

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

Terapia antiretrovirale pre-AIDS		Valore assoluto CD4+ alla diagnosi					
	Anno di diagnosi	N	Mediana	Min	Max	25° percentile	75° percentile
Si	1999	691	110	1	1414	38	229
	2000	646	107	1	968	41	238
	2001	637	101	1	1172	39	225
	2002	585	92	0	1285	36	206
	2003	575	110	1	1290	39	251
	2004	546	98	0	1128	40	212
No	2005	377	95	0	1106	37	218
	1999	1253	51	0	1259	19	132
	2000	1181	48	0	1134	19	121
	2001	1075	49	0	1420	21	118
	2002	1080	50	0	1039	20	113
	2003	1015	45	0	1313	17	112
Totale	2004	941	49	0	851	20	110
	2005	698	47	0	1300	17	105
		11300	63	0	1420	23	156

		Viremia (log ₁₀ copie/ml) alla diagnosi					
	Anno di diagnosi	N	Mediana	Min	Max	25° percentile	75° percentile
Si	1999	689	4.81	0.30	6.72	3.62	5.44
	2000	641	4.87	0.65	6.70	3.68	5.42
	2001	619	4.76	0.80	7.04	2.99	5.43
	2002	555	4.75	0.65	6.62	3.30	5.38
	2003	547	4.81	0.65	6.63	3.45	5.42
	2004	513	4.83	0.65	7.38	3.07	5.42
No	2005	363	4.86	0.80	7.00	3.36	5.32
	1999	1198	5.31	0.65	6.83	4.83	5.70
	2000	1127	5.32	0.85	7.76	4.89	5.70
	2001	1025	5.30	0.65	7.71	4.89	5.70
	2002	1014	5.33	0.85	6.92	4.87	5.70
	2003	954	5.25	0.85	7.11	4.87	5.70
Totale	2004	868	5.24	0.80	7.00	4.87	5.70
	2005	644	5.25	0.85	7.17	4.85	5.70
		10757	5.15	0.30	7.76	4.56	5.64

Tabella 15: Malattie indicative di AIDS per terapia antiretrovirale

Malattie	Terapia antiretrovirale pre-AIDS						Totale N
	N	Si %	N	No %	Non noto N	%	
Candidosi (Polmonare e esofagea)	1131	23.7	1596	16.9	91	23.0	2818
Criptococchi extrapolmonare	120	2.5	331	3.5	8	2.0	459
Cytomegalovirus compresa retinite	189	4.0	631	6.7	13	3.3	833
Encefalopatia da HIV	319	6.7	530	5.6	27	6.8	876
Herpes Simplex	26	0.5	82	0.9	2	0.5	110
Sarcoma di Kaposi	190	4.0	550	5.8	11	2.8	751
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	364	7.6	388	4.1	11	2.8	763
Micobatteriosi	167	3.5	243	2.6	10	2.5	420
Tubercolosi	377	7.9	880	9.3	30	7.6	1287
Pneumocystis carinii, polmonite	610	12.8	2185	23.1	78	19.7	2873
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	142	3.0	196	2.1	9	2.3	347
Sepsi da salmonella ricorrente	19	0.4	54	0.6	3	0.8	76
Toxoplasmosi cerebrale	235	4.9	675	7.1	32	8.1	942
'Wasting Syndrome'	469	9.8	763	8.1	49	12.4	1281
Altre I.O.	93	2.0	121	1.3	3	0.8	217
Carcinoma cervicale invasivo	57	1.2	22	0.2	.	.	79
Polmonite ricorrente	261	5.5	203	2.1	19	4.8	483
Totale	4769	100.0	9450	100.0	396	100.0	14615

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

Malattie	Viremia (copie/ml)								Totale N
	<500				≥500				
	CD4+								
	≤200		>200		≤200		>200		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Candidosi (Polmonare e esofagea)	59	16.3	73	17.6	721	26.3	180	23.9	1033
Criptococchi extrapolmonare	6	1.7	2	0.5	89	3.2	7	0.9	104
Cytomegalovirus compresa retinite	10	2.8	5	1.2	134	4.9	14	1.9	163
Encefalopatia da HIV	23	6.3	29	7.0	172	6.3	66	8.8	290
Herpes Simplex	0	0.0	2	0.5	19	0.7	1	0.1	22
Sarcoma di Kaposi	27	7.4	30	7.2	79	2.9	34	4.5	170
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	44	12.1	79	19.1	121	4.4	93	12.4	337
Micobatteriosi	16	4.4	8	1.9	98	3.6	14	1.9	136
Tubercolosi	41	11.3	59	14.3	152	5.5	85	11.3	337
Pneumocystis carinii, polmonite	42	11.6	24	5.8	411	15.0	60	8.0	537
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	16	4.4	11	2.7	72	2.6	25	3.3	124
Sepsi da salmonella ricorrente	1	0.3	1	0.2	12	0.4	4	0.5	18
Toxoplasmosi cerebrale	22	6.1	4	1.0	165	6.0	16	2.1	207
'Wasting Syndrome'	25	6.9	22	5.3	317	11.6	50	6.6	414
Altre I.O.	6	1.7	12	2.9	49	1.8	18	2.4	85
Carcinoma cervicale invasivo	4	1.1	14	3.4	14	0.5	18	2.4	50
Polmonite ricorrente	21	5.8	39	9.4	115	4.2	67	8.9	242
Totale	363	100.0	414	100.0	2740	100.0	752	100.0	4269

NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV*

6. INTRODUZIONE

L'avvento delle nuove terapie antiretrovirali e un'assistenza medica avanzata hanno modificato, in modo particolare negli ultimi anni, le caratteristiche principali dell'epidemia di AIDS in Italia. Rispetto agli anni ottanta, infatti, i pazienti sieropositivi sperimentano oggi un periodo asintomatico e di benessere molto più prolungato ed una migliore qualità della vita. Questo spiega perché non sia più sufficiente la sola sorveglianza dei casi di AIDS ma sia necessaria anche

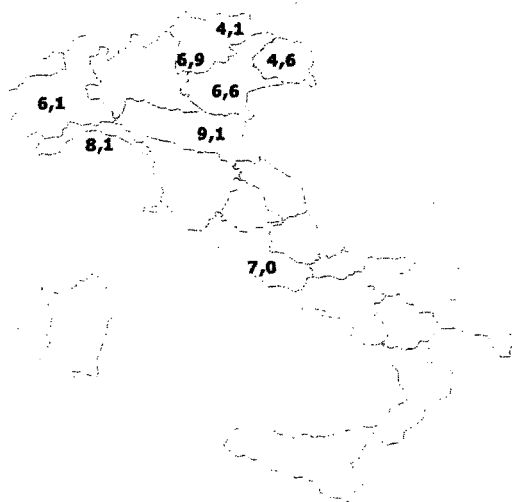


Figura 6: Tasso annuale di incidenza (per 100.000 ab.) delle nuove diagnosi di infezione da HIV segnalate nel 2004

un'analisi dei nuovi infetti per stimare la diffusione dell'HIV nel nostro paese.

Quest'analisi viene effettuata grazie ai dati provenienti dai sistemi di sorveglianza delle nuove infezioni da HIV attivi, al momento, in 8 regioni/province italiane, che vengono accorpate e analizzate presso il COA. Rispetto ai dati presentati precedentemente (Notiziario ISS, vol.18, n.6, suppl.1, giugno 2005) una nuova regione, la Liguria, ha attivato il sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, raccogliendo, oltre ai dati del 2004, anche i dati del 2003 in modo retrospettivo.

Naturalmente i dati provenienti da queste regioni/province non possono essere generalizzati a tutto il paese, ma possono fornire delle indicazioni sull'andamento e su alcuni

cambiamenti temporali dell'epidemia dell'infezione da HIV.

8. ANDAMENTO E CARATTERISTICHE DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV

Per quanto riguarda i metodi per la raccolta dati si rimanda al Notiziario ISS, vol.18, n.6, suppl.1, giugno 2005. Presentiamo, in questo bollettino, i dati aggiornati a dicembre 2004.

Nel periodo 1985-2004 sono state riportate nelle 8 regioni/province 34.136 nuove diagnosi di infezione da HIV (24.067 maschi e 10.058 femmine, 11 non noto). L'incidenza di nuove diagnosi nel 2003 è stata del 6,7 per 100.000 abitanti; l'incidenza più bassa è stata osservata nella provincia autonoma di Bolzano, mentre quella più alta in provincia di Modena (Fig. 6).

Il numero delle nuove diagnosi, che ha visto un picco di segnalazioni nel 1989, è diminuito dal 1990 in poi, per stabilizzarsi dopo il 1999 (Fig. 7).

Nel 2004 sono state segnalate dalle regioni e province partecipanti 1215 nuove diagnosi di infezione da HIV, dato leggermente in flessione rispetto al 2003.

La proporzione di donne è aumentata progressivamente negli anni: il rapporto maschi/femmine che era di 3,4 nel 1985 è di 2,2 nel 2004.

Similmente a quanto riportato tra i casi di AIDS, anche tra le nuove diagnosi di infezione da HIV si osserva un rilevante decremento temporale della quota di tossicodipendenti, che è passata dal 63,1% nel 1985 al 11,4% nel 2004 mentre la trasmissione per via sessuale (sia eterosessuale che omosessuale) nello stesso periodo è aumentata dal 7,0% al 57,8% (Fig. 8). Per una parte delle persone con nuova diagnosi di infezione da HIV, oscillante nei vari anni tra il 15% e il 20%, non è possibile stabilire la modalità attraverso la quale è stata contratta l'infezione.

Anche per quanto concerne l'età dei soggetti con nuova diagnosi di infezione da HIV (Fig. 9), come per i casi di AIDS, si rileva un aumento dell'età mediana al momento della diagnosi tanto nei maschi che nelle femmine.

9. COMMENTO

La diminuzione dell'incidenza dei casi di AIDS osservata a partire dalla metà del 1996 sembra ormai tendere alla stabilizzazione. Nel 2005 i casi di diagnosi attesi (tenendo conto del ritardo di notifica) sono praticamente gli stessi di quelli del 2004.

Come suggerito da alcune simulazioni (con dei modelli matematici) sull'andamento dei casi di AIDS, la repentina diminuzione di casi verificatasi negli ultimi anni non è attribuibile ad una riduzione delle nuove infezioni da HIV^(vi), ma soprattutto all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate⁽ⁱⁱⁱ⁾.

viii). Tale effetto è presente in tutte le categorie di rischio^(ix), anche se l'accesso a tali terapie prima dell'AIDS è fortemente condizionato dalla conoscenza della condizione di sieropositività HIV^(x), che può variare a seconda della categoria considerata.

Le limitate conoscenze sulla durata

diversamente dai dati sui casi di AIDS non sono influenzati dall'accesso alle terapie antiretrovirali né dall'aumento della sopravvivenza dei pazienti con AIDS, forniscono oggi delle informazioni essenziali sull'epidemia di HIV nel nostro Paese. Tali dati rivelano che, dopo un massimo di infezioni verificatosi alla fine degli anni '80, vi è

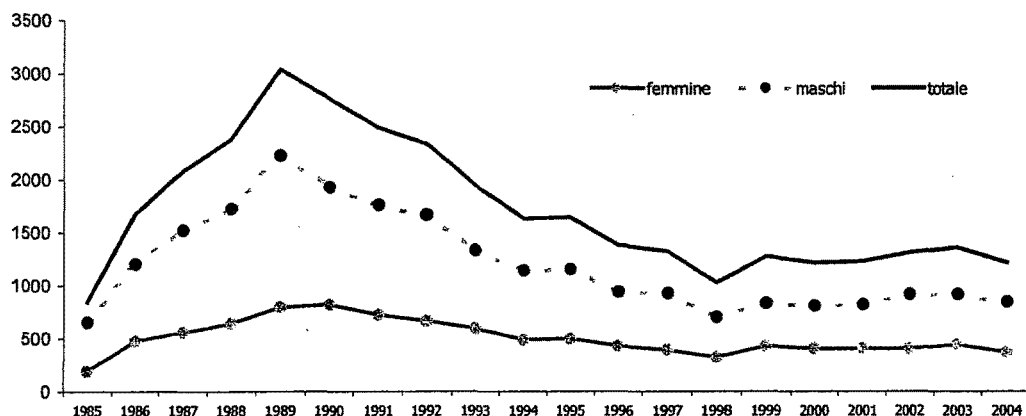


Figura 7. Nuove diagnosi da HIV 1985-2004 (Piemonte, Liguria, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trento, Bolzano, Modena, Lazio)

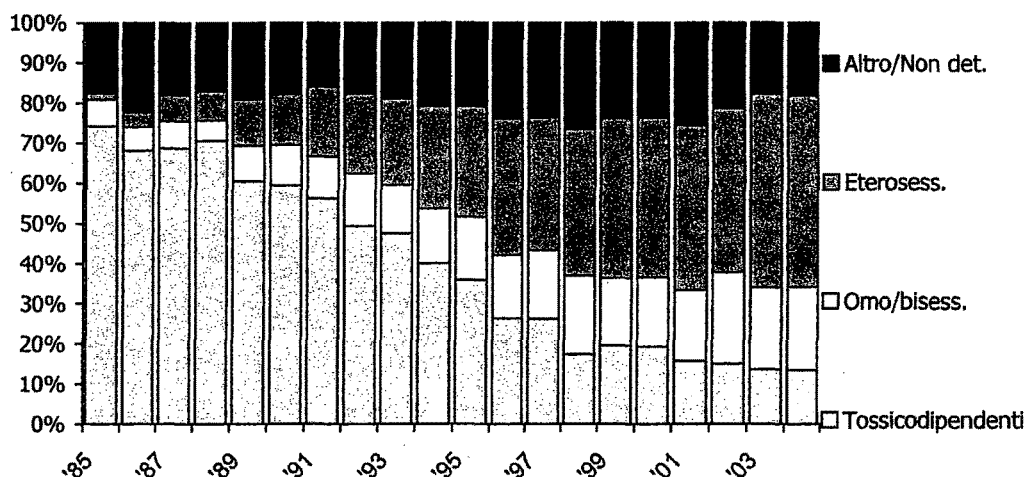


Figura 8. Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per categoria di esposizione e per anno (Piemonte, Liguria, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trento, Bolzano, Modena, Lazio)

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

I dati dei sistemi locali di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che

stata una progressiva diminuzione dei nuovi casi di infezione fino alla fine degli anni '90. Successivamente il numero di nuove infezioni si è stabilizzato, ed è addirittura in aumento in alcune zone (vedi appendice, Figura A2) questo andamento potrebbe preludere ad una possibile riattivazione dell'epidemia in varie aree del

nostro Paese.

Le caratteristiche di coloro che oggi si infettano con l'HIV sono completamente diverse da quelle di coloro che si infettavano dieci o venti anni fa: non si tratta più di persone giovani e prevalentemente tossicodipendenti, ma piuttosto di adulti maturi che acquisiscono l'infezione attraverso i rapporti sessuali. Questi risultati sottolineano la necessità di implementare interventi informativi e preventivi anche nei confronti di popolazioni non appartenenti alle classiche categorie a rischio per HIV.

Inoltre, il serbatoio di infezione è ancora

ampio, e si stima che i sieropositivi attualmente viventi nel nostro paese siano tra 110.000 e 130.000.

È quindi necessario non abbassare la guardia e rafforzare, a livello nazionale, i sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV che costituiscono una fonte insostituibile di informazioni sulle dinamiche attuali di diffusione dell'infezione.

* Dati elaborati con la collaborazione di: Vanni Borghi (Modena); Antonio Ferro (Veneto); Chiara Pasqualini (Piemonte); Filippo Curtale (Lazio); Giancarlo Icardi (Liguria); Raffaele Pristerà (Bolzano); Giulio Rocco (Friuli Venezia-Giulia); Gina Rossetti (Trento)

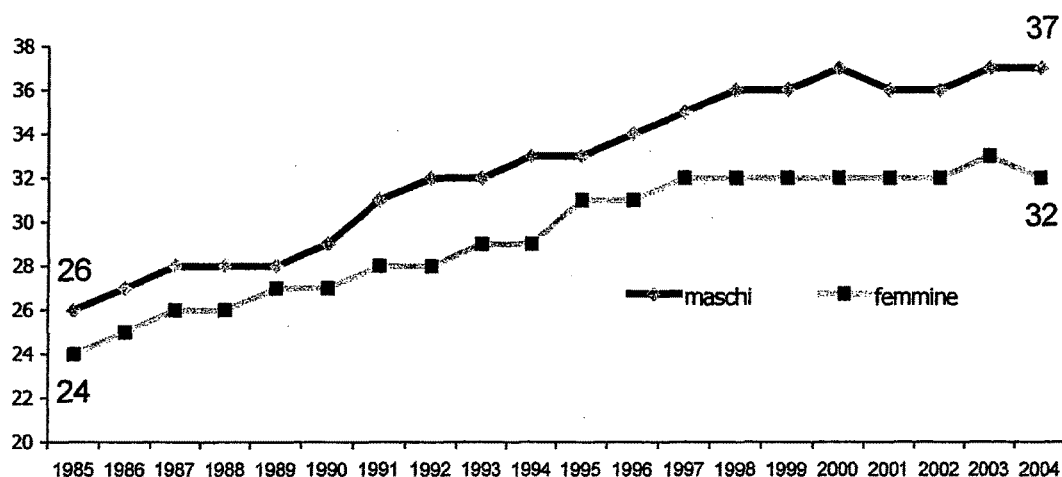


Figura 9. Età mediana delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per genere e anno, 1985-2003 (Piemonte, Liguria, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trento, Bolzano, Modena, Lazio)

Note Tecniche

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

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. & Ruitenberg 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 dal 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 nelle 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 ($\times 100.000$ abitanti) per provincia è calcolato sul numero di notifiche pervenute al COA nei negli ultimi 12 mesi.

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.

15 - Un sistema di sorveglianza per l'infezione da HIV è attivo dal 1985 nel Lazio, nel Friuli Venezia Giulia, nelle province di Modena, di Trento e di Bolzano. Dal 1988 è attivo nella regione Veneto. Nel 1998 il sistema di sorveglianza HIV è stato attivato in Piemonte, nel 2000 in Puglia e nel 2004 in Liguria.

16 - Le differenze di incidenza delle nuove diagnosi da HIV dipendono in parte dalla diversa incidenza dell'AIDS in queste regioni/province, in parte dalla sensibilità del sistema di sorveglianza.

Riferimenti bibliografici

- I. *The Italian Register for Human Immunodeficiency 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
- II. *De Martino M, Tovo PA, Balducci M, Galli L, Gabiano C, Rezza G, Pezzotti P. Reduction in mortality with availability of antiretroviral therapy for children with perinatal HIV-1 infection. Italian Register for HIV Infection in Children and the Italian National AIDS Registry. JAMA*, 2000; 284:190-7.
- III. *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.
- IV. *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.
- V. *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.
- VI. *Mcroft A, Vella S, Benfield TL, et al.: Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. LANCET* 1998, 352:1725-1730.
- VII. *Rezza G, Pezzotti P, Balducci M. Attualità sull'andamento dell'epidemia di AIDS/HIV in Italia. G. Ital. Mal. Infett.* 1998, 4:133-136.
- VIII. *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.
- IX. *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.
- X. *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
- XI. *Suligoi B, Pavoni N, Borghi V, Branz F, Coppola N, Gallo G, Perucci C.A., Piovesan C, Porta D, Rossetti G, Rezza G. Epidemiologia dell'infezione da HIV in Italia. Epidemiologia e prevenzione*, 27 (2) 2003.
- XII. *Suligoi B, Pezzotti P, Boros S, Urciuoli R, Rezza G and the HIV Study Group. The epidemiological changes of AIDS and HIV infection in Italy. Scand J Infect Dis* 2003, 35 (suppl. 106):12-16.
- XIII. *L.Camoni, B, Suligoi e il gruppo SORVIH Lo studio delle nuove diagnosi di HIV in Italia attraverso i sistemi di sorveglianza regionali: caratteristiche operative e valutazione, Annali ISS, vol 41, n. 4, 2005*

PAGINA BIANCA

APPENDICE

XV LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella A1: Differenze percentuali (Δ) dei casi AIDS per Regione di segnalazione e anno di notifica

Regione di segnalazione	N. 1999	Δ % 1999-00	N. 2000	Δ % 2000-01	N. 2001	Δ % 2001-02	N. 2002	Δ % 2002-03	N. 2003	Δ % 2003-04	N. 2004	Δ % 2004-05	N. 2005
Piemonte	156	-24.4	118	0.8	119	21.8	145	-35.9	93	5.4	98	-8.2	90
Val D'Aosta	3	0.0	3	-33.3	2	0.0	2	100.0	4	-25.0	3	-66.7	1
Lombardia	630	-0.5	627	-11.8	553	-2.0	542	-12.4	475	4.4	496	12.9	560
Trentino Alto Adige	17	-23.5	13	7.7	14	-7.1	13	38.5	18	-5.6	17	-52.9	8
Veneto	119	-24.4	90	-12.2	79	-7.6	73	4.1	76	31.6	100	-33.0	67
Friuli Venezia Giulia	29	13.8	33	-30.3	23	-34.8	15	13.3	17	105.9	35	-57.1	15
Liguria	84	-25.0	63	11.1	70	25.7	88	-11.4	78	-5.1	74	-25.7	55
Emilia Romagna	199	4.5	208	-1.4	205	-16.6	171	10.5	189	-12.2	166	-9.0	151
Toscana	159	-13.2	138	-18.8	112	0.0	112	1.8	114	0.9	115	-8.7	105
Umbria	22	4.5	23	-39.1	14	57.1	22	59.1	35	-51.4	17	52.9	26
Marche	41	2.4	42	2.4	43	-30.2	30	40.0	42	-4.8	40	-20.0	32
Lazio	302	-9.6	273	6.2	290	7.2	311	-13.8	268	-10.8	239	-28.0	172
Abruzzo	26	-26.9	19	-26.3	14	7.1	15	26.7	19	68.4	32	-28.1	23
Molise	3	33.3	4	-25.0	3	-66.7	1	200.0	3	0.0	3	0.0	3
Campania	126	-44.4	70	22.9	86	5.8	91	-48.4	47	21.3	57	-3.5	55
Puglia	112	-34.8	73	-16.4	61	4.9	64	25.0	80	-28.8	57	14.0	65
Basilicata	4	25.0	5	-40.0	3	-33.3	2	50.0	3	166.7	8	-37.5	5
Calabria	13	-30.8	9	77.8	16	25.0	20	20.0	24	-12.5	21	-23.8	16
Sicilia	114	-53.5	53	62.3	86	-29.1	61	60.7	98	-48.0	51	74.5	89
Sardegna	39	-12.8	34	23.5	42	104.8	86	-54.7	39	-33.3	26	50.0	39
Totale	2198	-13.6	1898	-3.3	1835	1.6	1864	-7.6	1722	-3.9	1655	-4.7	1577

Tabella A2: Differenze percentuali (Δ) dei casi AIDS per Regione di residenza e anno di notifica

Regione di segnalazione	N. 1999	Δ % 1999-00	N. 2000	Δ % 2000-01	N. 2001	Δ % 2001-02	N. 2002	Δ % 2002-03	N. 2003	Δ % 2003-04	N. 2004	Δ % 2004-05	N. 2005
Piemonte	152	-19.7	122	-6.6	114	28.1	146	-34.2	96	6.3	102	-9.8	92
Val D'Aosta	5	-60.0	2	0.0	2	0.0	2	100.0	4	-50.0	2	-50.0	1
Lombardia	614	-1.8	603	-14.4	516	-1.6	508	-11.8	448	7.6	482	9.1	526
Trentino Alto Adige	19	-31.6	13	7.7	14	0.0	14	57.1	22	-22.7	17	-52.9	8
Veneto	112	-30.4	78	3.8	81	-8.6	74	-1.4	73	20.5	88	-34.1	58
Friuli Venezia Giulia	20	15.0	23	-60.9	9	22.2	11	18.2	13	69.2	22	-50.0	11
Liguria	81	-21.0	64	9.4	70	17.1	82	-7.3	76	-11.8	67	-20.9	53
Emilia Romagna	180	8.3	195	-2.6	190	-16.3	159	9.4	174	-6.3	163	-14.1	140
Toscana	152	-15.1	129	-18.6	105	1.9	107	0.0	107	1.9	109	-14.7	93
Umbria	20	10.0	22	-45.5	12	66.7	20	30.0	26	-57.7	11	127.3	25
Marche	39	10.3	43	-9.3	39	-25.6	29	44.8	42	-4.8	40	-20.0	32
Lazio	296	-17.6	244	8.2	264	9.1	288	-12.8	251	-8.8	229	-34.5	150
Abruzzo	24	-33.3	16	18.8	19	-15.8	16	37.5	22	31.8	29	-27.6	21
Molise	1	200.0	3	33.3	4	-50.0	2	0.0	2	50.0	3	0.0	3
Campania	120	-39.2	73	16.4	85	10.6	94	-45.7	51	9.8	56	10.7	62
Puglia	114	-35.1	74	-10.8	66	-1.5	65	20.0	78	-15.4	66	-6.1	62
Basilicata	9	-22.2	7	-42.9	4	-25.0	3	133.3	7	0.0	7	-28.6	5
Calabria	15	-20.0	12	75.0	21	-4.8	20	30.0	26	-30.8	18	5.6	19
Sicilia	115	-42.6	66	33.3	88	-26.1	65	55.4	101	-42.6	58	44.8	84
Sardegna	44	-18.2	36	25.0	45	102.2	91	-56.0	40	-37.5	25	64.0	41
Estera	25	-28.0	18	66.7	30	-3.3	29	10.3	32	-25.0	24	54.2	37
Ignota	41	34.1	55	3.6	57	-31.6	39	-20.5	31	19.4	37	45.9	54
Totale	2198	-13.6	1898	-3.3	1835	1.6	1864	-7.6	1722	-3.9	1655	-4.7	1577

Tabella A3: Differenze percentuali (Δ) dei casi AIDS per categoria di trasmissione e anno di notifica

	N. 1999	Δ % 1999-00	N. 2000	Δ % 2000-01	N. 2001	Δ % 2001-02	N. 2002	Δ % 2002-03	N. 2003	Δ % 2003-04	N. 2004	Δ % 2004-05	N. 2005
Modalità di trasmissione													
Omo/ Bisessuale	343	7.0	367	-19.9	294	10.5	325	-1.2	321	0.0	321	-1.9	315
Tossico-dipendente	979	-25.9	725	1.0	732	-8.5	670	-11.3	594	-11.3	527	-10.1	474
TD-OMO*	9	33.3	12	-16.7	10	60.0	16	-56.3	7	42.9	10	20.0	12
Emofilico	5	-20.0	4	0.0	4	25.0	5	0.0	0	100.0	1	100.0	2
Trasfuso	14	-35.7	9	-88.9	1	500.0	6	-50.0	3	133.3	7	-85.7	1
Contatti eterosessuali	707	-6.6	660	-0.9	654	9.2	714	-2.5	696	-6.5	651	4.3	679
Trasmissione verticale	11	-9.1	10	50.0	15	-40.0	9	-44.4	5	20.0	6	-33.3	4
Altro/ Non determinato	130	-14.6	111	12.6	125	-4.8	119	-19.3	96	37.5	132	-31.8	90
Totale	2198	-13.6	1898	-3.3	1835	1.6	1864	-7.6	1722	-3.9	1655	-4.7	1577

**TD-OMO = Tossicodipendenti/Omosessuali.

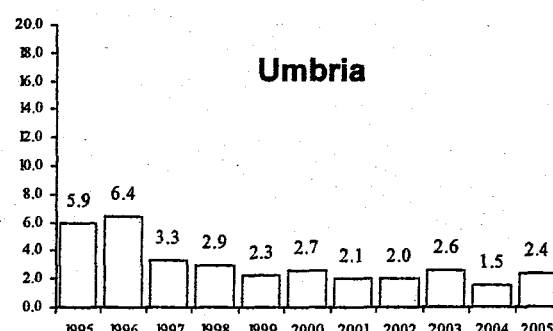
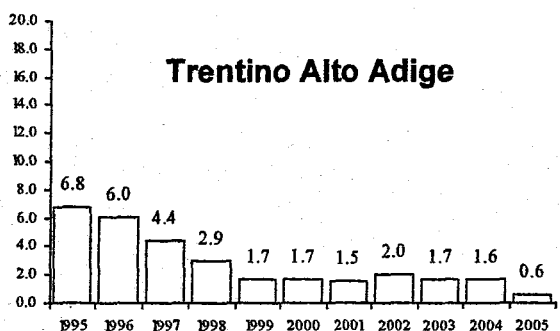
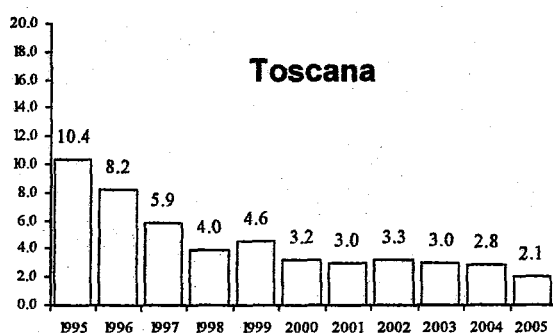
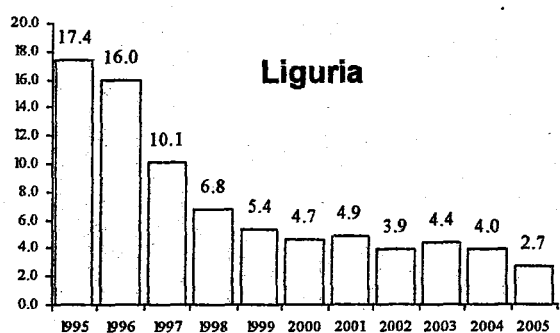
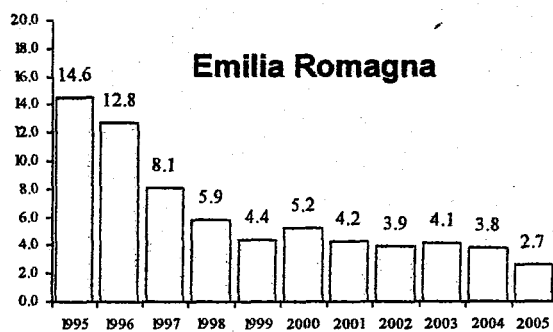
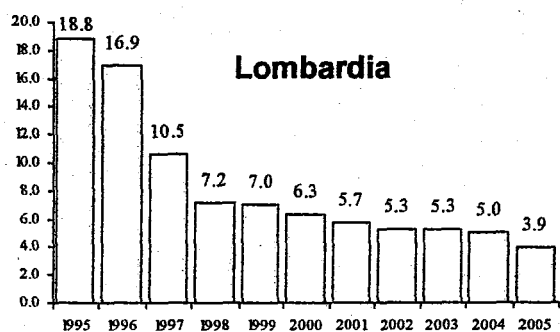
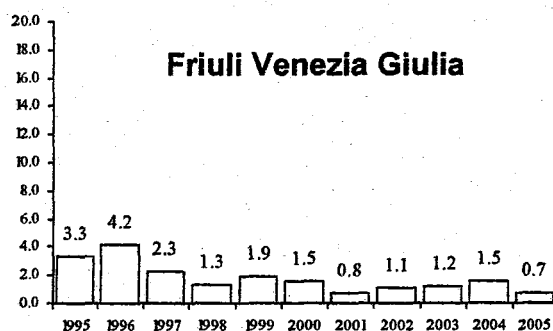
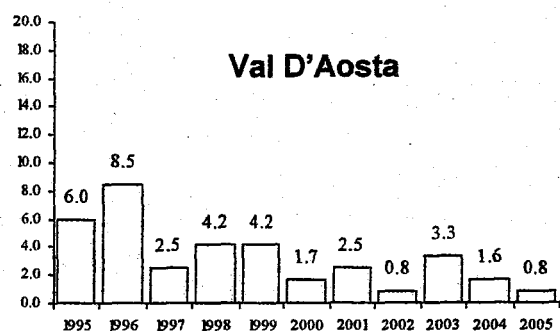
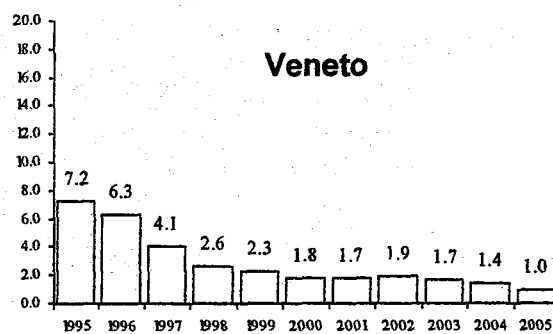
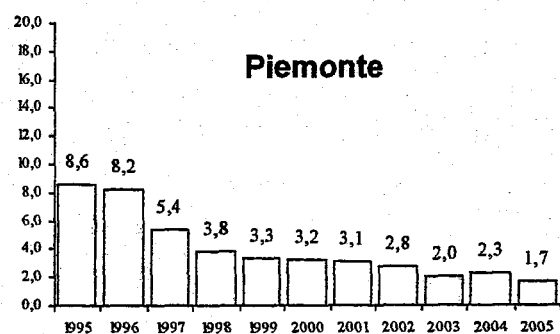


Figura A1: Tasso di incidenza dei casi di AIDS per 100.000 abitanti per anno di diagnosi e regione di residenza (dati non corretti per ritardo di notifica)

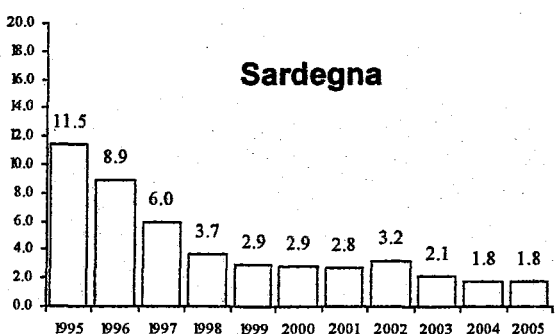
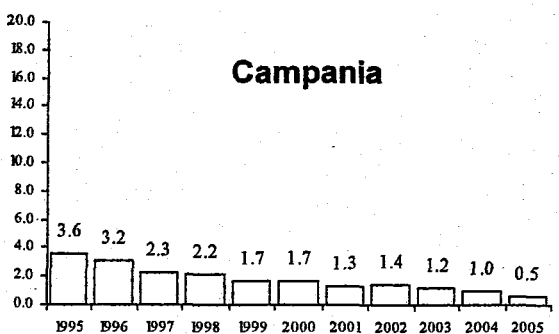
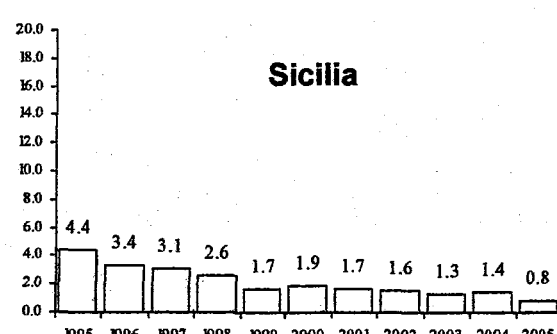
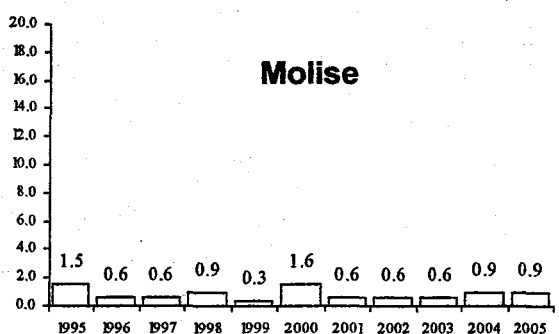
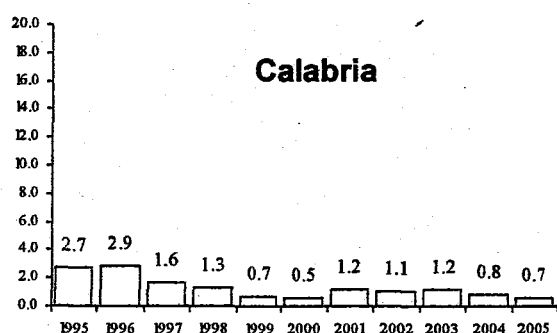
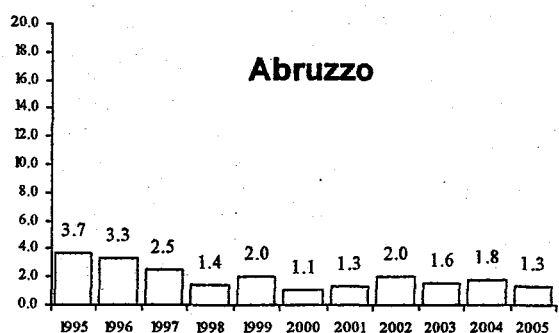
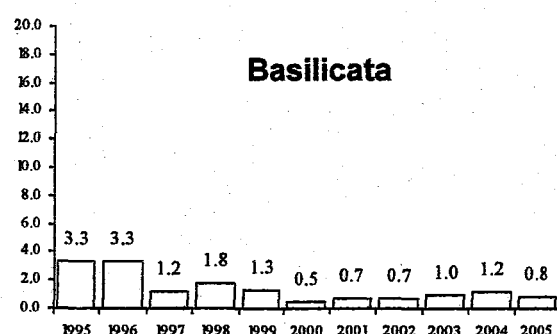
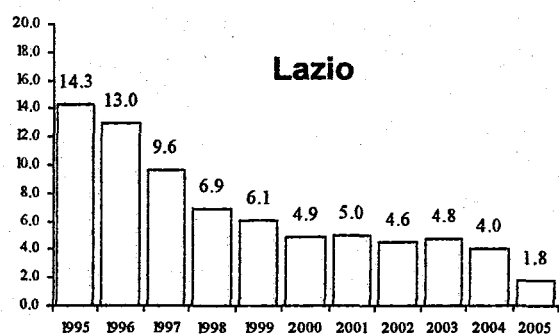
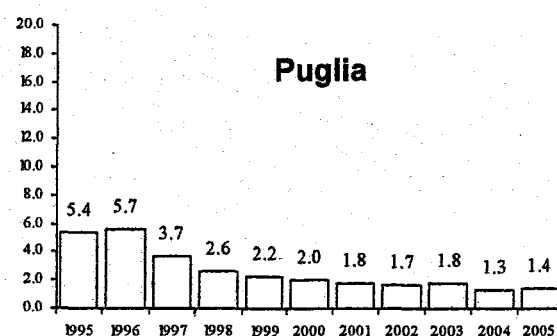
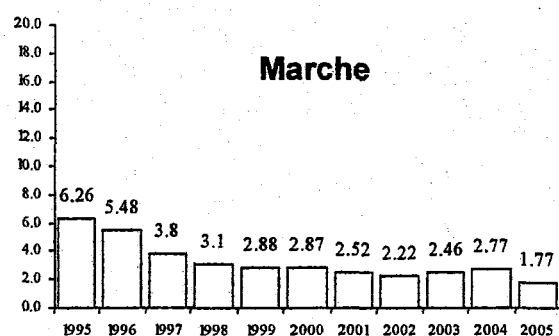


Figura A1: Tasso di incidenza dei casi di AIDS per 100.000 abitanti per anno di diagnosi e regione di residenza (dati non corretti per ritardo di notifica)

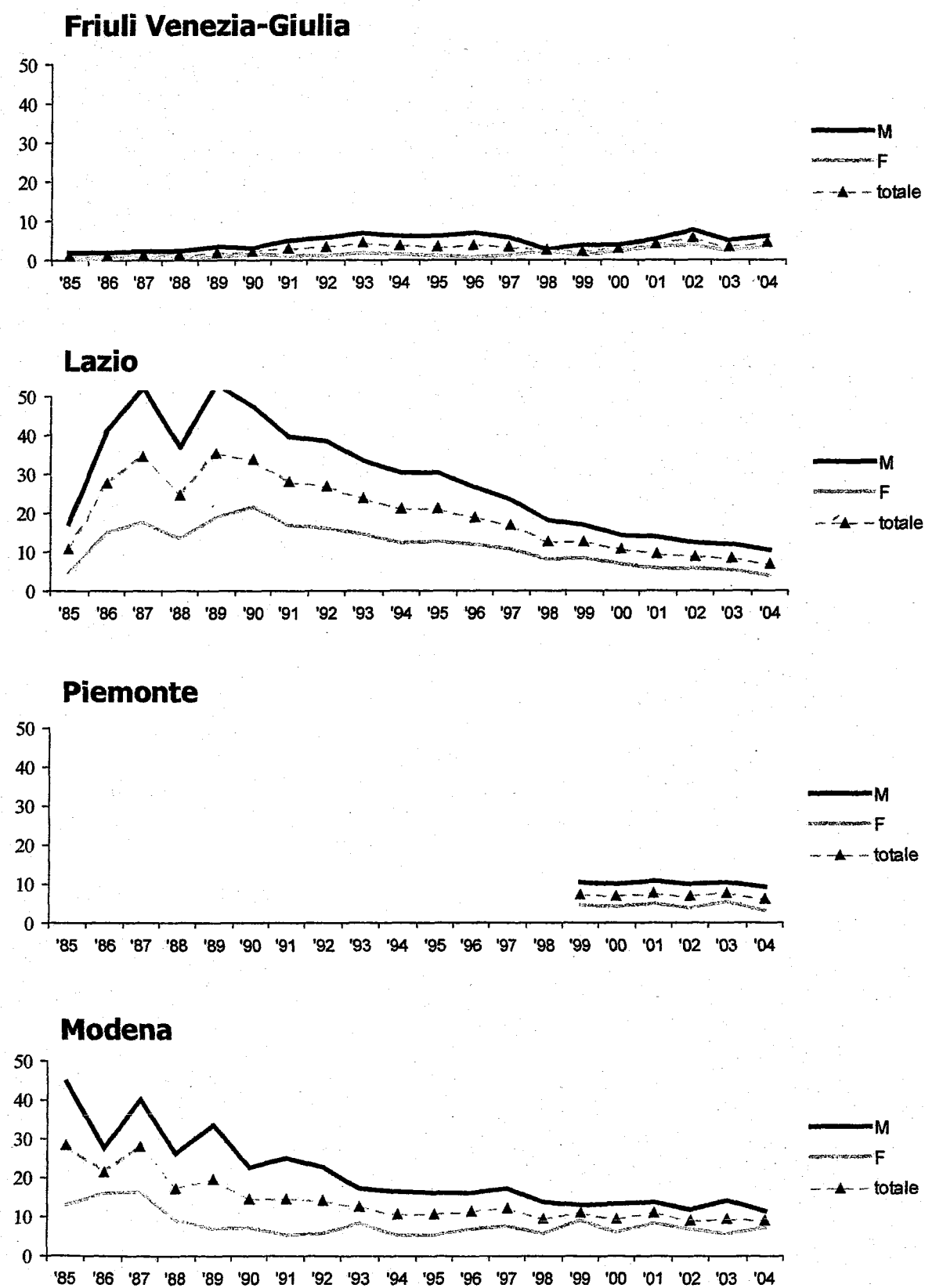


Figura A2: Incidenza (per 100.000 abitanti) delle nuove diagnosi di infezione da HIV per sesso e per regione/provincia di residenza

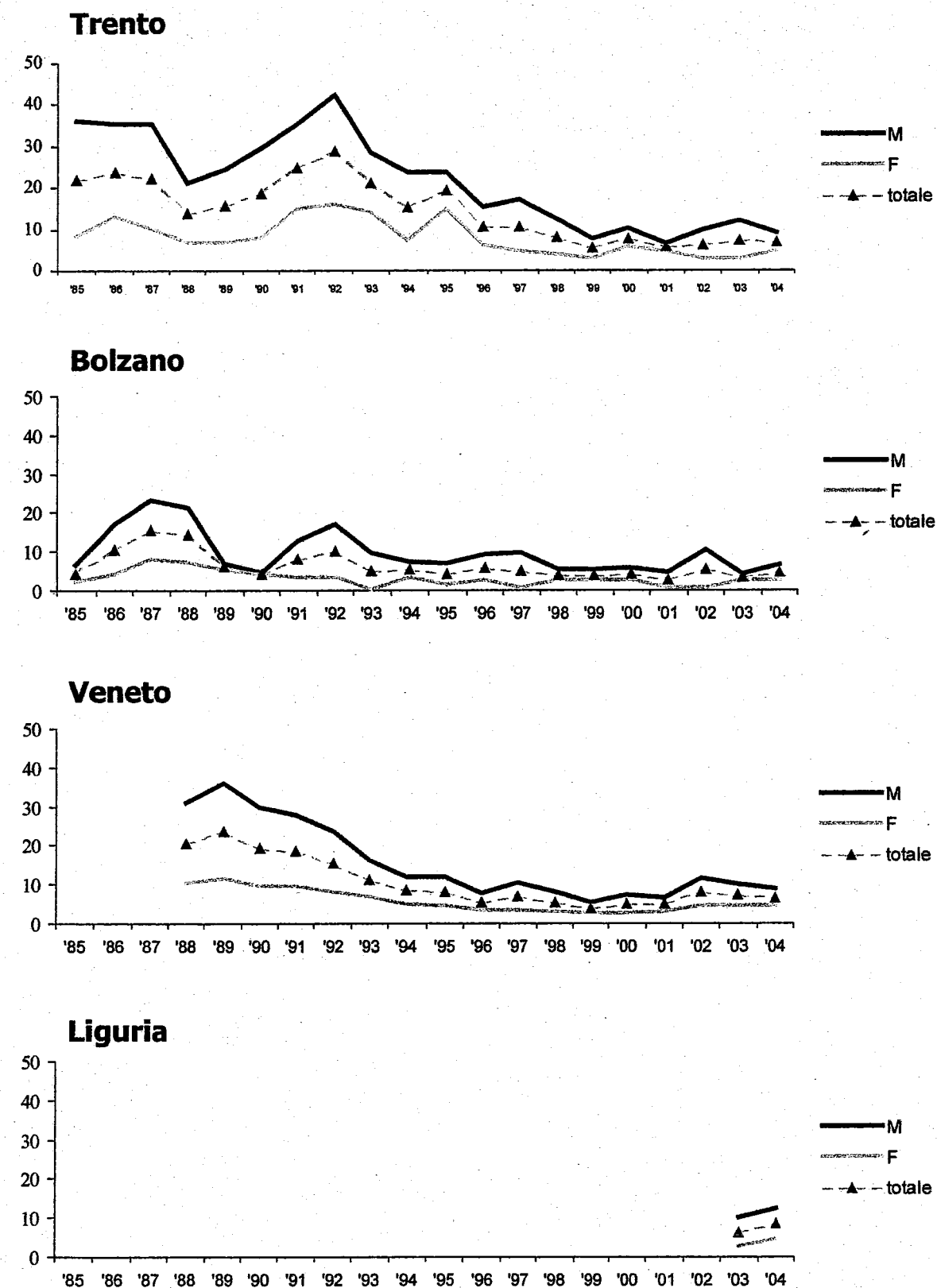


Figura A2: Incidenza (per 100.000 abitanti) delle nuove diagnosi di infezione da HIV per sesso e per regione/provincia di residenza