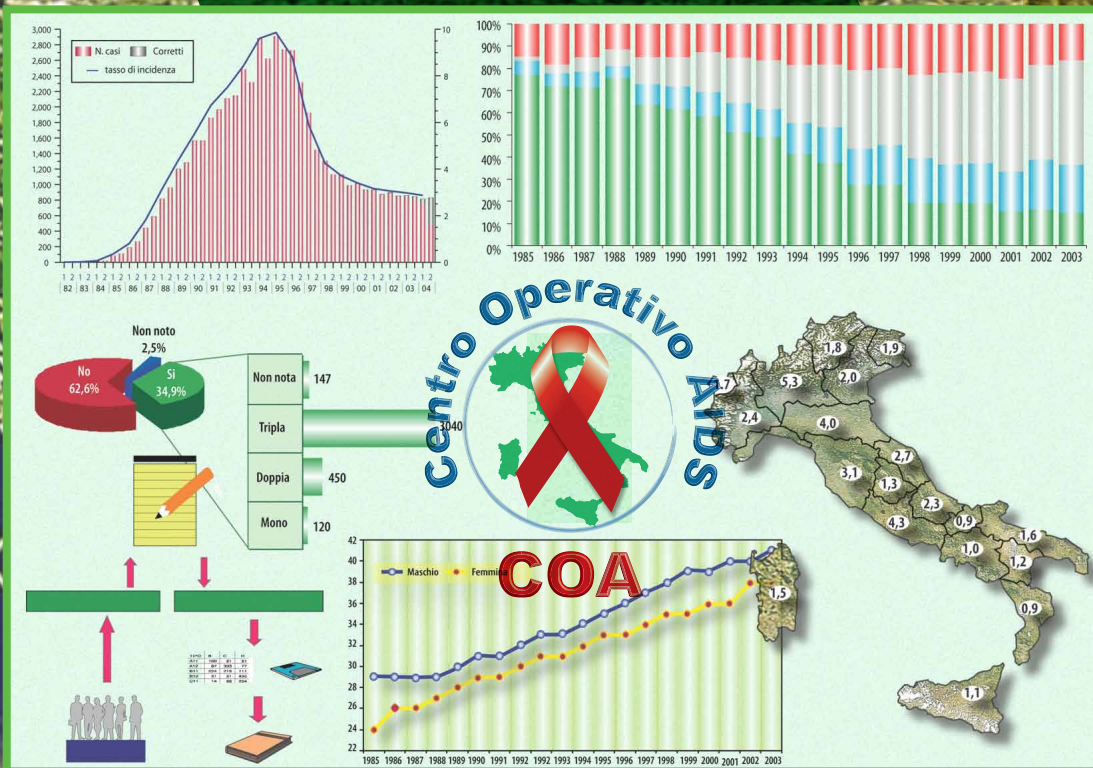


# Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

**AGGIORNAMENTO DELLE NUOVE DIAGNOSI  
 DI INFEZIONE DA HIV  
 E DEI CASI DI AIDS IN ITALIA  
 AL 31 DICEMBRE 2014**

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



Dati in breve - Punti chiave

Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV

Sorveglianza dei casi di AIDS

Approfondimenti

www.iss.it

## SOMMARIO

Dati in breve .....	3
Punti chiave .....	3
Note tecniche per la lettura .....	4
Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV .....	5
Sorveglianza dei casi di AIDS .....	9
Approfondimenti .....	13
Sezione Tabelle .....	18
Sezione Figure .....	30
Appendice 1 .....	40
Appendice 2 .....	44
Appendice 3 .....	47

**RIASSUNTO** - Dal 2012 i dati sulla sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV sono disponibili per tutte le regioni italiane. Nel 2014, sono state riportate 3.695 nuove diagnosi di infezione da HIV pari a 6,1 nuovi casi per 100.000 residenti. Questa incidenza pone l'Italia al dodicesimo posto tra le nazioni dell'Unione Europea. Negli anni si osserva un aumento dell'età mediana alla diagnosi, nonché un cambiamento delle modalità di trasmissione: diminuisce la proporzione di consumatori di sostanze per via iniettiva, ma aumentano i casi attribuibili a trasmissione sessuale, in particolare tra maschi che fanno sesso con maschi (MSM). Il Registro Nazionale AIDS è attivo sin dall'inizio degli anni '80 e ancora oggi fornisce importanti informazioni utili per monitorare le persone con HIV; nel 2014 sono stati segnalati al COA 858 casi di AIDS, pari a un'incidenza di 1,4 nuovi casi per 100.000 residenti. Oltre il 50% dei casi di AIDS segnalati nel 2014 sono osservati in persone non consapevoli di essere HIV-positivo. La maggior parte delle persone con infezione da HIV (92,6%), seguita presso i centri clinici di malattie infettive, è in terapia antiretrovirale.

**Parole chiave:** sorveglianza; HIV; AIDS; Italia

**SUMMARY** (*HIV/AIDS infection in Italy*) - Since 2012, data on new HIV diagnoses have a national coverage. In 2014, 3,695 new diagnoses were reported, equivalent to an incidence of 6.1 per 100,000 residents, Italy ranking 12th among EU countries. Over time, a progressive increase of the median age at diagnosis and changes in the distribution of exposure categories (i.e., a decrease in the proportion of injecting drug users and an increase of sexually acquired cases, mostly MSM) were observed. Since 1982 data on AIDS cases have been collected and they can still provide valuable information on HIV-positive individuals. In 2014, 858 AIDS cases were reported, equivalent to an incidence of 1.4 per 100,000 residents. More than 50% of individuals diagnosed with AIDS in 2014 were unaware of being HIV-infected. The majority (92.6%) of HIV-positive individuals in care at infectious disease clinics are on antiretroviral treatment.

**Key words:** surveillance; HIV; AIDS; Italy

coa@iss.it

## L'Istituto Superiore di Sanità

è il principale ente di ricerca italiano per la tutela della salute pubblica.

È organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale e svolge attività di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica.

### Dipartimenti

- Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria
- Biologia Cellulare e Neuroscienze
- Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare
- Farmaco
- Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate
- Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
- Tecnologie e Salute

### Centri nazionali

- AIDS per la Patogenesi e Vaccini contro HIV/AIDS
- Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
- Malattie Rare
- Organismo Notificato per i Dispositivi Medici e la Valutazione dei Cosmetici
- Ricerca e Valutazione dei Prodotti Immunobiologici
- Sostanze Chimiche
- Sangue
- Trapianti

### Servizi tecnico-scientifici

- Servizio Biologico e per la Gestione della Sperimentazione Animale
- Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali

*Legale rappresentante e Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità:*  
Gualtiero Ricciardi

*Direttore responsabile:* Paola De Castro

*Comitato scientifico:* Barbara Caccia, Paola De Castro, Loredana Ingrosso, Cinzia Marianelli, Luigi Palmieri, Patrizia Popoli, Anna Maria Rossi, Emanuela Testai, Vito Vetrugno, Ann Zeuner

*Redattore capo:* Paola De Castro

*Redazione:* Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

*Progetto grafico:* Alessandro Spurio

*Impaginazione e grafici:* Giovanna Morini

*Fotografia:* Antonio Sesta, Luigi Nicoletti

*Distribuzione:* Patrizia Mochi, Sandra Salinetti, Silvia Negrola, Guendalina Sellitri

*Redazione del Notiziario*

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

e-mail: pubblicazioni@iss.it

Iscritto al n. 475 del 16 settembre 1988 (cartaceo) e al n. 117 del 16 maggio 2014 (online)

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2015

Numero chiuso in redazione il 17 novembre 2015



Stampato in proprio

# AGGIORNAMENTO DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV E DEI CASI DI AIDS IN ITALIA AL 31 DICEMBRE 2014



A cura di

Laura Camoni<sup>1</sup>, Stefano Boros<sup>1</sup>, Vincenza Regine<sup>1</sup>, Mariano Santaquilani<sup>2</sup>,  
Maurizio Ferri<sup>2</sup>, Lucia Pugliese<sup>1</sup> e Barbara Suligo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS

<sup>2</sup>Settore Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali, ISS

## DATI IN BREVE

- È stabile il numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV.
- Continua a diminuire l'incidenza delle nuove diagnosi di HIV nelle donne.
- La maggior parte delle infezioni avviene attraverso contatti eterosessuali.
- Aumentano le diagnosi in MSM (maschi che fanno sesso con maschi) tra gli italiani.
- Rispetto al 2013 diminuisce la quota dei soggetti che si presenta in fase avanzata (bassi CD4 o presenza di sintomi).
- È stabile il numero dei casi di AIDS.
- Diminuiscono i decessi in persone con AIDS.
- La maggior parte delle nuove diagnosi di AIDS ha eseguito il test HIV pochi mesi prima della diagnosi di AIDS.
- Il 92,6% delle persone HIV positive seguite presso i centri clinici di malattie infettive è in terapia antiretrovirale. ■

## PUNTI CHIAVE

La **sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV**, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stata istituita con Decreto Ministeriale nel 2008 e dal 2012 ha copertura nazionale.

Nel 2014, sono state segnalate 3.695 nuove diagnosi di infezione da HIV (questo numero potrebbe aumentare a causa del ritardo di notifica) pari a un'incidenza di 6,1 nuovi casi di HIV positività ogni 100.000 residenti. Tra le nazioni dell'Unione Europea, l'Italia si colloca al 12° posto in termini di incidenza HIV. L'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV non mostra particolari variazioni rispetto ai tre anni precedenti. Nel 2014, le regioni con l'incidenza più alta sono state il Lazio, la Lombardia e l'Emilia-Romagna. Le persone che hanno scoperto di essere HIV positive nel 2014 sono maschi nel 79,6% dei casi, hanno un'età mediana di 39 anni per i maschi e di 36 anni per le femmine. L'incidenza più alta è stata osservata tra le persone di 25-29 anni (15,6 nuovi casi ogni 100.000 residenti).

Nel 2014, la maggioranza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è attribuibile a rapporti sessuali senza preservativo, che costituiscono l'84,1% di tutte le segnalazioni (eterosessuali 43,2%; MSM 40,9%).

Nel 2014, il 27,1% delle persone diagnosticate come HIV positive è di nazionalità straniera. Nel 2014, l'incidenza è stata di 4,7 nuovi casi ogni 100.000 tra italiani residenti e di 19,2 nuovi casi ogni 100.000 tra stranieri residenti. Le incidenze più elevate tra stranieri sono state osservate in Lazio, Campania, Sicilia e Molise. Tra gli stranieri, la quota maggiore di casi è costituita da eterosessuali femmine (36,0%), mentre tra gli italiani da MSM (49,0%).

Nel 2014, il 34,9% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV è stato diagnosticato con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/μL e il 53,4% con un numero inferiore a 350 cell/μL. In Umbria e nella Provincia Autonoma di Trento l'esecuzione del test di avidità anticorpale, che permette con una buona approssimazione di identificare le infezioni recenti, ha evidenziato che, nel 2014, il 17,5% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV ha verosimilmente acquisito l'infezione nei 6 mesi precedenti la prima diagnosi di HIV positività. Nel 2014, il 26,4% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV ha eseguito il test HIV per la presenza di sintomi HIV-correlati, il 21,6% in seguito a un comportamento a rischio non specificato e il 10,0% nel corso di accertamenti per un'altra patologia. ►

La **sorveglianza dei casi di AIDS** riporta i dati delle persone con una diagnosi di AIDS conclamato. Dall'inizio dell'epidemia, nel 1982, a oggi sono stati segnalati oltre 67.000 casi di AIDS, di cui circa 43.000 segnalati come deceduti. Nel 2014, sono stati diagnosticati 858 nuovi casi di AIDS pari a un'incidenza di 1,4 nuovi casi per 100.000 residenti. L'incidenza di AIDS è stabile negli ultimi tre anni. È diminuita nel tempo la proporzione di persone che alla diagnosi di AIDS presenta un'infezione fungina, mentre è aumentata la quota di pazienti che presenta un'infezione virale o un tumore.

Nel 2014, poco meno di un quarto delle persone diagnosticate con AIDS ha eseguito una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS. Il fattore principale che determina la probabilità di avere effettuato una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS è la consapevolezza della propria sieropositività: tra il 2006 e il 2014 è aumentata la proporzione delle persone che arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività, passando dal 20,5% al 71,5%.

In Italia, il 90,9% delle persone con infezione da HIV è seguito presso i centri clinici di malattie infettive; di queste, il 92,6% è in terapia antiretrovirale, e di quest'ultime, l'85,4% ha raggiunto la soppressione virale. ■

### Note tecniche per la lettura

Il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e il Sistema di sorveglianza dei casi di AIDS costituiscono due basi di dati che vengono permanentemente aggiornate dall'afflusso continuo delle segnalazioni inviate al Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il COA pubblica annualmente un fascicolo del *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* dedicato all'aggiornamento di questi due flussi di sorveglianza. Tuttavia, per avere un grado di completezza sufficiente relativo all'ultimo anno di riferimento, è necessario tenere conto del ritardo di notifica, cioè del tempo che intercorre tra la diagnosi e l'arrivo delle schede/file dai centri clinici/regioni al COA; si è osservato che a 6 mesi dal termine dell'anno di riferimento arrivano circa il 90% delle segnalazioni relative all'anno di riferimento. A conferma di ciò, si è verificato che i dati del Sistema di sorveglianza dei casi di AIDS possono considerarsi consolidati al 99% a distanza di 4 anni dall'anno di segnalazione. Per quanto riguarda la sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, essa ha copertura nazionale dal 2012 e solo dal 2016 sarà possibile ottenere stime affidabili sul ritardo di notifica e sul consolidamento dei dati. Inoltre, il data entry delle schede AIDS e le procedure di controllo di qualità che vengono effettuate sia per il Registro Nazionale AIDS che per il database della sorveglianza HIV, richiedono tempi tecnici irrinunciabili, che consentono di giungere alla versione definitiva e verificata dei due database a ottobre dell'anno successivo a quello di diagnosi. Insieme alla Commissione Nazionale AIDS e al Ministero della Salute, è stato, pertanto, concordato che prima di questa data non è possibile pubblicare un aggiornamento annuale dei dati, né fornire estrazioni, anche parziali, dei dati AIDS e HIV.

Si sottolinea, inoltre, che le basi dati possono subire variazioni anche per i seguenti motivi:

- correzione di eventuali doppie segnalazioni dello stesso caso, in accordo con le singole regioni;
- correzione di casi che riportano dati incongruenti;
- completamento delle schede che riportano dati incompleti, effettuato in seguito a verifica puntuale con le singole regioni/ospedali/medici segnalatori.

Quanto sopra esposto spiega le eventuali variazioni nei dati che si possono verificare all'interno delle due basi dati di sorveglianza a distanza anche di pochi mesi, o nel confronto di tali dati con le basi dati regionali. Le variazioni, ad esempio, possono interessare il numero dei casi riportati in un determinato anno rispetto a quanto riportato per lo stesso anno in un *Notiziario* precedente, oppure il numero di casi in una classe di età o modalità di trasmissione quando vengono corrette o integrate le informazioni mancanti, o ancora il numero di casi residenti in una regione rispetto a quanto la stessa regione può registrare in base alle segnalazioni locali, poiché il COA può aggiungere a ogni regione i casi residenti in quella regione ma segnalati da altre regioni. Al fine di rendere il numero dei casi di AIDS più aderente a quello che sarà il dato consolidato, dal 2014 non verranno più presentati i dati per anno di segnalazione ma unicamente per anno di diagnosi. Questo può comportare variazioni sul numero dei casi e rendere complesso il confronto con i dati pubblicati nei fascicoli del *Notiziario* pubblicati negli anni precedenti.

Si comunica, infine, che i dati raccolti dai due Sistemi di sorveglianza, AIDS e HIV, vengono annualmente inviati all'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). I dati presentati in questo fascicolo del *Notiziario* possono presentare piccole discrepanze rispetto al Report ECDC HIV/AIDS surveillance in Europe 2014 (1) per aggiornamenti effettuati successivamente all'invio dei dati all'ECDC.

In questo numero del *Notiziario* sono stati inseriti in calce al testo cinque approfondimenti sui seguenti temi di particolare attualità nell'epidemia di HIV in Italia: consumatori di sostanze per via iniettiva, MSM, HIV *continuum of care*, sopravvivenza dei casi di AIDS, infezione da HIV nel bambino e nell'adolescente. ■

## SORVEGLIANZA DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV

### Istituzione dei Sistemi di sorveglianza regionali

Il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione di HIV è stato istituito con il Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 (*Gazzetta Ufficiale* n. 175, 28 luglio 2008) (2).

In seguito alla pubblicazione del Decreto, molte regioni italiane hanno istituito un sistema di sorveglianza di questa infezione, unendosi ad altre regioni e province che già da vari anni si erano organizzate in modo autonomo e avevano iniziato a raccogliere i dati. Inoltre, per ottenere un'immagine più accurata dell'epidemia da HIV, alcune regioni hanno deciso di recuperare informazioni relative agli anni precedenti al 2008, anno dell'avvio ufficiale del Sistema di sorveglianza. Pertanto, sono disponibili i dati delle seguenti regioni a partire dall'anno indicato tra parentesi: Friuli-Venezia Giulia (1985), Lazio (1985), Provincia Autonoma (PA) di Trento (1985), PA di Bolzano (1985), Veneto (1988), Piemonte (1999), Liguria (2001), Emilia-Romagna (2006), Abruzzo (2006), Marche (2007), Puglia (2007), Valle d'Aosta (2008), Campania (2008), Lombardia (2009), Umbria (2009), Calabria (2009), Sicilia (2009), Toscana (2009), Molise (2010), Basilicata (2010), Sardegna (2012).

Nel Decreto viene affidato al COA il compito di raccogliere le segnalazioni, gestire e analizzare i dati e assicurare il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute.

I metodi e gli strumenti per la raccolta dei dati sono già stati descritti in precedenza (3, 4). Al Sistema di sorveglianza vengono notificati i casi in cui viene posta per la prima volta la diagnosi di infezione da HIV, a prescindere dalla presenza di sintomi AIDS-correlati (5). I dati vengono raccolti dalle regioni che, a loro volta, li inviano al COA.

Questo fascicolo presenta i dati nazionali delle nuove diagnosi di infezione da HIV aggiornati al 31 dicembre 2014.

### Copertura del Sistema di sorveglianza

Dal 1985 la copertura geografica del Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è andata aumentando nel tempo, in concomitanza con la progressiva istituzione di Sistemi locali di sorveglianza HIV da parte delle regioni e province.

Dal 2012 tutte le regioni italiane hanno attivato un Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, ottenendo una copertura del Sistema di sorveglianza del 100%.

### Calcolo dell'incidenza

Dal 2008 l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV viene calcolata sui residenti, sia al numeratore (numero di persone con nuova diagnosi di infezione da HIV residenti in una determinata area) che al denominatore (numero di abitanti residenti nella stessa area).

Il numero di abitanti residenti nelle singole regioni è riportato annualmente dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ed è disponibile online (6).

Per calcolare l'incidenza HIV per nazionalità sono state prese in considerazione le nuove diagnosi di infezione da HIV riportate in persone straniere residenti in Italia al numeratore e il numero degli stranieri residenti in Italia riportato dall'ISTAT al denominatore.

### Ritardo di notifica

Data la recente istituzione della sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV in molte regioni italiane, i dati presentati in questo fascicolo potrebbero essere incompleti o sottostimati e potrebbero, quindi, subire delle modifiche in seguito alle verifiche effettuate dalle singole regioni, al ritardato arrivo di alcune schede presso il Centro di coordinamento regionale, e ai controlli di qualità, congruità e completezza dei dati effettuati dal COA. ►

Per poter effettuare delle stime affidabili sul ritardo di notifica secondo il metodo stabilito dall'ECDC (1) e utilizzato in tutti i Paesi europei, è necessario disporre di quattro anni di segnalazioni a copertura nazionale; nel caso dell'Italia, quindi, tale stima sarà possibile dal 2016. Comunque, in questo fascicolo abbiamo calcolato una stima del ritardo di notifica per il 2014 sulla base del ritardo delle segnalazioni osservato negli ultimi tre anni.

## Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV per regione di segnalazione e regione di residenza

Nel periodo 2008-2014 sono state segnalate 25.873 nuove diagnosi di infezione da HIV, relative agli anni e alle regioni che raccoglievano tali segnalazioni, come riportato in **Tabella 1**.

Dal 2010 al 2014 sono state segnalate, entro giugno 2015 (vedi *Note tecniche per la lettura*, p. 4), rispettivamente 4.027, 3.887, 4.146, 3.811 e 3.695 nuove diagnosi di infezione da HIV (**Figura 1**). La diminuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV nell'ultimo anno è verosimilmente dovuta al ritardo di notifica; nella stessa Figura è riportato il valore stimato del numero dei casi dopo correzione per ritardo di notifica (casi stimati nel 2014: 3.880). La **Tabella 2** riporta il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV per regione di segnalazione e per regione di residenza nel 2014. La differenza tra il numero dei casi residenti e quello dei casi segnalati fornisce informazioni utili sulla mobilità degli individui e sull'offerta assistenziale di alcune regioni. Le regioni che hanno un numero di casi residenti maggiore rispetto ai casi segnalati (Piemonte, Provincia Autonoma-PA di Bolzano, Lombardia, Veneto, Marche, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia) hanno "esportato" casi in termini assistenziali; viceversa, quelle con più casi segnalati rispetto ai casi residenti (Liguria, PA di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Lazio) ne hanno "importati" da altre regioni. Nel 2014 più della metà delle segnalazioni sono pervenute da tre regioni: Lombardia (22,9%), Lazio (16,2%), Emilia-Romagna (10,1%).

## Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV

L'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV era alta nella seconda metà degli anni '80, raggiungendo un picco massimo di 26,8 nuovi casi per 100.000 residenti nel 1987; successivamente, essa è diminuita fino al 2006 (dati non mostrati). Dal 2010 l'incidenza è sostanzialmente stabile negli uomini mentre nelle donne è in leggera diminuzione (**Figura 2**).

Nel 2014 l'incidenza era pari a 6,1 nuovi casi per 100.000 residenti. Rispetto all'incidenza riportata dagli altri Paesi dell'Unione Europea, l'Italia si posiziona al 12° posto. La **Figura 3** mostra l'andamento dell'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV negli ultimi cinque anni in Italia e in altri Paesi europei: l'incidenza più alta è stata osservata nel Regno Unito, quella più bassa in Germania; nel 2014 Italia, Francia e Grecia hanno registrato incidenze simili intorno al 6 per 100.000 residenti (1).

L'incidenza più bassa nel 2014 è stata osservata in Calabria e quella più alta nel Lazio (**Figura 4**). Nella maggior parte delle regioni l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV presenta un andamento stabile, anche se in alcune regioni (Valle D'Aosta, Liguria, PA di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria, Sicilia) sembra essere in aumento e in altre si osserva un andamento in diminuzione (Piemonte, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Toscana, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Sardegna) (**Appendice 1**). Come già accennato precedentemente, è opportuno ricordare che il numero delle segnalazioni può subire delle variazioni dovute al recupero di diagnosi di anni precedenti e questo fenomeno può essere particolarmente accentuato per l'ultimo anno e per singola regione (vedi *Note tecniche per la lettura*, p. 4).

## Età alla diagnosi di infezione da HIV

Dal 1985, escludendo le persone di età inferiore ai 15 anni diagnosticate con HIV, si osserva un aumento costante dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione da HIV, che è passata da 26 anni (IQR: 24-30 anni) per i maschi e 24 anni (IQR: 22-29 anni) per le femmine nel 1985 a, rispettivamente, 39 anni (IQR: 31-47 anni) e 36 anni (IQR: 28-45 anni) nel 2014 (dati non mostrati).

Negli ultimi anni l'età mediana al momento della diagnosi di infezione da HIV appare relativamente costante per le principali modalità di trasmissione (**Figura 5**); in particolare, nel 2014, i maschi eterosessuali mostrano un'età mediana di 41 anni, i consumatori di sostanze per via iniettiva - Injecting Drug User (IDU) di 41 anni, i Maschi che fanno Sesso con Maschi (MSM) di 36 anni e le femmine eterosessuali di 36 anni.

La **Tabella 3** mostra la distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e genere.

La **Figura 6** mostra la distribuzione dei casi delle nuove diagnosi di infezione da HIV e l'incidenza per classe di età nel 2014. Le classi di età più rappresentate sono state quella di 30-39 anni (32,1% dei casi delle nuove diagnosi di infezione da HIV), con un'incidenza di 14,0 nuovi casi per 100.000 residenti, e quella di 40-49 anni (26,1% dei casi delle nuovi diagnosi di infezione da HIV) con un'incidenza di 10,2 nuovi casi per 100.000 residenti.

La classe di età 25-29 anni (13,2% dei casi delle nuove diagnosi di infezioni da HIV) ha riportato l'incidenza più alta: 15,6 nuovi casi per 100.000 residenti.

### Rapporto maschi/femmine (M/F)

La proporzione di femmine è aumentata all'inizio degli anni 2000, ma negli ultimi anni sta diminuendo: il rapporto M/F è passato da 3,5 (653 M/187 F) nel 1985, a 2 nel 2001 (945 M/481 F); successivamente, si è osservato un cambiamento di tendenza e il rapporto M/F è aumentato di nuovo fino a 3,9 nel 2014 (2.943 M/752 F). Quindi, la proporzione di femmine è costantemente diminuita nell'ultimo decennio, rappresentando nel 2014 il 20,4% delle nuove diagnosi (dati non mostrati).

### Modalità di trasmissione

La modalità di trasmissione viene attribuita secondo un ordine gerarchico, che risponde a criteri definiti a livello internazionale (7). Ogni soggetto è classificato in un solo gruppo; coloro che presentano più di una modalità di trasmissione vengono classificati nel gruppo con rischio di trasmissione più elevato (in ordine decrescente di rischio: IDU, MSM, eterosessuali, altro).

Dalla metà degli anni '80 a oggi la distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione ha subito un notevole cambiamento: la proporzione di IDU è diminuita dal 76,2% nel 1985 al 3,8% nel 2014, mentre sono aumentati i casi attribuibili a trasmissione sessuale. In particolare, i casi attribuibili a trasmissione eterosessuale sono aumentati dall'1,7% nel 1985 al 43,2% nel 2014 e i casi attribuibili a trasmissione tra MSM nello stesso periodo sono aumentati dal 6,3% al 40,9% (dati non mostrati).

La distribuzione di nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione, genere e nazionalità per il 2014 è riportata in **Tabella 4**.

La modalità "altro" nel 2014 è stata riportata nell'1,7% (61 casi) delle persone diagnosticate con una nuova diagnosi di infezione da HIV.

Nel 2014, la modalità "trasmissione verticale" ha contribuito per lo 0,3% del totale dei casi segnalati.

Per il 9,7% delle persone diagnosticate con una nuova diagnosi di infezione da HIV nel 2014, non è stata indicata la modalità di trasmissione.

In numeri assoluti, i casi più numerosi negli ultimi 4 anni sono attribuibili a trasmissione tra MSM, seguiti da eterosessuali maschi e femmine (**Figura 7**).

### Numero di linfociti CD4 alla prima diagnosi di HIV e arrivo tardivo alla diagnosi

Dal 2010 sono disponibili i dati sul numero dei linfociti CD4 riportati alla prima diagnosi di infezione da HIV. Nel 2014 solamente il Lazio non ha raccolto e inviato i dati relativi al numero di linfociti CD4 alla prima diagnosi di infezione da HIV. La completezza di questa variabile è diversa tra regioni e nel 2014 varia dal 68,6% del Veneto al 100% della Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria e Sardegna. In totale, nel 2014, per il 77,8% dei casi segnalati è stato riportato il numero dei CD4 alla diagnosi (**Tabella 5**). ►

Nel 2014, la proporzione delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV diagnosticate con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/ $\mu$ L era del 34,9%, mentre quella di coloro che avevano un numero di CD4 inferiore a 350 cell/ $\mu$ L era del 53,4%.

Dal 2010 al 2014 la proporzione delle persone con meno di 200 linfociti CD4 alla diagnosi e quella delle persone con meno di 350 linfociti CD4 alla diagnosi è stabile, mentre nell'ultimo anno si osserva una lieve diminuzione (**Figura 8**).

La **Tabella 6** mostra la proporzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV nelle persone con meno di 200 linfociti CD4 alla diagnosi dal 2010 al 2014 per genere, nazionalità, classe di età e modalità di trasmissione.

## Caratteristiche della popolazione straniera con nuova diagnosi di infezione da HIV

La proporzione di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV è aumentata dall'11% nel 1992 a un massimo di 32,9% nel 2006 (dati non mostrati); nel 2014 è stata del 27,1% (**Figura 9**), con un numero assoluto di casi pari a 1.002.

Nel 2014, il 45,1% di stranieri con una nuova diagnosi di infezione da HIV proveniva dall'Africa (di cui il 34% dalla Nigeria), il 21,4% dai Paesi dell'Europa centrale e orientale (di cui il 44,4% dalla Romania), il 28,4% dall'America meridionale (di cui il 41,7% dal Brasile), il 4,8% dall'Asia (di cui il 25,0% dalla Cina), il 6,1% dai Paesi dell'Europa occidentale (di cui il 18,0% dalla Germania). Nel 2014, il 57,6% dei casi in stranieri era costituito da maschi e l'età mediana alla prima diagnosi di infezione da HIV era di 39 anni (IQR 31-47) per i maschi e di 36 anni (IQR 28-46) per le femmine (**Tabella 4**).

Nel 2014, i rapporti eterosessuali rappresentavano la modalità di trasmissione più frequente tra gli stranieri: il 27,1% era costituito da eterosessuali maschi e il 36,0% da eterosessuali femmine. Gli MSM rappresentavano il 19,9% e gli IDU il 2,3% del totale delle nuove diagnosi di infezione da HIV in stranieri.

Tra gli stranieri, la proporzione maggiore di nuove diagnosi è in eterosessuali femmine e in eterosessuali maschi mentre tra gli italiani è in MSM (**Figura 10**), che costituiscono quasi la metà delle nuove diagnosi tra gli italiani.

## Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV nella popolazione straniera

Nel 2014, l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV era di 19,2 nuovi casi per 100.000 stranieri residenti rispetto a un'incidenza tra italiani residenti di 4,7 nuovi casi per 100.000 (**Tabella 7**). L'incidenza HIV è distribuita diversamente sul territorio italiano tra gli italiani rispetto agli stranieri (**Figura 11**): nel 2014 si osservano incidenze elevate tra gli stranieri nelle regioni del Centro-Sud Italia (Lazio, Campania, Molise, Sicilia), mentre tra gli italiani le incidenze più alte vengono registrate al Centro-Nord (Lombardia 7,0; Lazio 6,4; Emilia-Romagna 6,3; Toscana 6,2 nuovi casi per 100.000 italiani residenti). Rispetto al 2013, ove si osservava una maggiore concentrazione di stranieri con nuova diagnosi di HIV in alcune regioni, nel 2014 si osserva una distribuzione piuttosto omogenea in tutte le regioni italiane.

## Motivo di effettuazione del test HIV

Nel 2014, il 26,4% dei casi ha eseguito il test HIV per la presenza di sintomi HIV-correlati; il 21,6% in seguito a un comportamento a rischio non individuato; il 10,1% in seguito ad accertamenti per altra patologia; il 6,5% in seguito a controlli di routine eseguiti presso il SerT, la Comunità di accoglienza o il carcere; il 2,8% in seguito alla diagnosi di un'infezione sessualmente trasmessa; il 2,7% in seguito a controlli specialistici legati alla riproduzione sia nella donna che nel partner (gravidanza, parto, interruzione volontaria della gravidanza, procreazione medicalmente assistita); il 2,1% in seguito alla scoperta della sieropositività del partner; l'1,5% in occasione di un ricovero ospedaliero; l'1,4% nell'ambito dello screening pre-donazione di sangue (**Figura 12**).



## Infezioni recenti

Il Sistema di sorveglianza HIV è basato sulla notifica delle nuove diagnosi di infezione da HIV e non sulle infezioni recenti, come peraltro si evince dall'elevata proporzione di soggetti segnalati in fase avanzata di malattia (persone con meno di 350 CD4 o con diagnosi di AIDS). Nelle nuove diagnosi di infezione da HIV possono, infatti, essere incluse sia persone che si sono infettate di recente, sia persone che si sono infettate anni fa. Alcune regioni italiane hanno iniziato a effettuare alle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV il test di avidità anticorpale (8), che permette di identificare, attraverso l'indice di avidità (AI), le infezioni acquisite nell'ultimo semestre prima della diagnosi (infezione recente). Questa informazione permetterà di giungere a una stima più precisa dell'incidenza HIV quando il test verrà effettuato su tutte le nuove diagnosi nelle diverse regioni. Nel 2014, l'Umbria e la PA di Trento hanno effettuato in modo quasi sistematico il test AI: in particolare, il test è stato eseguito sul 64,0% delle 89 nuove diagnosi segnalate in queste due regioni. Tra i testati per AI, il 17,5% presentava un'infezione recente. Questi risultati possono essere influenzati da alcuni fattori, quali l'offerta del test HIV nel territorio, le campagne di sensibilizzazione o la percezione del rischio del singolo individuo.

## SORVEGLIANZA DEI CASI DI AIDS

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 DM n. 288 del 28 novembre 1986, l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Dal 1987, il Sistema di sorveglianza è gestito dal COA. In collaborazione con le regioni, il COA provvede alla raccolta e archiviazione nel Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), all'analisi periodica dei dati e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto annuale.

I criteri di diagnosi di AIDS adottati sono stati, fino al 1993, quelli della definizione di caso della WHO/Centers for Disease Control and Prevention (CDC) del 1987 (9). A partire dal 1° luglio 1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro Europeo della WHO. Quest'ultimo aggiunge, alla lista iniziale di patologie, altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina (10).

## Ritardo di notifica

La distribuzione temporale dei casi è influenzata dal ritardo di notifica, cioè dal tempo che intercorre dalla data della diagnosi al momento in cui la notifica perviene al COA. Ciò determina una sottostima nel numero di nuovi casi, particolarmente evidente nell'ultimo anno di diagnosi. Dal 2013, per aumentare la sensibilità del sistema, si è deciso di presentare l'aggiornamento dei casi di AIDS utilizzando le schede ricevute entro il mese di giugno dell'anno successivo (vedi *Note tecniche per la lettura*, p. 4). Il numero dei casi viene corretto attraverso un modello messo a disposizione dall'ECDC (11).

## Dati di mortalità AIDS

La segnalazione di decesso per AIDS non è obbligatoria. Per questo motivo, dal 2006 il COA, in collaborazione con l'ISTAT e con l'IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, ha avviato uno studio per aggiornare lo stato in vita di tutte le persone incluse nell'RNAIDS. I dati delle persone con AIDS diagnosticate tra il 1999 e il 2012 sono stati incrociati, attraverso una procedura automatizzata e anonima di *record linkage*, con quelli del Registro di mortalità dell'ISTAT.

Pertanto, i dati sulla mortalità in persone con AIDS sono stati validati fino al 2012, ultimo anno disponibile nel database di mortalità dell'ISTAT. I dati di mortalità successivi al 2012 non vengono qui riportati perché non sono ancora disponibili i dati di mortalità dell'ISTAT. ►

## Distribuzione temporale dei casi di AIDS

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia, al 31 dicembre 2014 sono stati notificati al COA 67.248 casi di AIDS. Di questi, 51.847 (77,1%) erano maschi, 804 (1,2%) in età pediatrica (<13 anni) o con infezione trasmessa da madre a figlio, e 6.372 (9,5%) erano stranieri. L'età mediana alla diagnosi di AIDS, calcolata solo tra gli adulti ( $\geq 13$  anni), era di 35 anni (min: 13; max: 88 anni) per i maschi e di 33 anni (min: 13; max: 84 anni) per le femmine.

Nel 2014 sono stati diagnosticati 858 nuovi casi di AIDS segnalati entro giugno 2015, pari a un'incidenza di 1,4 per 100.000 residenti. Dopo il Portogallo l'Italia presenta la più alta incidenza di AIDS tra i Paesi dell'Europa occidentale (1).

La **Figura 13** mostra l'andamento del numero dei casi di AIDS segnalati all'RNAIDS, corretti per ritardo di notifica. Nella stessa Figura è riportato l'andamento dell'incidenza di AIDS per anno di diagnosi: si evidenzia un incremento dell'incidenza dall'inizio dell'epidemia sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione dal 1996 fino al 2000 e da una successiva costante lieve diminuzione.

La **Tabella 8** riporta il numero dei casi di AIDS e dei deceduti per anno di decesso. In totale, 43.028 persone risultano decedute al 31 dicembre 2014.

La **Tabella 8** riporta anche il numero annuale di nuovi casi corretto per ritardo di notifica e la stima dei casi cumulativi (viventi e deceduti) di AIDS al 31 dicembre 2014 (67.369 casi).

## Casi prevalenti di AIDS

I casi prevalenti in un determinato anno sono tutti i casi diagnosticati in quell'anno, più quelli diagnosticati negli anni precedenti e vivi (anche per un solo giorno dell'anno considerato). Rappresentano il numero dei casi ancora viventi nell'anno considerato. Il numero dei casi prevalenti di AIDS per regione di residenza e anno di diagnosi viene mostrato in **Tabella 9**. Il numero dei casi prevalenti è riportato fino al 2012. Gli anni successivi non sono riportati in quanto i dati del Registro di mortalità dell'ISTAT non sono ancora disponibili (vedi *Dati di mortalità AIDS*, p. 9).

## La distribuzione geografica

La **Tabella 10** mostra il numero dei casi di AIDS per regione di residenza e biennio di diagnosi (dati non corretti per ritardo di notifica). La **Figura 14** mostra l'incidenza di AIDS per regione di residenza nell'anno di diagnosi 2014 (dati non corretti per ritardo di notifica) e permette il confronto tra aree geografiche a diversa densità di popolazione. Come si osserva, le regioni più colpite sono nell'ordine: Liguria, Lazio, Lombardia, Marche, Toscana. È evidente la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro Paese, come risulta dall'incidenza che è mediamente più bassa nelle regioni meridionali. L'**Appendice 2** mostra l'andamento dell'incidenza dei casi di AIDS per 100.000 residenti dal 2004 al 2014 (dati non corretti per ritardo di notifica).

La **Tabella 11** riporta la distribuzione dei casi cumulativi segnalati dall'inizio dell'epidemia, per provincia di segnalazione e di residenza. Come denominatori sono stati utilizzati i dati ISTAT (6) relativi ai residenti per provincia. 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". L'incidenza (per 100.000 abitanti) per provincia è calcolata per l'anno di diagnosi 2014.

Tassi di incidenza particolarmente elevati si riscontrano a Imperia, Prato, Ferrara, Ancona, Grosseto, Milano e Novara. Dal momento che non è possibile escludere la presenza di fattori logistici (ad esempio, una riorganizzazione a livello locale della modalità di invio delle schede che possa comportare una variazione del ritardo di notifica) in grado di determinare fluttuazioni significative dell'incidenza nel breve periodo, si raccomanda di interpretare con cautela il valore dell'incidenza per provincia.

## Le caratteristiche demografiche: età e genere

La **Tabella 12** mostra la distribuzione dei casi per classe d'età e genere negli anni 1994, 2004, 2014 e nel totale dei casi notificati dall'inizio dell'epidemia. Il 65,7% del totale dei casi si concentra nella classe d'età 30-49 anni. In particolare, rispetto al 1994, è aumentata in modo rilevante la quota di casi di età  $\geq 40$  anni: per i maschi dal 21,1% nel 1994 al 67,6% nel 2014 e per le femmine dal 11,5% nel 1994 al 59,5% nel 2014.

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 1994 la mediana era di 33 anni per i maschi e di 31 per le femmine, nel 2014 le mediane sono salite rispettivamente a 45 e 42 anni (**Figura 15**). Nell'ultimo decennio la proporzione di casi di AIDS di sesso femminile tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 23-25% (dati non mostrati).

## Modalità di trasmissione

Anche per i casi di AIDS, come per le nuove diagnosi di infezione da HIV, le modalità di trasmissione vengono attribuite a ogni singolo caso secondo un ordine gerarchico, che risponde ai criteri del Sistema di sorveglianza europeo dell'AIDS (7).

La distribuzione dei casi adulti per modalità di trasmissione e periodo di diagnosi (**Tabella 13**) evidenzia come il 52,3% del totale dei casi segnalati tra il 1982 e il 2014 sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via iniettiva (IDU). La distribuzione nel tempo mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili ai rapporti sessuali (MSM e eterosessuali; quest'ultima rappresenta la modalità di trasmissione più frequente nell'ultimo biennio) e una corrispondente diminuzione dei casi attribuibili alle altre modalità di trasmissione.

La distribuzione dei casi di AIDS attribuibili a rapporti eterosessuali (16.513 casi), ulteriormente suddivisa in base all'origine del soggetto o al tipo di partner e al genere, è presentata in **Tabella 14**. Sono stati inclusi nel gruppo "partner promiscuo" i partner di prostituta e le prostitute. Si osserva che in un decennio è diminuita la proporzione degli eterosessuali che hanno un partner IDU (dal 1,7% nel 2003-04 allo 0,7% nel 2013-14 per i maschi, e dal 16,8% nel 2003-04 al 4,6% nel 2013-14 per le femmine) mentre è aumentata la quota degli eterosessuali con partner promiscuo (dal 96,0% nel 2003-04 al 97,9% nel 2013-14 per i maschi, e dal 78,8% nel 2003-04 al 92,6% nel 2013-14 per le femmine).

## Patologie indicative di AIDS

La **Tabella 15** riporta la distribuzione delle patologie che fanno porre diagnosi di AIDS in adulti, per biennio di diagnosi. I dati relativi alla distribuzione delle patologie 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. Per ogni caso può essere indicata più di una patologia indicativa di AIDS; pertanto, il numero di patologie riportate in un anno può essere superiore al numero di casi segnalati nello stesso anno. Se l'esordio è caratterizzato da più di una patologia, ne vengono considerate un massimo di sei, diagnosticate entro 60 giorni dalla prima.

Rispetto agli anni precedenti al 2003, si osserva negli ultimi anni una riduzione della proporzione di diagnosi di candidosi e di tubercolosi polmonare. Viceversa, è aumentata la quota di diagnosi di sarcoma di Kaposi e di linfomi.

Le tre nuove patologie incluse nella definizione di caso del 1993 (carcinoma cervicale invasivo, polmonite ricorrente e tubercolosi polmonare) hanno contribuito per il 4,9% del totale delle patologie indicative di AIDS segnalate nel biennio 2013-2014.

La **Figura 16** mostra l'andamento dal 1994 al 2014 delle patologie indicative di AIDS suddivise in 6 gruppi: tumori (linfomi Burkitt, immunoblastico e cerebrale, sarcoma di Kaposi e carcinoma cervicale invasivo), infezioni batteriche (micobatteriosi disseminata o extrapolmonare, sepsi da salmonella ricorrente, tubercolosi polmonare e infezioni batteriche ricorrenti), infezioni parassitarie (criptosporidiosi intestinale cronica, isosporidiosi intestinale cronica, polmonite da *Pneumocystis carinii* e toxoplasmosi cerebrale), infezioni virali (malattia ►

sistemica da Cytomegalovirus inclusa retinite, infezione grave da Herpes simplex, leucoencefalopatia multifocale progressiva e polmonite interstiziale linfoide), infezioni fungine (candidosi polmonare ed esofagea, criptococcosi extrapolmonare, coccidioidomicosi disseminata, istoplasmosi disseminata) e altro (encefalopatia da HIV, Wasting Syndrome e polmonite ricorrente). Si osserva che le infezioni parassitarie costituiscono il gruppo più frequente in tutto il periodo considerato. Nel tempo si rileva una diminuzione relativa delle infezioni fungine e un aumento delle infezioni virali e dei tumori, mentre la proporzione delle infezioni batteriche è rimasta sostanzialmente stabile. Si osserva un aumento relativo delle infezioni parassitarie negli ultimi quattro anni.

## Trattamenti precedenti alla diagnosi di AIDS

Dal 1° gennaio 1999 la scheda di notifica AIDS raccoglie anche alcune informazioni sul test HIV, carica virale e trattamento (ultimo test HIV negativo, viremia plasmatica alla diagnosi di AIDS, terapia antiretrovirale effettuata prima della diagnosi di AIDS, profilassi delle infezioni opportunistiche effettuata prima della diagnosi di AIDS). La **Figura 17** mostra che il 43,6% dei casi diagnosticati nel 1996 aveva ricevuto un trattamento antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS, mentre nel 2014 tale proporzione è stata solo del 23,4%.

Inoltre, nel 2013-2014 meno del 20% dei pazienti con modalità di trasmissione eterosessuale e meno del 20% dei pazienti con modalità di trasmissione MSM ha effettuato una terapia antiretrovirale, rispetto a oltre il 59,9% degli IDU (**Figura 18**).

Il quadro delle patologie di esordio è differente tra trattati e non trattati. In particolare, si evidenzia tra i trattati una proporzione minore di polmonite da *Pneumocystis carinii*, infezioni da Cytomegalovirus, sarcoma di Kaposi e toxoplasmosi cerebrale, e una percentuale più elevata di candidosi, Wasting syndrome, encefalopatia da HIV, linfomi, carcinoma cervicale invasivo e polmoniti ricorrenti (**Tabella 16**).

La principale patologia indicativa di AIDS per gli MSM, IDU e per gli eterosessuali è la polmonite da *Pneumocystis carinii*; il Sarcoma di Kaposi è la seconda patologia più riportata per gli MSM mentre per gli IDU e gli eterosessuali è la Candidosi (polmonare e/o esofagea) (**Figura 19**).

## Diagnosi tardive di AIDS

Il fattore principale che determina la probabilità di avere effettuato una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS è la consapevolezza della propria sieropositività. In **Tabella 17** sono riportate le caratteristiche dei pazienti suddivisi secondo il tempo intercorso tra il primo test HIV positivo e la diagnosi di AIDS (informazione che viene raccolta dal 1996). Si osserva che la proporzione di pazienti con una diagnosi di sieropositività vicina (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è in costante aumento, ed è più elevata tra coloro che hanno come modalità di trasmissione i rapporti sessuali e tra gli stranieri; questi dati indicano che molti soggetti arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività.

## Casi di AIDS pediatrici

Fra i 67.248 casi di AIDS diagnosticati al 31 dicembre 2014, 804 (1,2%) sono casi pediatrici, cioè pazienti con età inferiore ai 13 anni al momento della diagnosi di AIDS (755 casi), o con età superiore ai 13 anni ma che avevano acquisito l'infezione per via verticale (49 casi). Complessivamente, dall'inizio dell'epidemia a oggi, sono stati riportati 738 (91,8%) casi a trasmissione verticale, 27 (3,4%) casi attribuibili a infezione tramite sangue e/o derivati e 39 (4,9%) ad altro/non indicato. Il numero di casi pediatrici si è drasticamente ridotto nell'ultimo decennio (**Tabella 18**). La cospicua diminuzione dei casi di AIDS pediatrici può considerarsi l'effetto combinato dell'applicazione delle linee guida relative al trattamento antiretrovirale delle donne in gravidanza per ridurre la trasmissione verticale e della terapia antiretrovirale somministrata ai bambini infetti che ritarda la comparsa dell'AIDS conclamato (12, 13).

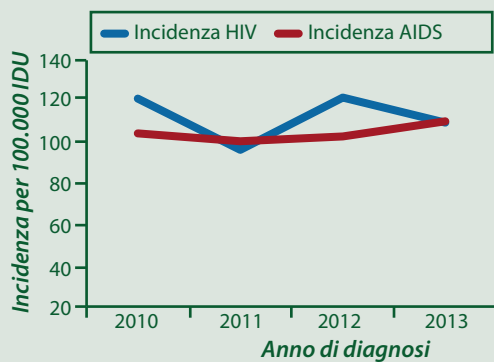
Dei 738 casi pediatrici a trasmissione verticale, 363 (49,2%) sono figli di madre IDU, mentre 274 (37,1%) sono figli di donne che hanno acquisito l'infezione per via sessuale (**Tabella 19**). ■

## APPROFONDIMENTI

### STIMA DELL'INCIDENZA DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV E DEI CASI DI AIDS IN CONSUMATORI DI SOSTANZE PER VIA INIETTIVA (IDU)

Centro Operativo AIDS

Dal 1° gennaio 2010 al 31 dicembre 2014 la percentuale di consumatori di sostanze per via iniettiva (IDU) sul totale delle nuove diagnosi da HIV è diminuita dal 6,6% (265 casi) nel 2010 al 3,8% (n. 141 casi) nel 2014; tra i casi di AIDS tale percentuale è diminuita dal 19,9% (228 casi) nel 2010 al 12,3% (n. 105 casi) nel 2014. Per una corretta valutazione di questi decrementi percentuali è opportuno, tuttavia, calcolare l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS nella popolazione di riferimento, utilizzando come denominatore il numero stimato dei consumatori di IDU in Italia. Più precisamente, per calcolare l'incidenza annua delle nuove diagnosi di infezione da HIV e di AIDS in IDU sono stati utilizzati il numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV o il numero di casi di AIDS, rispettivamente, in IDU



#### Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza dei casi di AIDS in IDU (per 100.000 IDU)

dopo il 2010, che risulta essere circa 20 volte più alta di quella registrata nella popolazione generale, che negli anni considerati varia dal 6,8% per 100.000 residenti nel 2010 al 6,1% per 100.000 residenti nel 2014, confermando l'urgenza di attivare appropriati interventi di screening, di prevenzione e di informazione in questa popolazione particolarmente vulnerabile.

al numeratore, e al denominatore il numero stimato di consumatori di oppiacei eleggibili al trattamento, pubblicato annualmente nella Relazione al Parlamento sulle Tossicodipendenze (14).

Mostriamo di seguito le incidenze delle nuove diagnosi di HIV e dei casi di AIDS nel periodo 2010-2013, anni per i quali si hanno denominatori più stabili.

L'incidenza delle nuove diagnosi di HIV in IDU mostra un andamento decrescente passando da 121 nuovi casi per 100.000 IDU nel 2010 ai 109 nuovi casi per 100.000 IDU nel 2013.

L'incidenza dei casi di AIDS in IDU sembra oscillare intorno a 100 nuovi casi per 100.000 IDU nel periodo 2010-2013.

Si osserva una stabilizzazione dell'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in IDU

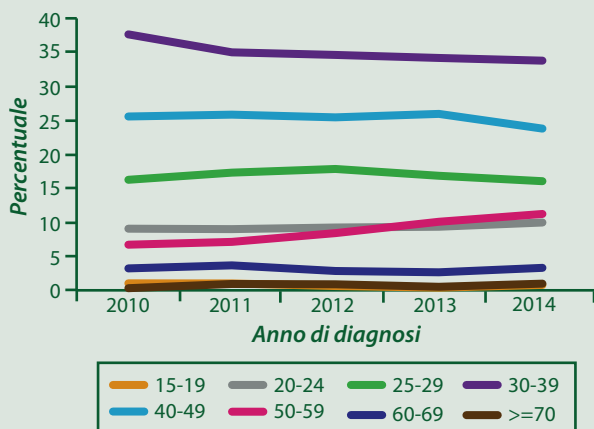
### NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV IN MSM (MASCHI CHE FANNO SESSO CON MASCHI)

Centro Operativo AIDS

Dal 1° gennaio 2010 al 2014, sono state segnalate rispettivamente 1.267, 1.277, 1.580, 1.507 e 1.513 nuove diagnosi di infezione da HIV in MSM. Rispetto al totale delle nuove diagnosi di HIV riportato nello stesso periodo, la proporzione di nuove diagnosi di HIV in MSM è aumentata dal 31,5% nel 2010 al 40,9% nel 2014.

Nel periodo considerato l'età mediana al momento della diagnosi di infezione da HIV tra gli MSM è stata costante ed era pari a 36 anni.

Le classi di età più rappresentate sono state quella di 30-39 anni (35,0% dei casi delle nuove diagnosi di infezione da HIV in MSM), e quella di 40-49 anni (25,3% dei casi delle nuove diagnosi di infezione da HIV in MSM). L'andamento nel tempo mostra un aumento relativo alla classe di età 50-59 che passa dal 6,7% (85 casi) nel 2010 all'11,2% (170 casi) nel 2014.



Proportione delle nuove diagnosi di infezione da HIV in MSM, per fasce di età

Il 13,2% dei casi riportati tra il 2010 e il 2014 in MSM è costituito da stranieri.

Nel 2014, la proporzione di MSM con una nuova diagnosi di infezione da HIV con un numero di linfociti CD4 inferiore a 350 cell/μL era del 35,6% rispetto al 32,8% del 2010.

Nel 2014, i principali motivi che hanno condotto gli MSM a sottoporsi a un test HIV sono stati la presenza di sintomi HIV-correlati per il 32,5% dei casi e avere avuto comportamenti a rischio per il 31,7% dei casi.

Si osserva l'aumento delle nuove diagnosi di HIV in MSM, soprattutto in MSM di età matura (50-59 anni); inoltre, più di un terzo della nuove diagnosi di HIV in MSM avviene in fase clinica avanzata (bassi CD4 o presenza di sintomi).

## HIV CONTINUUM OF CARE IN ITALIA (dati aggiornati al 31 dicembre 2014)

Centri clinici di malattie infettive\*

Nel 2013, è stato condotto uno studio nazionale trasversale retrospettivo per valutare il numero di persone che vivono con l'HIV e che sono in cura presso i centri clinici di malattie infettive italiani e, tra questi, il numero di persone in terapia antiretrovirale (ART) (15).

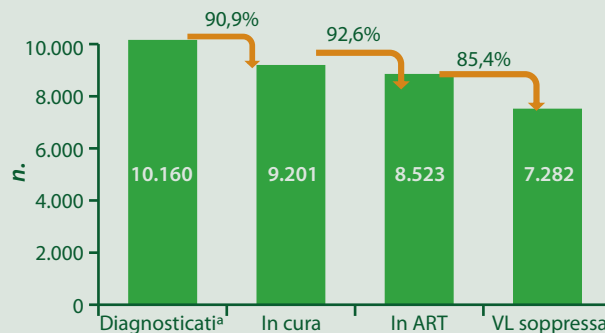
Nel 2013, tra le 173 strutture censite nel 2012 (che costituivano il 98,3% delle strutture presenti nel territorio italiano), sono stati campionati 12 centri clinici rappresentativi della realtà italiana per analizzare le caratteristiche delle persone che vivono con l'HIV e meglio valutare il processo che va dalla diagnosi di HIV alla presa in carico del paziente, all'inizio della terapia e al raggiungimento della soppressione virale.

Nel 2013, 10.160 persone con infezione da HIV erano in carico presso uno dei 12 centri clinici selezionati.

La maggior parte di questi erano maschi (71,0%), italiani (85,3%) e di età compresa tra i 45 e i 54 anni (44,5%); la via di trasmissione più frequente è stata quella eterosessuale nel 41,1% dei casi, l'uso iniettivo di droghe nel 34,8% dei casi, e rapporti tra gli MSM nel 27,3% dei casi.

Tra le 10.160 persone in cura presso i 12 centri clinici, 9.201 (90,9%, 95%CI: 83,6-98,3) ha avuto almeno una visita nel 2013, 8.523 (92,6%, 95%CI: 86,6-98,6) ha ricevuto la terapia ART e 7.282 (85,4%) (95%CI: 84,7-86,1) ha raggiunto la soppressione virale.

In Italia, come nella maggior parte dei Paesi dell'Europa occidentale, la maggior parte delle persone con HIV è seguita nei centri clinici di malattie infettive e assume la terapia ART.



(a) Diagnosticati presso i centri clinici che hanno avuto accesso almeno una volta

HIV continuum of care in 12 centri clinici di malattie infettive in Italia, 2013

(\*) L'elenco dei centri clinici di malattie infettive è riportato a p. 16.

## SOPRAVVIVENZA DOPO LA DIAGNOSI DI AIDS NELL'ERA DELLE TERAPIE ANTIRETROVIRALI ALTAMENTE EFFICACI (HAART)

Saverio Viridone, Antonella Zucchetto e Diego Serraino (Centro di Riferimento Oncologico, Aviano)

L'introduzione delle terapie antiretrovirali altamente efficaci (HAART) nel 1996 ha portato un drastico miglioramento della prognosi dei pazienti con AIDS. Continui miglioramenti della sopravvivenza sono stati inoltre osservati in Italia per i pazienti diagnosticati nel periodo 1999-2010 e seguiti fino al 2012, confermando gli ulteriori progressi registrati in gran parte dei Paesi industrializzati. Durante quest'arco di tempo, infatti, la sopravvivenza a tre anni dalla diagnosi di AIDS è passata dal 71% per i diagnosticati nel biennio 1999-2000 al 76% nel 2009-2010. Il rischio di morte risulta essere molto elevato nel periodo immediatamente successivo alla diagnosi di AIDS, con un deceduto ogni cinque persone nei primi sei mesi, per poi diminuire rapidamente nel periodo successivo. Ciò nonostante, si è osservato un leggero miglioramento (2%) anche della sopravvivenza a sei mesi dalla diagnosi di AIDS negli ultimi anni.

La prognosi dei pazienti dopo la diagnosi di AIDS è influenzata da diversi fattori, tra cui l'età del paziente, la modalità di trasmissione dell'infezione da HIV, la patologia d'esordio dell'AIDS e il livello di immunodepressione. La sopravvivenza diminuisce con l'aumentare dell'età, risultando più lunga nei pazienti con diagnosi di AIDS antecedente ai 35 anni. Le persone con AIDS che hanno contratto l'HIV attraverso l'uso iniettivo di droghe hanno una prognosi peggiore rispetto a coloro che hanno contratto l'infezione attraverso rapporti sessuali, con un rischio di morte circa doppio. Tale differenza sembra attribuibile principalmente alla presenza di altre patologie in questi soggetti (come, ad esempio, l'epatite) oltre che a particolari comportamenti e stili di vita a rischio (come, ad esempio, l'uso di droghe, l'abitudine al fumo di tabacco e l'abuso di alcolici). Per quanto concerne, invece, le patologie d'esordio dell'AIDS, quelle che influenzano più negativamente la prognosi sono il linfoma cerebrale primitivo (riportato in meno dell'1% dei casi, con una sopravvivenza a cinque anni pari al 22%), il linfoma immunoblastico (sopravvivenza a cinque anni: 40%) e il linfoma di Burkitt (sopravvivenza a cinque anni: 45%). La prognosi, invece, risulta essere migliore per i pazienti con diagnosi di sarcoma di Kaposi o polmonite da *Pneumocystis carinii*, per i quali si osserva una sopravvivenza a cinque anni rispettivamente del 78% e 76%. Inoltre, la presenza concomitante di molteplici patologie alla diagnosi di AIDS risulta essere un fattore associato ad una prognosi più sfavorevole. Infine, i pazienti che al momento della diagnosi di AIDS hanno un sistema immunitario severamente compromesso, identificabile da un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/μl, risultano avere un rischio di morte nei primi sei mesi superiore del 50% rispetto ai pazienti in una fase meno avanzata della malattia. ■

## L'INFEZIONE DA HIV NEL BAMBINO E NELL'ADOLESCENTE: DATI DAL REGISTRO ITALIANO PER L'INFEZIONE DA HIV IN PEDIATRIA

Luisa Galli, Clara Gabiano, Elena Chiappini, Catuscia Lisi, Pierangelo Tovo, Maurizio de Martino per il Registro Italiano per l'Infezione da HIV in Pediatria

Il Registro per l'Infezione da HIV in Pediatria venne istituito nel 1985 nell'ambito del Gruppo di Immunologia della Società Italiana di Pediatria con le finalità di studiare gli aspetti epidemiologici, clinici e immunologici dell'infezione da HIV in età pediatrica. Nel corso degli anni un numero crescente di centri (fino a 106) su tutto il territorio nazionale ha partecipato attivamente a questo Registro. Il risultato di questa duratura collaborazione ha contribuito alla conoscenza di molti aspetti dell'infezione da HIV in età pediatrica. Al Registro vengono segnalati, nel rispetto dell'anonimato, i bambini (età <13 anni alla diagnosi) con infezione da HIV (documentata da positività degli anticorpi specifici e da positività per HIV-RNA) e tutti i nati da madre con infezione da HIV confermata durante la gravidanza o al momento del parto.

Al 31 dicembre 2013 sono stati segnalati complessivamente 10.682 bambini. Di questi, 10.377 sono bambini nati da madre HIV positiva, di cui 1.555 con infezione confermata.

I casi di AIDS segnalati complessivamente sono stati 798 (651 prima del 1994; 99 nel periodo 1995-2000; 30 nel periodo 2001-2005; 18 dopo il 2006) e i decessi per AIDS sono stati 473 (307 prima del 1994; 93 nel periodo 1995-2000; 13 nel periodo 2001-2005; 20 dopo il 2006).

Un numero sempre più basso di bambini acquisisce l'infezione da madre HIV-positiva, grazie all'attuazione delle strategie di prevenzione per la trasmissione verticale, con conseguente diminuzione del numero di casi di AIDS pediatrici e aumento dell'età mediana alla prima diagnosi di AIDS. ■

## Dichiarazione di conflitto di interessi

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

I dati sulla sorveglianza dell'infezione da HIV e dell'AIDS sono disponibili online all'indirizzo  
[www.iss.it/ccoa](http://www.iss.it/ccoa)

## UNITÀ OPERATIVA RICERCA PSICO-SOCIO-COMPORTAMENTALE, COMUNICAZIONE, FORMAZIONE



Per qualsiasi dubbio sull'**infezione da HIV** e sulle **infezioni sessualmente trasmesse** è possibile rivolgersi agli esperti del **Telefono Verde AIDS e IST 800 861 061** servizio anonimo e gratuito attivo dal lunedì al venerdì, dalle 13.00 alle 18.00. È presente anche un consulente in materia legale.



[www.uniticontrolaids.it](http://www.uniticontrolaids.it)



@UniticontraAIDS



uniticontrolaids



uniticontrolaids

## (\* ) CENTRI CLINICI DI MALATTIE INFETTIVE

Giuliano Rizzardini, Chiara Atzori (Ospedale Luigi Sacco, Milano)  
Claudio Paternoster (Ospedale Santa Chiara, Trento)  
Cristina Mussini, Vanni Borghi (Policlinico di Modena, Modena)  
Maurilio Chimenti (Ospedale Civico, Massa Carrara)  
Franco Baldelli, Daniela Francisci (Ospedale Santa Maria della Misericordia, Perugia)  
Andrea Antinori, Alberto Giannetti (IRCSS Lazzaro Spallanzani, Roma)  
Giustino Parruti, Paola Di Stefano (Ospedale Civile dello Spirito Santo, Pescara)  
Tommaso Fontana, Ruggero Losappio (Ospedale Civile, Vittorio Emanuele II, Bisceglie)  
Guglielmo Borgia, Giovanni di Filippo (AOU Federico II, Napoli)  
Enzo Maria Farinella, Cecilia Occhino (Ospedale Cervello, Palermo)  
Vincenzo Portelli (Ospedale San Antonio Abate, Trapani)  
Maria Stella Mura, Giordano Madeddu (AOU Istituto Malattie Infettive, Sassari)  
Centro Operativo AIDS (Istituto Superiore di Sanità, Roma)



## Riferimenti bibliografici

1. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. Stockholm: ECDC; 2014.
2. Italia. Decreto Ministeriale 31 marzo 2008. Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. *Gazzetta Ufficiale* n. 175, 28 luglio 2008.
3. Suligoi B, Boros S, Camoni L, *et al.* Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2004. *Not Ist Super Sanità* 2005;18(6) Suppl 1.
4. Camoni L, D'Amato S, Pasqualini C, *et al.* La sorveglianza dell'infezione da HIV: proposta per una scheda di raccolta dati più dettagliata. *Not Ist Super Sanità* 2009;22(5):11-5.
5. 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. *Ann Ist Super Sanità* 2005;41(4):515-21.
6. Istituto Nazionale di Statistica - ISTAT. Popolazione residente ([www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)).
7. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. *MMWR* 2005;54(RR02):1-20.
8. Suligoi B, Massi M, Galli C, *et al.* Identifying recent HIV infections using the avidity index and an automated enzyme immunoassay. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;32(4):424-8.
9. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR* 1987;36(Suppl. 1):1-15.
10. Ancelle Park RA. Expanded European AIDS cases definition (Letter). *Lancet* 1993;341-441.
11. Heisterkamp SH, Jager JC, Ruitenberg EJ, *et al.* Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. *Stat Med* 1989;8:963-76.
12. 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(9):915-21.
13. De Martino M, Tovo PA, Balducci M, *et al.* Reduction in mortality with availability of antiretroviral therapy for children with perinatal HIV-1 infection. Italian Register for HIV Infection in Children and the Italian National AIDS Registry. *JAMA* 2000;284(2):190-7.
14. Governo Italiano. Dipartimento per le Politiche Antidroga. Presidenza del Consiglio dei Ministri Relazione Annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2015 ([www.politicheantidroga.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento.aspx](http://www.politicheantidroga.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento.aspx)).
15. Camoni L, Raimondo M, Dorrucchi M, *et al.* Estimating minimum adult HIV prevalence: a cross-sectional study to assess the characteristics of people living with HIV in Italy. *AIDS Res Hum Retrov* 2015;31(3):282-7.

**Tabella 1** - Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV, per regione di segnalazione e percentuale di copertura del Sistema di sorveglianza (2008-2014)

Regione	Anno inizio raccolta dati	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Totale
Piemonte	1999	354	349	324	295	272	323	277	<b>2.194</b>
Valle d'Aosta	2008	7	11	9	10	9	6	7	<b>59</b>
Liguria	2009	133	119	96	102	108	78	99	<b>735</b>
Lombardia	2009	nd*	806	878	946	1.103	987	845	<b>5.565</b>
Provincia Autonoma di Trento	1985	40	31	33	35	46	23	25	<b>233</b>
Provincia Autonoma di Bolzano	1985	12	17	22	30	17	18	20	<b>136</b>
Veneto	1988	360	292	324	251	314	273	277	<b>2.091</b>
Friuli-Venezia Giulia	1985	37	35	75	52	61	58	61	<b>379</b>
Emilia-Romagna	2006	480	491	443	428	432	354	372	<b>3.000</b>
Toscana	2009	nd*	274	331	279	264	304	283	<b>1.735</b>
Umbria	2009	nd*	46	37	61	68	57	64	<b>333</b>
Marche	2007	111	112	97	74	84	58	83	<b>619</b>
Lazio	1985	605	682	656	693	643	613	598	<b>4.490</b>
Abruzzo	2006	36	31	63	39	48	57	59	<b>333</b>
Molise	2010	nd*	nd*	4	7	3	7	11	<b>32</b>
Campania	2008	167	211	212	194	247	193	179	<b>1.403</b>
Puglia	2007	140	136	150	171	129	133	118	<b>977</b>
Basilicata	2009	nd*	0	14	7	15	5	12	<b>53</b>
Calabria	2009	nd*	20	115	17	9	10	20	<b>191</b>
Sicilia	2009	nd*	162	144	196	186	193	221	<b>1.102</b>
Sardegna	2012	nd*	nd*	nd*	nd*	88	61	64	<b>213</b>
<b>Totale</b>		<b>2.482</b>	<b>3.825</b>	<b>4.027</b>	<b>3.887</b>	<b>4.146</b>	<b>3.811</b>	<b>3.695</b>	<b>25.873</b>
<i>Percentuale di copertura del Sistema di sorveglianza (%)</i>		65,8	90,1	97,8	97,8	100,0	100,0	100,0	
<b>Incidenza per 100.000 residenti</b> (calcolata sui denominatori delle regioni segnalanti)		<b>6,7</b>	<b>6,6</b>	<b>6,8</b>	<b>6,5</b>	<b>7,0</b>	<b>6,4</b>	<b>6,1</b>	

(\*) nd = non disponibile

**Tabella 2** - Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV, per regione di segnalazione e per regione di residenza (2014)

Regione	2014			
	Segnalati	% sul totale	Residenti	% sul totale
Piemonte	277	7,5	292	7,9
Valle d'Aosta	7	0,2	7	0,2
Liguria	99	2,7	96	2,6
Lombardia	845	22,9	787	21,3
Provincia Autonoma di Trento	25	0,7	19	0,5
Provincia Autonoma di Bolzano	20	0,5	21	0,6
Veneto	277	7,5	259	7,0
Friuli-Venezia Giulia	61	1,7	56	1,5
Emilia-Romagna	372	10,1	349	9,4
Toscana	283	7,7	283	7,7
Umbria	64	1,7	54	1,5
Marche	83	2,2	87	2,4
Lazio	598	16,2	531	14,4
Abruzzo	59	1,6	68	1,8
Molise	11	0,3	13	0,4
Campania	179	4,8	194	5,3
Puglia	118	3,2	144	3,9
Basilicata	12	0,3	13	0,4
Calabria	20	0,5	35	0,9
Sicilia	221	6,0	237	6,4
Sardegna	64	1,7	64	1,7
Residenza Estera			28	0,8
Residenza Non Nota			58	1,6
<b>Totale</b>	<b>3.695</b>	<b>100,0</b>	<b>3.695</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 3** - Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV, per classe di età e genere (2014)

	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
0-2	8	72,7	3	27,3	11	0,3
3-14	2	40,0	3	60,0	5	0,1
15-19	24	52,2	22	47,8	46	1,2
20-24	198	71,7	78	28,3	276	7,5
25-29	369	75,9	117	24,1	486	13,2
30-39	954	80,4	232	19,6	1.186	32,1
40-49	798	82,8	166	17,2	964	26,1
50-59	391	82,3	84	17,7	475	12,9
60-69	148	79,1	39	20,9	187	5,1
≥ 70	51	86,4	8	13,6	59	1,6
<b>Totale</b>	<b>2.943</b>	<b>79,6</b>	<b>752</b>	<b>20,4</b>	<b>3.695</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 4** - Proporzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per genere, nazionalità e modalità di trasmissione (2014)

	Italiani		Stranieri		Non indicato	Età mediana in anni e IQR	Incidenza per 100.000 residenti
	n.	%	n.	%			
<b>Genere</b>							
Maschi	2.354	87,8	577	57,6	12	39 (31-47)	10
Femmine	326	12,2	425	42,4	1	36 (28-46)	2,4
<b>Totale</b>	<b>2.680</b>	<b>100,0</b>	<b>1.002</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>		<b>6,1</b>
<b>Modalità di trasmissione</b>							
MSM	1.312	49,0	199	19,9	2	36 (29-45)	
Eterosessuali maschi	697	26,0	272	27,1	4	41 (34-50)	
Eterosessuali femmine	263	9,8	361	36,0	1	36 (28-45)	
Non indicato	241	9,0	114	11,4			
IDU	117	4,4	23	2,3	1	41 (35-48)	
Altro	45	1,7	26	2,6	5		
Trasmissione verticale	5	0,2	7	0,7		5 (0-2)	
<b>Totale</b>	<b>2.680</b>	<b>100,0</b>	<b>1.002</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>		

**Tabella 5** - Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV, per numero di linfociti CD4 alla diagnosi e per regione di segnalazione (2014)

	Numero di casi con CD4 riportati	Completezza del dato (% sul totale dei casi)	CD4 (< 200)		CD4 (< 350)	
			n.	%	n.	%
Piemonte	268	96,8	81	30,2	141	52,6
Valle d'Aosta	7	100,0	2	28,6	4	57,1
Liguria	98	99,0	46	46,9	68	69,4
Lombardia	745	88,2	252	33,8	374	50,2
Provincia Autonoma di Trento	22	88,0	3	13,6	8	36,4
Provincia Autonoma di Bolzano	19	95,0	4	21,1	9	47,4
Veneto	190	68,6	53	27,9	84	44,2
Friuli Venezia-Giulia	55	90,2	22	40,0	36	65,5
Emilia-Romagna	372	100,0	110	29,6	175	47,0
Toscana	282	99,6	95	33,7	146	51,8
Umbria	64	100,0	27	42,2	38	59,4
Marche	82	98,8	34	41,5	46	56,1
Lazio	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Abruzzo	58	98,3	26	44,8	36	62,1
Molise	11	100,0	4	36,4	5	45,5
Campania	176	98,3	72	40,9	108	61,4
Puglia	118	100,0	56	47,5	80	67,8
Basilicata	12	100,0	5	41,7	9	75,0
Calabria	20	100,0	6	30,0	9	45,0
Sicilia	210	95,0	77	36,7	123	58,6
Sardegna	64	100,0	27	42,2	35	54,7
<b>Totale</b>	<b>2.873</b>	<b>77,8</b>	<b>1.002</b>	<b>34,9</b>	<b>1.534</b>	<b>53,4</b>

**Tabella 6** - Numero mediano di CD4 alla diagnosi e caratteristiche delle nuove diagnosi di infezione da HIV  $\leq$  200 CD4 per anno, genere, nazionalità, classe di età e modalità di trasmissione (2010-2014)

	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Numero mediano di CD4 alla diagnosi (IQR)</b>	<b>322 (106-527)</b>	<b>310 (115-520)</b>	<b>310 (110-515)</b>	<b>302 (100-505)</b>	<b>324(120-527)</b>
	<b>% di colonna</b>	<b>% di colonna</b>	<b>% di colonna</b>	<b>% di colonna</b>	<b>% di colonna</b>
<b>Genere</b>					
Maschi	74,2	75,9	77,2	76,7	78,1
Femmine	25,8	24,1	22,8	23,3	21,9
<b>Nazionalità</b>					
Italiana	69,6	70,7	73,5	78,8	74,2
Straniera	30,4	29,3	26,5	21,2	25,8
<b>Classe di età</b>					
$\leq$ 14	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4
15-19	0,3	0,4	0,1	0,2	0,7
20-24	3,7	3,7	3,4	2,9	2,9
25-29	7,7	7,8	8,9	7,9	5,6
30-39	28,8	30,3	28,5	26,0	28,5
40-49	33,7	30,6	31,9	33,5	32,6
50-59	17,6	17,4	17,3	19,4	18,1
60-69	6,2	7,7	6,8	7,7	8,8
$\geq$ 70	1,9	2,0	2,8	2,3	2,4
<b>Modalità di trasmissione</b>					
MSM	23,3	22,8	28,5	30,0	30,5
Eterosessuali maschi	33,3	36,2	33,2	35,5	34,6
Eterosessuali femmine	21,3	19,6	19,4	20,0	19,5
IDU	8,4	5,8	6,1	6,0	4,8
Altro/non indicato	13,7	15,6	12,7	8,5	10,6
<i>Percentuale di copertura del Sistema di sorveglianza</i>	97,8	97,8	100,0	100,0	100,0

**Tabella 7** - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per 100.000 residenti nella popolazione italiana e nella popolazione straniera, per regione di residenza (2014)

	Italiani		Stranieri	
	n. diagnosi	Incidenza	n. diagnosi	Incidenza
Piemonte	214	5,3	78	18,3
Valle d'Aosta	3	2,5	4	42,9
Liguria	81	5,6	15	10,8
Lombardia	617	7,0	165	14,6
Provincia Autonoma di Trento	16	3,3	3	5,9
Provincia Autonoma di Bolzano	17	3,6	4	8,8
Veneto	178	4,0	81	15,7
Friuli-Venezia Giulia	35	3,1	19	17,6
Emilia-Romagna	248	6,3	101	18,9
Toscana	207	6,2	76	19,6
Umbria	37	4,6	17	17,0
Marche	66	4,7	21	14,4
Lazio	336	6,4	195	31,6
Abruzzo	58	4,6	10	11,9
Molise	6	2,0	7	68,2
Campania	146	2,6	47	23,1
Puglia	124	3,1	20	18,1
Basilicata	9	1,6	3	17,7
Calabria	24	1,3	11	12,7
Sicilia	168	3,4	69	42,5
Sardegna	59	3,6	5	11,9
<b>Totale residenti in Italia</b>	<b>2.649</b>	<b>4,7</b>	<b>951</b>	<b>19,3</b>
Residenza estera	1		27	
Residenza non nota	30		24	
<b>Totale*</b>	<b>2.680</b>		<b>1.002</b>	

(\*) Non comprende n. 8 casi e n. 13 casi di "nazionalità non indicata" rispettivamente per il 2013 e il 2014

**Tabella 8** - Numero dei casi di AIDS per anno di diagnosi, dei casi corretti per ritardo di notifica e dei decessi

Anni	Casi diagnosticati	Casi corretti	Morti per anno di decesso
1982	1	1	0
1983	8	8	2
1984	37	37	16
1985	198	198	89
1986	459	459	268
1987	1.030	1.030	563
1988	1.775	1.775	857
1989	2.483	2.483	1.407
1990	3.137	3.137	1.947
1991	3.830	3.830	2.621
1992	4.259	4.259	3.279
1993	4.804	4.804	3.670
1994	5.508	5.508	4.335
1995	5.653	5.653	4.582
1996	5.053	5.053	4.200
1997	3.385	3.385	2.144
1998	2.445	2.445	1.071
1999	2.143	2.143	1.064
2000	1.958	1.958	1.045
2001	1.823	1.823	1.033
2002	1.772	1.772	1.000
2003	1.734	1.734	1.030
2004	1.641	1.641	919
2005	1.531	1.531	862
2006	1.454	1.454	812
2007	1.405	1.405	818
2008	1.341	1.341	754
2009	1.204	1.204	715
2010	1.145	1.146	645
2011	1.052	1.057	645
2012	1.066	1.078	635
2013	1.056	1.079	_*
2014	858	938	_*
<b>Totale</b>	<b>67.248</b>	<b>67.369</b>	<b>43.028</b>

(\*) I morti per AIDS per gli anni 2013 e 2014 non sono stati riportati perché i dati del Registro di Mortalità dell'ISTAT sono disponibili solo fino al 2012

**Tabella 9** - Numero annuale dei casi prevalenti di AIDS per regione di residenza

Regione	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Lombardia	5.132	5.310	5.515	5.624	5.778	5.887	5.978	6.067	6.176	6.257
Lazio	2.595	2.678	2.743	2.793	2.880	2.955	3.040	3.099	3.147	3.226
Emilia-Romagna	1.543	1.604	1.636	1.702	1.756	1.812	1.835	1.879	1.898	1.940
Toscana	1.100	1.155	1.182	1.237	1.316	1.368	1.428	1.461	1.501	1.523
Piemonte	1.057	1.105	1.145	1.179	1.195	1.223	1.243	1.278	1.305	1.321
Campania	887	906	931	955	994	1.020	1.068	1.102	1.104	1.132
Veneto	876	892	902	934	966	1.014	1.036	1.066	1.085	1.104
Sicilia	915	939	969	990	1.001	1.017	1.041	1.054	1.071	1.082
Liguria	844	863	871	919	917	917	943	956	952	979
Puglia	736	742	771	791	807	813	795	802	825	847
Sardegna	546	538	549	555	551	554	555	563	576	580
Marche	311	343	352	374	383	395	411	430	442	454
Abruzzo	180	188	201	210	230	236	240	248	259	264
Umbria	181	186	199	216	227	227	238	233	234	242
Calabria	180	186	191	203	204	209	211	219	232	236
Friuli-Venezia Giulia	167	177	182	183	193	202	199	205	212	216
Provincia Autonoma di Trento	132	131	135	136	142	145	147	147	149	150
Provincia Autonoma di Bolzano	98	102	103	112	123	121	124	130	136	137
Basilicata	51	53	56	61	60	67	72	75	72	74
Molise	18	19	22	27	30	35	34	34	37	42
Valle d'Aosta	27	26	26	25	26	28	30	29	30	33
Residenza estera	270	286	316	344	371	376	386	401	407	425
Residenza non nota	456	484	528	547	560	612	629	635	670	677
<b>Totale</b>	<b>18.302</b>	<b>18.913</b>	<b>19.525</b>	<b>20.117</b>	<b>20.710</b>	<b>21.233</b>	<b>21.683</b>	<b>22.113</b>	<b>22.520</b>	<b>22.941</b>

(\*)Gli anni 2013 e 2014 non sono riportati perché i dati del Registro di Mortalità ISTAT non sono ancora disponibili

**Tabella 10** - Numero dei casi di AIDS per regione di residenza e periodo di diagnosi

Regione	<2001	2001-02	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10	2011-12	2013-14	Totale
Lombardia	n. 14.635	998	957	807	676	585	527	441	<b>19.626</b>
Lazio	n. 6.278	499	489	380	383	303	294	258	<b>8.884</b>
Emilia-Romagna	n. 4.681	329	337	268	271	209	189	149	<b>6.433</b>
Piemonte	n. 3.241	245	188	194	148	146	117	123	<b>4.402</b>
Toscana	n. 2.922	222	216	185	226	192	153	151	<b>4.267</b>
Veneto	n. 2.764	166	144	134	150	122	93	123	<b>3.696</b>
Liguria	n. 2.452	143	137	131	97	112	92	63	<b>3.227</b>
Sicilia	n. 2.059	171	164	129	125	131	104	82	<b>2.965</b>
Campania	n. 1.750	160	133	124	147	148	120	141	<b>2.723</b>
Puglia	n. 1.817	138	127	122	82	56	90	76	<b>2.508</b>
Sardegna	n. 1.494	98	64	76	52	48	50	28	<b>1.910</b>
Marche	n. 756	70	79	64	59	62	41	45	<b>1.176</b>
Calabria	n. 458	47	41	37	23	28	30	10	<b>674</b>
Abruzzo	n. 363	43	45	36	45	28	33	46	<b>639</b>
Umbria	n. 374	34	35	44	22	17	23	31	<b>580</b>
Friuli-Venezia Giulia	n. 381	24	33	27	38	17	17	17	<b>554</b>
Provincia Autonoma di Trento	n. 282	16	13	10	16	6	6	3	<b>352</b>
Provincia Autonoma di Bolzano	n. 198	17	20	16	16	17	9	5	<b>298</b>
Basilicata	n. 137	9	13	12	16	17	8	5	<b>217</b>
Valle d'Aosta	n. 65	4	5	3	5	5	4	.	<b>91</b>
Molise	n. 36	4	5	9	11	.	10	4	<b>79</b>
Residenza estera	n. 330	57	54	73	49	35	33	37	<b>668</b>
Residenza non nota	n. 693	101	76	104	89	65	75	76	<b>1.279</b>
<b>Totale</b>	<b>n. 48.166</b>	<b>3.595</b>	<b>3.375</b>	<b>2.985</b>	<b>2.746</b>	<b>2.349</b>	<b>2.118</b>	<b>1.914</b>	<b>67.248</b>



**Tabella 11** - Numero dei casi di AIDS dall'inizio dell'epidemia, per provincia di segnalazione e di residenza, e incidenza (per 100.000 residenti) per provincia di residenza (calcolata sui casi diagnosticati nel 2014)

Provincia	Segnalazione	Residenza	Incidenza	Provincia	Segnalazione	Residenza	Incidenza	
<b>Valle d'Aosta</b>				<b>Umbria</b>				
Aosta	98	91	0,0	Perugia	480	423	1,4	
<b>Piemonte</b>				Terni	191	157	1,7	
Alessandria	417	473	1,4	<b>Marche</b>				
Asti	98	102	0,5	Ancona	660	363	2,7	
Biella	270	297	0,0	Ascoli Piceno	62	174	0,9	
Cuneo	261	265	0,7	Fermo	152	154	1,1	
Novara	560	573	2,7	Macerata	125	189	1,6	
Torino	2.478	2.251	1,3	Pesaro e Urbino	206	296	2,2	
Verbania	205	282	1,9	<b>Lazio</b>				
Vercelli	155	159	1,1	Frosinone	276	187	0,6	
<b>Liguria</b>				Latina	553	473	1,4	
Genova	2.215	2.082	2,1	Rieti	134	76	1,9	
Imperia	388	429	4,1	Roma	8.185	7.834	2,4	
La Spezia	264	256	1,8	Viterbo	354	314	1,6	
Savona	469	460	0,7	<b>Abruzzo</b>				
<b>Lombardia</b>				Chieti	113	136	1,8	
Bergamo	1.744	1.677	2,6	L'Aquila	135	135	1,3	
Brescia	2.785	2.588	1,6	Pescara	258	182	1,9	
Como	839	854	1,8	Teramo	158	186	1,9	
Cremona	494	559	1,7	<b>Molise</b>				
Lecco	567	470	0,6	Campobasso	72	57	0,4	
Lodi	372	391	1,3	Isernia	2	22	0,0	
Mantova	397	430	0,0	<b>Campania</b>				
Milano	8.541	8.795	2,7	Avellino	38	67	0,2	
Monza e della Brianza	536	936	1,3	Benevento	30	50	0,4	
Pavia	1.456	870	0,0	Caserta	130	400	1,3	
Sondrio	87	147	0,5	Napoli	2.268	1.879	1,2	
Varese	2.024	1.909	2,1	Salerno	251	327	1,0	
<b>Veneto</b>				<b>Puglia</b>				
Belluno	72	92	1,4	Bari	775	654	0,6	
Padova	958	691	0,7	Barletta-Andria-Trani	364	339	0,8	
Rovigo	132	193	0,4	Brindisi	164	251	0,7	
Treviso	481	460	0,1	Foggia	455	394	0,2	
Venezia	458	636	0,7	Lecce	295	368	0,5	
Verona	902	740	1,5	Taranto	391	502	2,0	
Vicenza	809	884	2,2	<b>Basilicata</b>				
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>				Matera	18	56	0,5	
Gorizia	24	50	0,0	Potenza	118	161	0,8	
Pordenone	492	205	1,0	<b>Calabria</b>				
Trieste	200	112	0,0	Catanzaro	256	197	0,5	
Udine	135	187	0,9	Cosenza	74	144	0,1	
<b>Trentino-Alto Adige</b>				Crotone	72	123	0,6	
Bolzano - Bozen	317	298	0,8	Reggio Calabria	95	163	0,2	
Trento	342	352	0,0	Vibo Valentia	43	47	0,0	
<b>Emilia-Romagna</b>				<b>Sicilia</b>				
Bologna	1.767	1.645	2,0	Agrigento	1	140	1,1	
Ferrara	504	534	2,8	Caltanissetta	197	135	0,4	
Forlì	464	622	1,0	Catania	805	677	0,7	
Modena	827	773	1,3	Enna	34	56	0,0	
Parma	538	492	1,6	Messina	247	277	0,2	
Piacenza	389	384	1,0	Palermo	1.361	1.182	0,8	
Ravenna	1.250	941	1,8	Ragusa	80	81	0,6	
Reggio Emilia	547	498	1,3	Siracusa	122	190	0,5	
Rimini	763	544	1,2	Trapani	57	227	1,8	
<b>Toscana</b>				<b>Sardegna</b>				
Arezzo	213	195	1,2	Cagliari	1.361	1.156	1,6	
Firenze	1.375	1.295	2,0	Carbonia-Iglesias	-	84	0,8	
Grosseto	288	342	2,7	Medio Campidano	-	90	0,0	
Livorno	509	560	1,5	Nuoro	70	57	0,6	
Lucca	230	468	2,3	Ogliastra	-	10	0,0	
Massa Carrara	293	322	0,0	Olbia-Tempio	3	121	0,0	
Pisa	835	373	2,1	Oristano	3	62	0,6	
Pistoia	146	287	0,3	Sassari	442	330	0,0	
Prato	341	246	3,2	<b>Residenza estera</b>				
Siena	191	179	1,8	<b>Residenza non nota</b>				
					Totale	67.248	67.248	-

**Tabella 12** - Proporzione dei casi di AIDS, per classe di età e genere negli anni 1994, 2004, 2014 e nel totale dei casi (percentuali di colonna)

Classe d'età	Maschi			Femmine			Totale (1982-2014)		
	1994 n. 4.282	2004 n. 1.216	2014 n. 651	1994 n. 1.226	2004 n. 425	2014 n. 207	Maschi n. 51.847	Femmine n. 15.401	Totale n. 67.248
0	0,1	0,2	0,3	0,7	0,5	0,0	0,3	1,0	0,4
1-4	0,3	0,0	0,0	0,6	0,2	0,0	0,3	0,9	0,4
5-9	0,2	0,1	0,0	0,7	0,0	0,0	0,2	0,5	0,2
10-12	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,5	0,1	0,1	0,1
13-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1
15-19	0,2	0,2	0,5	0,1	1,2	0,0	0,2	0,5	0,3
20-24	1,9	1,0	1,8	5,1	4,2	4,8	3,2	6,6	4,0
25-29	17,2	5,3	4,9	28,1	8,2	8,7	15,9	22,4	17,4
30-34	37,7	11,8	11,1	37,1	18,6	12,1	25,9	26,5	26,0
35-39	21,2	21,4	13,8	15,9	26,1	14,5	20,4	17,9	19,8
40-49	13,4	41,4	34,3	7,7	31,3	32,9	21,1	15,9	19,9
50-59	5,7	11,5	21,5	2,4	6,4	17,9	8,4	5,0	7,6
>60	2,0	7,2	11,8	1,4	3,1	8,7	4,1	2,6	3,7

**Tabella 13** - Numero dei casi di AIDS in adulti, per modalità di trasmissione e periodo di diagnosi (percentuali di colonna)

Modalità di trasmissione		<2003	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10	2011-12	2013-14	Totale	Maschi	Femmine
MSM	n.	8.095	638	623	616	545	526	535	11.578	11.578	0
	%	15,9	19,0	21,0	22,5	23,3	25,0	28,1	17,4	22,5	0,0
IDU	n.	30.923	1.126	844	701	503	374	284	34.755	27.854	6.901
	%	60,6	33,5	28,4	25,6	21,5	17,7	14,9	52,3	54,1	46,0
Sangue e/o derivati	n.	754	13	9	5	5	3	2	791	589	202
	%	1,5	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	1,2	1,1	1,3
Eterosessuale	n.	9.655	1.350	1.286	1.218	1.083	1.007	914	16.513	9.476	7.037
	%	18,9	40,2	43,3	44,5	46,3	47,8	48,1	24,9	18,4	46,9
Altro/non indicato	n.	1.599	231	208	200	204	198	167	2.807	1.955	852
	%	3,1	6,9	7,0	7,3	8,7	9,4	8,8	4,2	3,8	5,7
<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>51.026</b>	<b>3.358</b>	<b>2.970</b>	<b>2.740</b>	<b>2.340</b>	<b>2.108</b>	<b>1.902</b>	<b>66.444</b>	<b>51.452</b>	<b>14.992</b>

**Tabella 14** - Proporzione dei casi AIDS in adulti eterosessuali, per tipo di rischio eterosessuale e genere (percentuali di colonna)

Tipo di rischio eterosessuale	Maschi		Femmine		Maschi	Femmine	Totale
	2003-04 n. 808	2013-14 n. 565	2003-04 n. 542	2013-14 n. 349	1982-2014 n. 9.476	1982-2014 n. 7.037	1982-2014 n. 16.513
Originario di zona endemica	1,1	1,2	2,2	2,9	5,3	5,4	5,3
Partner MSM	0,0	0,0	0,7	-	0,0	1,2	0,5
Partner IDU	1,7	0,7	16,8	4,6	7,9	30,9	17,7
Partner emofilico/trasfuso	0,1	0,0	0,4	0,0	0,3	0,8	0,5
Partner di zona endemica	1,0	0,2	1,1	0,0	3,1	0,7	2,1
Partner promiscuo	96,0	97,9	78,8	92,6	83,5	61,0	73,9

**Tabella 15** - Proporzione delle patologie indicative di AIDS in adulti, per biennio di diagnosi (percentuali di colonna)

Patologie		<2003	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10	2011-12	2013-14
Candidosi (polmonare ed esofagea)	%	22,4	19,4	17,2	16,7	14,4	14,0	12,9
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	%	20,7	19,2	20,1	20,3	20,2	21,8	24,6
Toxoplasmosi cerebrale	%	7,9	6,3	6,5	6,7	5,9	6,2	6,3
Micobatteriosi*	%	6,4	6,9	7,0	7,5	7,6	6,8	6,0
Altre infezioni opportunistiche**	%	14,6	14,5	14,8	15,2	17,6	17,2	17,9
Sarcoma di Kaposi	%	5,0	5,1	4,9	6,0	6,8	6,6	7,0
Linfomi	%	3,5	5,1	6,3	6,1	6,3	6,2	5,7
Encefalopatia da HIV	%	6,9	5,6	5,8	5,6	6,1	6,5	5,9
Wasting syndrome	%	7,5	9,0	9,7	9,5	9,1	8,8	8,9
Carcinoma cervice uterina	%	0,3	0,5	0,4	0,6	0,4	0,3	0,1
Polmonite ricorrente	%	2,0	3,2	2,8	2,2	1,8	1,7	1,1
Tubercolosi polmonare	%	2,8	5,1	4,6	3,7	3,7	3,8	3,7
<b>Totali patologie</b>	<b>n.</b>	<b>59.111</b>	<b>4.045</b>	<b>3.619</b>	<b>3.390</b>	<b>2.939</b>	<b>2.707</b>	<b>2.505</b>

(\*) Disseminata o extrapolmonare; (\*\*) Include: criptococcosi, criptosporidiosi, infezione da Cytomegalovirus, infezione da *Herpes simplex*, isosporidiosi, leucoencefalopatia multifocale progressiva, salmonellosi, coccidioomicosi, istoplasmosi

**Tabella 16** - Malattie indicative di AIDS, per terapia antiretrovirale pre-AIDS (1999-2014)

Malattie	Terapia antiretrovirale pre-AIDS						Totale n.
	Sì		No		Non noto		
	n.	%	n.	%	n.	%	
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	11.096	13,1	4.528	23,5	205	20,6	<b>5.829</b>
Candidosi (polmonare ed esofagea)	1.750	21,0	2.992	15,6	175	17,6	<b>4.917</b>
Wasting Syndrome	815	9,8	1.595	8,3	143	14,3	<b>2.553</b>
Tubercolosi	702	8,4	1.709	8,9	78	7,8	<b>2.489</b>
Cytomegalovirus compresa retinite	409	4,9	1.740	9,0	61	6,1	<b>2.210</b>
Toxoplasmosi cerebrale	416	5,0	1.335	6,9	74	7,4	<b>1.825</b>
Encefalopatia da HIV	637	7,6	1.017	5,3	60	6,0	<b>1.714</b>
Sarcoma di Kaposi	388	4,7	1.234	6,4	29	2,9	<b>1.651</b>
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	721	8,6	868	4,5	33	3,3	<b>1.622</b>
Criptococcosi extrapolmonare	199	2,4	578	3,0	28	2,8	<b>805</b>
Polmonite ricorrente	384	4,6	324	1,7	43	4,3	<b>751</b>
Micobatteriosi	273	3,3	438	2,3	20	2,0	<b>731</b>
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	243	2,9	379	2,0	24	2,4	<b>646</b>
Altre infezioni opportunistiche	130	1,6	242	1,3	7	0,7	<b>379</b>
<i>Herpes simplex</i>	44	0,5	137	0,7	6	0,6	<b>187</b>
Carcinoma cervicale invasivo	97	1,2	41	0,2	3	0,3	<b>141</b>
Sepsi da salmonella ricorrente	33	0,4	82	0,4	8	0,8	<b>123</b>
<b>Totale</b>	<b>8.337</b>	<b>100,0</b>	<b>19.239</b>	<b>100,0</b>	<b>997</b>	<b>100,0</b>	<b>28.573</b>

Tabella 17 - Tempo intercorso tra il 1° test HIV+ e la diagnosi di AIDS

Anno di diagnosi	< 6 mesi		≥ 6 mesi	
	n. casi	%	n. casi	%
1996	908	20,5	3.512	79,5
1997	1.047	33,1	2.119	66,9
1998	961	41,3	1.365	58,7
1999	973	46,4	1.125	53,6
2000	922	48,2	992	51,8
2001	852	47,9	928	52,1
2002	890	51,3	845	48,7
2003	865	51,0	831	49,0
2004	803	51,0	773	49,0
2005	769	52,0	709	48,0
2006	745	53,9	638	46,1
2007	717	55,1	584	44,9
2008	739	58,7	519	41,3
2009	670	60,3	442	39,7
2010	698	66,3	354	33,7
2011	610	62,2	370	37,8
2012	665	66,0	342	34,0
2013	673	67,8	319	32,2
2014	571	71,5	228	28,5
<b>Genere</b>				
Maschio	11.727	48,4	12.512	51,6
Femmina	3.351	42,8	4.483	57,2
<b>Modalità di trasmissione</b>				
Eterosessuale	7.751	67,8	3.674	32,2
MSM	3.838	61,9	2360	38,1
IDU	1.777	14,8	10.233	85,2
Trasmissione verticale	46	50,5	45	49,5
Altro/Non determinato	1.666	70,9	683	29,1
<b>Area geografica di provenienza</b>				
Italia	11.347	42,3	15.465	57,7
Estera	3.542	71,2	1.433	28,8
Non nota	189	66,1	97	33,9
<b>Totale</b>	<b>15.078</b>	<b>47,0</b>	<b>16.995</b>	<b>53,0</b>

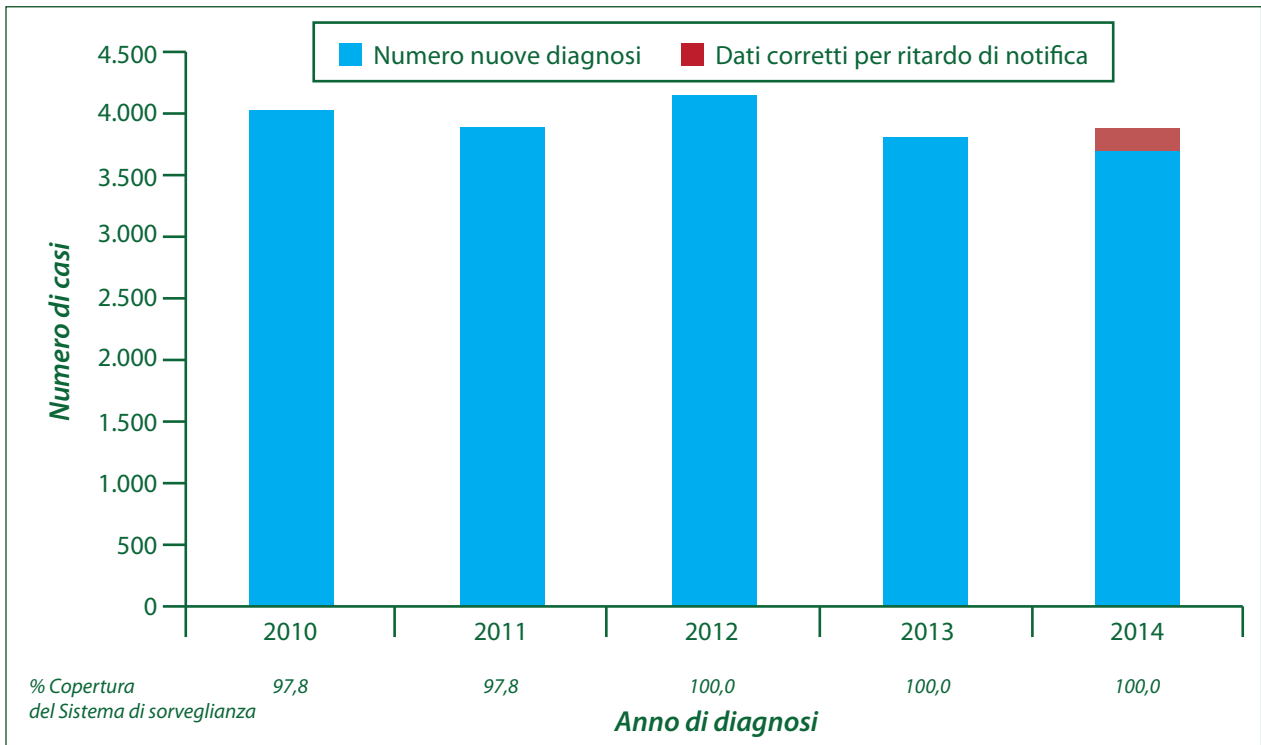
**Tabella 18** - Numero dei casi di AIDS pediatrici o a trasmissione verticale, per modalità di trasmissione e periodo di diagnosi (percentuali di colonna)

Modalità di trasmissione		Periodo di diagnosi							Totale
		<2003	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10	2011-12	2013-14	
Trasmissione verticale*	n.	684	13	13	4	8	7	9	<b>738</b>
	%	93,1	76,5	86,7	66,7	88,9	70,0	75,0	<b>91,8</b>
Emofilico	n.	15	0	0	0	0	0	0	<b>15</b>
	%	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>1,9</b>
Trasfuso	n.	12	0	0	0	0	0	0	<b>12</b>
	%	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>1,5</b>
Altro/Non determinato	n.	24	4	2	2	1	3	3	<b>39</b>
	%	3,3	23,5	13,3	33,3	11,1	30,0	25,0	<b>4,9</b>
<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>735</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>804</b>

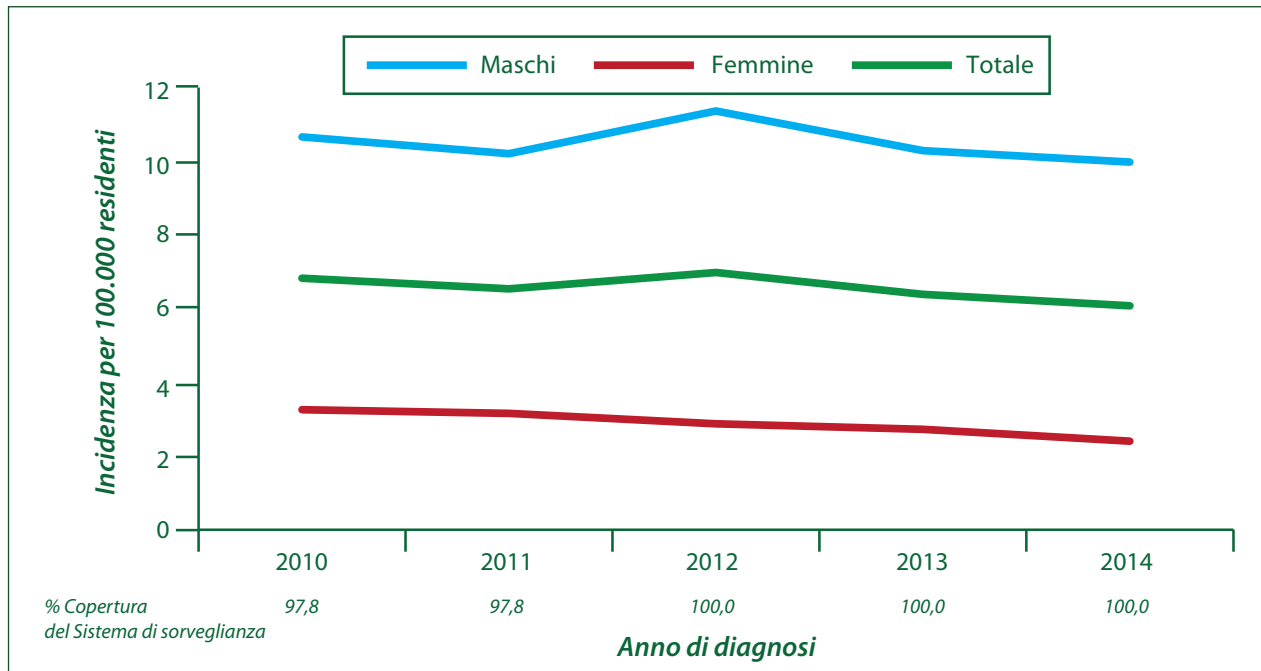
(\*) Comprende i casi di AIDS con età >12 anni e che hanno acquisito l'infezione per via verticale

**Tabella 19** - Modalità di trasmissione della madre dei casi a trasmissione verticale, per periodo di diagnosi (percentuali di colonna)

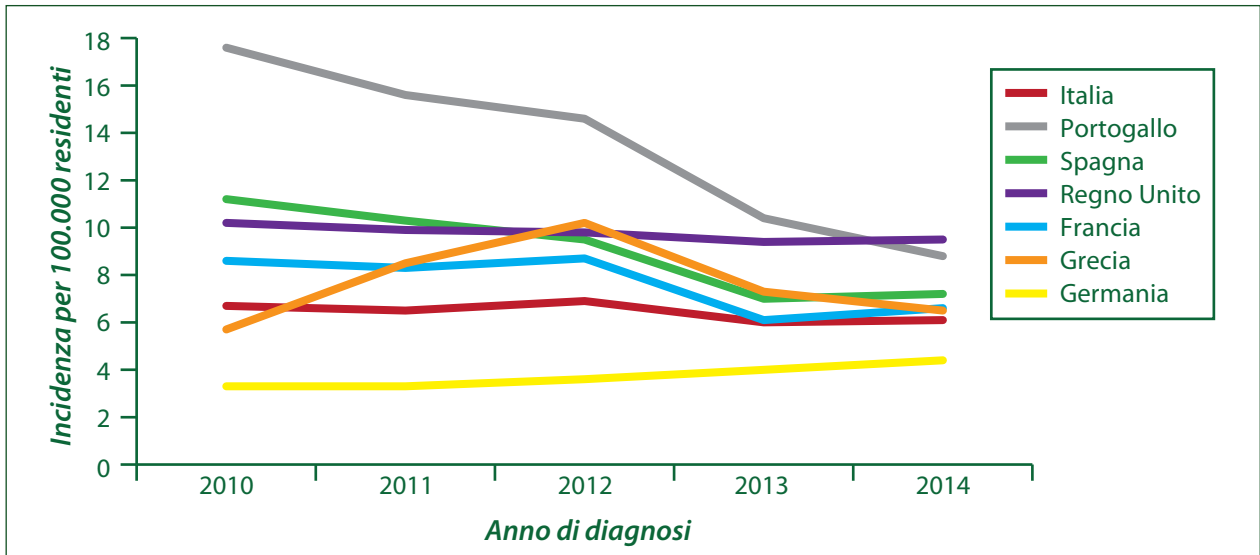
Modalità di trasmissione madre		Periodo di diagnosi							Totale
		<2003	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10	2011-12	2013-14	
Madre IDU	n.	352	3	4	0	2	0	2	<b>363</b>
	%	51,5	23,1	30,8	0,0	25,0	0,0	22,2	<b>49,2</b>
Madre trasfusa	n.	8	0	0	0	0	1	0	<b>9</b>
	%	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	<b>1,2</b>
Madre a rischio sessuale	n.	244	5	8	4	6	3	4	<b>274</b>
	%	35,7	38,5	61,5	100,0	75,0	42,9	44,4	<b>37,1</b>
Madre con altro rischio	n.	80	5	1	0	0	3	3	<b>92</b>
	%	11,7	38,5	7,7	0,0	0,0	42,9	33,3	<b>12,5</b>
<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>684</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>738</b>



**Figura 1** - Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV e correzione per ritardo di notifica (2010-2014)



**Figura 2** - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per genere, anno di diagnosi e copertura del Sistema di sorveglianza (2010-2014)

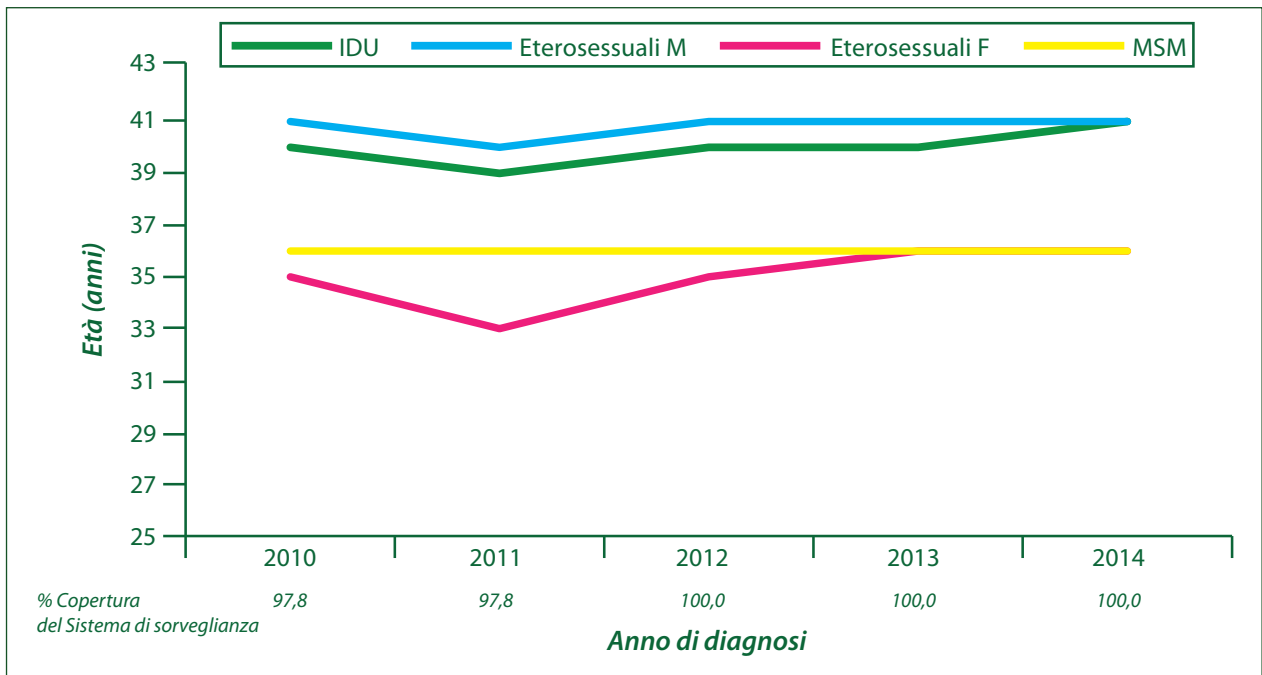


**Figura 3** - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (per 100.000 residenti) in Italia, Portogallo, Spagna, Regno Unito, Francia, Grecia e Germania (2010-2014).

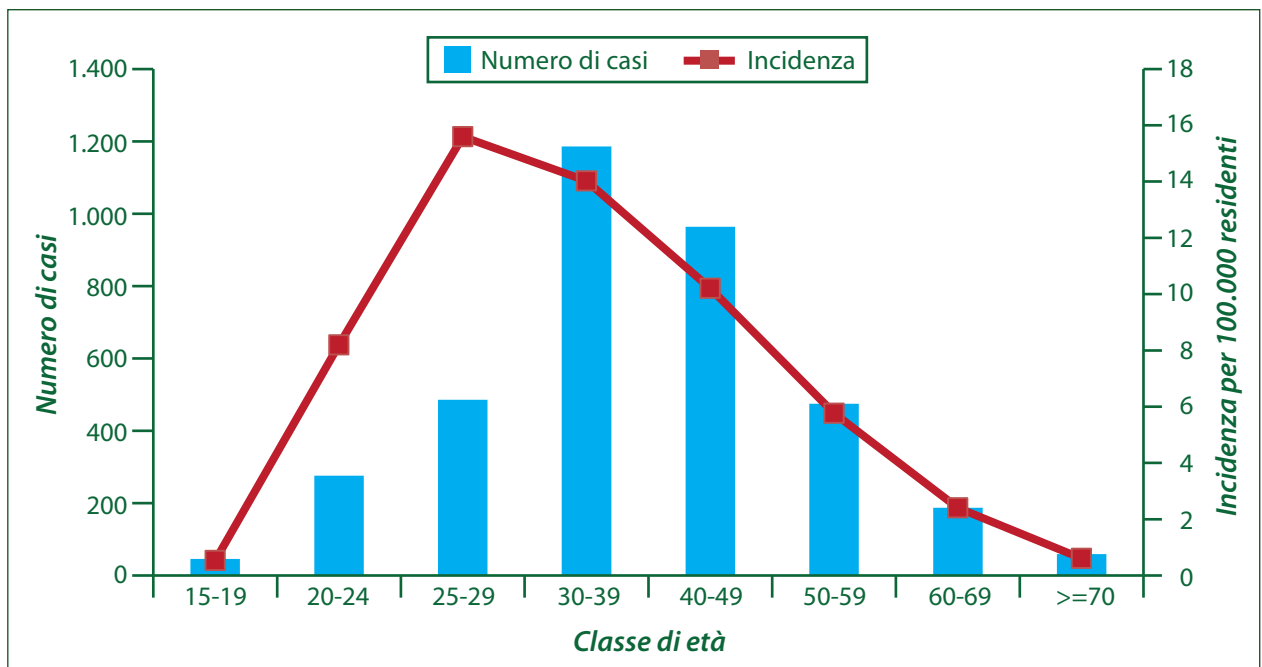
Fonte: European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2014*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015



**Figura 4** - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (per 100.000 residenti) per regione di residenza (2014)

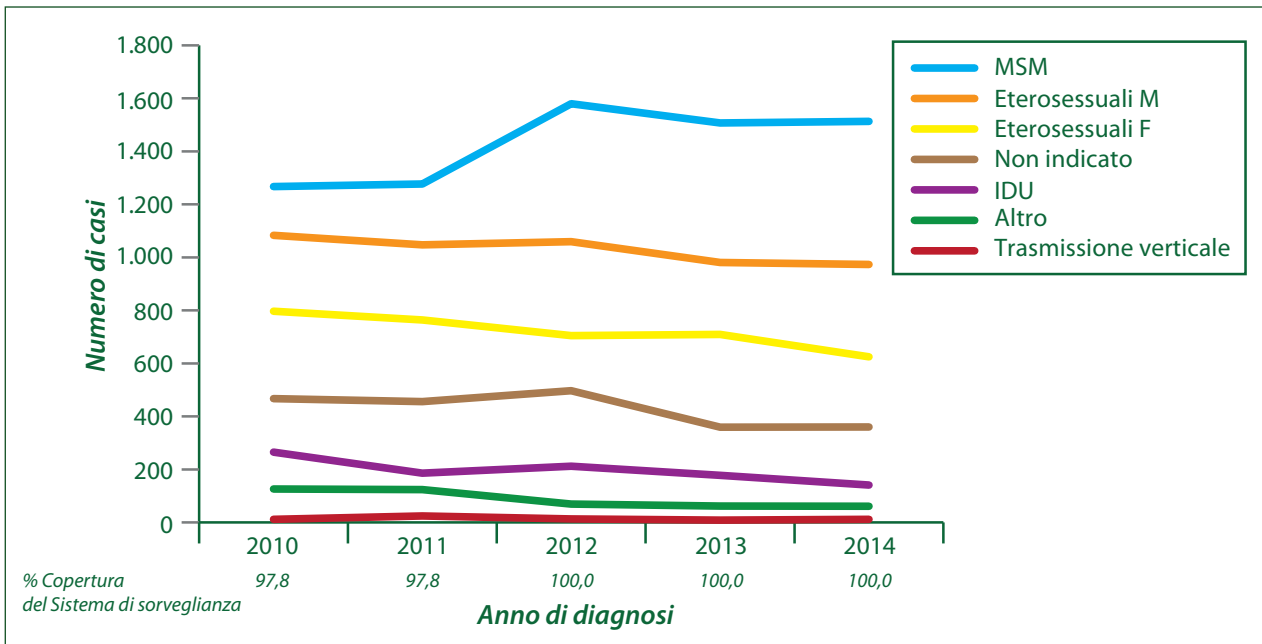


**Figura 5** - Età mediana delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per modalità di trasmissione e anno di diagnosi (2010-2014)

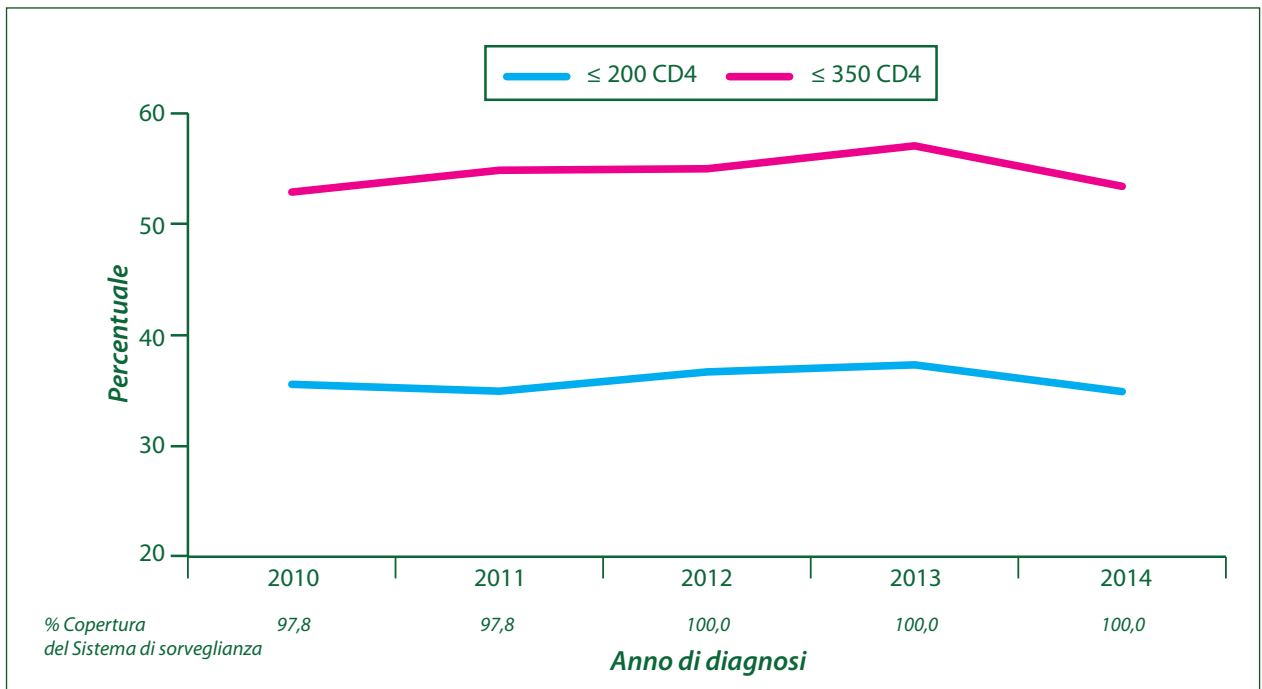


**Figura 6** - Numero e incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (per 100.000 residenti), per classe di età (2014)

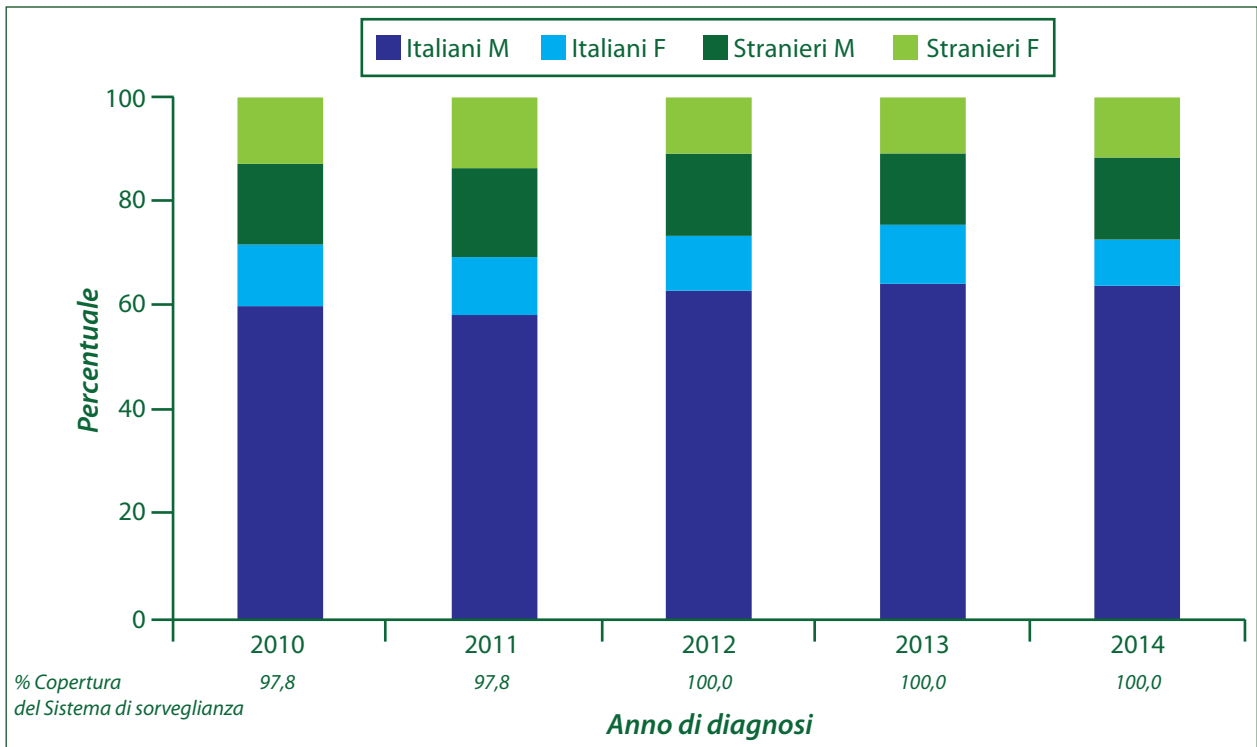




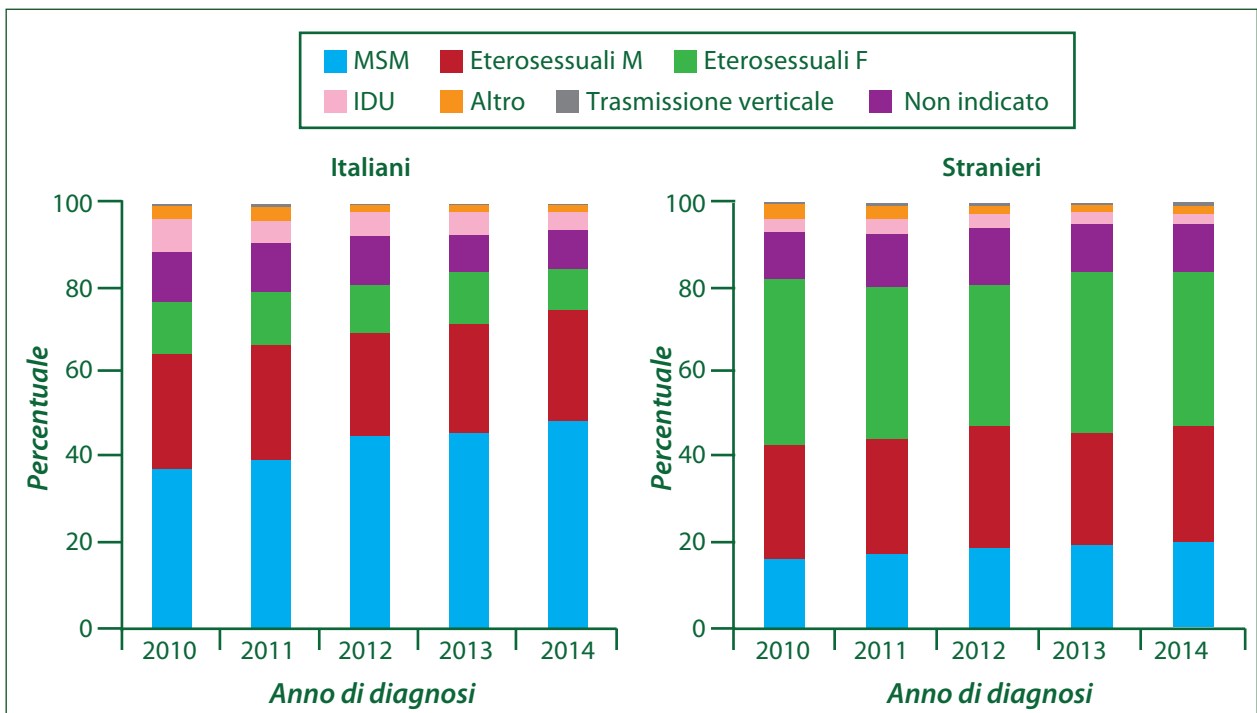
**Figura 7** - Numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per modalità di trasmissione e anno di diagnosi (2010-2014)



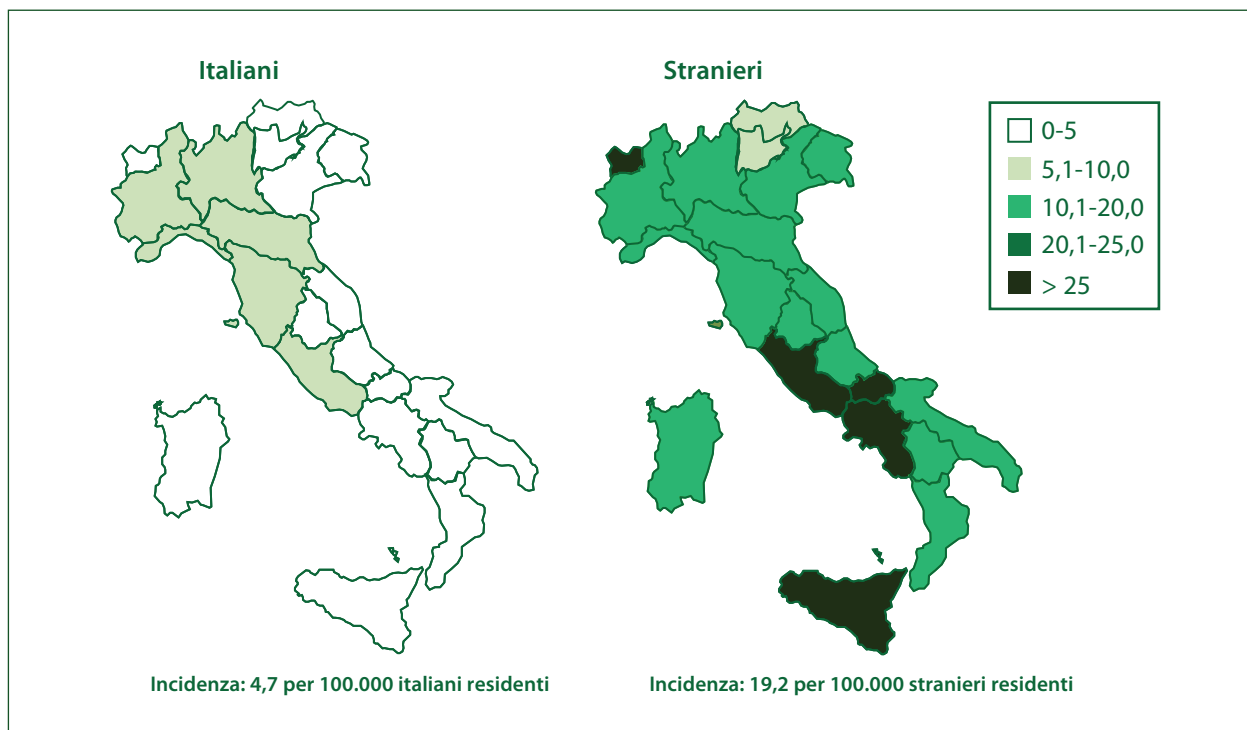
**Figura 8** - Distribuzione dei CD4 nelle nuove diagnosi di infezione da HIV, per anno di diagnosi (2010-2014)



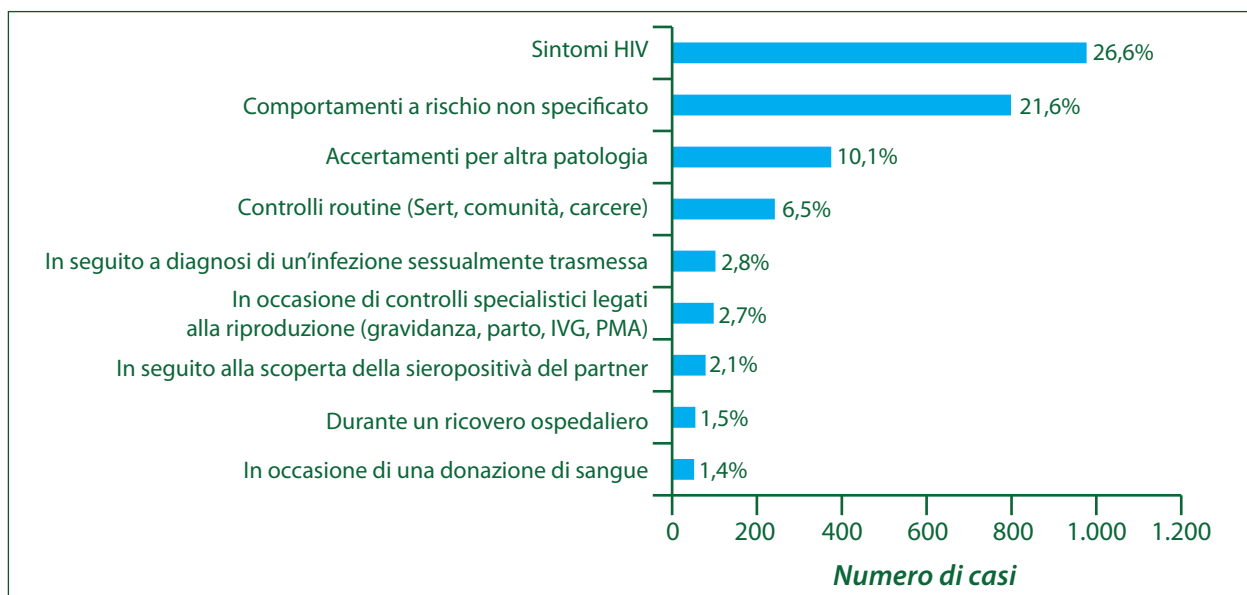
**Figura 9** - Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per nazionalità, genere e anno di diagnosi (2010-2014)



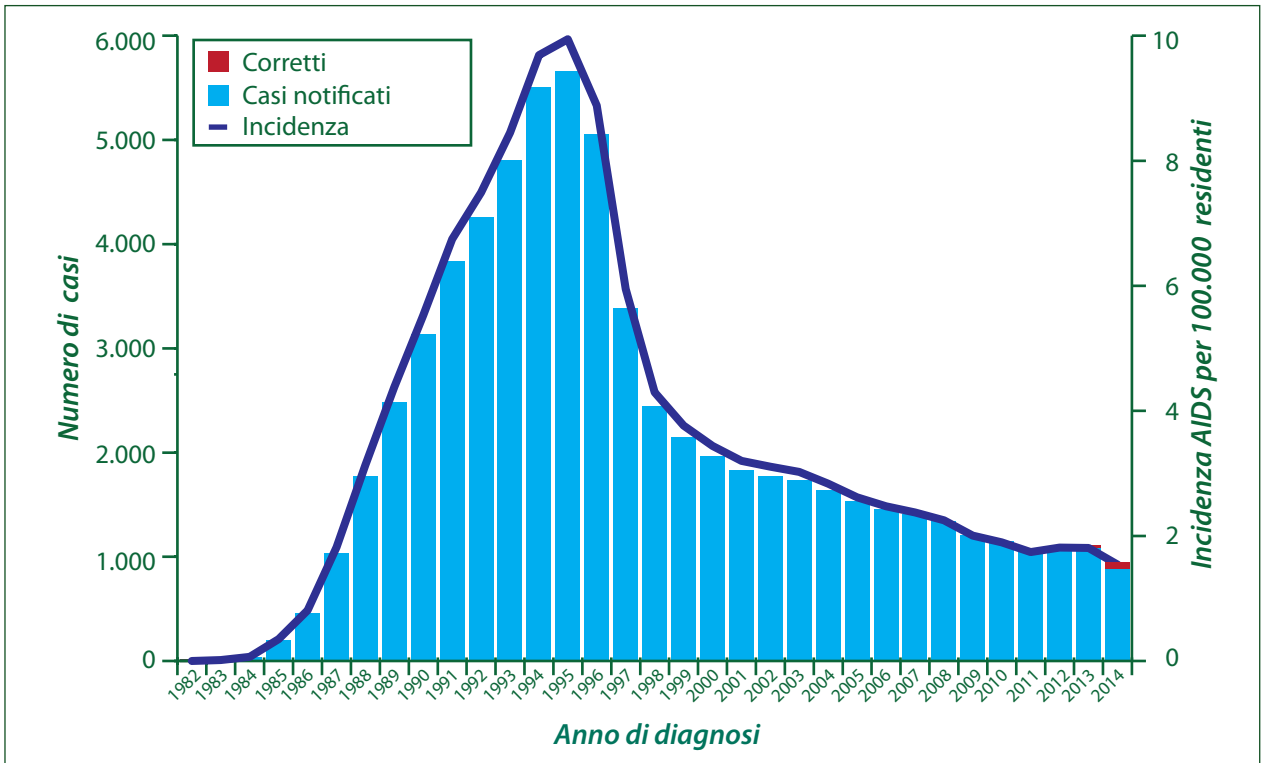
**Figura 10** - Distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per modalità di trasmissione, anno di diagnosi e nazionalità (2010-2014)



**Figura 11** - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (per 100.000 residenti), per nazionalità e regione di residenza (2014)



**Figura 12** - Motivo di esecuzione del test delle nuove diagnosi di infezione da HIV (2014)



**Figura 13** - Numero dei casi di AIDS e incidenza per anno di diagnosi (per 100.000 residenti), corretti per ritardo di notifica(1982-2014)



**Figura 14** - Incidenza di AIDS (per 100.000 residenti) per regione di residenza (2014)

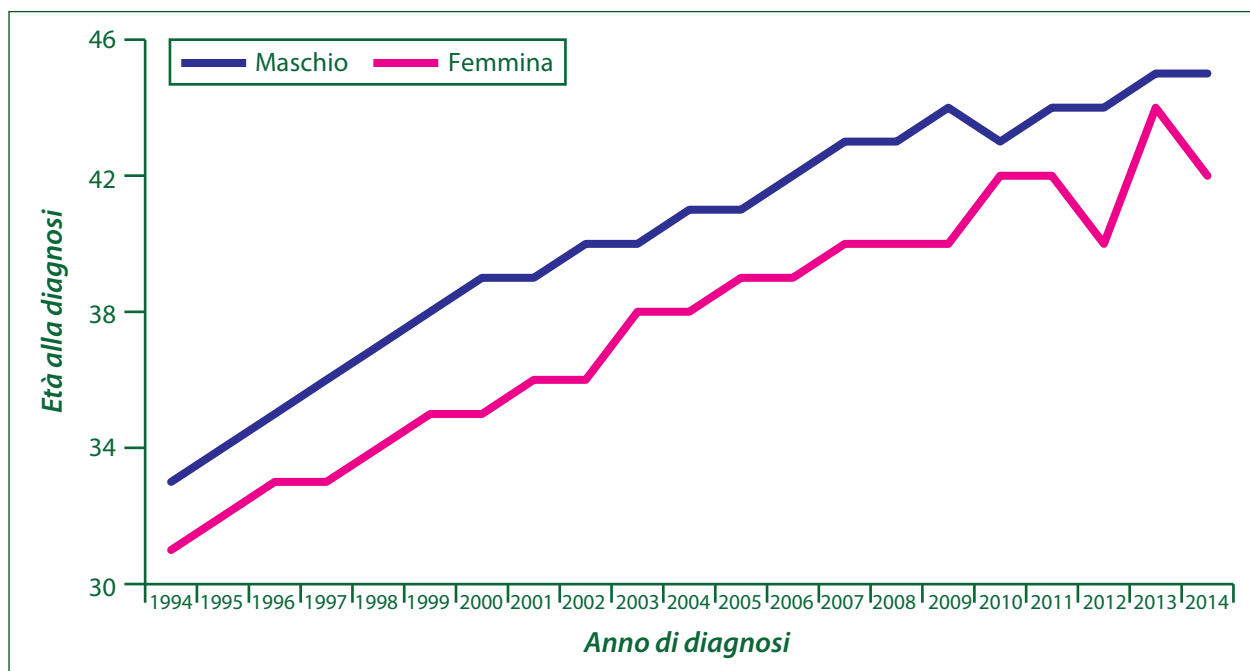


Figura 15 - Età media alla diagnosi di AIDS, per genere e anno di diagnosi (1994-2014)

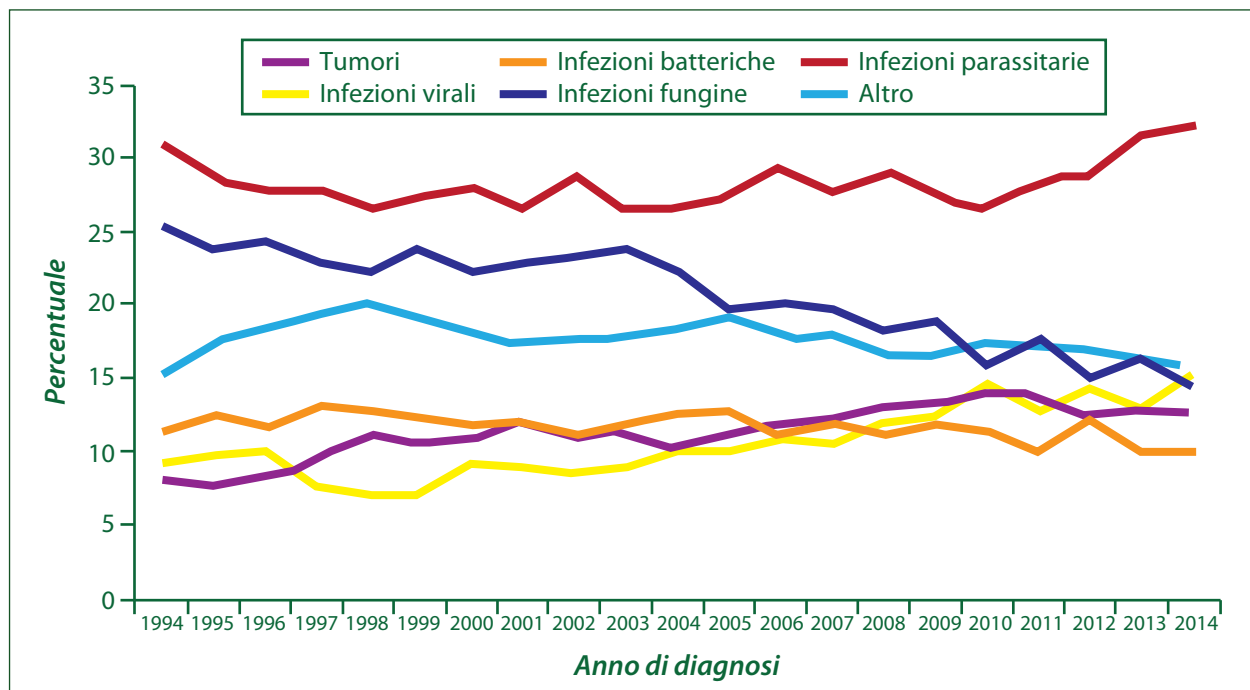


Figura 16 - Distribuzione delle patologie indicative di AIDS per tipologia (1994-2014)

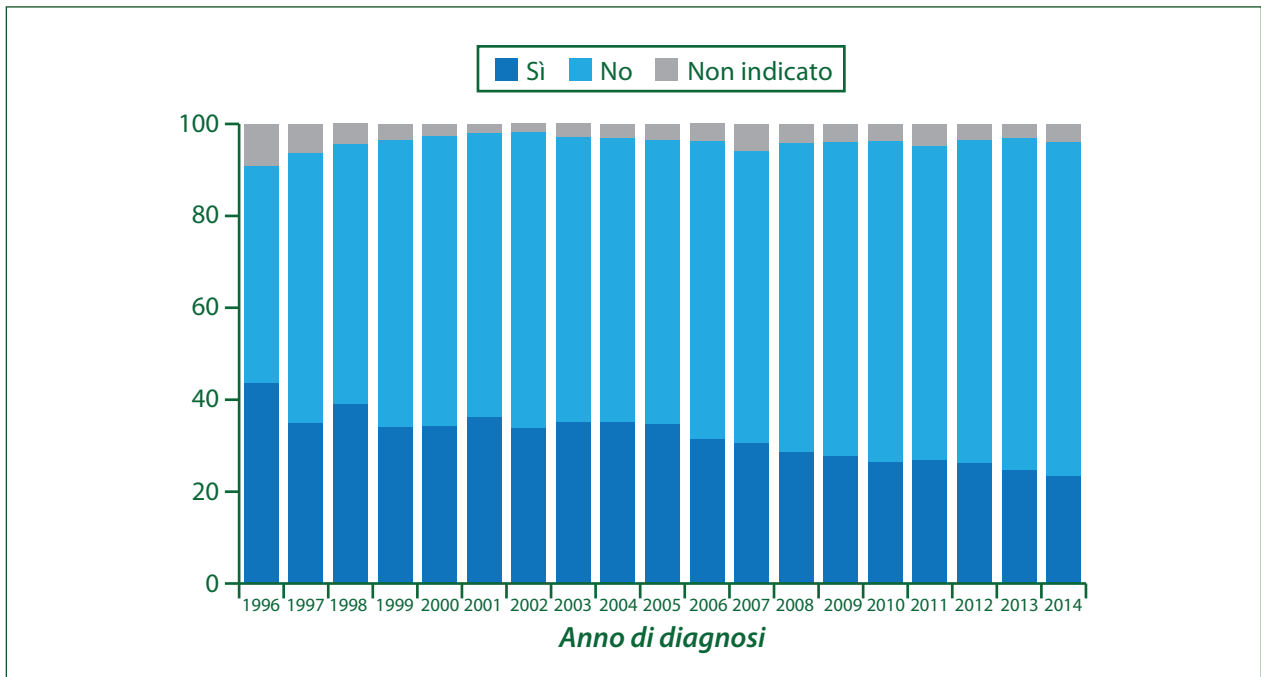


Figura 17 - Uso di terapie antiretrovirali pre-AIDS (1996-2014)

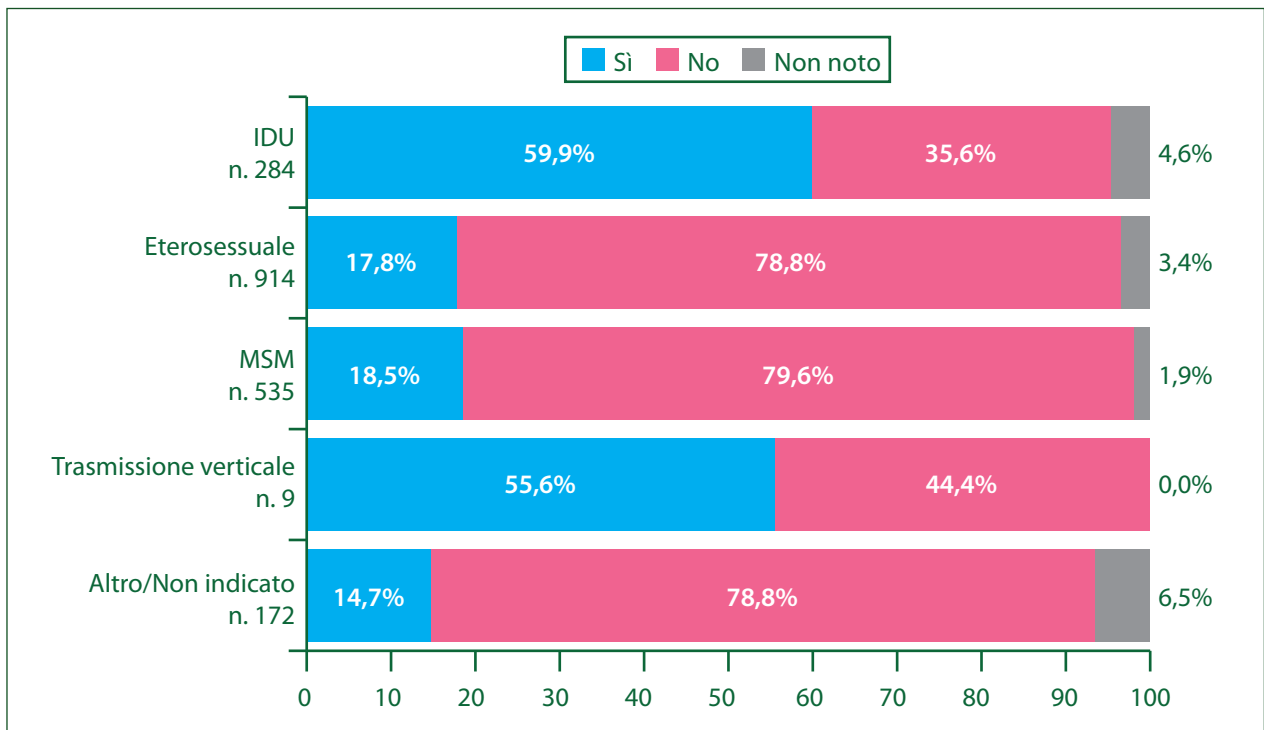
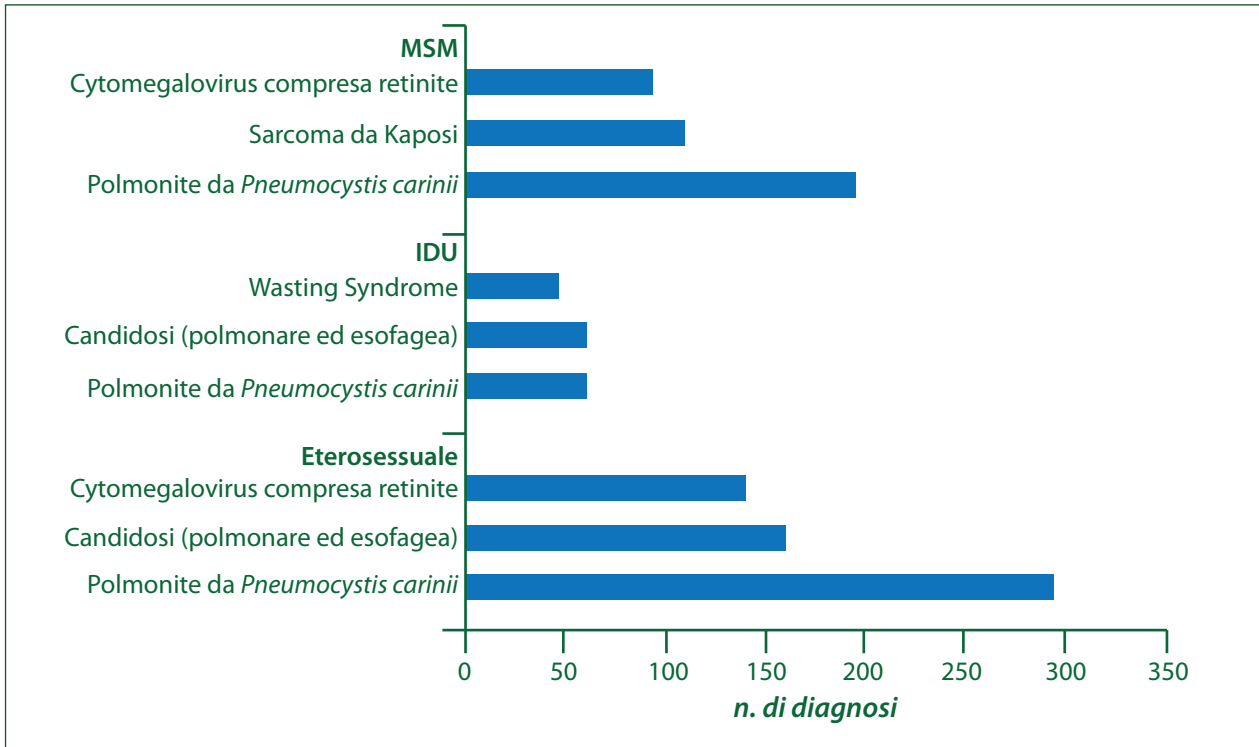
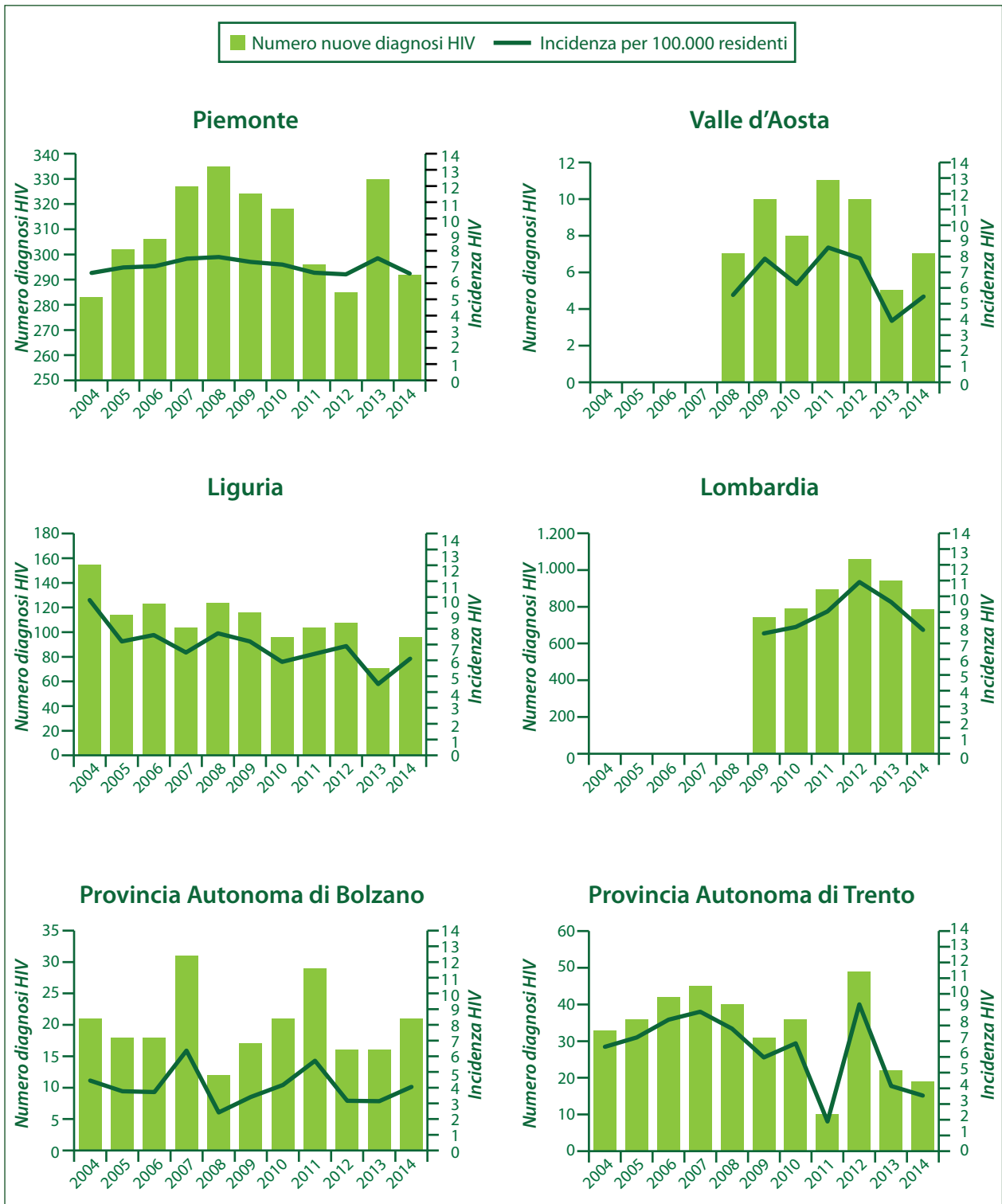


Figura 18 - Uso di terapie antiretrovirali pre-AIDS, per modalità di trasmissione (2013-2014)



**Figura 19** - Distribuzione delle tre più frequenti patologie indicative di AIDS, per modalità di trasmissione (2013-2014)

## Appendice 1

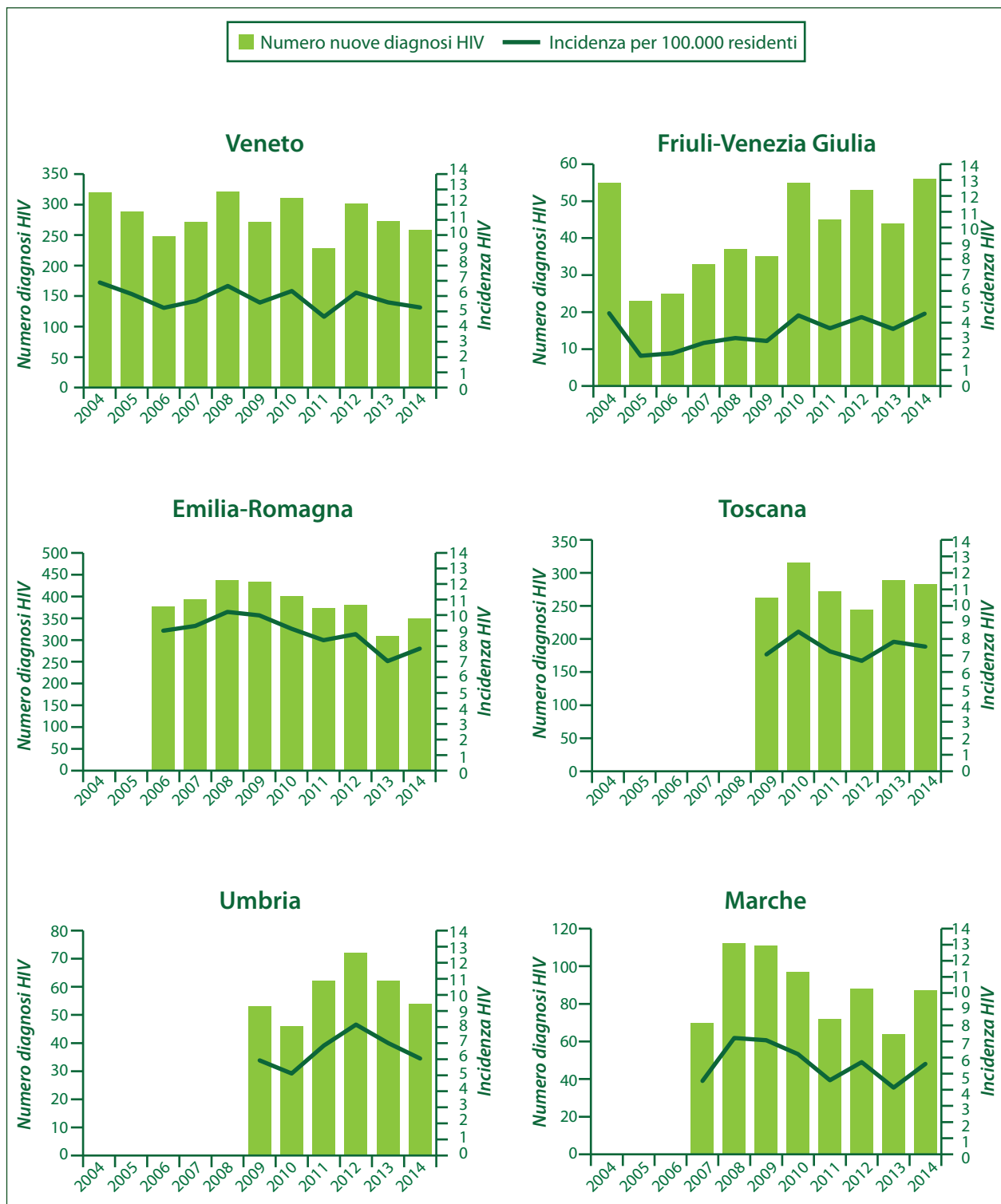


**Appendice 1** - Nuove diagnosi di infezione da HIV, incidenza per 100.000 residenti e regione di residenza (2004-2014)

segue



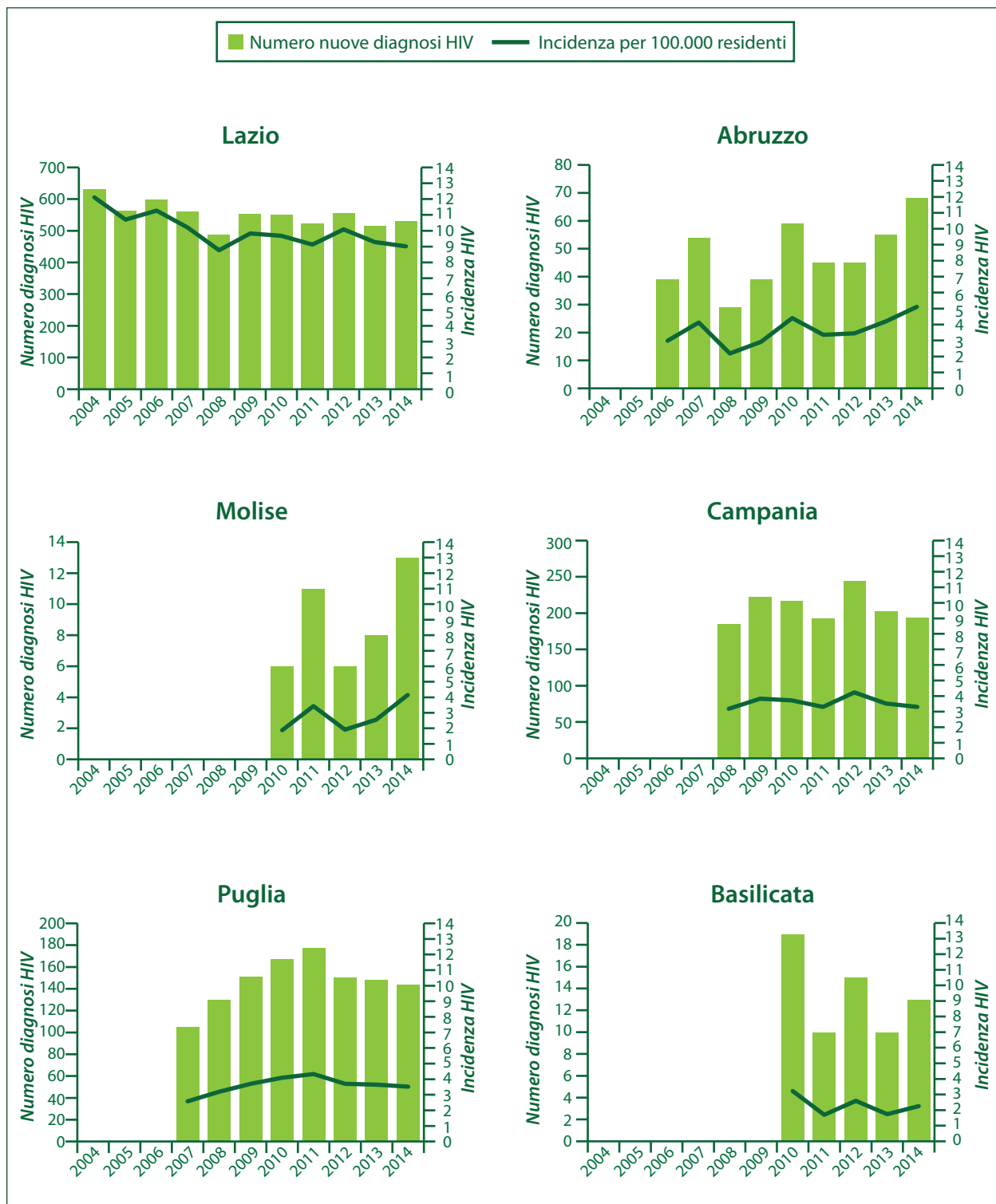
segue



Appendice 1 - Nuove diagnosi di infezione da HIV, incidenza per 100.000 residenti e regione di residenza (2004-2014)

segue

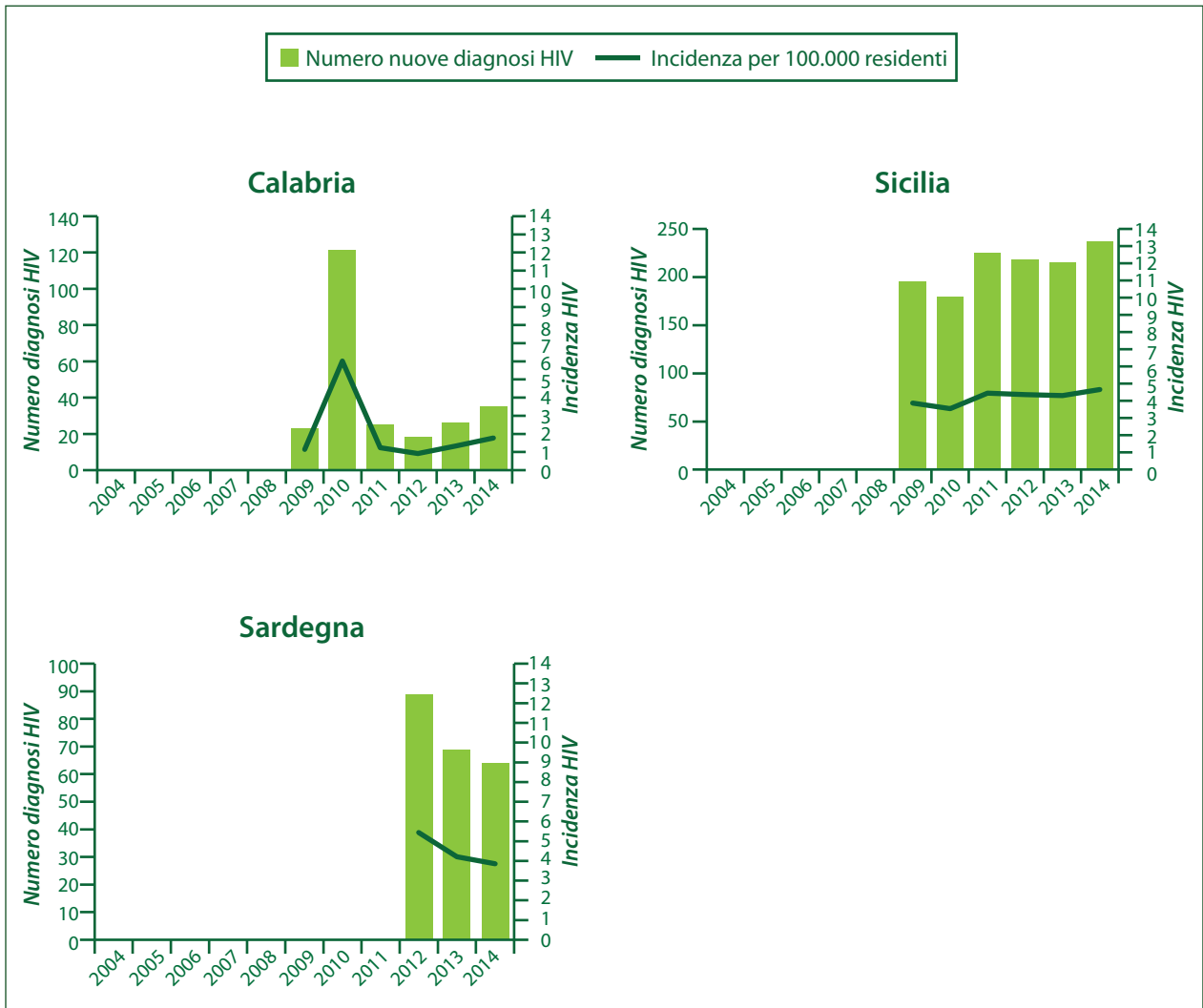
segue



**Appendice 1 - Nuove diagnosi di infezione da HIV, incidenza per 100.000 residenti e regione di residenza (2004-2014)**

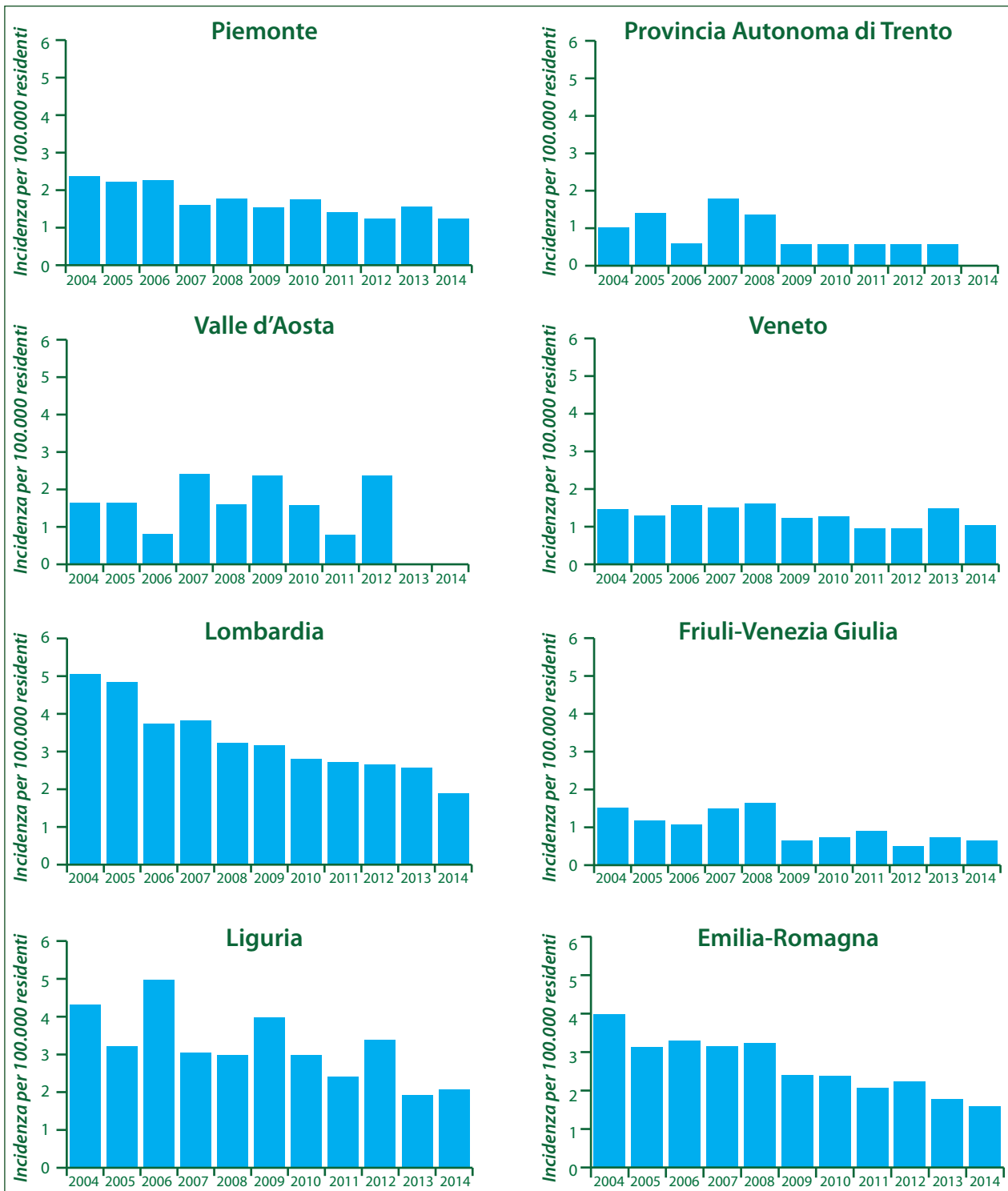
segue

segue



**Appendice 1** - Nuove diagnosi di infezione da HIV, incidenza per 100.000 residenti e regione di residenza (2004-2014)

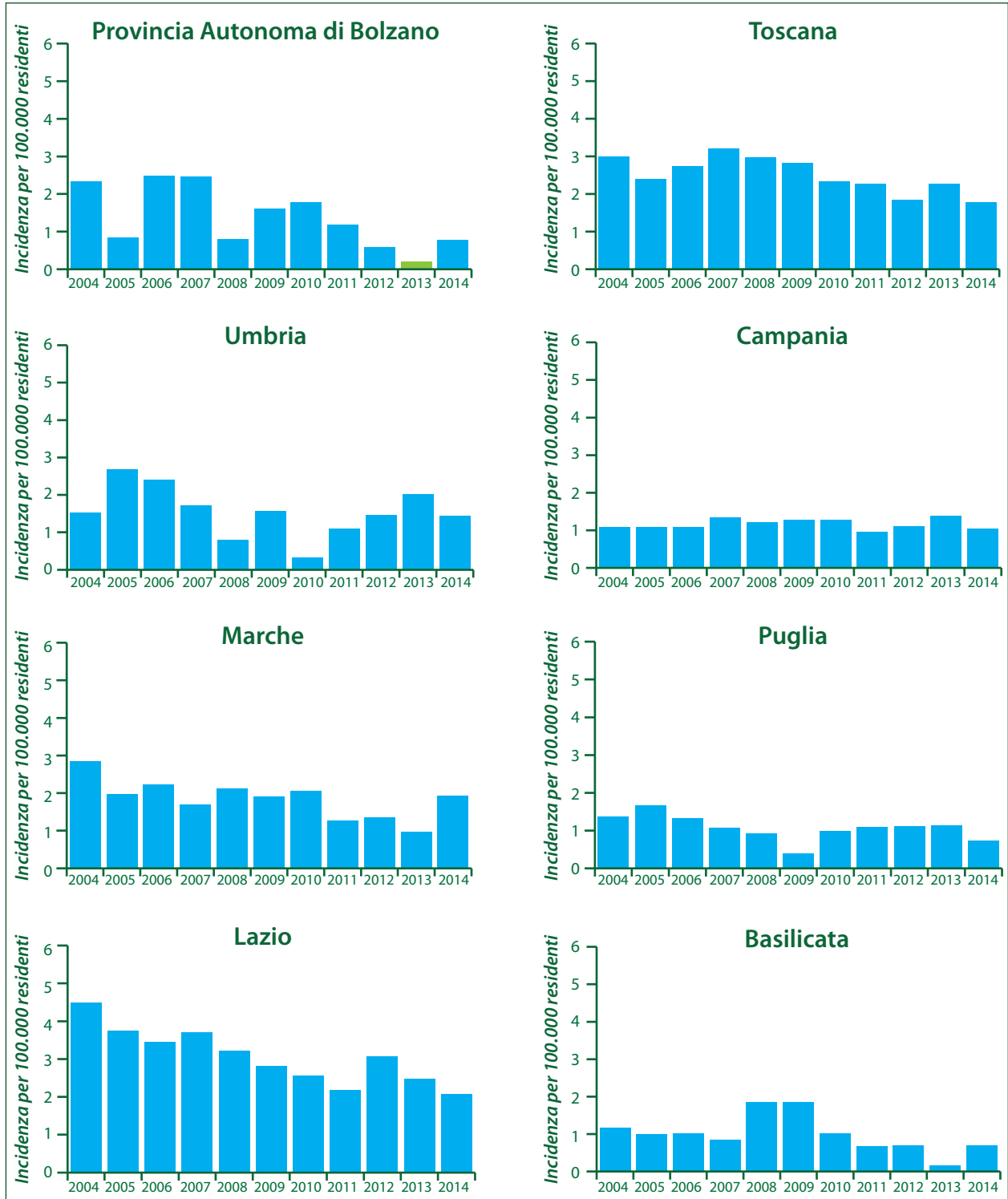
## Appendice 2



**Appendice 2** - Incidenza dei casi di AIDS per 100.000 abitanti per anno di diagnosi e regione di residenza (dati non corretti per ritardo di notifica) (2004-2014)

segue

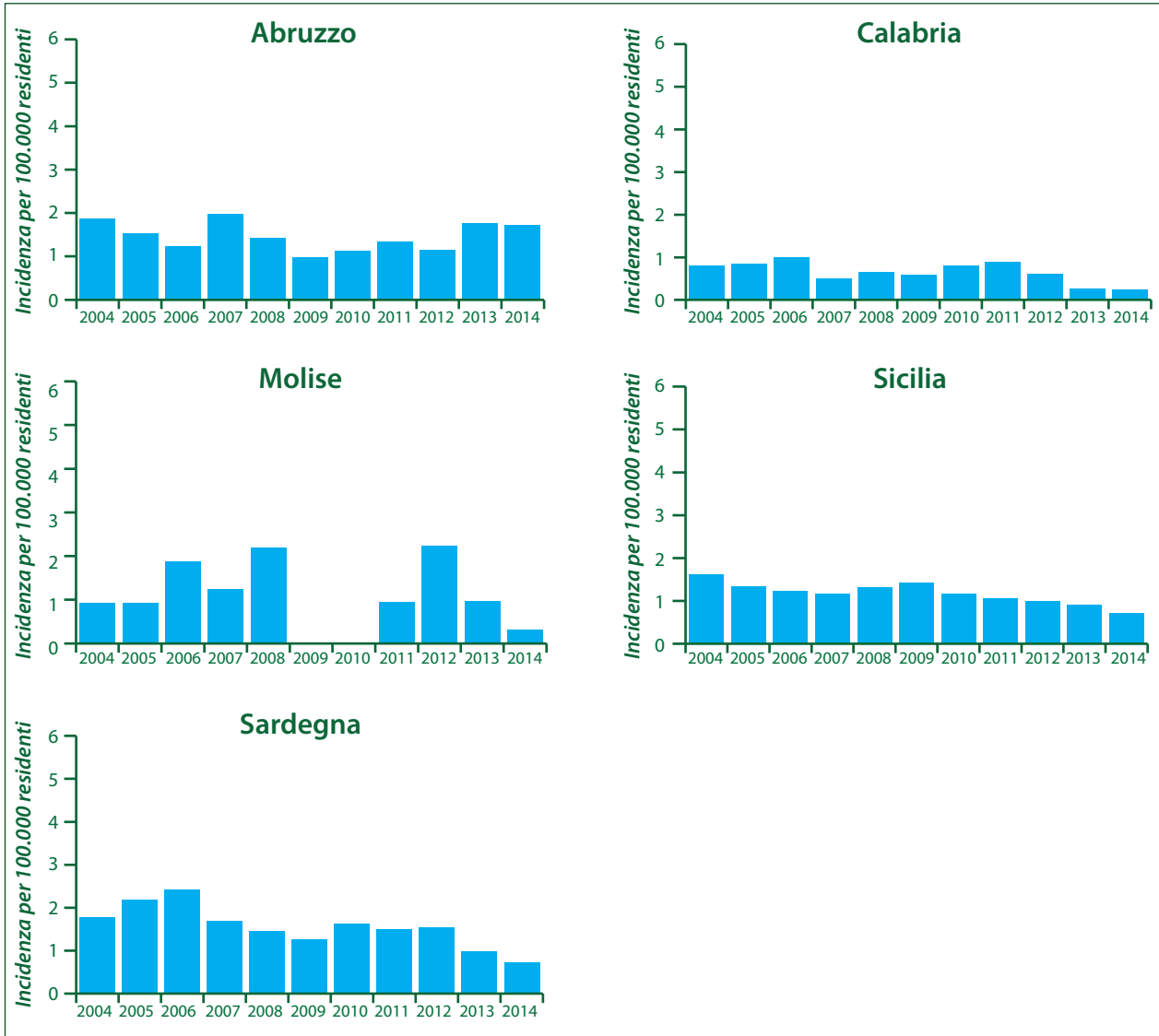
segue



**Appendice 2** - Incidenza dei casi di AIDS per 100.000 abitanti per anno di diagnosi e regione di residenza (dati non corretti per ritardo di notifica) (2004-2014)

segue

segue

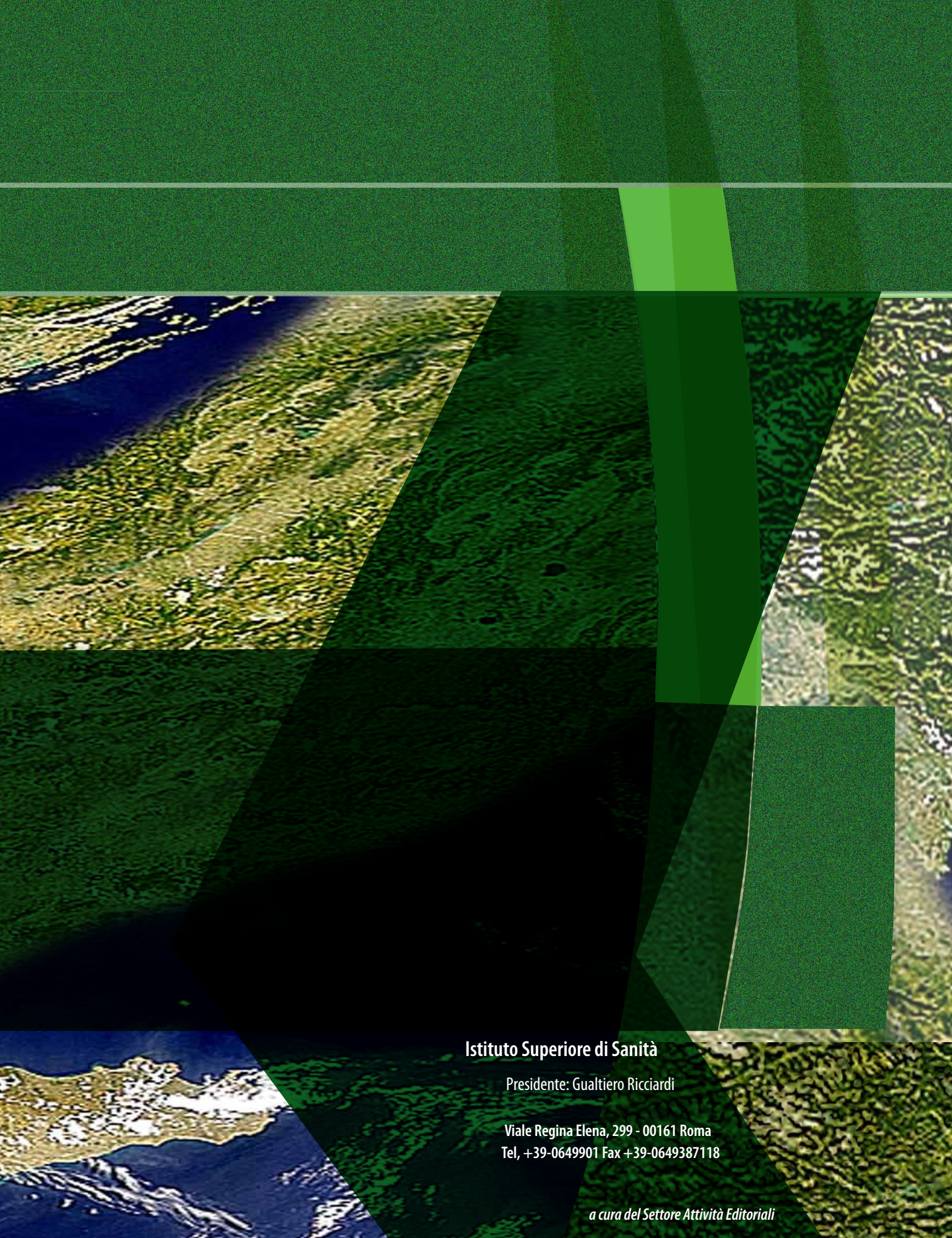


**Appendice 2** - Incidenza dei casi di AIDS per 100.000 abitanti per anno di diagnosi e regione di residenza (dati non corretti per ritardo di notifica) (2004-2014)

## Appendice 3

### Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV: istituzioni e referenti (2014)

Regione	Istituzione	Referente
Abruzzo	Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	Manuela Di Giacomo, Viviana Faggioni, Luigi Scancellà
Basilicata	Ufficio Politiche della Prevenzione Primaria	Francesco Locuratolo, Gabriella Cauzillo
Calabria	Ufficio Vaccinazioni-Sorveglianza, prevenzione proflassi delle malattie infettive e diffuse	Anna Domenica Mignuoli, Daniele Giuseppe Chirico
Campania	Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, Centro Riferimento AIDS Regione Campania (Ce.Rif.A.R.C.)	Guglielmo Borgia
Emilia-Romagna	Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, Regione Emilia-Romagna	Alba Carola Finarelli, Erika Massimiliani
Friuli-Venezia Giulia	Direzione Centrale Salute, integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, Regione Friuli-Venezia Giulia	Tolinda Gallo, Cinzia Braida
Lazio	Agenzia di Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening - Regione Lazio	Amalia Vitagliano, Francesco Chini, Paola Barni
Liguria	Dipartimento Scienze e Salute - Università di Genova	Giancarlo Icardi, Piero Luigi Lai
Lombardia	Direzione Generale Salute - UO Governo della prevenzione e tutela sanitaria	Maria Gramegna, Liliana Coppola, Alessandra Piatti, Annamaria Rosa
Marche	Osservatorio Epidemiologico Regionale - Agenzia Regionale Sanitaria	Fabio Filippetti
Molise	Centro di Riferimento Regionale AIDS, UOS AIDS epidemiologia, prevenzione e terapia ASREM	Paola Sabatini
Piemonte	Servizio di Riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive (SEREMI)	Chiara Pasqualini
PA di Bolzano	Divisione Malattie Infettive, Ospedale Centrale	Peter Mian, Oswald Moling
PA di Trento	Microbiologia e Virologia, Ospedale Santa Chiara	Danila Bassetti
Puglia	Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia - Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana - Sezione di Igiene - Università di Bari	Maria Chironna, Michele Quarto
Sardegna	Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale - Direzione Generale della Sanità - Servizio sistemi informativi, osservatorio epidemiologico umano, controllo di qualità e gestione del rischio - Settore osservatorio epidemiologico umano, controllo di qualità e gestione del rischio - Regione Autonoma della Sardegna	Stefano Ledda
Sicilia	Unità Operativa Registri di Popolazione - Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico - Assessorato Salute Regione Siciliana	Gabriella Dardanoni
Toscana	Osservatorio di Epidemiologia - Agenzia Regionale di Sanità della Toscana	Fabio Voller, Monica Da Frè, Monia Puglia
Umbria	Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare - Direzione Salute, coesione sociale, società della conoscenza	Anna Tosti, Rita Papili
Valle d'Aosta	Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali - Servizio di Igiene, sanità pubblica, veterinaria e degli ambienti di lavoro	Mauro Ruffier, Luigi Sudano
Veneto	Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria - Settore Promozione e Sviluppo Igiene Pubblica	Francesca Russo, Filippo da Re



Istituto Superiore di Sanità

Presidente: Gualtiero Ricciardi

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma  
Tel, +39-0649901 Fax +39-0649387118

*a cura del Settore Attività Editoriali*