pneumonia (PCP) before AIDS diagnosis in Italy. *European Journal of Epidemiology* 1998, 14:41-47.

VII- Egger M, Hirschel B, Francioli P, et al.: Impact of new antiretroviral combination therapies in HIV infected patients in Switzerland: prospective multicentre study. *BMJ* 1997, 315:1194-1199.

VIII- Detels R, Munoz A, McFarlane G, et al.: Effectiveness of Potent Antiretroviral Therapy on Time to AIDS and Death in Men With Known HIV Infection Duration. *JAMA*, 1998, 280:1497-1503