

nelle carceri per ciascuno dei 15 interventi chiave e prevalenza di HIV e HCV per ciascun carcere indagato.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Implementazione degli interventi di riduzione del danno e dei rischi di trasmissione di HIV.

Descrizione: Attualmente il progetto I.Ri.D.E. sta sperimentando degli interventi in alcune carceri italiane, quali la fattibilità della distribuzione di profilattici e materiale di profilassi, interventi mirati a ridurre e prevenire infezioni in caso di comportamenti in cui vi è un possibile contatto con sangue (tatuaggi, tagli, scambio di rasoi etc.), nonché interventi di formazione rivolti sia ai detenuti che al personale penitenziario. L'obiettivo è implementare gli interventi anche in altri istituti di pena (IP), sviluppare e rendere sostenibili quali in atto alla luce dei risultati che emergono dalla ricerca quantitativa (obiettivo1).

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Valutazione degli interventi, benchmark e ranking.

Descrizione: Secondo un disegno di ricerca case cross-over, nelle carceri dove è avvenuta l'implementazione viene risomministrato lo strumento, per misurare i cambiamenti realizzati dalla sperimentazione stessa. Viene quindi effettuata un'analisi comparativa (benchmarking) tra i diversi interventi, utilizzando strumenti sia di tipo quantitativo (i dati derivanti dal tool) che qualitativo. Nello specifico, attraverso indicatori condivisi, il panel di revisori esperti (sanitari per la prevenzione HIV, nonché esperti dell'organizzazione penitenziaria) attribuisce un valore di fattibilità e trasferibilità a ciascun intervento da bassa ad alta. Il processo di revisione esterno viene gestito da UniTO, mediante il metodo Delphi. UniTO invia tutta i dati del monitoring tool ai revisori e inoltra il feedback dei revisori al team di progetto.

Piano finanziario generale

Risorse	Totale in euro
Personale	51.500,00
Beni e servizi	57.000,00
Missioni	2.500,00
Incontri formativi	3.000,00
Spese generali	2.248,00
TOTALE	116.248,00



1.7 Programma di interventi urgenti per la lotta contro l'AIDS. Legge 5 giugno 1990, n. 135. Stato di attuazione

Nell'ambito dell'apposito piano predisposto dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, la legge 5 giugno 1990, n. 135 ha autorizzato l'attuazione di un articolato programma per la costruzione e la ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive e dei laboratori di microbiologia, virologia e immunologia, nonché la realizzazione di spazi per ospedale diurno, per il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti, per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate e per attività di formazione degli operatori.

In particolare, la lettera b) dell'art. 1 della legge citata, autorizza un programma di costruzioni e di ristrutturazioni di posti letto nei reparti di malattie infettive, comprese le attrezzature e gli arredi, con il potenziamento dei laboratori (con estensione alle strutture territoriali ex lege 135/1997) per un ammontare complessivo di circa lire 2.100 miliardi (pari ad € 1.083.949.444,32), affidandone la realizzazione, attraverso la stipula di convenzioni per la concessione di servizi, ad uno o più soggetti individuati dal CIPE.

I finanziamenti

La **Delibera CIPE 21/12/1993** ha ripartito tra le regioni € 1.083.949.444,32 per la realizzazione di progetti concernenti gli obiettivi della sopra citata normativa. Scaduto il termine perentorio per la presentazione delle richieste di finanziamento, da una ricognizione all'epoca effettuata è risultato un residuo pari a L. 464.668.231.592 (pari a € 239.981.113,99). Detto importo è stato successivamente ripartito tra regioni e Istituti con **Delibera CIPE 6/05/1998**, disponendo anche un accantonamento di € 100.092.747,99. Dette risorse sono state successivamente ripartite con **Delibera CIPE n. 64 del 20/12/2004** a favore delle Regioni Campania e Sicilia, che non avevano beneficiato del precedente riparto; la delibera tiene conto, oltre che della realtà finanziaria e programmatica delle Regioni citate, anche dell'urgenza di riservare una congrua somma per far fronte a emergenze che potrebbero scaturire da una evoluzione dell'attuale situazione epidemiologica e dalle attività del Piano nazionale anti-SARS, accantonando a tal fine € 16.542.414,77. **La Delibera CIPE n. 35 del 22/03/2006**, sulla base di quanto definito dall'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30.04.2003, n. 3285 concernente "disposizioni urgenti di protezione civile per fronteggiare l'emergenza derivante dalla attuale situazione internazionale", ha ripartito le risorse accantonate



dalla citata del.64/04 per il potenziamento delle strutture e delle attrezzature dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma e dell'Azienda Ospedaliera "Luigi Sacco" di Milano. La residua somma di € 1.823.934,55 è ad oggi accantonata in vista di un successivo riparto per far fronte ad ulteriori emergenze per le Regioni in campo epidemiologico.

Con nota del 22.06.2009 il Dipartimento Ragioneria Generale dello Stato ha affermato che "la possibilità di erogare nuovi mutui da parte della Cassa depositi, a totale carico dello Stato, è da ritenere superata. (...) I limiti degli oneri finanziari per gli interventi in parola, a legislazione vigente, non possono che essere individuati nelle rate di ammortamento dei muti finora attivati, escludendosi la possibilità di reperire ulteriori margini per la copertura di nuove operazioni."

Alla data del 09/01/2014, risultano finanziati tutte le somme assegnate con le deliberazioni CIPE nella percentuale del 91%.

La **tabella 1**, di seguito riportata, illustra i riparti effettuati a favore delle regioni dalle citate delibere del CIPE.



PROGRAMMA DI INTERVENTI URGENTI PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS. LEGGE N.135/90.

REGIONE	DELIBERA CIPE 21/12/1993	Delib.CIPE 6/05/1998 ridestinazione del residuo delibera 21/12/1993	Delib.CIPE 20/12/04 riparto accantonamento delib. 6/05/1998	Delib.CIPE 22/3/06 accantonamento delib. SARS
PIEMONTE	€ 96.237.739,11	€ 49.682.091,60	€ -	€ -
VAL D'AOSTA	€ 300.982,03	€ -	€ -	€ -
LOMBARDIA	€ 209.994.309,43	€ 21.581.910,45	€ -	€ -
PROV.AUT.BOLZ.	€ 6.766.622,62	€ -	€ -	€ -
PROV.AUT.TREN.	€ 9.038.351,50	€ 5.577.296,03	€ -	€ -
VENETO	€ 92.080.679,27	€ 12.911.422,48	€ -	€ -
FRIULI V.GIULIA	€ 15.512.731,93	€ -	€ -	€ -
LIGURIA	€ 36.857.091,46	€ -	€ -	€ -
EMILIA ROMAGNA	€ 71.458.608,50	€ 769.547,61	€ -	€ -
TOSCANA	€ 73.607.605,90	€ -	€ -	€ -
UMBRIA	€ 16.312.687,45	€ -	€ -	€ -
MARCHE	€ 17.137.185,73	€ 554.932,94	€ -	€ -
LAZIO	€ 104.649.635,47	€ -	€ -	€ -
ABRUZZO	€ 15.721.775,93	€ -	€ -	€ -
MOLISE	€ 3.151.417,02	€ -	€ -	€ -
CAMPANIA	€ 109.123.762,42	€ 44.415.293,32	€ 19.327.458,15	€ -
PUGLIA	€ 47.976.844,33	€ -	€ -	€ -
BASILICATA	€ 6.565.409,46	€ -	€ -	€ -
CALABRIA	€ 35.025.860,88	€ -	€ -	€ -
SARDEGNA	€ 30.233.353,83	€ -	€ -	€ -
SICILIA	€ 86.196.790,03	€ -	€ 64.222.875,07	€ -
O.BAMBINO GESU'		€ 154.937,07	€ -	€ -
POLICLINICO S. MATTEO		€ 4.240.934,51	€ -	€ -
ACCANTONAMENTO		€ 100.092.747,99	€ -	€ 1.823.934,55
riserva nazionale -SARS		€ -	€ 16.542.414,77	€ -
Az.Osp.P.Un."L.Sacco" Milano		€ -	€ -	€ 2.618.480,22
I.N.M.I."L.Spallanzani" Roma		€ -	€ -	€ 12.100.000,00
totale	€ 1.083.949.444,32	€ 239.981.113,99	€ 100.092.747,99	€ 16.542.414,77

L'attività dell'Istituto superiore di sanità



Introduzione

Le attività dell'ISS, nel campo della prevenzione e della lotta contro l'AIDS, possono essere raggruppate in tre aree:

I. **Attività di sorveglianza e di servizio**, in stretto coordinamento con istituzioni internazionali, nazionali e regionali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o gestite e realizzate direttamente dall'ISS con la collaborazione, ove richiesta, di Centri esterni.

II. **Attività di ricerca**, attuata mediante finanziamenti di origine internazionale e nazionale (fondi del Ministero della Salute, del Ministero degli Affari Esteri, del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, di Istituzioni private italiane, dei Progetti della Comunità Europea, dell'OMS, del Global Fund, della Global Vaccine Enterprise, della Bill & Melinda Gates Foundation... ecc).

III. **Attività di formazione** con erogazione di crediti formativi, nonché attività di consulenza e di controllo con supporto tecnico/scientifico, teorico e pratico, a Centri ed Istituti italiani.

Va evidenziato che, nonostante i dati nazionali ed internazionali indichino che l'AIDS non sia una ancora sotto controllo, i finanziamenti per la sua sorveglianza e prevenzione, in Italia, non corrispondono alle esigenze di prevenzione dell'infezione, che, ad oggi, è ancora l'intervento più energico per limitare la diffusione dell'infezione e controllarne il carico economico sul Sistema Sanitario Nazionale.

Basti pensare all'aumento, nella popolazione generale italiana, della frequenza di forme genetiche di HIV differenti da quella che per anni è stata prevalente in Italia e alla possibilità che forme portatrici di mutazioni che conferiscono resistenza all'azione dei farmaci antiretrovirali possano essere trasmesse ad individui non ancora in terapia e quindi diffondersi nella popolazione.

O, ancora, alle esigenze di gestione dei pazienti ormai in terapia antiretrovirale da moltissimi anni, i quali presentano un rischio molto più elevato di contrarre altre patologie che comprendono, tra le altre, nuovi tumori maligni, insufficienza renale allo stadio terminale, insufficienza epatica, pancreatite, malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete mellito, osteopatie, dislipidemie e disturbi della salute mentale. L'aumentata frequenza di queste patologie viene complessivamente inquadrata come la risultante dell'invecchiamento precoce cui vanno incontro anche le persone che rispondono bene alla terapia.



Oppure, alla problematica della gestione delle co-infezioni, in particolare da HBV e HCV, che condividono molte delle vie di trasmissione di HIV e che, pertanto, sono più frequenti nell'individuo HIV-infetto, nel quale si evidenzia anche una progressione più rapida della malattia con incrementata probabilità di sviluppare cirrosi epatica ed epatocarcinoma. Inoltre, l'estesa variabilità genetica di HBV e HCV genera numerose forme di questi virus, che possono diffondersi nella popolazione, la cui frequenza andrebbe attentamente e costantemente monitorata con adeguati programmi di sorveglianza.

O, infine, ai problemi legati all'aderenza alla terapia contro l'HIV a cui conseguono una ridotta efficacia dei farmaci ed un aumento delle resistenze agli stessi, da cui deriva una pressante necessità all'implementazione di nuovi interventi terapeutici o di approcci preventivi, quali ad esempio quelli vaccinali.

Quanto sopra esposto è per sottolineare che l'AIDS non è ancora una malattia sotto controllo, per ottenere il quale sono necessari impegni economici adeguati per la messa in atto di strategie di prevenzione e di sorveglianza e per il potenziamento della ricerca applicata, clinica e socio-comportamentale, al fine di limitare probabili maggiori costi futuri per la Sanità Pubblica.



2.1 ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA E DI SERVIZIO

Attività di sorveglianza

Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV

Finanziata come Azione Centrale del Progetto CCM 2016. Dipartimento di Malattie Infettive.

Istituzione dei Sistemi di sorveglianza regionali

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

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).

Il decreto affida 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. 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. I dati vengono raccolti dalle regioni che, a loro volta, li inviano al COA. Di seguito sono riportati i dati nazionali delle nuove diagnosi di infezione da HIV aggiornati al 31 dicembre 2015.

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 residenti in una determinata area con nuova diagnosi di infezione da HIV) che al denominatore (numero di residenti nella stessa area).

Il numero di residenti diviso per italiani e stranieri nelle singole regioni è riportato annualmente dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ed è disponibile online.

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

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. Dal 2013, per aumentare la sensibilità del sistema, si è deciso di presentare l'aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV utilizzando le schede ricevute entro giugno dell'anno successivo alla diagnosi. Pertanto, i dati sulle nuove diagnosi di infezione da HIV relativi agli ultimi anni, soprattutto all'ultimo anno, potrebbero essere incompleti a seguito di un ritardato arrivo di alcune schede ancora non inviate dai centri clinici ai centri di coordinamento regionale. Tale fenomeno è comune ai sistemi di sorveglianza delle malattie infettive.

In questo Notiziario abbiamo calcolato una stima del ritardo di notifica per il 2015 e per gli anni precedenti sulla base del ritardo delle segnalazioni osservato negli ultimi 3 anni (ad esempio, diagnosi effettuate nel 2014 ed arrivate al COA nel 2016). Con i dati oggi disponibili, possiamo specificare che la correzione per ritardo di notifica che era stata calcolata l'anno scorso per il 2014 è risultata corretta: nel 2014 erano state segnalate 3695 nuove diagnosi che la correzione per ritardo di notifica portava a 3880; quest'anno, con l'integrazione delle nuove segnalazioni arrivate, per il 2014



risultano 3850 nuove diagnosi. La correzione del ritardo di notifica viene calcolata attraverso un modello messo a disposizione dall'ECDC.

Nel periodo 2009-2015 sono state segnalate 27.143 nuove diagnosi di infezione da HIV, relative agli anni ed alle regioni che raccoglievano tali segnalazioni. La regione che nel 2015 ha segnalato il maggior numero di casi è stata la Lombardia (829), seguita dal Lazio (511) e dall'Emilia-Romagna (322).

Dal 2010 al 2015 sono state segnalate, entro giugno 2016, rispettivamente 4.051, 3.924, 4.183, 3.845, 3.850 e 3.444 nuove diagnosi di infezione da HIV. La diminuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV nell'ultimo anno potrebbe essere in parte dovuta al ritardo di notifica, per il 2015, è stato stimato che ai casi finora pervenuti al COA manca ancora un 7,9% di segnalazioni.

Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV

L'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (calcolata in base ai dati inviati dalle regioni segnalanti) era alta nella seconda metà degli anni '80, raggiungendo un picco massimo di 26,8 nuovi casi per 100.000 residenti nel 1987; successivamente è diminuita fino al 2006 (dati non mostrati). Dal 2010 l'incidenza è in costante lieve diminuzione, sia negli uomini che nelle donne.

Nel 2015 l'incidenza HIV era pari a 5,7 nuovi casi per 100.000 residenti. Rispetto all'incidenza riportata dagli altri Paesi dell'Unione Europea, l'Italia si posiziona al 13° posto. L'incidenza più alta è stata osservata nel Regno Unito, quella più bassa in Francia; nel 2015 Italia, Germania e Grecia hanno registrato incidenze simili intorno al 6 per 100.000 residenti.

L'incidenza più alta nel 2015 è stata osservata nel Lazio (8,5) e quella più bassa in Calabria (1,7). Nella maggior parte delle regioni l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV presenta un andamento in diminuzione (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA Trento, PA Bolzano, Friuli Venezia-Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Sardegna), mentre in alcune regioni (Liguria, Campania e Basilicata) sembra essere in aumento.

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: 30-48 anni) e 36 anni (IQR: 29-46 anni) nel 2015 (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. Dal 2010 al 2015 per gli eterosessuali maschi, l'età mediana passa da 41 anni a 42 anni, per i consumatori di sostanze per via iniettiva - Injecting Drug User (IDU) - da 40 anni a 41 anni, per gli MSM da 36 anni a 37 anni e per le eterosessuali femmine da 35 anni a 36 anni.

Relativamente alla distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e genere, si osserva come per le classi d'età 0-2 anni e 3-14 anni la distribuzione maschi-femmine sia piuttosto bilanciata; viceversa, nelle classi d'età successive aumenta progressivamente la proporzione di maschi e la classe d'età con maggiore differenza per genere è 40-49 anni con 80,2% di maschi e 19,8% di femmine.

Le classi di età numericamente più rappresentate sono state quella di 30-39 anni (30,3% dei casi delle nuove diagnosi di infezione da HIV) con un'incidenza di 13,7 nuovi casi per 100.000 residenti, e quella di 40-49 anni (26,6% dei casi delle nuove diagnosi di infezione da HIV) con un'incidenza di 9,4 nuovi casi per 100.000 residenti. La classe di età 25-29 anni (14,5% dei casi delle nuove diagnosi di infezione da HIV) ha riportato l'incidenza più alta: 15,4 nuovi casi per 100.000 residenti. Nel 2015, considerando le regioni con un numero di nuove diagnosi di infezione da HIV ≥ 100 , la Liguria e la Toscana hanno segnalato le più alte proporzioni di diagnosi in persone con età superiore a 50 anni (30,9% e 26,7%, rispettivamente); tra tutti i casi segnalati nel 2015 tale proporzione era del 17,6%. Viceversa, la Puglia e la Sicilia hanno riportato le più alte proporzioni di persone con età inferiore a 25 anni (16,0% e 15,2%, rispettivamente), mentre tale proporzione tra tutti i casi segnalati nel 2015 era dell'8,6%.

Rapporto maschi/femmine (M/F)

La proporzione di femmine è aumentata all'inizio degli anni 2000: il rapporto M/F che era 3,5 (653 M/187 F) nel 1985, per l'aumento proporzionale delle femmine è diminuito fino a 2 nel 2001 (945 M/481 F); successivamente, un incremento del numero di casi in maschi ha portato il rapporto M/F ad aumentare fino a 3,4 nel 2015 (2.664 M/780 F). La proporzione di femmine tra le nuove diagnosi è diminuita negli ultimi 15 anni, passando da 33,7% nel 2001 a 22,6% nel 2015.

Modalità di trasmissione



La modalità di trasmissione viene attribuita secondo un ordine gerarchico che risponde a criteri definiti a livello internazionale. Ogni nuova diagnosi è classificata in un solo gruppo e 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, non riportato). 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 3,2% nel 2015, 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 44,9% nel 2015 e i casi attribuibili a trasmissione tra MSM nello stesso periodo sono aumentati dal 6,3% al 40,7%.

In numeri assoluti, i casi più numerosi negli ultimi 4 anni sono attribuibili a trasmissione tra MSM, seguiti da eterosessuali maschi e femmine. Nel 2015, considerando le regioni con un numero di nuove diagnosi di infezione da HIV ≥ 100 , analizzando solo le nuove diagnosi di infezione da HIV che riportano una modalità di trasmissione accertata, esclusa la trasmissione verticale, (3.077 casi) le proporzioni maggiori di nuove diagnosi di infezione da HIV con modalità di trasmissione MSM sono state segnalate in Puglia (54,3%), Emilia Romagna (51,6%) e Lombardia (51,2%) (Tabella 5). Le proporzioni maggiori di eterosessuali maschi sono state osservate nel Lazio (34,6%) e in Sicilia (34,1%); viceversa, la proporzione maggiore di eterosessuali femmine è stata riportata dalla Campania (28,9%).

Nel 2015, il 53% di tutte le nuove diagnosi di infezione da HIV sono rappresentate da 14 province. Tra queste le province di Bologna, Milano, Verona, Bari, Padova e Torino presentano proporzioni di MSM superiori al 50%. Proporzioni elevate di eterosessuali maschi sono riportate a Varese, Brescia e Bergamo; mentre Varese e Napoli riportano proporzioni elevate di eterosessuali femmine.

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 2015 solamente il Lazio non ha raccolto e inviato tali dati. La completezza di questa variabile è diversa tra regioni: nel 2015, il 79,2% dei casi segnalati presentava il numero dei CD4 alla diagnosi.



Nel 2015, la proporzione delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV diagnosticate con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/ μ L era del 36,6%, mentre quella di coloro che avevano un numero di CD4 inferiore a 350 cell/ μ L era del 54,5%. Dal 2010 al 2015 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 rimasta stabile nel tempo.

Nel 2015, il 52,7% delle nuove diagnosi di infezione da HIV con età >50 anni riportava un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/ μ L, mentre il 48,1% delle nuove diagnosi di infezione da HIV con età <25 riportava un numero di linfociti CD4 maggiore a 500 cell/ μ L. Il 46,8% degli eterosessuali maschi ed il 45,8% degli IDU riportava un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/ μ L; mentre il 34,6% degli MSM riportava un numero di linfociti CD4 maggiore a 500 cell/ μ L.

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 ad un massimo di 32,9% nel 2006; nel 2015 è stata del 28,8%, con un numero assoluto di casi pari a 991. Dal 2010 al 2015, la proporzione di stranieri maschi è aumentata da 15,4% a 16,9% e quella delle straniere femmine è rimasta costante da 12,7% a 11,9%.

Nel 2015, il 46,9% di stranieri con una nuova diagnosi di infezione da HIV proveniva dall'Africa (di cui il 34,8% dalla Nigeria), il 21,3% dall'America meridionale (di cui il 39,3% dal Brasile), il 16,8% dai Paesi dell'Europa centrale e orientale (di cui il 44,9% dalla Romania), il 6,0% dall'Asia (di cui 19,6% dalle Filippine ed il 15,2% dalla Cina), il 2,7% dai Paesi dell'Europa occidentale (di cui il 37,0% dalla Svizzera ed il 22,2% dalla Germania). Nel 2015, il 58,6% dei casi in stranieri era costituito da maschi e l'età mediana alla prima diagnosi di infezione da HIV era di 39 anni (IQR 30-48) per i maschi e di 36 anni (IQR 29-46) per le femmine.

Nel 2015, i rapporti eterosessuali rappresentavano la modalità di trasmissione più frequente tra gli stranieri: il 26,8% era costituito da eterosessuali maschi e il 36,9% da eterosessuali femmine. Gli MSM rappresentavano il 23,3% 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, che costituiscono quasi la metà delle nuove diagnosi tra gli italiani.

Nelle 14 province con un numero di nuove diagnosi di infezione da HIV superiori a 50, le proporzioni maggiori di stranieri vengono riportate a Varese (34,0%), Roma (33,5%) e Milano (32,6%).



Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV nella popolazione straniera

Nel 2015, l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV in stranieri era di 18,9 nuovi casi per 100.000 stranieri residenti rispetto a un'incidenza tra italiani residenti di 4,3 nuovi casi per 100.000. Tra le regioni con un numero di nuove diagnosi di HIV maggiore a 100, la Campania, la Puglia e la Sicilia riportano le incidenze più alte tra gli stranieri. Le regioni con un numero di nuove diagnosi di HIV inferiore a 100 sono state raggruppate in tre grandi aree: l'area con un'incidenza maggiore tra gli stranieri è quella "Altre Regioni Sud e Isole" (24,6 per 100.000). L'incidenza HIV è distribuita diversamente sul territorio italiano tra gli italiani rispetto agli stranieri: nel 2015 si osservano incidenze elevate tra gli stranieri in Campania, Abruzzo, Molise, Puglia, Sicilia e Sardegna, mentre tra gli italiani le incidenze più alte vengono registrate in Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio.

Motivo di effettuazione del test HIV

Nel 2015, il 32,4% dei casi ha eseguito il test HIV per la presenza di sintomi HIV-correlati; il 27,6% in seguito a un comportamento a rischio non specificato; il 13,2% in seguito ad accertamenti per altra patologia; il 10,5% in seguito a controlli di routine eseguiti presso Servizi per le Dipendenze/Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.D/Ser.T), strutture extra sanitarie o istituti penitenziari; il 3,8% in seguito alla diagnosi di un'infezione sessualmente trasmessa; il 3,7% in seguito a controlli specialistici legati alla riproduzione sia nella donna che nel partner (gravidanza, parto, interruzione volontaria di gravidanza, procreazione medicalmente assistita); il 3,3% in seguito alla scoperta della sieropositività del partner; il 3,3% in occasione di un ricovero ospedaliero; il 2,2% ha eseguito il test nell'ambito dello screening pre-donazione di sangue. Tali percentuali sono state calcolate escludendo 807 segnalazioni (23,4% del totale delle nuove diagnosi) dove non era stato riportato alcun motivo di effettuazione del test.

Per gli MSM il motivo del test maggiormente riportato è stato un comportamento a rischio non specificato (33,2%), per gli eterosessuali maschi, per gli IDU e per le eterosessuali femmine la presenza di sintomi HIV-correlati (31,4%, 37,5% e 21,5%, rispettivamente).

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 diagnosi segnalate 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 da molto tempo. Alcune regioni italiane eseguono il test di avidità anticorpale che permette di identificare, attraverso l'indice di avidità (AI), le infezioni acquisite nell'ultimo semestre prima della diagnosi (infezione recente). Questa informazione fornisce indicazioni sulla diffusione attuale dell'epidemia e permetterà di giungere a una stima più precisa dell'incidenza HIV quando il test verrà effettuato su tutte le nuove diagnosi in tutte le regioni. Nel 2015, il Piemonte e la PA di Trento hanno effettuato in modo quasi sistematico il test AI: in particolare, il test è stato eseguito sul 71,6% delle 250 nuove diagnosi segnalate in queste due regioni. Tra i testati per AI, il 17,3% presentava un'infezione recente. Questi risultati possono essere influenzati da alcuni fattori, quali l'offerta del test HIV sul territorio, le campagne di sensibilizzazione o la percezione del rischio del singolo individuo.

Sorveglianza dei casi di AIDS

Finanziata come Azione Centrale del Progetto CCM 2014. Dipartimento di Malattie Infettive.

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 D.M. del 28 novembre 1986 (Gazzetta Ufficiale n. 288 del 12 Dicembre), 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 del WHO/Centers for Disease Control and Prevention (CDC) del 1987. A partire dal 1° luglio 1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro Europeo del WHO. Quest'ultimo aggiunge, alla precedente definizione, altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina.

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 giugno dell'anno successivo. Il numero dei casi viene corretto attraverso un modello messo a disposizione dall'ECDC.

Dati di mortalità AIDS

La segnalazione di decesso associata all'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 2013 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 2013, ultimo anno disponibile nel database di mortalità dell'ISTAT. I dati di mortalità successivi al 2013 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 2015 sono stati notificati al COA 68.116 casi di AIDS. Di questi, 52.536 (77,1%) erano maschi, 806 (1,2%) in età pediatrica (<13 anni) o con infezione trasmessa da madre a figlio, e 6.602 (9,7%) erano stranieri. L'età mediana alla diagnosi di AIDS, calcolata solo tra gli adulti (≥ 13 anni), era di 36 anni (min: 13; max: 88 anni) per i maschi e di 33 anni (min: 13; max: 84 anni) per le femmine.

Nel 2015 sono stati diagnosticati 789 nuovi casi di AIDS segnalati entro giugno 2016, 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.

Relativamente all'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.

Le persone decedute al 31 dicembre 2015 erano 43.683.



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 viventi (anche per un solo giorno dell'anno considerato) e rappresentano il numero delle persone con diagnosi di AIDS ancora viventi nell'anno considerato. Il numero dei casi prevalenti di AIDS nel 2013 erano 23.385.

La distribuzione geografica

Le regioni più colpite sono nell'ordine: Toscana, Lazio, Liguria, Lombardia, e Emilia Romagna. 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.

Tassi di incidenza particolarmente elevati si riscontrano a Vibo Valentia, Bergamo, Pisa, Livorno, Lodi, Lucca, Milano e Ravenna. 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

Il 65,7% del totale dei casi si concentra nella classe d'età 30-49 anni. In particolare, rispetto al 1995, è aumentata in modo rilevante la quota di casi di età ≥ 40 anni: per i maschi dal 22,0% nel 1995 al 67,7% nel 2015 e per le femmine dal 13,1% nel 1995 al 61,8% nel 2015.

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 1995 la mediana era di 34 anni per i maschi e di 32 per le femmine, nel 2015 le mediane sono salite rispettivamente a 45 e 43 anni.

Nell'ultimo decennio la proporzione di casi di AIDS di sesso femminile tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 23-25%.

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.

