

5. 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, regime terapeutico antiretrovirale più aggressivo e profilassi delle infezioni opportunistiche effettuate prima della diagnosi di AIDS). La figura 4 mostra che solo il 34,7% dei casi notificati negli ultimi anni

ha ricevuto un trattamento terapeutico antiretrovirale. A circa tre quarti di questi pazienti 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 per avere effettuato una terapia antiretrovirale prima della

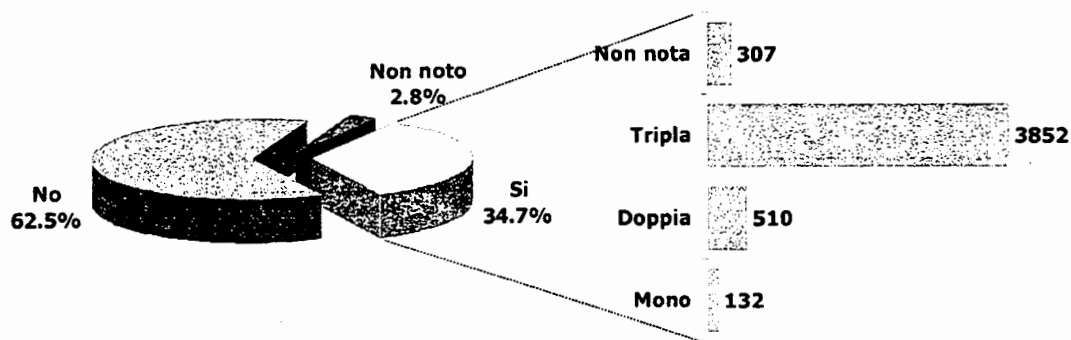


Figura 4. Uso di terapie antiretrovirali e regime terapeutico pre-AIDS

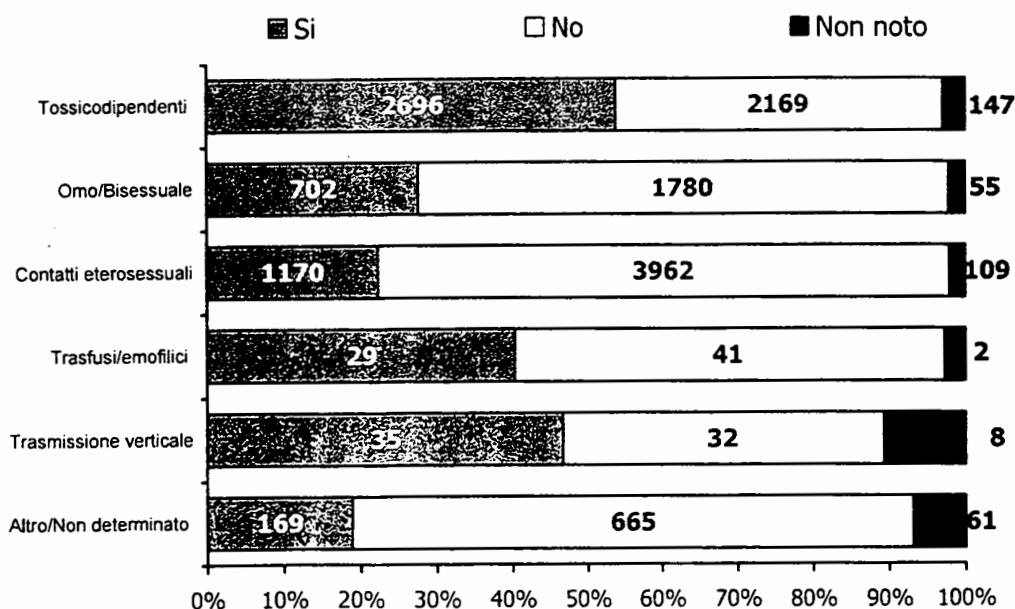


Figura 5. Uso di terapie antiretrovirali pre-AIDS per categoria di trasmissione

diagnosi di AIDS è la consapevolezza della propria sieropositività. In **tabella 13** sono riportate le caratteristiche dei pazienti suddivisi secondo il tempo intercorso tra il 1° test HIV positivo e la diagnosi di AIDS (informazione che viene raccolta dal 1996). Si osserva che la proporzione di pazienti con la diagnosi di sieropositività vicina

una proporzione minore di PCP e toxoplasmosi, a fronte di una percentuale più elevata di candidosi, linfomi, polmoniti ricorrenti e 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

Tabella 13: Tempo intercorso tra il 1° test HIV+ e la diagnosi di AIDS

	Tempo tra 1° test HIV+ e diagnosi di AIDS			
	Meno di 6 mesi		≥ 6 mesi	
	N	%	N	%
Anno di diagnosi				
1996	909	20.6	3508	79.4
1997	1041	33.0	2118	67.0
1998	959	41.3	1362	58.7
1999	971	46.5	1119	53.5
2000	916	48.1	989	51.9
2001	850	48.0	920	52.0
2002	883	51.3	839	48.7
2003	857	51.0	823	49.0
2004	777	50.5	762	49.5
2005	741	52.7	665	47.3
2006	534	53.5	464	46.5
Sesso				
Maschio	7345	42.1	10106	57.9
Femmina	2093	37.7	3463	62.3
Modalità di trasmissione				
Contatti Omo/Bisessuali	2311	58.1	1668	41.9
Tossicodipendente	1367	13.4	8801	86.6
Altro/Non determinato	1075	68.2	501	31.8
Contatti eterosessuali	4654	64.5	2565	35.5
Trasmissione verticale	31	47.7	34	52.3
Grado di istruzione				
Nessuno	281	71.5	112	28.5
Elementare	1128	52.6	1016	47.4
Media	2424	41.7	3387	58.3
Diploma	1398	56.4	1079	43.6
Laurea	313	67.3	152	32.7
Nd	3894	33.2	7823	66.8
Area geografica di provenienza				
Italia	7475	37.0	12710	63.0
Estera	1838	70.0	788	30.0
Non nota	125	63.8	71	36.2
Totale	9438	41.0	13569	59.0

alla diagnosi di AIDS è aumentata dal 1996 al 2006 ed è più elevata tra coloro che hanno acquisito l'infezione attraverso rapporti sessuali e tra gli stranieri, indicando come molti soggetti arrivino allo stadio di AIDS conclamato ignorando di essere infetti.

Il quadro immunologico e virologico al momento della diagnosi di AIDS in pazienti che hanno effettuato almeno un precedente trattamento antiretrovirale è certamente migliore rispetto a coloro 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 tra i trattati

precedentemente trattati.

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					
		N	Mediana	Min	Max	25° percentile	75° percentile
Si	<i>Anno di diagnosi</i>						
	1999	694	110	1	1414	38	229
	2000	645	107	1	968	41	238
	2001	640	101	1	1172	40	227
	2002	585	95	0	1285	36	207
	2003	586	110	1	1290	40	250
	2004	553	98	0	1128	40	212
	2005	482	98	0	1106	39	228
No	2006	315	117	1	761	34	251
	1999	1253	52	0	1259	19	132
	2000	1181	48	0	1134	19	121
	2001	1078	49	0	1420	21	118
	2002	1093	50	0	1039	20	113
	2003	1023	45	0	1313	17	111
	2004	961	50	0	851	20	112
	2005	882	48	0	1300	17	114
Totale		12623	64	0	1420	23	158
		Viremia (log ₁₀ copie/ml) alla diagnosi					
		N	Mediana	Min	Max	25° percentile	75° percentile
Si	<i>Anno di diagnosi</i>						
	1999	692	4.81	0.30	6.72	3.60	5.44
	2000	640	4.86	0.65	6.70	3.67	5.42
	2001	621	4.76	0.80	7.04	2.99	5.43
	2002	552	4.74	0.65	6.62	3.30	5.38
	2003	557	4.81	0.65	6.63	3.54	5.42
	2004	521	4.83	0.65	7.38	3.04	5.42
	2005	464	4.84	0.80	7.00	3.22	5.32
No	2006	296	4.81	0.65	7.00	2.99	5.48
	1999	1197	5.31	0.65	6.83	4.83	5.70
	2000	1129	5.32	0.85	7.76	4.88	5.70
	2001	1030	5.30	0.65	7.71	4.89	5.70
	2002	1021	5.33	0.85	6.92	4.87	5.70
	2003	962	5.25	0.85	7.11	4.87	5.70
	2004	888	5.23	0.80	7.00	4.87	5.69
	2005	808	5.29	0.85	7.17	4.85	5.70
Totale		11976	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
	Si	No		Non noto			
	N	%	N	%	N	%	
Candidosi (Polmonare e esofagea)	1238	23.3	1779	16.8	104	22.1	3121
Criptococchi extrapolmonare	131	2.5	364	3.4	9	1.9	504
Cytomegalovirus compresa retinite	221	4.2	731	6.9	20	4.2	972
Encefalopatia da HIV	362	6.8	591	5.6	31	6.6	984
Herpes Simplex	29	0.5	91	0.9	3	0.6	123
Sarcoma di Kaposi	211	4.0	622	5.9	12	2.5	845
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	419	7.9	437	4.1	16	3.4	872
Micobatteriosi	181	3.4	269	2.5	11	2.3	461
Tubercolosi	421	7.9	986	9.3	35	7.4	1442
Pneumocystis carinii, polmonite	677	12.8	2469	23.3	94	20.0	3240
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	149	2.8	217	2.0	10	2.1	376
Sepsi da salmonella ricorrente	20	0.4	58	0.5	3	0.6	81
Toxoplasmosi cerebrale	270	5.1	745	7.0	38	8.1	1053
'Wasting Syndrome'	524	9.9	871	8.2	57	12.1	1452
Altre I.O.	101	1.9	140	1.3	3	0.6	244
Carcinoma cervicale invasivo	62	1.2	25	0.2	1	0.2	88
Polmonite ricorrente	286	5.4	222	2.1	24	5.1	532
Totale	5302	100.0	10617	100.0	471	100.0	16390

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)	66	16.2	86	18.1	778	25.6	203	24.3	1133
Criptococchi extrapolmonare	8	2.0	2	0.4	99	3.3	7	0.8	116
Cytomegalovirus compresa retinite	11	2.7	7	1.5	157	5.2	17	2.0	192
Encefalopatia da HIV	27	6.6	37	7.8	192	6.3	71	8.5	327
Herpes Simplex	2	0.5	2	0.4	20	0.7	1	0.1	25
Sarcoma di Kaposi	29	7.1	36	7.6	84	2.8	40	4.8	189
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	50	12.3	92	19.4	136	4.5	110	13.1	388
Micobatteriosi	20	4.9	9	1.9	108	3.6	14	1.7	151
Tubercolosi	46	11.3	68	14.3	172	5.7	93	11.1	379
Pneumocystis carinii, polmonite	45	11.1	24	5.1	463	15.2	63	7.5	595
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	16	3.9	12	2.5	76	2.5	27	3.2	131
Sepsi da salmonella ricorrente	1	0.2	1	0.2	12	0.4	4	0.5	18
Toxoplasmosi cerebrale	24	5.9	4	0.8	192	6.3	19	2.3	239
'Wasting Syndrome'	28	6.9	25	5.3	354	11.6	57	6.8	464
Altre I.O.	7	1.7	12	2.5	56	1.8	18	2.2	93
Carcinoma cervicale invasivo	4	1.0	16	3.4	15	0.5	20	2.4	55
Polmonite ricorrente	23	5.7	42	8.8	128	4.2	73	8.7	266
Totale	407	100.0	475	100.0	3042	100.0	837	100.0	4761

NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV*

6. INTRODUZIONE

In Italia, non esiste un sistema nazionale di notifica delle nuove diagnosi di infezioni da HIV. Vi sono però, alcune regioni e province che già da vari anni si sono organizzate autonomamente e raccolgono informazioni sulla diffusione di tali diagnosi^(IV, V). Ricordiamo brevemente che in tali regioni e province vengono segnalati i soggetti a cui viene diagnosticata per la prima volta una positività al test anti-HIV e che possono essere anche completamente asintomatici perché ancora in fase pre-AIDS^{VI}. Questi dati vengono aggregati e analizzati presso il COA.

Le regioni che, ad oggi, hanno istituito un

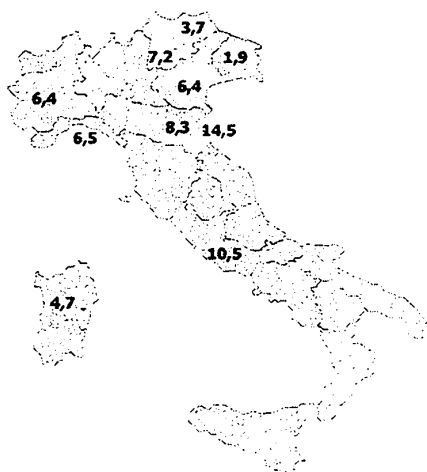


Figura 6: Tasso annuo di incidenza (per 100.000 ab.) delle nuove diagnosi di infezione da HIV segnalate nel 2005

sistema di sorveglianza sono Lazio: (dal 1985), Veneto (dal 1988), Friuli Venezia-Giulia (dal 1985), Piemonte (dal 1999), Liguria (dal 2001) e le province di Modena (dal 1985), Trento (dal 1985) e Bolzano (dal 1985). Quest'anno due nuove province (Sassari e Rimini) hanno inviato i dati sulle nuove diagnosi di infezioni da HIV, raccogliendo oltre i dati del 2005 anche dati in modo retrospettivo (dal 1997 per quanto riguarda la provincia di Sassari e dal 2002 per la provincia di Rimini).

In mancanza di dati nazionali sui casi di infezione da HIV, i casi segnalati da queste regioni e province non rappresentano certamente tutti i casi di nuove infezioni da HIV, ma possono fornire un'utile indicazione sulla diffusione dell'HIV nel nostro paese e su alcuni cambiamenti temporali dell'epidemia da HIV in Italia.

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

Per quanto riguarda la descrizione dei metodi per la raccolta dati si rimanda al Notiziario, vol 18, n. 6, suppl 1, giugno 2005. Sono qui presentati i dati aggiornati a dicembre 2005.

Nel periodo 1985-2005 sono state riportate nelle 10 regioni/province 37.220 nuove diagnosi di infezione da HIV (26.533 maschi e 10.970 femmine). L'incidenza totale di nuove diagnosi nel 2005 è stata del 7,6 per 100.000 abitanti (11,1 per gli uomini e 5,0 per le donne); l'incidenza più bassa è stata osservata nel Friuli Venezia Giulia, mentre quella più alta nella provincia di Rimini (figura 6).

Nel 2005 sono state segnalate dalle regioni e province partecipanti 1.459 nuove diagnosi di infezione da HIV, pari ad un'incidenza di 7,3 per 100.000.

L'incidenza delle nuove diagnosi ha visto un picco di segnalazioni nel 1987, per diminuire fino al 1998 e stabilizzarsi successivamente (figura 7). Questo andamento è stato simile tra maschi e femmine. Tuttavia la proporzione di donne è aumentata progressivamente negli anni: il rapporto maschi/femmine che era di 3,6 nel 1985 è di 2,4 nel 2005.

Similmente a quanto precedentemente riportato tra i casi di AIDS, anche tra le nuove diagnosi di infezione da HIV si osserva un aumento dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione (aumentata da 25,7 anni nel 1985 a 36,4 anni nel 2005) (figura 8), nonché un cambiamento analogo delle categorie di trasmissione: la quota di tossicodipendenti è diminuita dal 74,5% nel 1985 al 9,5% nel 2005, mentre i casi attribuibili a trasmissione sessuale (eterosessuale e omosessuale) nello stesso periodo sono aumentati dal 7,9% al 69,0% (figura 9).

Per una parte delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV, oscillante nei vari anni tra il 15% e il 20% non è stato possibile stabilire la modalità attraverso la quale è stata contratta l'infezione

8. COMMENTO

La diminuzione dell'incidenza dei casi di AIDS osservata a partire dalla metà del 1996 sembra ormai tendere alla stabilizzazione. Nel 2006 i casi di diagnosi attesi (tenendo conto del ritardo di notifica) sono praticamente gli stessi di quelli del 2005.

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^(VII), ma soprattutto all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate^(VIII).

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

Le limitate conoscenze sulla durata

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 stata una progressiva diminuzione dei nuovi casi

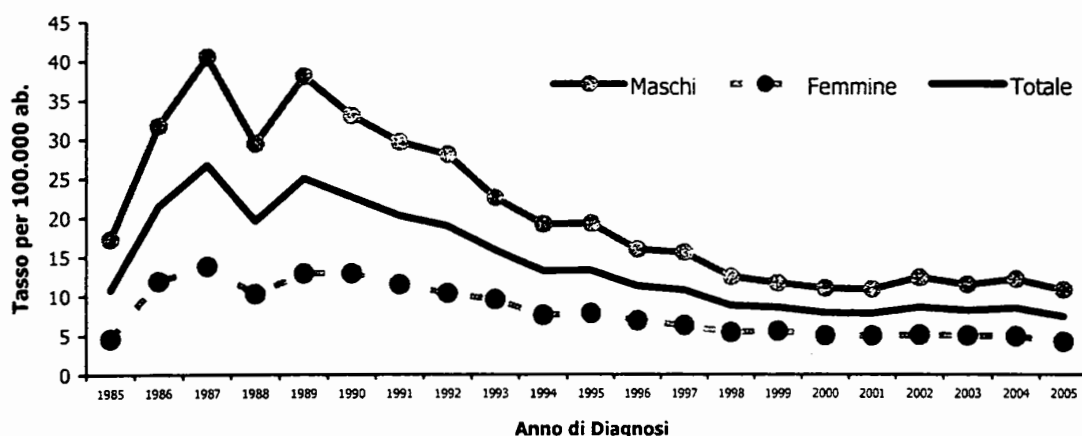


Figura 7. Incidenza annuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per genere (Piemonte, Liguria, Bolzano, Trento, Friuli Venezia-Giulia, Veneto, Modena, Lazio, Sassari e Rimini)

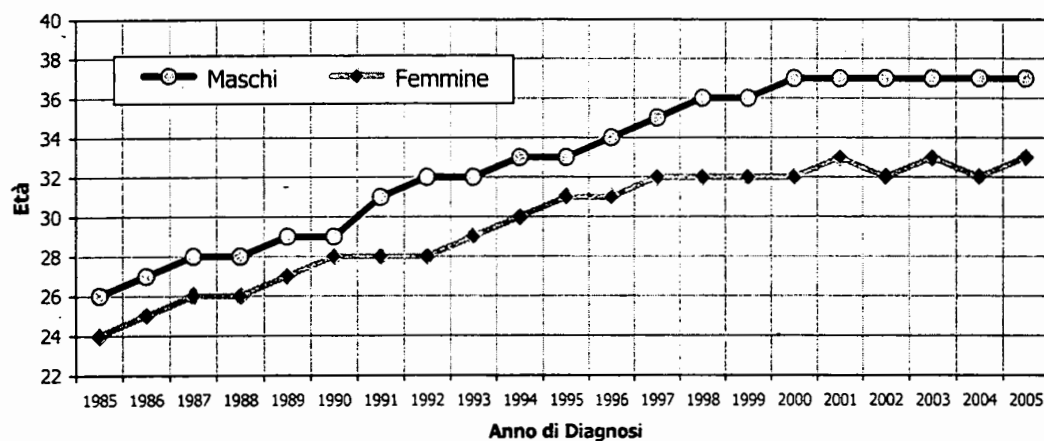


Figura 8. Età media delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per genere e anno, 1985-2005 (Piemonte, Liguria, Bolzano, Trento, Friuli Venezia-Giulia, Veneto, Modena, Lazio, Sassari e Rimini)

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 diversamente dai dati sui casi di AIDS non sono

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 si infettano attraverso i rapporti sessuali. Tra questi, la maggior parte delle donne acquisisce l'infezione da un partner che sapeva di essere HIV-positivo. Inoltre, negli anni è aumentata progressivamente la quota di soggetti che scopre di essere infetta solo in fase avanzata di malattia costituendo quindi, a loro insaputa, una possibile fonte di diffusione del virus; questa è una condizione che oggi interessa più della metà delle nuove diagnosi di AIDS e che è primariamente associata ai rapporti sessuali, sia eterosessuali che omosessuali. L'incidenza di HIV appare elevata in alcune province e regioni (Rimini e Lazio —per il Lazio è in corso una revisione del sistema di notifica che ha portato ad un recupero di dati di anni precedenti e conseguentemente aumentato le stime di incidenza—) ove è attivo un sistema di sorveglianza HIV, ma non possiamo sapere come si collochino questi dati nell'ambito di un quadro nazionale che purtroppo non è ancora disponibile. 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: Massimo Arlotti (Rimini), Vanni Borghi (Modena); Angela Carboni (Lazio); Antonio Ferro (Veneto); Chiara Pasqualini (Piemonte); Giancarlo Icardi (Liguria); Maria Stella Mura (Sassari), Raffaele Pristerà (Bolzano); Luana Sandrin (Friuli Venezia-Giulia); Gina Rossetti (Trento)*

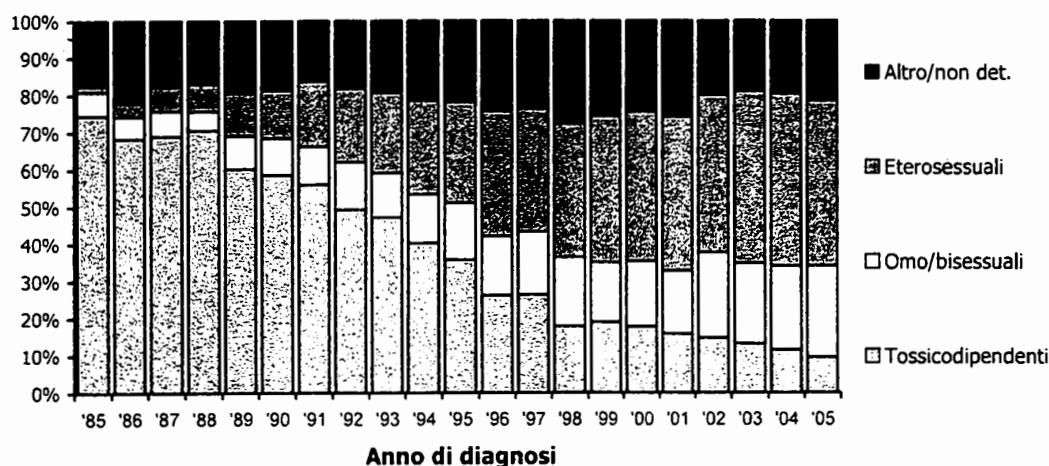


Figura 9. Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per modalità di trasmissione e anno (Piemonte, Liguria, Bolzano, Trento, Friuli Venezia-Giulia, Veneto, Modena, Lazio, Sassari e Rimini)

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 annuale.

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.

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 della non obbligatorietà e 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 decessi avvenuti in tali anni ma non segnalati.

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 nei negli ultimi 12 mesi. Come

denominatore sono stati utilizzati i dati ISTAT relativi ai residenti per provincia reperibili nel sito www.istat.it

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 calcola 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.

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 1999 il sistema di sorveglianza HIV è stato attivato in Piemonte, nel 2004 in Liguria, nel 1997 a Sassari e nel 2002 a Rimini.

16 - Le differenze di incidenza delle nuove diagnosi da HIV dipendono in parte dalla diversa diffusione dell'infezione in queste regioni/province, in parte dalla sensibilità dei sistemi locali di sorveglianza

Riferimenti bibliografici

- I. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità Vol.11, N. 1, supplemento 1, gennaio 1998.*
- II. *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*
- III. *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.*
- IV. *Suligoi B, Pavoni N, Borghi V, Branz F, Coppola N, Gallo G, Perucci CA., Piovesan C, Porta D, Rossetti G, Rezza G. Epidemiologia dell'infezione da HIV in Italia. Epid. e prev., 27 (2) 2003.*
- V. *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.*
- VI. *Camoni L, Suligoi B, 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*
- 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. *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.*
- IX. *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.*
- X. *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.*
- XI. *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.*
- XII. *Napoli PA, Dorrucci 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.*
- XIII. *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.*
- XIV. *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*

PAGINA BIANCA

APPENDICE

PAGINA BIANCA

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

Regione di segnalazione	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	Δ % 2005-06	N. 2006
Piemonte	118	0.8	119	21.8	145	-35.9	93	6.5	99	-9.1	90	23.3	111
Val D'Aosta	3	-33.3	2	0.0	2	100.0	4	-25.0	3	-66.7	1	100.0	2
Lombardia	628	-12.1	552	-1.8	542	-12.5	474	4.6	496	12.9	560	-37.5	350
Trentino Alto Adige	13	7.7	14	-7.1	13	38.5	18	-5.6	17	-52.9	8	150.0	20
Veneto	89	-11.2	79	-8.9	72	5.6	76	31.6	100	-36.0	64	1.6	65
Friuli Venezia Giulia	34	-35.3	22	-31.8	15	20.0	18	100.0	36	-36.1	23	82.6	42
Liguria	63	11.1	70	25.7	88	-11.4	78	-5.1	74	-25.7	55	40.0	77
Emilia Romagna	207	-1.0	205	-16.6	171	10.5	189	-12.2	166	-9.0	151	5.3	159
Toscana	138	-18.8	112	0.0	112	1.8	114	-0.9	113	-8.0	104	-15.4	88
Umbria	23	-39.1	14	57.1	22	59.1	35	-51.4	17	52.9	26	-38.5	16
Marche	42	2.4	43	-30.2	30	40.0	42	-4.8	40	-20.0	32	15.6	37
Lazio	273	6.6	291	7.2	312	-14.4	267	-10.5	239	-27.6	173	18.5	205
Abruzzo	19	-26.3	14	7.1	15	33.3	20	60.0	32	-28.1	23	-17.4	19
Molise	4	-25.0	3	-66.7	1	200.0	3	0.0	3	0.0	3	100.0	6
Campania	70	22.9	86	5.8	91	-48.4	47	21.3	57	-3.5	55	-18.2	45
Puglia	73	-16.4	61	4.9	64	23.4	79	-27.8	57	14.0	65	-26.2	48
Basilicata	5	-40.0	3	-33.3	2	50.0	3	166.7	8	-37.5	5	-20.0	4
Calabria	9	77.8	16	25.0	20	20.0	24	-16.7	20	-15.0	17	0.0	17
Sicilia	53	64.2	87	-29.9	61	62.3	99	-48.5	51	72.5	88	12.5	99
Sardegna	34	23.5	42	104.8	86	-54.7	39	-33.3	26	46.2	38	10.5	42
Totale	1898	-3.3	1835	1.6	1864	-7.6	1722	-3.9	1654	-4.4	1581	-8.2	1452

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

Regione di residenza	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	Δ % 2005-06	N. 2006
Piemonte	122	-6.6	114	28.1	146	-34.2	96	6.3	102	-8.8	93	18.3	110
Val D'Aosta	2	0	2	0	2	100	4	-50	2	-50	1	100	2
Lombardia	603	-14.3	517	-1.7	508	-11.8	448	7.6	482	8.9	525	-36	336
Veneto	78	3.8	81	-8.6	74	-2.7	72	22.2	88	-34.1	58	13.8	66
Friuli Venezia Giulia	23	-60.9	9	22.2	11	27.3	14	57.1	22	-50	11	18.2	13
Liguria	64	9.4	70	17.1	82	-7.3	76	-11.8	67	-20.9	53	41.5	75
Emilia Romagna	195	-2.6	190	-16.3	159	9.4	174	-6.3	163	-14.1	140	1.4	142
Toscana	129	-18.6	105	1.9	107	0	107	0.9	108	-15.7	91	-1.1	90
Umbria	22	-45.5	12	66.7	20	30	26	-57.7	11	127.3	25	-28	18
Marche	43	-9.3	39	-25.6	29	44.8	42	-4.8	40	-20	32	15.6	37
Lazio	244	8.2	264	9.1	288	-12.8	251	-8.4	230	-33.9	152	11.2	169
Abruzzo	16	18.8	19	-15.8	16	31.3	21	38.1	29	-27.6	21	-23.8	16
Molise	3	33.3	4	-50	2	0	2	50	3	0	3	100	6
Campania	73	16.4	85	10.6	94	-45.7	51	9.8	56	12.5	63	-23.8	48
Puglia	74	-12.2	65	0	65	18.5	77	-14.3	66	-6.1	62	-14.5	53
Basilicata	7	-42.9	4	-25	3	133.3	7	0	7	-28.6	5	0	5
Calabria	12	75	21	-4.8	20	30	26	-30.8	18	5.6	19	-10.5	17
Sicilia	66	33.3	88	-26.1	65	53.8	100	-42	58	44.8	84	19	100
Sardegna	36	25	45	102.2	91	-56	40	-37.5	25	60	40	2.5	41
Bolzano	7	42.9	10	-50	5	120	11	18.2	13	-69.2	4	175	11
Trento	6	-33.3	4	125	9	22.2	11	-63.6	4	0	4	75	7
Estera	18	66.7	30	-3.3	29	13.8	33	-27.3	24	54.2	37	-27	27
Ignota	55	3.6	57	-31.6	39	-15.4	33	9.1	36	61.1	58	8.6	63
Totale	1898	-3.3	1835	1.6	1864	-7.6	1722	-3.9	1654	-4.4	1581	-8.2	1452

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

	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	Δ % 2005-06	N. 2006
Modalità di trasmissione													
Omo/ Bisessuale	367	-19.9	294	10.5	325	-1.5	320	-0.3	319	-1.3	315	-4.4	301
Tossico-dipendente	723	1.0	730	-8.4	669	-11.2	594	-11.3	527	-10.2	473	-14.6	404
TD-OMO*	12	-16.7	10	60.0	16	-56.3	7	42.9	10	20.0	12	0.0	12
Emofilico	4	0.0	4	25.0	5	-	0	-	1	100.0	2	150.0	5
Trasfuso	9	-88.9	1	500.0	6	-50.0	3	133.3	7	-85.7	1	300.0	4
Contatti eterosessuali	661	-0.9	655	9.2	715	-2.7	696	-6.6	650	5.1	683	-11.3	606
Trasmissione verticale	10	50.0	15	-40.0	9	-44.4	5	20.0	6	-33.3	4	300.0	16
Altro/ Non determinato	112	12.5	126	-5.6	119	-18.5	97	38.1	134	-32.1	91	14.3	104
Totale	1898	-3.3	1835	1.6	1864	-7.6	1722	-3.9	1654	-4.4	1581	-8.2	1452

*TD-OMO = Tossicodipendenti/Omosessuali.

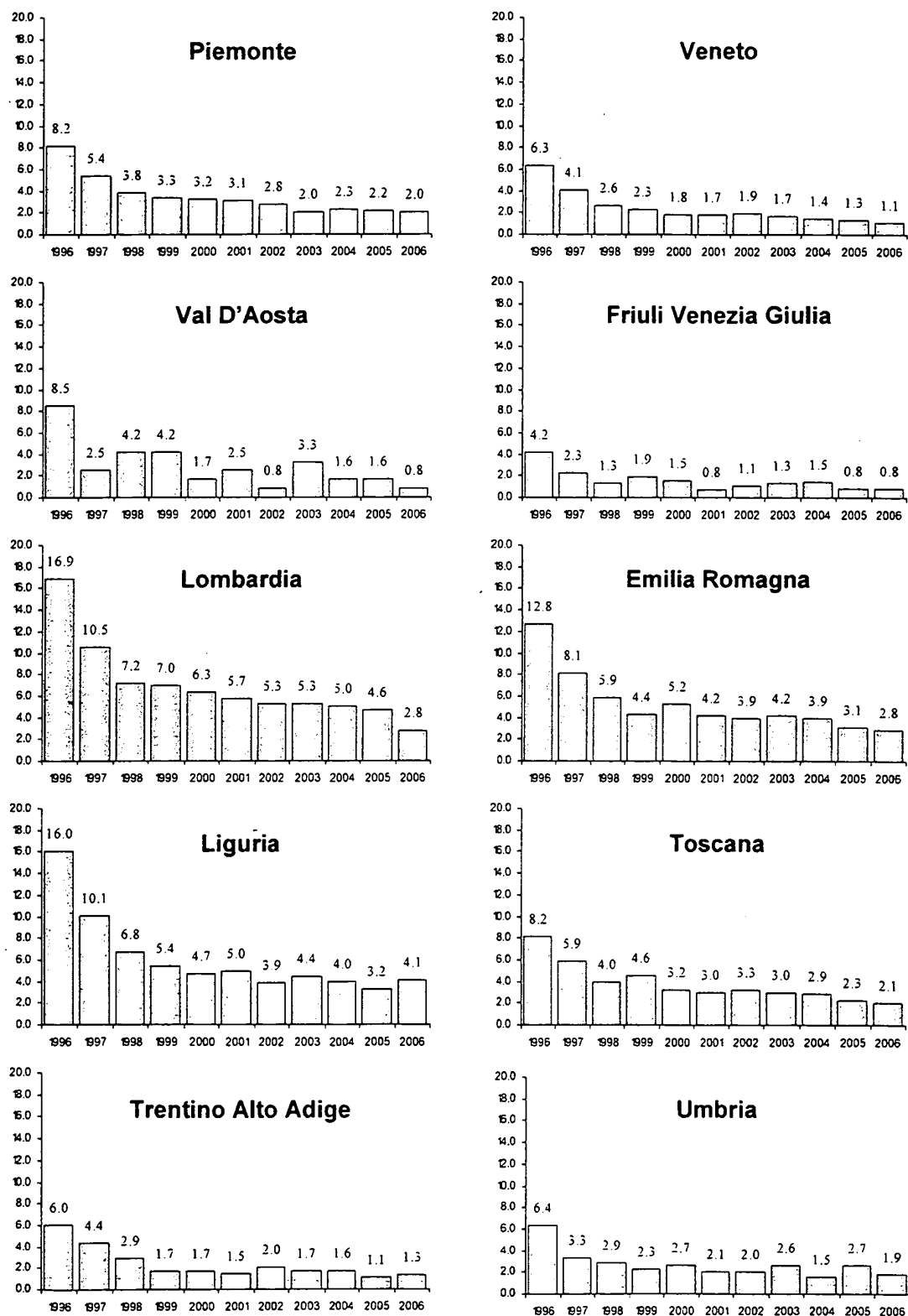


Figura A1: Tasso di incidenza dei casi di AIDS per 100.000 abitanti per anno di diagnosi e regione di residenza (dati non corretti per ritardo di notifica)

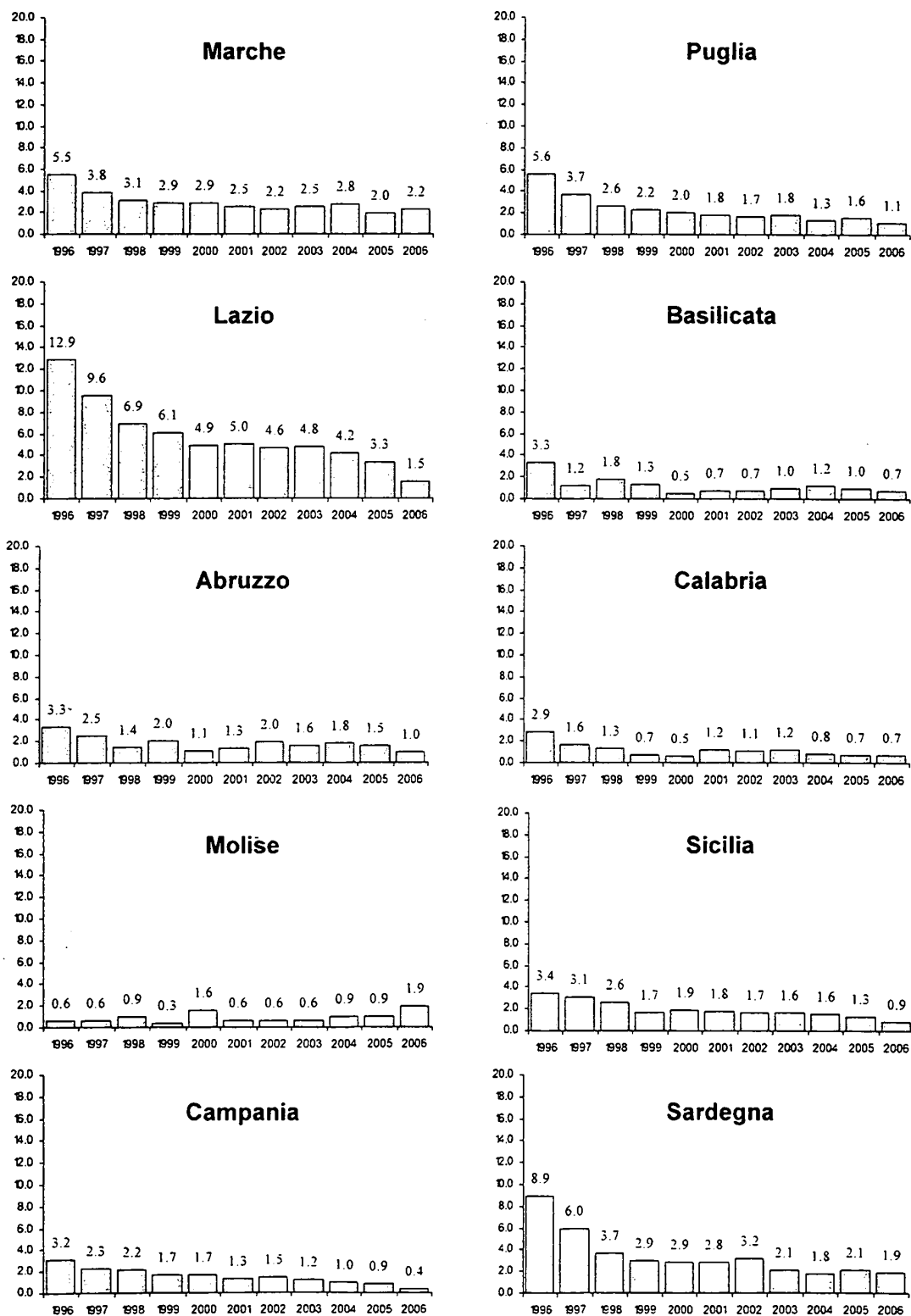


Figura A1: Tasso di incidenza dei casi di AIDS per 100.000 abitanti per anno di diagnosi e regione di residenza (dati non corretti per ritardo di notifica)

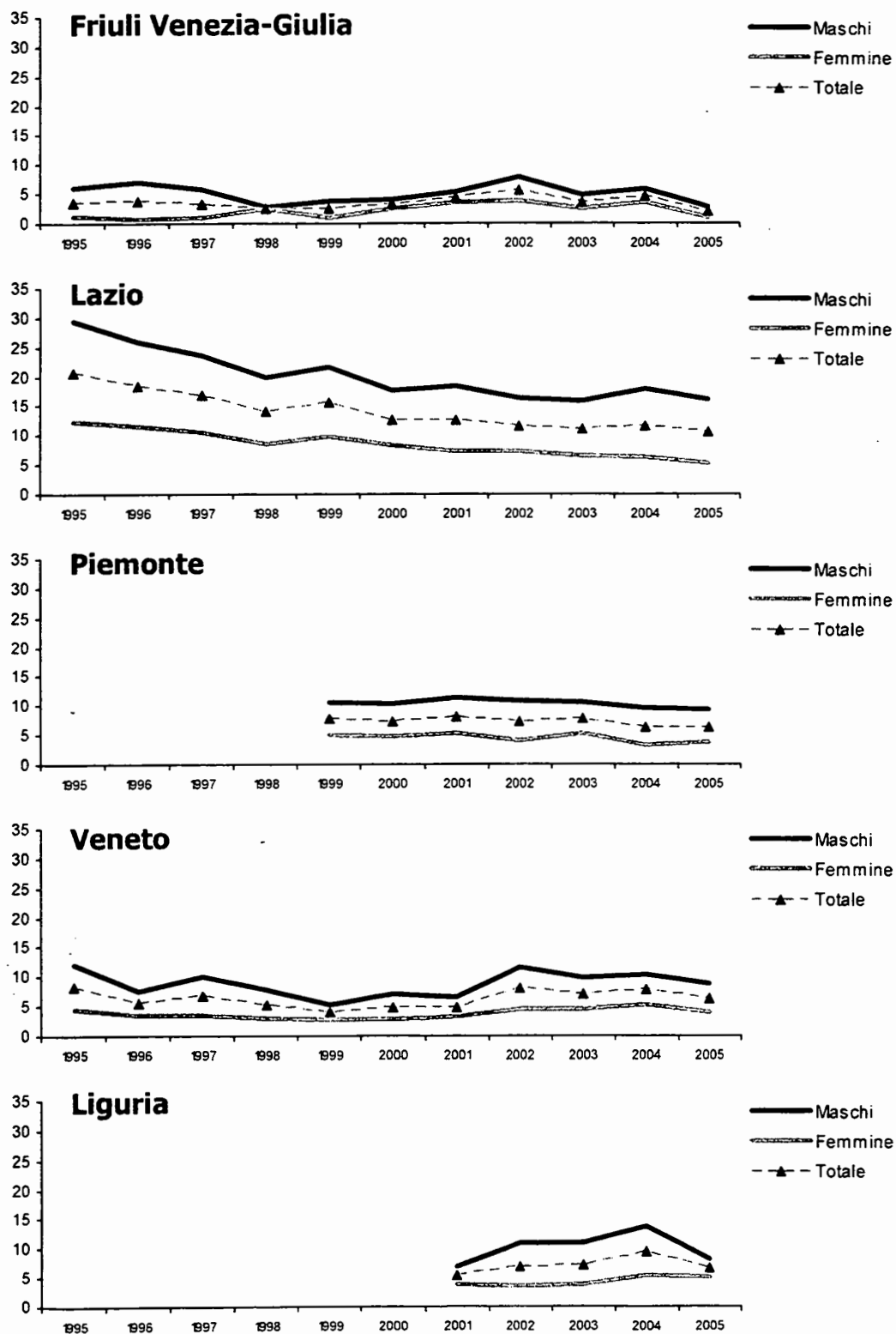


Figura A2: Incidenza (per 100.000 abitanti) delle nuove diagnosi di infezione da HIV per sesso e per regione/provincia di residenza

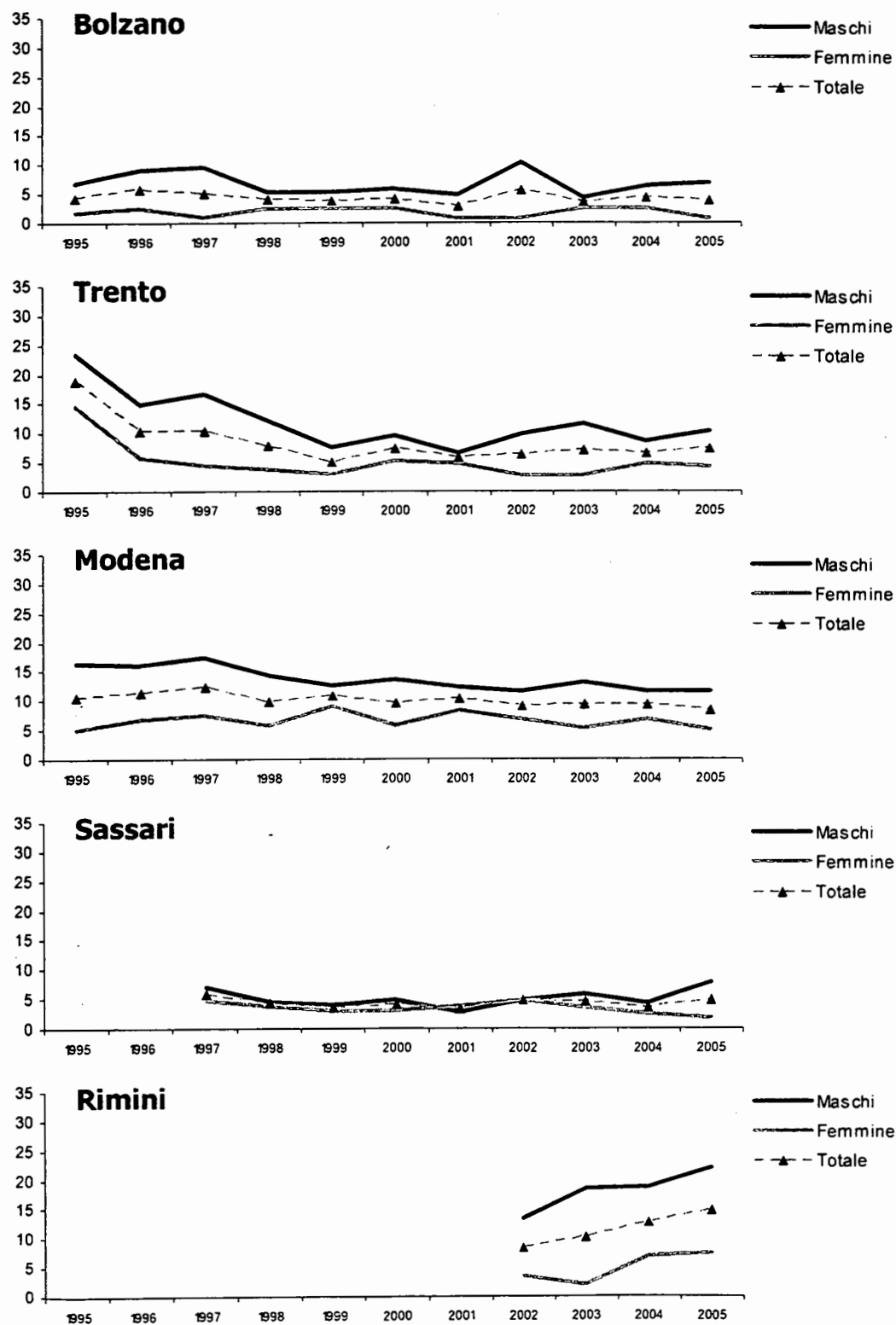


Figura A2: Incidenza (per 100.000 abitanti) delle nuove diagnosi di infezione da HIV per sesso e per regione/provincia di residenza