

Tabella 15: *Malattie indicative di AIDS per terapia antiretrovirale*

Malattie	Terapia antiretrovirale pre-AIDS						Totale N
	Sì		No		Non noto		
	N	%	N	%	N	%	
Candidosi (Polmonare e esofagea)	1342	22,9	1984	16,7	120	20,7	3446
Criptococchi extrapolmonare	148	2,5	393	3,3	13	2,2	554
Cytomegalovirus compresa retinite	253	4,3	844	7,1	32	5,5	1129
Encefalopatia da HIV	411	7,0	651	5,5	35	6,0	1097
Herpes Simplex	35	0,6	101	0,9	3	0,5	139
Sarcoma di Kaposi	238	4,1	688	5,8	18	3,1	944
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	477	8,1	503	4,2	20	3,5	1000
Micobatteriosi	201	3,4	295	2,5	13	2,2	509
Tubercolosi	466	8,0	1102	9,3	48	8,3	1616
Pneumocystis carinii, polmonite	741	12,6	2758	23,2	115	19,9	3614
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	164	2,8	242	2,0	13	2,2	419
Sepsi da salmonella ricorrente	23	0,4	61	0,5	3	0,5	87
Toxoplasmosi cerebrale	294	5,0	840	7,1	44	7,6	1178
'Wasting Syndrome'	578	9,9	983	8,3	72	12,4	1633
Altre I.O.	108	1,8	157	1,3	4	0,7	269
Carcinoma cervicale invasivo	69	1,2	30	0,3	1	0,2	100
Polmonite ricorrente	311	5,3	237	2,0	25	4,3	573
<b>Totale</b>	<b>5859</b>	<b>100,0</b>	<b>11869</b>	<b>100,0</b>	<b>579</b>	<b>100,0</b>	<b>18307</b>

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

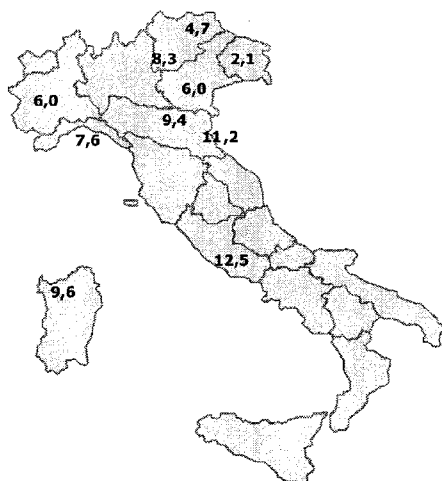
Malattie	Viremia (copie/ml)								Totale N
	<500				≥500				
	CD4+								
	≤200		>200		≤200		>200		
N	%	N	%	N	%	N	%	N	
Candidosi (Polmonare e esofagea)	72	15,7	93	17,1	837	25,3	222	24,2	1224
Criptococchi extrapolmonare	9	2,0	2	0,4	112	3,4	9	1,0	132
Cytomegalovirus compresa retinite	14	3,1	8	1,5	175	5,3	21	2,3	218
Encefalopatia da HIV	33	7,2	48	8,8	210	6,3	76	8,3	367
Herpes Simplex	3	0,7	2	0,4	24	0,7	2	0,2	31
Sarcoma di Kaposi	31	6,8	44	8,1	92	2,8	46	5,0	213
Linfomi (Burkitt, immunoblastico, cerebrale)	57	12,4	104	19,2	148	4,5	124	13,5	433
Micobatteriosi	26	5,7	9	1,7	119	3,6	14	1,5	168
Tubercolosi	52	11,4	77	14,2	189	5,7	98	10,7	416
Pneumocystis carinii, polmonite	47	10,3	27	5,0	504	15,2	71	7,7	649
Leucoencefalopatia multifocale progressiva	18	3,9	14	2,6	82	2,5	30	3,3	144
Sepsi da salmonella ricorrente	1	0,2	2	0,4	13	0,4	5	0,5	21
Toxoplasmosi cerebrale	26	5,7	6	1,1	206	6,2	22	2,4	260
'Wasting Syndrome'	30	6,6	31	5,7	390	11,8	59	6,4	510
Altre I.O.	7	1,5	12	2,2	60	1,8	19	2,1	98
Carcinoma cervicale invasivo	6	1,3	17	3,1	16	0,5	21	2,3	60
Polmonite ricorrente	26	5,7	47	8,7	134	4,0	78	8,5	285
<b>Totale</b>	<b>458</b>	<b>100,0</b>	<b>543</b>	<b>100,0</b>	<b>3311</b>	<b>100,0</b>	<b>917</b>	<b>100,0</b>	<b>5229</b>

## NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV\*

### 6. INTRODUZIONE

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

Le regioni che, ad oggi, hanno istituito un



**Figura 6: Tasso annuale di incidenza (per 100.000 ab.) delle nuove diagnosi di infezione da HIV segnalate nel 2006**

sistema di sorveglianza sono Lazio: (dal 1985), Veneto (dal 1988), Friuli Venezia-Giulia (dal 1985), Piemonte (dal 1999), Liguria (dal 2001) e le province di Modena (dal 1985), Trento (dal 1985), Bolzano (dal 1985), Sassari (dal 1997) e Rimini (dal 2002).

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

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

Per quanto riguarda la descrizione dei metodi per la raccolta dati si rimanda al Notiziario,

vol 18, n. 6, suppl 1, giugno 2005. Sono qui presentati i dati aggiornati a dicembre 2006.

Nel periodo 1985-2006 sono state riportate nelle 10 regioni/province 37.220 nuove diagnosi di infezione da HIV (26.533 maschi e 10.970 femmine). L'incidenza totale di nuove diagnosi nel 2006 è stata del 8,1 per 100.000 abitanti; l'incidenza più bassa è stata osservata nel Friuli Venezia-Giulia, mentre quella più alta nella regione Lazio (figura 6).

Nel 2006 sono state segnalate dalle regioni e province partecipanti 1.598 nuove diagnosi di infezione da HIV, pari ad un'incidenza per 100.000 abitanti di 12,3 per gli uomini e 4,0 per le donne.

L'incidenza delle nuove diagnosi ha visto un picco di segnalazioni nel 1987, per poi diminuire fino al 1998 e stabilizzarsi successivamente (figura 7). Questo andamento è stato simile tra maschi e femmine. Tuttavia la proporzione di donne è aumentata progressivamente negli anni: il rapporto maschi/femmine che era di 3,5 nel 1985 è di 2,9 nel 2006.

Similmente a quanto precedentemente riportato tra i casi di AIDS, anche tra le nuove diagnosi di infezione da HIV si osserva un aumento dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione (aumentata da 26 anni nel 1986 a 38 anni nel 2006) (figura 8), nonché un cambiamento analogo delle categorie di trasmissione: la quota di tossicodipendenti è diminuita dal 68,3% nel 1986 al 7,6% nel 2006, mentre i casi attribuibili a trasmissione sessuale (eterosessuale e omosessuale) nello stesso periodo sono aumentati dal 9,6% al 55,2% (figura 9).

Per una parte delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV, oscillante nei vari anni tra il 15% e il 20% non è stato possibile stabilire la modalità attraverso la quale è stata contratta l'infezione. Nel 2006 questa percentuale è salita al 37%.

### 8. COMMENTO

La diminuzione dell'incidenza dei casi di AIDS osservata a partire dalla metà del 1996 sembra ormai tendere alla stabilizzazione. Nel 2007 i casi di diagnosi attesi (tenendo conto del ritardo di notifica) sono praticamente gli stessi di quelli del 2006.

Come suggerito da alcune simulazioni (con dei modelli matematici) sull'andamento dei casi di AIDS, la repentina diminuzione di casi verificatisi negli ultimi anni non è attribuibile ad una riduzione delle nuove infezioni da HIV<sup>(vii)</sup>, ma soprattutto all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate<sup>(viii-x)</sup>. Tale effetto è stato osservato in tutte le categorie di trasmissione<sup>(xi)</sup>. Tuttavia, è necessario sottolineare che l'accesso alle terapie prima dell'AIDS è ritardato o addirittura assente nelle

persone che non sono a conoscenza della propria sieropositività HIV<sup>XIII</sup>.

Al momento attuale, quindi, le limitate conoscenze sulla durata dell'effetto delle nuove terapie, la mancanza di dati precisi sull'uso dei farmaci antiretrovirali e sulle eventuali differenze di accesso alla terapia nei singoli sottogruppi,

sopravvivenza dei pazienti con AIDS, forniscono oggi delle informazioni essenziali sull'epidemia di HIV nel nostro Paese. Tali dati rivelano che, dopo un massimo di infezioni verificatosi alla fine degli anni '80, vi è stata una progressiva diminuzione dei nuovi casi di infezione fino alla fine degli anni '90. Successivamente il numero

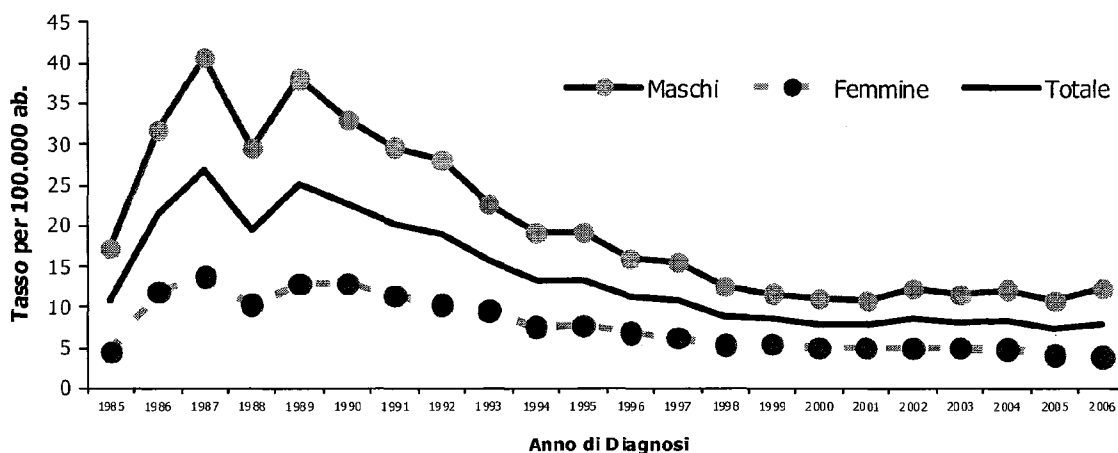


Figura 7. Incidenza annuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per genere (Piemonte, Liguria, Bolzano, Trento, Friuli Venezia-Giulia, Veneto, Modena, Lazio, Sassari e Rimini)

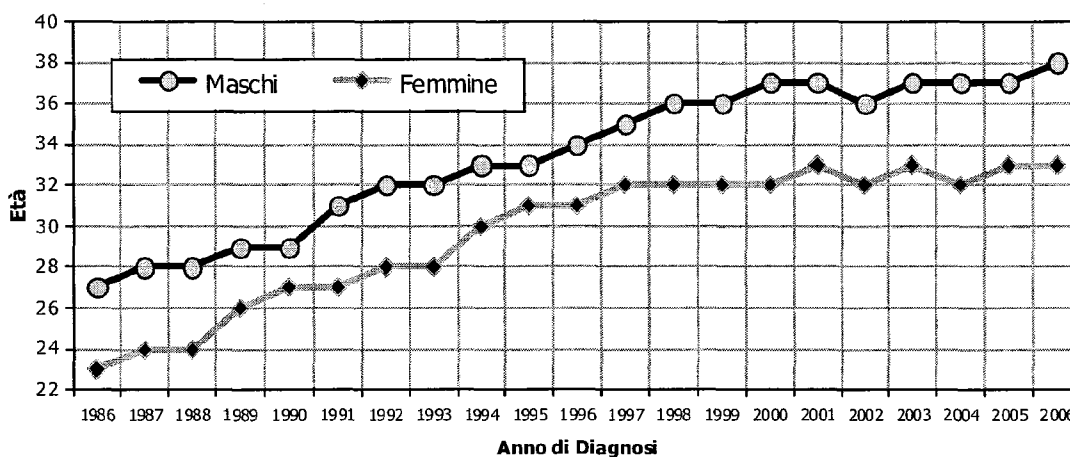


Figura 8. Età mediana delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per genere e anno, 1986-2006 (Piemonte, Liguria, Bolzano, Trento, Friuli Venezia-Giulia, Veneto, Modena, Lazio, Sassari e Rimini)

rendono più problematica la stima della curva epidemica delle infezioni da HIV basata sui casi di AIDS.

Viceversa, i dati dei sistemi locali di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che diversamente dai dati sui casi di AIDS non sono influenzati dall'accesso alle terapie antiretrovirali né dall'aumento della

di nuove infezioni si è stabilizzato, ma negli ultimi anni appare in aumento in alcune zone (vedi appendice, figura A2); questo andamento potrebbe preludere ad una possibile riattivazione dell'epidemia in varie aree del nostro Paese.

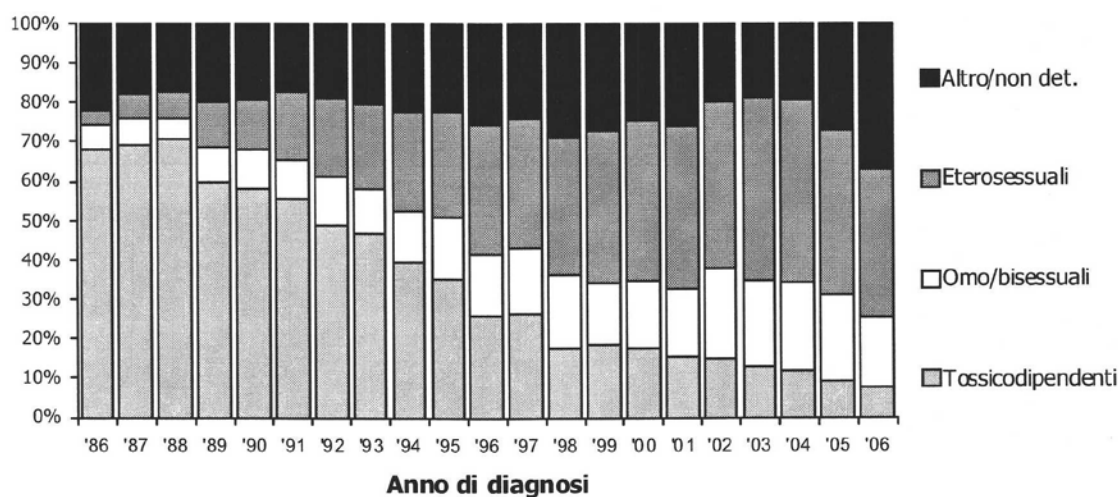
Le caratteristiche di coloro che oggi si infettano con l'HIV sono completamente diverse da quelle di coloro che si infettavano dieci o

venti anni fa: non si tratta più di persone giovani e prevalentemente tossicodipendenti, ma piuttosto di adulti maturi che si infettano attraverso i rapporti sessuali. Tra questi, la maggior parte delle donne acquisisce l'infezione da un partner che sapeva di essere HIV-positivo. Negli anni è aumentata progressivamente la quota di soggetti che scopre di essere infetta solo in fase avanzata di malattia costituendo quindi, a loro insaputa, una possibile fonte di diffusione del virus. Si stima che circa un quarto dei soggetti HIV-positivi presenti in Italia non sappia di essere infetto<sup>xv</sup> e più della metà dei soggetti con una nuova diagnosi di AIDS ignorava la propria sieropositività, principalmente persone che avevano acquisito l'infezione attraverso i rapporti sessuali, sia eterosessuali che omosessuali. L'incidenza di HIV appare elevata in alcune province e regioni (Rimini e Lazio) ove è attivo un sistema di sorveglianza HIV, ma non possiamo sapere come si collocano questi dati nell'ambito di un quadro nazionale che purtroppo non è ancora disponibile. Questi risultati sottolineano la necessità di implementare interventi informativi e preventivi anche nei confronti di popolazioni non appartenenti alle classiche categorie a rischio per HIV. Inoltre, il serbatoio di infezione è

ancora ampio: il WHO (World Health Organization) stima in Italia circa 150.000 persone viventi con HIV/AIDS (dati 2005)<sup>xv</sup>.

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

\* Dati elaborati con la collaborazione di: Massimo Arlotti (Rimini); Vanni Borghi (Modena); Angela Carboni (Lazio); Antonio Ferro (Veneto); Giancarlo Icardi (Liguria); Maria Stella Mura (Sassari); Chiara Pasqualini (Piemonte); Raffaele Pristerà (Bolzano); Gina Rossetti (Trento); Luana Sandrin (Friuli Venezia-Giulia);



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

### Note Tecniche

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

2 - I criteri di diagnosi di AIDS adottati sono stati, fino al gennaio 1993, quelli della definizione dell'OMS/CDC 1987. A partire dal 1° gennaio 1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro Europeo dell'OMS. Quest'ultima aggiunge altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina.

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

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

5 - Ad oggi solo alcune regioni Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia G., Lazio, Liguria, Lombardia, Toscana, Valle D'Aosta e Veneto effettuano il follow-up attivo di mortalità e forniscono routinariamente tali dati al COA.

6 - I casi prevalenti in un determinato anno sono tutti quelli diagnosticati negli anni precedenti, o nello stesso anno, e "vivi" (anche per un solo giorno dell'anno considerato). A causa della non obbligatorietà e del ritardo di notifica di decesso, il numero dei casi prevalenti riportato per gli anni più recenti va valutato con cautela, poiché non è corretto per i decessi avvenuti in tali anni ma non segnalati.

7 - Le province che hanno un numero di casi residenti maggiore dei casi segnalati hanno "esportato" casi, in termini assistenziali; viceversa, quelle con più casi segnalati ne hanno "importati". Il tasso di incidenza (x 100.000 abitanti) per provincia è calcolato sul numero di notifiche pervenute al COA nei negli ultimi 12 mesi. Come denominatore sono stati utilizzati i dati ISTAT relativi ai residenti per provincia reperibili nel sito [www.istat.it](http://www.istat.it)

8 - Le categorie di esposizione hanno un ordine gerarchico che risponde ai criteri del sistema di sorveglianza europeo dell'AIDS. Ogni caso è classificato in un solo gruppo. I soggetti che presentano rischi multipli sono classificati nel gruppo più importante in termini gerarchici. Infine, vengono effettuate indagini periodiche per tre diversi gruppi di pazienti al fine di riclassificarli nelle categorie di esposizione classiche:

a) pazienti che hanno dichiarato di aver avuto soltanto rapporti eterosessuali con partner che non avevano un fattore di rischio noto;

b) pazienti che hanno avuto una trasfusione;

c) pazienti senza fattore di rischio noto, (categoria "altro non determinato").

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

10 - La categoria di esposizione "contatti eterosessuali" comprende i soggetti che hanno un partner a rischio dell'altro sesso. Quando è nota la sieropositività del partner, questa informazione viene riportata esplicitamente. Sono stati considerati come casi attribuibili a trasmissione eterosessuale anche i casi con partner promiscuo che includono i "partner di prostituta" e le prostitute.

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

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

13 - Le differenze osservabili tra le regioni per ciò che riguarda la distribuzione dell'AIDS pediatrico risentono anche della diversa disponibilità di centri clinici pediatrici sul territorio.

14 - Un sistema di sorveglianza per l'infezione da HIV è attivo dal 1985 nel Lazio, nel Friuli Venezia Giulia, nelle province di Modena, di Trento e di Bolzano. Dal 1988 è attivo nella regione Veneto. Nel 1999 il sistema di sorveglianza HIV è stato attivato in Piemonte, nel 2004 in Liguria, nel 1997 a Sassari e nel 2002 a Rimini.

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

**Riferimenti bibliografici**

- I. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità Vol.11, N. 1, supplemento 1, gennaio 1998.*
- II. *The Italian Register for Human Immunodeficiency Virus Infection in Children. Determinants of mother-to-infant human immunodeficiency virus 1 transmission before and after the introduction of zidovudine prophylaxis. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156:915-21*
- III. *De Martino M, Tovo PA, Balducci M, Galli L, Gabiano C, Rezza G, Pezzotti P. Reduction in mortality with availability of antiretroviral therapy for children with perinatal HIV-1 infection. Italian Register for HIV Infection in Children and the Italian National AIDS Registry. JAMA, 2000; 284:190-7.*
- IV. *Suligo B, Pavoni N, Borghi V, Branz F, Coppola N, Gallo G, Perucci C.A., Piovesan C, Porta D, Rossetti G, Rezza G. Epidemiologia dell'infezione da HIV in Italia. Epid. e prev., 27 (2) 2003.*
- V. *Suligo B, Pezzotti P, Boros S, Urciuoli R, Rezza G and the HIV Study Group. The epidemiological changes of AIDS and HIV infection in Italy. Scand J Infect Dis 2003, 35 (suppl. 106):12-16.*
- VI. *Camoni L, Suligo B, e il gruppo SORVIH Lo studio delle nuove diagnosi di HIV in Italia attraverso i sistemi di sorveglianza regionali: caratteristiche operative e valutazione, Annali ISS, vol 41, n. 4, 2005*
- VII. *Rezza G, Pezzotti P, Balducci M. Attualità sull'andamento dell'epidemia di AIDS/HIV in Italia. G. Ital. Mal. Infett. 1998, 4:133-136.*
- VIII. *Pezzotti P, Napoli PA, Acciai S et al. Increasing survival time after AIDS in Italy: the role of new combination antiretroviral therapies. AIDS 1999, 13:249-255.*
- IX. *Palella FJ, Delaney KM, Morman AC et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med 1998, 338:853-860.*
- X. *Mocroft A, Vella S, Benfield TL, et al.: Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. LANCET 1998, 352:1725-1730.*
- XI. *Napoli PA, Dorrucchi M, Serraino D, et al. Frequency and determinants of use of antiretroviral and prophylactic therapies against Pneumocystis carinii Pneumonia (PCP) before AIDS diagnosis in Italy. European Journal of Epidemiology 1998, 14:41-47.*
- XII. *Dorrucchi M, Balducci M, Pezzotti P, Sinicco A, Alberici F, Rezza G. Temporal Changes in the Rate of Progression of that Among Italians with no Date of HIV Seroconversion: Estimates of the Population Effect of Treatment. Italian Seroconversion Study (ISS). J Acquir. Immune Defic Syndr. 1999; 22(1): 65-70.*
- XIII. *Longo B, Pezzotti P, Boros S, Urciuoli R e Rezza G. Increase Proportion of Late Testers Among AIDS Cases in Ital, 1996-2002. AIDS CARE. 2005, 17(7):834-841*
- XIV. *Florida M, Ravizza M, Tamburrini E, et al. Diagnosis of HIV Infection in Pregnancy: Data From A National Cohort of Pregnant Women With HIV in Italy. Epidemiol Infect. 2006, 134, 1120-1127.*
- XV. *Dati consultabili al sito: <http://www.who.int/globalatlas/includeFiles/generalincludeFiles/listinstances.asp>.*

## **APPENDICE**

## XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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

Regione di segnalazione	N.	$\Delta$ %	N.	$\Delta$ %	N.	$\Delta$ %	N.	$\Delta$ %	N.	$\Delta$ %	N.	$\Delta$ %	N.
	2001	2001-02	2002	2002-03	2003	2003-04	2004	2004-05	2005	2005-06	2006	2006-07	2007
Piemonte	119	21,8	145	-35,9	93	6,5	99	-9,1	90	23,3	111	-39,6	67
Val D'Aosta	2	0,0	2	100,0	4	-25,0	3	-66,7	1	100,0	2	50,0	3
Lombardia	553	-2,0	542	-12,5	474	4,4	495	13,1	560	-37,3	351	12,3	394
Trentino Alto Adige	14	-7,1	13	38,5	18	-5,6	17	-52,9	8	150,0	20	25,0	25
Veneto	79	-7,6	73	4,1	76	31,6	100	-36,0	64	1,6	65	38,5	90
Friuli Venezia Giulia	24	-37,5	15	20,0	18	105,6	37	-40,5	22	86,4	41	-26,8	30
Liguria	70	25,7	88	-11,4	78	-5,1	74	-25,7	55	41,8	78	-24,4	59
Emilia Romagna	204	-16,2	171	10,5	189	-12,2	166	-9,0	151	5,3	159	-5,7	150
Toscana	112	0,0	112	1,8	114	-0,9	113	-8,0	104	-12,5	91	38,5	126
Umbria	14	57,1	22	59,1	35	-51,4	17	52,9	26	-38,5	16	6,3	17
Marche	43	-30,2	30	40,0	42	-4,8	40	-20,0	32	15,6	37	-29,7	26
Lazio	290	7,2	311	-14,5	266	-10,2	239	-28,0	172	22,7	211	52,6	322
Abruzzo	14	7,1	15	26,7	19	68,4	32	-28,1	23	-17,4	19	42,1	27
Molise	3	-66,7	1	200,0	3	0,0	3	0,0	3	100,0	6	-50,0	3
Campania	86	5,8	91	-48,4	47	21,3	57	-3,5	55	-18,2	45	100,0	90
Puglia	61	4,9	64	25,0	80	-28,8	57	14,0	65	-27,7	47	-19,1	38
Basilicata	3	-33,3	2	50,0	3	166,7	8	-37,5	5	-20,0	4	25,0	5
Calabria	16	25,0	20	20,0	24	-16,7	20	-15,0	17	0,0	17	-29,4	12
Sicilia	86	-29,1	61	63,9	100	-49,0	51	74,5	89	11,2	99	-43,4	56
Sardegna	42	104,8	86	-54,7	39	-33,3	26	46,2	38	10,5	42	-35,7	27
<b>Totale</b>	<b>1835</b>	<b>1,6</b>	<b>1864</b>	<b>-7,6</b>	<b>1722</b>	<b>-3,9</b>	<b>1654</b>	<b>-4,5</b>	<b>1580</b>	<b>-7,5</b>	<b>1461</b>	<b>7,2</b>	<b>1567</b>

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

Regione di residenza	N.	$\Delta$ %	N.	$\Delta$ %	N.	$\Delta$ %	N.	$\Delta$ %	N.	$\Delta$ %	N.	$\Delta$ %	N.
	2001	2001-02	2002	2002-03	2003	2003-04	2004	2004-05	2005	2005-06	2006	2006-07	2007
Piemonte	114	28,1	146	-34,2	96	6,3	102	-8,8	93	17,2	109	-44,0	61
Val D'Aosta	2	0,0	2	100,0	4	-50,0	2	-50,0	1	100,0	2	50,0	3
Lombardia	517	-1,7	508	-11,8	448	7,4	481	9,1	525	-35,8	337	14,2	385
Veneto	80	-7,5	74	-2,7	72	22,2	88	-34,1	58	13,8	66	27,3	84
Friuli Venezia Giulia	9	22,2	11	27,3	14	57,1	22	-50,0	11	18,2	13	38,5	18
Liguria	70	17,1	82	-7,3	76	-11,8	67	-20,9	53	43,4	76	-28,9	54
Emilia Romagna	190	-16,3	159	8,8	173	-5,8	163	-14,1	140	2,1	143	-3,5	138
Toscana	105	1,9	107	0,0	107	0,9	108	-15,7	91	0,0	91	39,6	127
Umbria	12	66,7	20	30,0	26	-57,7	11	127,3	25	-28,0	18	-22,2	14
Marche	39	-25,6	29	44,8	42	-4,8	40	-20,0	32	15,6	37	-29,7	26
Lazio	264	9,1	288	-12,8	251	-8,4	230	-33,5	153	13,7	174	66,7	290
Abruzzo	19	-15,8	16	31,3	21	38,1	29	-27,6	21	-23,8	16	81,3	29
Molise	4	-50,0	2	0,0	2	50,0	3	0,0	3	100,0	6	-33,3	4
Campania	86	9,3	94	-45,7	51	9,8	56	12,5	63	-23,8	48	79,2	86
Puglia	65	0,0	65	18,5	77	-14,3	66	-6,1	62	-14,5	53	-18,9	43
Basilicata	4	-25,0	3	133,3	7	0,0	7	-28,6	5	0,0	5	0,0	5
Calabria	21	-4,8	20	30,0	26	-30,8	18	5,6	19	-10,5	17	-11,8	15
Sicilia	88	-26,1	65	53,8	100	-42,0	58	44,8	84	19,0	100	-47,0	53
Sardegna	45	102,2	91	-56,0	40	-37,5	25	60,0	40	2,5	41	-29,3	29
Bolzano	10	-50,0	5	120,0	11	18,2	13	-69,2	4	175,0	11	18,2	13
Trento	4	125,0	9	22,2	11	-63,6	4	0,0	4	75,0	7	28,6	9
Estera	29	0,0	29	13,8	33	-24,2	25	52,0	38	-26,3	28	71,4	48
Ignota	58	-32,8	39	-12,8	34	5,9	36	52,8	55	14,5	63	-47,6	33
<b>Totale</b>	<b>1835</b>	<b>1,6</b>	<b>1864</b>	<b>-7,6</b>	<b>1722</b>	<b>-3,9</b>	<b>1654</b>	<b>-4,5</b>	<b>1580</b>	<b>-7,5</b>	<b>1461</b>	<b>7,2</b>	<b>1567</b>

## XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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

Modalità di trasmissione	N. 2001	$\Delta$ % 2001-02	N. 2002	$\Delta$ % 2002-03	N. 2003	$\Delta$ % 2003-04	N. 2004	$\Delta$ % 2004-05	N. 2005	$\Delta$ % 2005-06	N. 2006	$\Delta$ % 2006-07	N. 2007
Omo/Bisessuale	294	10,5	325	-1,5	320	-0,3	319	-0,9	316	-5,7	298	16,1	346
Tossico-dipendente	729	-8,2	669	-11,2	594	-11,4	526	-10,6	470	-13,0	409	2,9	421
TD-OMO*	10	60,0	16	-56,3	7	42,9	10	20,0	12	0,0	12	0,0	12
Emofilico	4	25,0	5	,	,	,	1	100,0	2	150,0	5	-80,0	1
Trasfuso	1	500,0	6	-50,0	3	133,3	7	-85,7	1	300,0	4	-25,0	3
Contatti eterosessuali	655	9,2	715	-2,7	696	-6,6	650	5,2	684	-11,1	608	12,8	686
Trasmissione verticale	15	-40,0	9	-44,4	5	20,0	6	-33,3	4	300,0	16	-87,5	2
Altro/ Non determinato	127	-6,3	119	-18,5	97	39,2	135	-32,6	91	19,8	109	-11,9	96
<b>Totale</b>	<b>1835</b>	<b>1,6</b>	<b>1864</b>	<b>-7,6</b>	<b>1722</b>	<b>-3,9</b>	<b>1654</b>	<b>-4,5</b>	<b>1580</b>	<b>-7,5</b>	<b>1461</b>	<b>7,2</b>	<b>1567</b>

\*\*TD-OMO = Tossicodipendenti/Omosessuali.

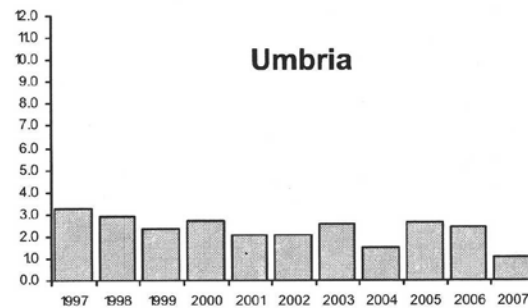
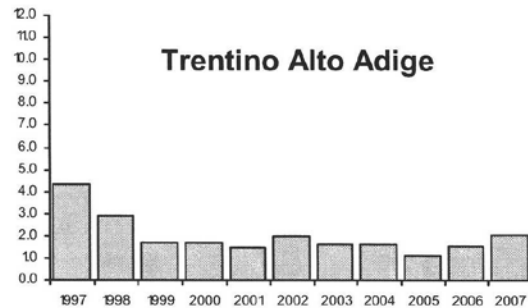
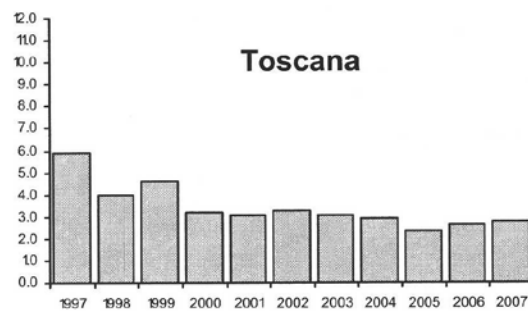
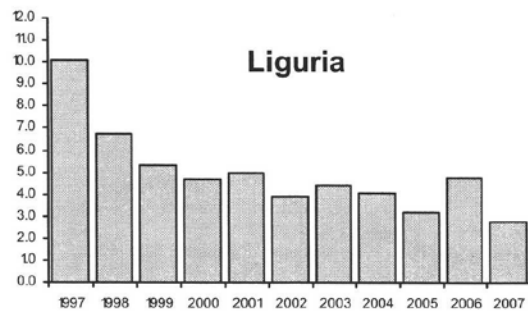
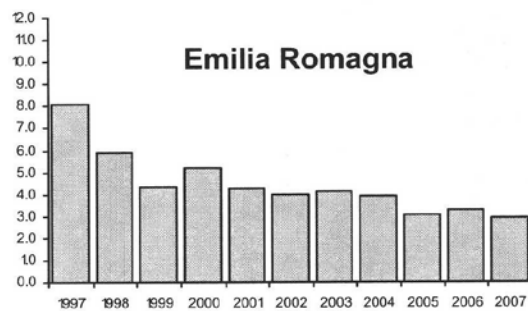
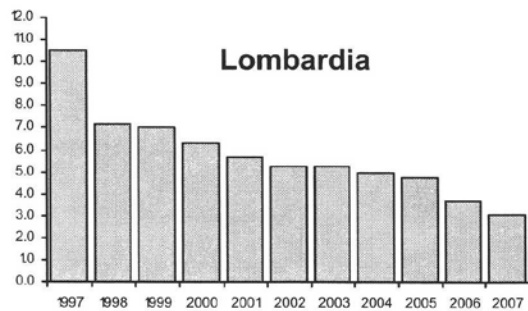
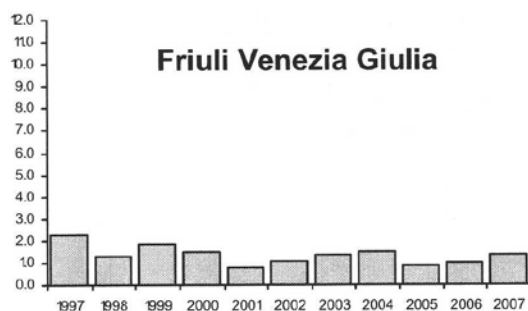
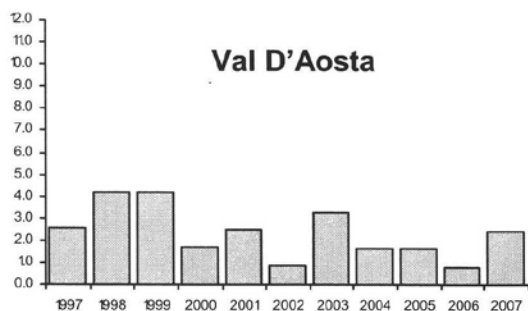
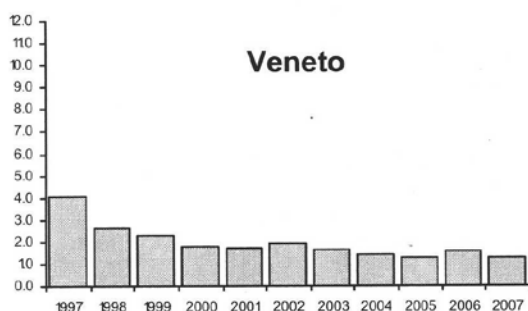
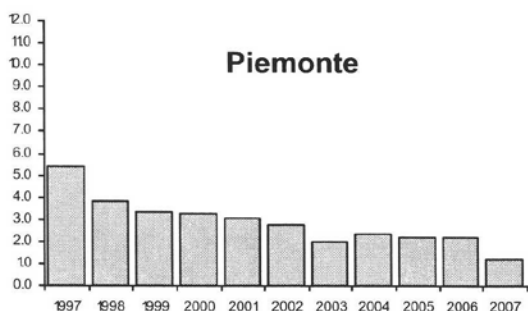


Figura A1: Tasso di incidenza dei casi di AIDS per 100.000 abitanti per anno di diagnosi e regione di residenza (dati non corretti per ritardo di notifica)

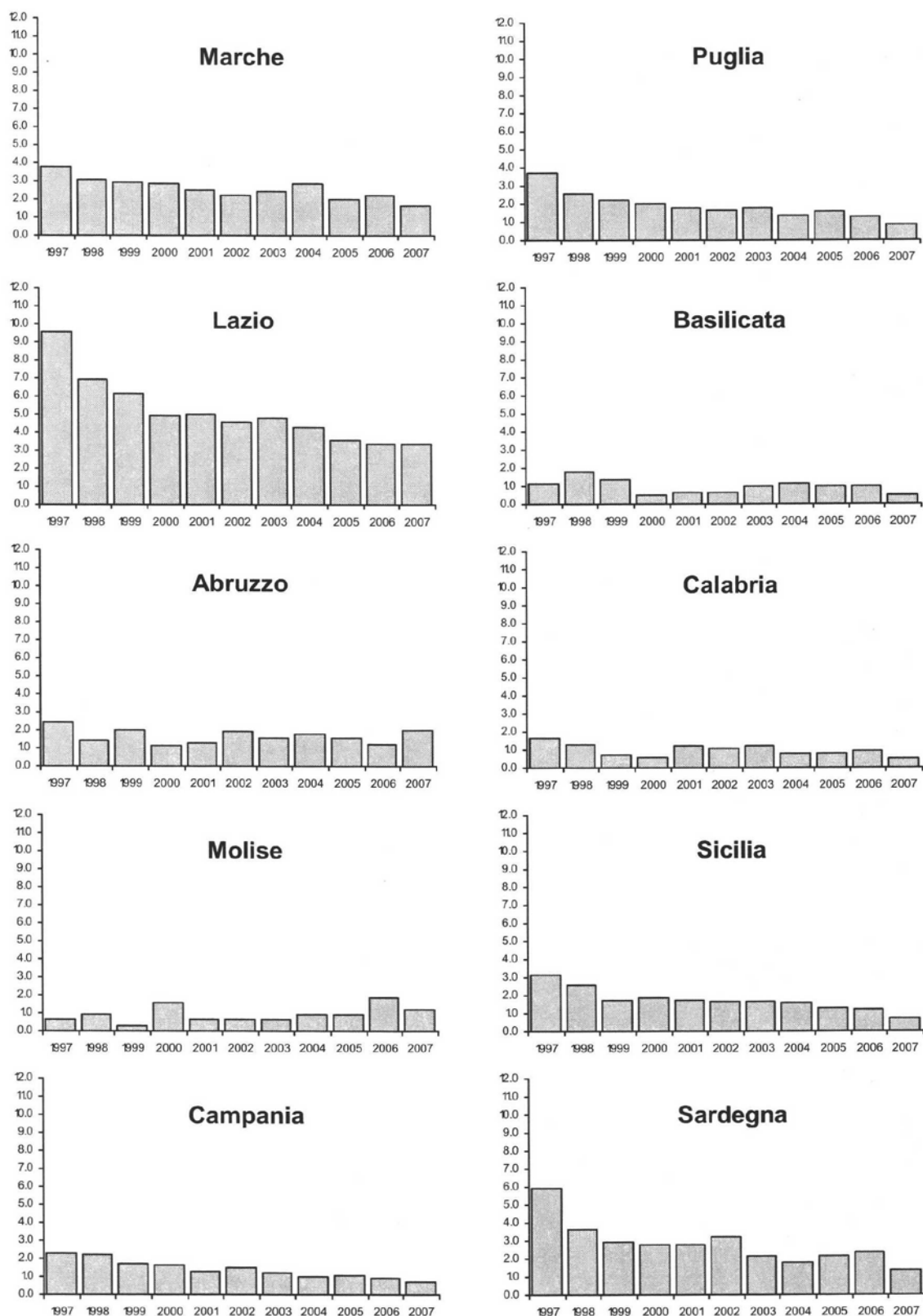


Figura A1: Tasso di incidenza dei casi di AIDS per 100.000 abitanti per anno di diagnosi e regione di residenza (dati non corretti per ritardo di notifica)

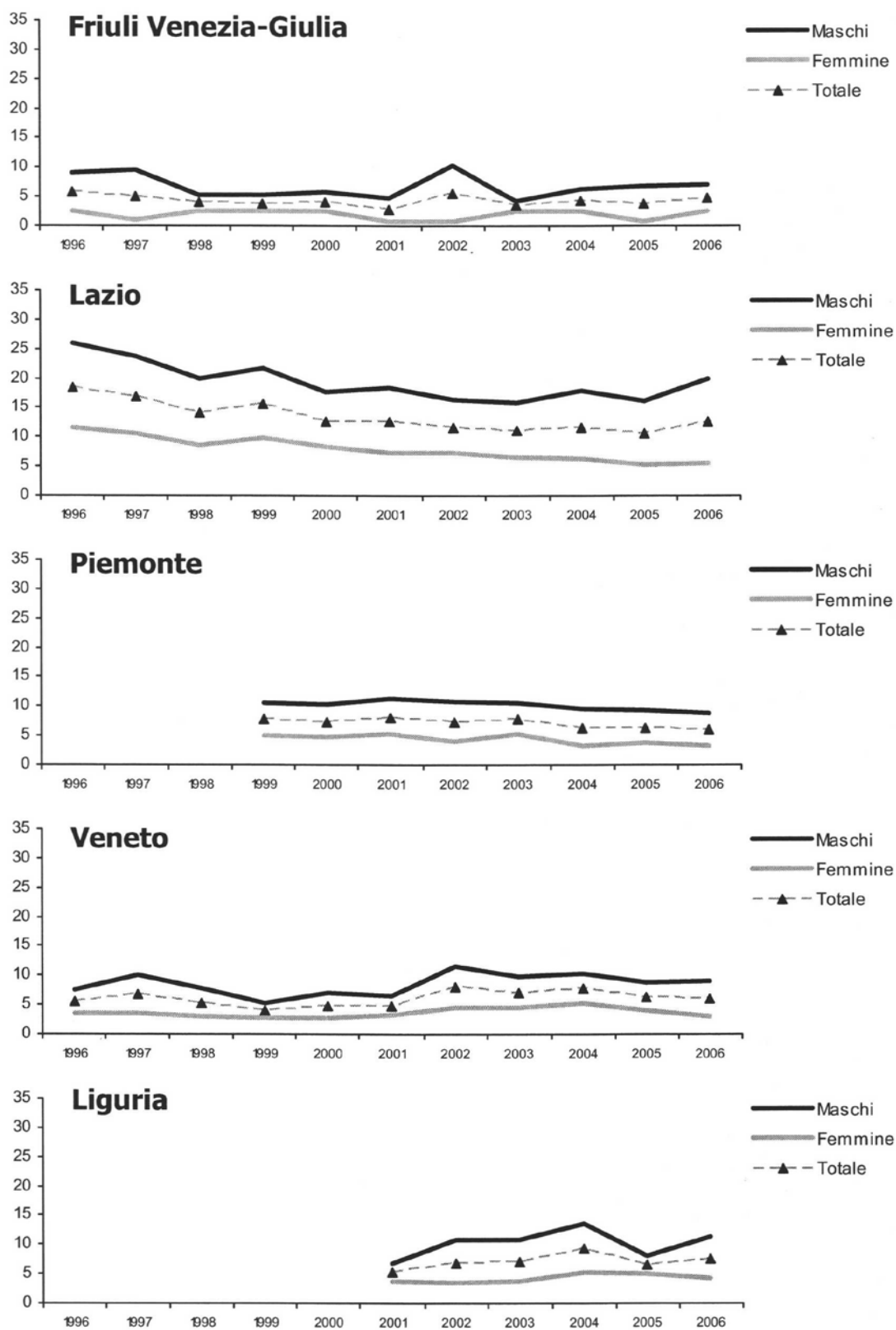


Figura A2: Incidenza (per 100.000 abitanti) delle nuove diagnosi di infezione da HIV per sesso e per regione/provincia di residenza

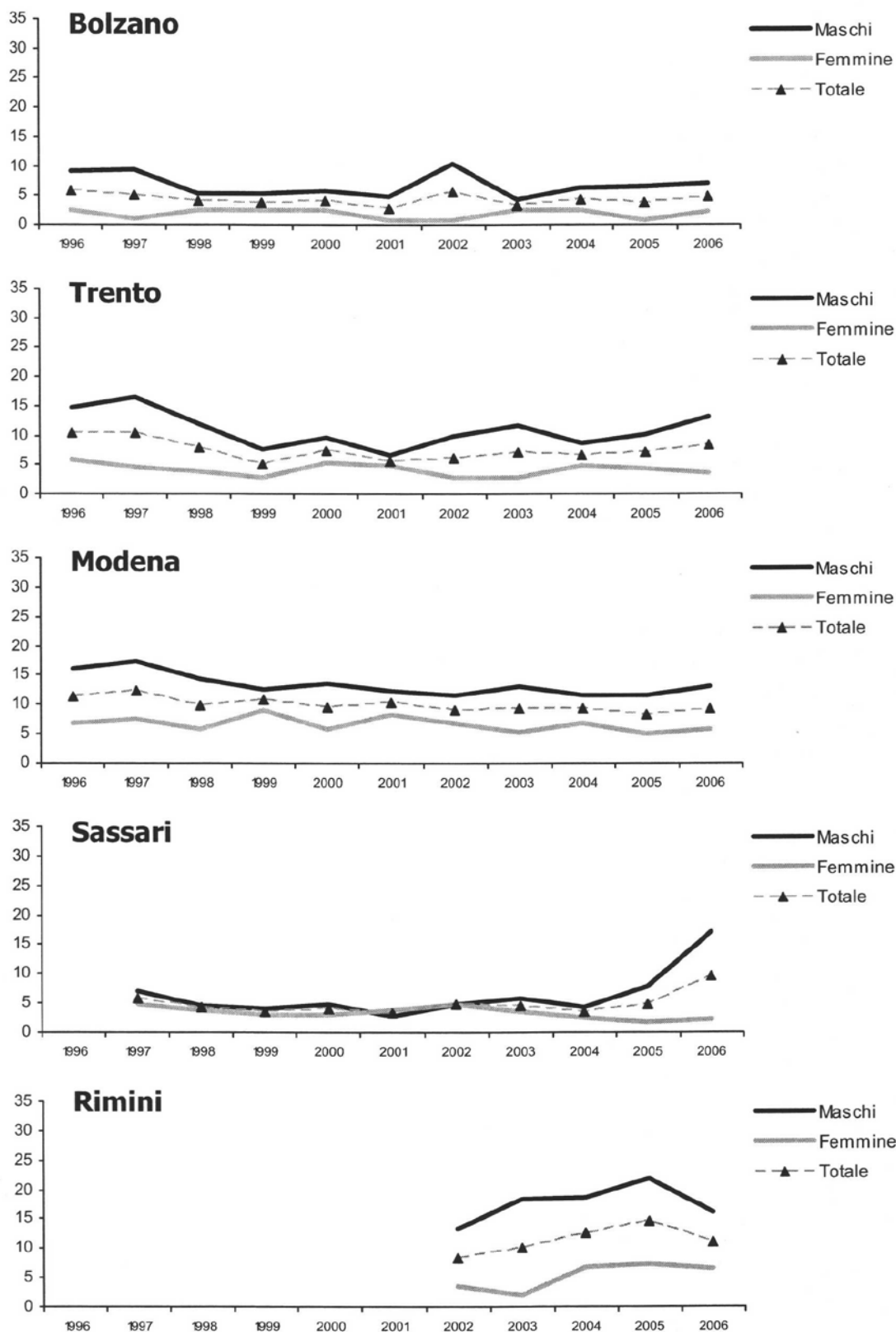


Figura A2: Incidenza (per 100.000 abitanti) delle nuove diagnosi di infezione da HIV per sesso e per regione/provincia di residenza