

Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità e Responsabile scientifico: Giuseppe Benagiano

Direttore responsabile: Vilma Alberani; Redazione: Gabriella Bucossi, Paola De Castro Pietrangeli, Franco Timitilli

Composizione, Stampa e Distribuzione: Patrizia Mochi, Massimo Corbo

Redazione, Amministrazione e Stampa: Istituto Superiore di Sanità, Servizio per le attività editoriali, Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
Tel. (06) 49901 - Telex 610071 ISTSAN I - Teleg. ISTISAN - 00161 Roma - Telefax (06) 49387118 - <http://www.iss.it/iss/sae/notiziar.htm>

Iscritto al n. 475/88 del 16 settembre 1988. Registro Stampa Tribunale di Roma
© Istituto Superiore di Sanità 1997 - Numero chiuso in redazione il 17/giugno/1997

Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia al 31 marzo 1997

a cura del Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità

Distribuzione temporale e geografica dei casi

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia¹, al 31 marzo 1997, sono stati notificati al COA 38.418 casi cumulativi di AIDS². Di questi, 30.091 (78,3%) sono di sesso maschile, 1.450 (3,8%) sono stranieri e 602 (1,6%) sono casi pediatrici (età < 13 anni). L'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, è di 33 anni per i maschi (range: 13 anni - 84 anni), e di 31 anni (range: 13 anni - 81 anni) per le femmine.

L'andamento temporale

Nel primo trimestre del 1997 sono stati notificati³ al COA 1.253 nuovi casi di AIDS, di cui 499 (39,8%) diagnosti-

cati nell'ultimo trimestre e 754 riferiti a diagnosi effettuate nei trimestri precedenti.

La Figura 1 mostra l'andamento del numero dei casi di AIDS segnalati al Registro nazionale AIDS (R.N. AIDS), corretti per ritardo di notifica⁴. Nella stessa figura è riportato l'andamento dei tassi di incidenza per anno di diagnosi, che conferma il costante incremento dell'incidenza dei casi di AIDS notificati nel nostro paese sino al 1995, ed il lieve decremento verificatosi nel 1996.

La Tabella 1 riporta il numero dei casi e dei deceduti per anno di diagnosi e per anno di morte. In totale, 26.131 pazienti (68%) risultano deceduti al 31 marzo 1997. Va sottolineato che la quota dei de-

cessi, soprattutto per gli anni più recenti, è probabilmente sottostimata sia per effetto della non obbligatorietà della notifica di morte, sia per il ritardo di notifica del decesso per il quale non abbiamo effettuato la correzione⁵. La tabella riporta, oltre al numero dei casi annuali corretto per ritardo di notifica, la stima dei casi cumulativi di AIDS al 31 marzo 1997 (40.058 casi) e il numero dei casi prevalenti⁶.

La distribuzione geografica

La distribuzione dei casi cumulativi per anno di diagnosi e per regione di residenza viene riportata in Tabella 2. La Figura 2 mostra i tassi di incidenza per regione di residenza, calcolati in base

ai soli casi segnalati negli ultimi 12 mesi, che permette il confronto tra aree geografiche a diversa ampiezza di popolazione.

Come si osserva, le regioni con il maggior numero di casi sono nell'ordine la Lombardia, la Liguria, l'Emilia-Romagna e il Lazio, che fanno registrare tassi superiori ai 15 casi per 100.000 abitanti. E' evidente l'esistenza di un gradiente nord-sud nella diffusione della malattia nel nostro paese, come risulta dal tasso di incidenza mediamente più basso nelle regioni meridionali.

La Tabella 3 riporta la distribuzione dei casi per provincia di segnalazione e di residenza⁷.

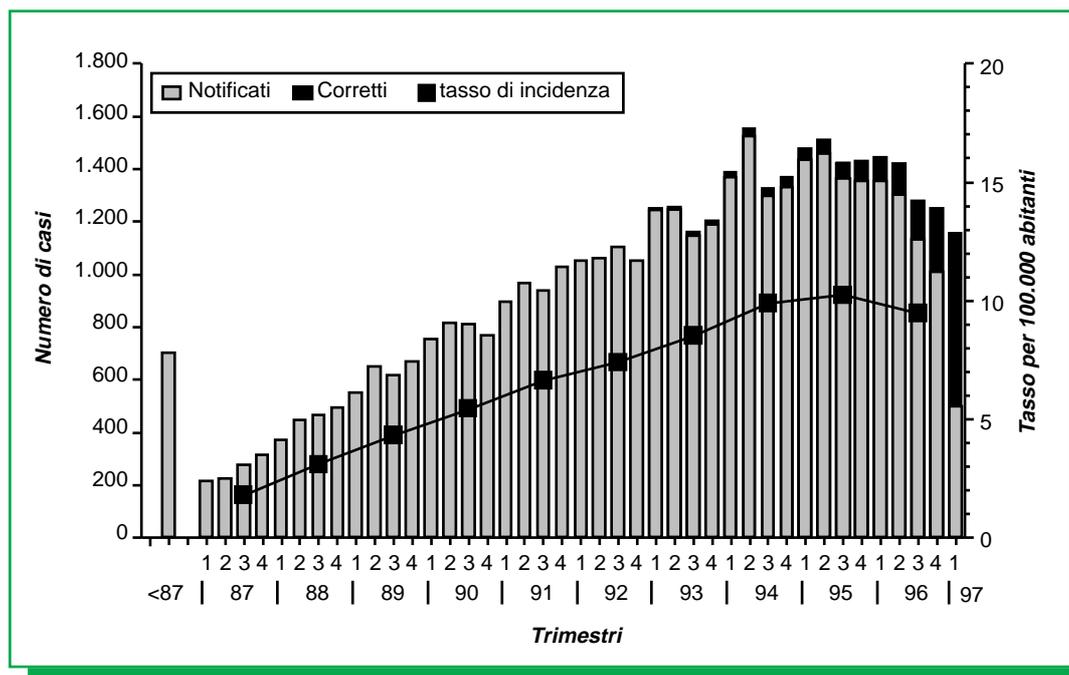


Figura 1. - Casi di AIDS in Italia per trimestre di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 31 marzo 1997

Tabella 1. - Distribuzione annuale dei casi di AIDS e dei decessi. Tasso di letalità, casi corretti per ritardo di notifica e casi prevalenti

Anno di diagnosi	Casi diagnosticati	Casi corretti per ritardo di notifica	Morti per anno di decesso	Morti per anno di diagnosi*	Tasso di letalità**	Casi prevalenti
1982	1	1	0	0	0,0	1
1983	8	8	2	7	87,5	7
1984	37	37	16	37	100,0	28
1985	198	198	89	186	93,9	137
1986	457	457	268	426	93,2	236
1987	1.027	1.027	563	945	92,0	790
1988	1.772	1.773	852	1.581	89,2	1.712
1989	2.478	2.478	1.352	2.221	89,6	2.838
1990	3.136	3.136	1.862	2.743	87,5	4.113
1991	3.824	3.824	2.512	3.321	86,8	5.429
1992	4.257	4.264	3.228	3.519	82,7	6.458
1993	4.817	4.860	3.417	3.554	73,8	7.858
1994	5.511	5.624	3.979	3.704	67,2	9.390
1995	5.603	5.831	4.154	2.650	47,3	10.839
1996	4.792	5.388	3.495	1.191	24,8	12.136
1997***	499	1.152	342	46	9,2	12.293
Totale	38.418	40.058	26.131	26.131	68,0	

* Il numero di decessi indica quanti dei pazienti, diagnosticati in uno specifico anno, risultano deceduti al 31 marzo 1997

** Il tasso di letalità è calcolato come il rapporto tra i decessi per anno di diagnosi e casi notificati per anno di diagnosi

*** Primo trimestre 1997

Tabella 2. - Distribuzione dei casi di AIDS per regione di residenza e per anno di diagnosi

Regione	'82-'90	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997*	Totale
Lombardia	2.970	1.224	1.244	1.503	1.735	1.654	1.429	137	11.896
Lazio	1.180	462	542	625	646	728	626	55	4.864
Emilia-Romagna	867	377	426	435	569	562	478	73	3.787
Piemonte	608	293	289	308	372	361	339	39	2.609
Toscana	572	218	252	278	336	365	272	38	2.331
Veneto	550	232	268	302	328	308	362	29	2.279
Liguria	518	211	236	233	281	282	241	19	2.021
Sicilia	405	160	180	223	239	218	151	7	1.586
Puglia	271	143	169	191	172	218	218	30	1.412
Campania	281	109	174	150	197	207	181	15	1.314
Sardegna	307	111	144	172	173	184	129	9	1.229
Marche	135	62	66	67	80	89	78	8	585
Calabria	86	36	40	43	53	57	58	7	380
Friuli-									
Venezia Giulia	72	26	34	41	36	37	44	8	298
Umbria	47	27	38	30	39	47	50	1	279
Abruzzo	60	25	24	37	40	48	40	1	275
Trentino-Alto Adige									
Prov. Trento	44	21	30	38	32	37	26	6	234
Prov. Bolzano	22	18	24	16	18	25	26	2	151
Basilicata	19	10	9	19	12	18	16	0	103
Valle D'Aosta	8	9	5	6	5	7	9	0	49
Molise	4	3	2	4	4	5	3	0	25
Estero	63	22	16	29	32	35	15	3	215
Ignota	26	25	42	67	112	111	101	12	496
Totale	9.115	3.824	4.257	4.817	5.511	5.603	4.792	499	38.418

* Primo trimestre 1997

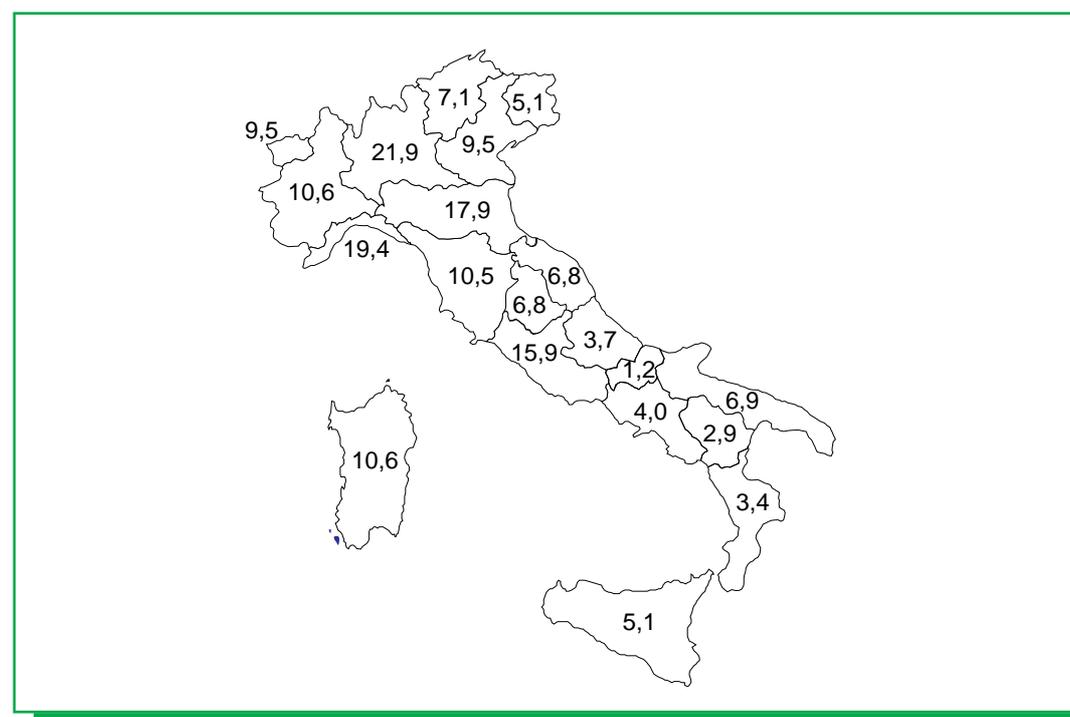
**Figura 2.** - Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (per 100.000 abitanti) nel periodo aprile 1996 - marzo 1997

Tabella 3. - Distribuzione dei casi di AIDS per provincia di segnalazione e di residenza e tasso di incidenza

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza	Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Torino	1.453	1.312	11,0	Grosseto	165	223	13,1
Vercelli	91	89	9,4	Prato	159	86	8,7
Novara	390	354	13,7	Perugia	237	205	6,9
Cuneo	148	137	5,2	Terni	97	74	6,7
Asti	50	54	4,8	Pesaro/Urbino	89	171	8,9
Alessandria	243	281	13,1	Ancona	356	164	5,7
Biella	190	203	17,8	Macerata	55	74	2,3
Verbano	87	179	13,6	Ascoli Piceno	88	176	9,6
Aosta	59	49	9,3	Viterbo	194	163	14,4
Varese	1.327	1.230	27,5	Rieti	92	34	2,0
Como	491	455	18,3	Roma	4.288	4.305	18,9
Sondrio	51	71	7,4	Latina	352	272	9,2
Milano	5.595	6.372	26,0	Frosinone	185	90	4,7
Bergamo	904	843	17,0	L'Aquila	47	50	3,3
Brescia	1.528	1.427	22,1	Teramo	74	91	5,6
Pavia	961	528	21,3	Pescara	124	75	3,5
Cremona	255	296	14,1	Chieti	41	59	2,9
Mantova	237	250	10,3	Campobasso	21	20	1,7
Lecco	221	196	15,7	Isernia	1	5	0,0
Lodi	222	228	22,4	Caserta	73	155	4,0
Bolzano	164	151	6,5	Benevento	6	21	1,3
Trento	235	234	7,5	Napoli	1.093	942	5,4
Verona	530	440	9,9	Avellino	33	38	2,3
Vicenza	541	589	8,9	Salerno	105	158	2,0
Belluno	42	67	6,6	Foggia	268	254	7,6
Treviso	161	192	6,9	Bari	703	538	6,4
Venezia	296	410	14,2	Taranto	130	237	9,8
Padova	725	474	9,5	Brindisi	99	150	7,7
Rovigo	38	107	4,5	Lecce	172	233	4,8
Udine	54	99	4,2	Potenza	53	77	4,8
Gorizia	14	21	2,2	Matera	4	26	1,0
Trieste	95	54	4,7	Cosenza	21	73	2,0
Pordenone	225	124	8,7	Catanzaro	150	124	7,6
Imperia	241	278	12,9	Reggio Calabria	47	86	1,9
Savona	274	282	15,5	Crotone	46	76	7,7
Genova	1.403	1.304	22,7	Vibo Valenzia	21	21	2,8
La Spezia	158	157	22,1	Trapani	6	113	5,1
Piacenza	171	199	14,2	Palermo	812	725	8,5
Parma	283	242	8,2	Messina	133	147	4,0
Reggio Emilia	336	287	11,3	Agrigento	1	73	2,9
Modena	559	431	13,1	Caltanissetta	112	66	5,7
Bologna	1.291	1.103	20,5	Enna	15	27	3,2
Ferrara	277	302	15,0	Catania	357	311	5,1
Ravenna	637	565	37,1	Ragusa	36	33	2,0
Forlì	210	360	19,7	Siracusa	57	91	3,4
Rimini	452	298	25,0	Sassari	264	263	8,3
Massa Carrara	153	205	14,0	Nuoro	44	50	2,9
Lucca	92	225	11,1	Cagliari	912	884	16,3
Pistoia	64	144	10,5	Oristano	0	32	3,8
Firenze	733	744	12,3				
Livorno	277	326	13,3	Esterio	0	215	
Pisa	522	177	5,7	Ignota	0	496	
Arezzo	105	96	7,0				
Siena	119	105	8,3				
				Totale	38.418	38.418	

Caratteristiche demografiche e modalità di trasmissione

La distribuzione dei casi cumulativi per fascia d'età e sesso e i relativi tassi sesso/età specifici (calcolati sulla base dei dati di incidenza cumulativa) sono mostrati in Tabella 4. Il maggior numero di casi (12.507) si concentra nella fascia d'età 30-34 anni, dove si registra anche il tasso cumulativo più elevato sia per i maschi (481,1 per 100.000 abitanti) che per le femmine (136,8 per 100.000 abitanti).

Nell'ultimo decennio la proporzione di pazienti di sesso femminile tra i casi adulti è

andata progressivamente aumentando, passando dal 16% del 1985 al 24,8% del 1996 (dati non mostrati). 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 1985 la mediana era di 29 anni per i maschi e di 24 per le femmine, nel 1996 le mediane sono salite rispettivamente a 35 e 33 anni (dati non mostrati).

La descrizione dei casi in adulti per anno di diagnosi e categoria di esposizione⁸ (Tabella 5) evidenzia che il 65,4% del totale è da ricondurre all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossico-

pendenti + tossicodipendenti-omosessuali). La distribuzione nel tempo mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale e una corrispondente diminuzione della proporzione dei casi attribuibili all'uso di droga per via endovenosa ed altre modalità di trasmissione. L'incremento negli ultimi anni della proporzione dei casi appartenenti alla categoria "altro, non determinato" è dovuto ai tempi necessari per lo svolgimento dell'indagine supplementare per riclassificare tali casi in

Î

Tabella 4. - Distribuzione dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso. Tassi di incidenza cumulativa età e sesso specifici (per 100.000 abitanti)

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Casi	%	Tassi età specifici	Casi	%	Tassi età specifici	Casi	%	Tassi età specifici
0	108	0,4	37,4	125	1,5	45,8	233	0,6	41,5
1-4	103	0,4	8,8	118	1,4	10,8	221	0,6	9,8
5-9	65	0,2	4,1	52	0,6	3,5	117	0,3	3,8
10-12	19	0,1	} 2,1	11	0,1	} 0,8	30	0,1	} 1,5
13-14	20	0,1		3	0,0		23	0,1	
15-19	76	0,2	3,4	27	0,3	1,3	103	0,3	2,4
20-24	1.330	4,4	56,1	726	8,7	31,8	2.056	5,3	44,2
25-29	6.920	23,0	295,2	2.589	31,1	127,7	9.509	24,7	205,7
30-34	9.902	32,9	481,1	2.605	31,3	136,8	12.507	32,6	306,2
35-39	5.589	18,6	294,1	1.151	13,8	57,3	6.740	17,5	177,1
40-49	3.900	13,0	105,3	598	7,2	15,9	4.498	11,7	60,2
50-59	1.455	4,8	42,1	198	2,4	5,4	1.653	4,3	23,2
> 60	603	2,0	11,9	124	1,5	1,8	727	1,9	6,0
Non riportata	1	0,0		0	0,0		1	0,0	
Totale	30.091	100,0		8.327	100,0		38.418	100,0	

Tabella 5. - Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per categoria di esposizione e per anno di diagnosi

Categoria di esposizione	'82-'91	1992	1993	1994	1995	1996	1997*	Totale	Maschi	Femmine
Omosessuali	1.977	548	649	784	720	621	60	5.359	5.359	0
%	15,6	13,1	13,6	14,4	13,0	13,1	12,1	14,2	18,0	0,0
Tossicodipendenti	8.494	2.764	3.026	3.368	3.312	2.750	288	24.002	19.130	4.872
%	67,3	65,9	63,5	61,7	59,9	57,9	57,9	63,3	64,2	60,7
Tossicodipendenti- omosessuali	341	78	93	111	95	61	6	785	785	0
%	2,7	1,9	1,9	2,0	1,7	1,3	1,2	2,1	2,6	0,0
Emofilici	154	40	29	26	26	22	3	300	299	1
%	1,2	0,9	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	0,8	1,0	0,0
Trasfusi	166	50	46	42	54	42	4	404	234	170
%	1,3	1,2	1,0	0,8	1,0	0,9	0,8	1,1	0,8	2,1
Contatti eterosessuali	1.106	502	668	785	921	768	71	4.821	2.452	2.369
%	8,8	12,0	14,0	14,4	16,6	16,2	14,3	12,7	8,0	29,5
Altro, non determinato	388	209	251	341	403	488	65	2.145	1.536	609
%	3,1	5,0	5,3	6,2	7,3	10,3	13,1	5,7	5,2	7,6
Totale	12.626	4.191	4.762	5.457	5.531	4.752	497	37.816	29.795	8.021

* Primo trimestre 1997

una delle categorie classiche. La distribuzione dei 4.821 casi di AIDS attribuibili a rapporti eterosessuali⁹, in base al tipo di rischio del partner (Tabella 6), evidenzia che circa il 39,7% ha avuto un partner tossicodipendente (tossicodipendente + tossicodipendente HIV-positivo), percentuale che sale nelle sole donne al 48,2%.

Patologie indicative di AIDS

La Tabella 7 riporta la distribuzione delle patologie indicative di AIDS in adulti per

anno di diagnosi¹⁰. Dalla tabella si evidenzia come, negli ultimi anni, si sia verificata una diminuzione della porzione di diagnosi di polmonite da *Pneumocystis carinii* e di tubercolosi extrapulmonare e un aumento delle diagnosi di encefalopatia da HIV e di "Wasting syndrome". Le tre nuove patologie incluse nella definizione di caso nel 1993 hanno contribuito per il 3,5% del totale delle diagnosi nel 1993, per il 6,4% per il 1994, per l'8,3% nel 1995 e per l'8,5%

nel 1996 più il primo trimestre del 1997.

Casi pediatrici

Dei 38.418 casi segnalati fino al 31 marzo 1997, 602 (1,6%) sono stati registrati nella popolazione pediatrica (soggetti con età alla diagnosi inferiore ai 13 anni). In Tabella 8 è riportata la distribuzione dei casi per regione

Î

Tabella 6. - Distribuzione dei casi adulti di AIDS in eterosessuali per tipo di rischio e per sesso

Tipo di rischio eterosessuale	Maschi		Femmine		Totale	
	Casi	%	Casi	%	Casi	%
Originario di zona endemica	292	11,9	138	5,8	430	8,9
Partner bisessuale	0	0,0	30	1,3	30	0,6
Partner tossicodipendente (TD)	398	16,2	624	26,3	1.022	21,2
Partner TD HIV-positivo	137	5,6	756	21,9	893	18,5
Partner emofilico/trasfuso	8	0,3	14	0,6	22	0,5
Partner zona endemica	225	9,2	22	0,9	247	5,1
Partner HIV-positivo non TD	309	12,6	651	27,5	960	19,9
Partner promiscuo*	1.083	44,2	134	5,7	1.217	25,2
Totale	2.452	100,0	2.369	100,0	4.821	100,0

* Inclusi i partner di prostituta e le prostitute

Tabella 7. - Frequenza relativa delle patologie indicative di AIDS in adulti per anno di diagnosi

Patologia	1982-1991	1992	#1993	#1994	#1995	#1996-1997 ^s
	N.	N.	N.	N.	N.	N.
	15.225	4.837	5.472 (5.280)	6.272 (5.869)	6.229 (5.708)	5.870 (5.373)
Candidosi (polmonare e esofagea)	26,4	24,0	23,1 (23,9)	21,4 (22,9)	20,5 (22,4)	20,6 (22,5)
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	23,17	23,9	21,7 (22,5)	19,6 (20,9)	18,6 (20,3)	18,0 (19,6)
Toxoplasmosi cerebrale	7,5	10,1	9,9 (10,3)	8,8 (9,5)	7,8 (8,5)	8,2 (8,9)
Micobatteriosi da <i>M. avium</i> o <i>M. kansasii</i> *	0,9	1,4	2,0 (2,1)	2,2 (2,3)	2,5 (2,7)	2,1 (2,3)
Micobatteriosi tubercolare*	3,2	3,3	3,2 (3,4)	3,0 (3,2)	2,6 (2,8)	2,5 (2,7)
Micobatteriosi da altre specie*	0,9	1,4	1,7 (1,7)	2,0 (2,1)	2,1 (2,3)	2,2 (2,4)
Altre infezioni opportunistiche**	13,6	15,2	15,8 (16,4)	16,1 (17,2)	16,1 (17,6)	16,0 (17,5)
Sarcoma di Kaposi	5,6	4,3	4,6 (4,7)	4,6 (5,0)	4,4 (4,8)	4,1 (4,4)
Linfomi	3,1	2,8	2,5 (2,6)	2,9 (3,1)	3,0 (3,1)	3,3 (3,6)
Encefalopatia da HIV	7,2	6,9	5,9 (6,1)	6,6 (7,1)	7,3 (8,0)	7,6 (8,3)
"Wasting syndrome" da HIV	8,5	6,7	6,0 (6,2)	6,3 (6,7)	6,7 (7,3)	6,9 (7,6)
Definizione di caso dal 1993			1993	1994	1995	1996-1997^s
Carcinoma invasivo della cervice uterina			0,3	0,4	0,3	0,5
Polmonite ricorrente			0,8	2,4	3,4	3,9
Tubercolosi polmonare			2,4	3,6	4,6	4,1

I valori in parentesi indicano il numero assoluto (e relative frequenze) secondo la vecchia definizione di caso 1987
^s Primo trimestre 1997
* Disseminata o extrapolmonare
** Include: Criptococcosi, Criptosporidiosi, infezione da Cytomegalovirus, infezione da Herpes simplex, Isosporidiosi, Leucoencefalopatia multifocale, Salmonellosi, Coccidioidomicosi, Istoplasmosi

Tabella 8. - Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS in Italia per regione di residenza e per anno di diagnosi

Regione	'82-'90	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997*	Totale
Piemonte	10	4	5	4	4	3	2	0	32
Valle D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	72	19	17	11	17	18	11	0	165
Trentino- Alto Adige	3	0	3	0	0	2	0	1	9
Veneto	10	5	3	0	7	3	3	0	31
Friuli- Venezia Giulia	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Liguria	14	2	1	4	3	4	1	0	29
Emilia-Romagna	22	6	10	9	4	3	4	0	58
Toscana	11	7	4	2	7	6	1	0	38
Umbria	1	0	1	0	0	2	1	0	5
Marche	4	1	0	0	0	0	1	0	6
Lazio	47	8	11	10	5	10	6	1	98
Abruzzo	2	2	1	2	1	1	1	0	10
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campania	7	3	4	5	1	7	1	0	28
Puglia	9	6	1	3	0	2	1	0	22
Basilicata	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Calabria	7	0	0	1	0	1	1	0	10
Sicilia	8	3	3	3	4	4	0	0	25
Sardegna	13	2	0	1	1	3	0	0	20
Estero	0	1	0	0	0	1	1	0	3
Ignota	2	1	2	0	0	2	4	0	11
Totale	242	71	66	55	54	72	40	2	602

* Primo trimestre 1997

Tabella 9. - Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS per anno di diagnosi, per tipo di esposizione e per sesso

Categoria di esposizione	'82-'90	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997*	Totale	Maschi	Femmine
Emofilici	13	1	1	0	0	0	0	0	15	15	0
%	5,4	1,4	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	5,1	0,0
Trasfusi	6	1	0	1	3	0	1	0	12	4	8
%	2,5	1,4	0,0	1,8	5,6	0,0	2,5	0,0	2,0	1,3	2,6
Trasmissione verticale	221	69	62	53	50	71	35	2	563	269	294
%	91,3	97,2	93,9	96,4	92,6	98,6	87,5	100,0	93,5	90,9	96,1
Altro, non determinato	2	0	3	1	1	1	4	0	12	8	4
%	0,8	0,0	4,5	1,8	1,8	1,4	10,0	0,0	2,0	2,7	1,3
Totale	242	71	66	55	54	72	40	2	602	296	306

* Primo trimestre 1997

di residenza e per anno di diagnosi. La Lombardia fa registrare il maggior numero di casi, seguita dal Lazio e dall'Emilia-Romagna. La diffusione dell'AIDS pediatrico ricalca la geografia dell'epidemia descritta dai casi segnalati tra gli adulti¹¹.

La Tabella 9 mostra l'andamento temporale dell'infezione pediatrica per anno di diagnosi, categoria di esposizione e sesso. La categoria di esposizione relativa agli emofilici dal 1993 ad oggi non contribuisce all'epidemia. Dei 563 (93,5%) casi pediatrici che hanno contratto l'infezione dalla madre, 306 (54,3%) sono figli di madre tossicodipendente, mentre 197 (35%) sono figli di madre che ha acquisito l'infezione sicuramente per via sessuale (dati non mostrati).

La distribuzione delle patologie indicative di AIDS pediatrico¹⁰ per anno di dia-

gnosi (dati non mostrati) evidenzia una diminuzione delle diagnosi di candidosi polmonare ed esofagea (dal 17,5% nel 1992 al 14,3% nel 1996-1997) e un aumento delle diagnosi di encefalopatia da HIV (dal 16,2% del 1992 al 22,4% nel 1996-1997).

Conclusioni

Dai dati relativi ai casi di AIDS diagnosticati in Italia fino al 31 marzo 1997 si evince che, come nei due trimestri precedenti, il numero di nuovi casi segnalati negli ultimi tre mesi supera di poco quota 1.200.

I casi stimati per il 1996 sarebbero circa 600 in meno rispetto alle previsioni della "Consensus conference" del 1994 (*Rapporti ISTISAN*, 95/41). Il lieve decremento osservato rispetto alla prima metà

del 1995 potrebbe essere conseguente a:

- 1) un aumento del ritardo di notifica o della sottonotifica;
- 2) un ritardo nella comparsa delle patologie indicative di AIDS dovuto all'efficacia dei nuovi trattamenti antivirali e alla maggiore utilizzazione della profilassi per le maggiori infezioni opportunistiche;

- 3) una sovrastima dei casi stimati dalle previsioni.

Per ora non è possibile valutare la validità di queste tre ipotesi, che vanno pertanto interpretate con cautela. L'andamento dei casi nei prossimi trimestri, unitamente ad indagini specifiche, potrà rivelare se il decremento osservato è un fenomeno temporaneo o l'effetto di una o più condizioni sopra riportate.

O

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 e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto trimestrale.*
- 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 opportunistiche quali indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina.*
- 3 - *L'anno di segnalazione non coincide necessariamente con l'anno di diagnosi, ma può essere successivo (es: diagnosi nell'anno 1985 ma segnalata 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., Ruitenbergh 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 - *Solo Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana e Veneto effettuano a tutt'oggi una ricerca attiva sulla mortalità e forniscono routinariamente tali dati al COA.*
- 6 - *I casi prevalenti in un determinato anno sono tutti quelli con data di diagnosi negli anni precedenti, o nello stesso anno considerato, e "vivi" (anche per un giorno dell'anno in questione). A causa del ritardo di notifica di decesso, le prevalenze stimate negli anni più recenti vanno valutate con cautela.*
- 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 (per 100.000 abitanti) per provincia è calcolato sul numero di segnalazioni pervenute al COA nel periodo aprile 1996 - marzo 1997.*
- 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, allo scopo di riclassificare tutti i casi che presentano sulla scheda di notifica un fattore di rischio non chiaro e definito in una delle categorie di esposizione tradizionali, vengono effettuate indagini periodiche per tre particolari gruppi di pazienti:*
 - a) *per i pazienti che hanno dichiarato di aver avuto soltanto rapporti eterosessuali con partner che non avevano un fattore di rischio noto;*
 - b) *per tutti i pazienti che hanno avuto una trasfusione;*
 - c) *per i pazienti senza fattore di rischio noto, che sono compresi nella categoria "altro, non determinato".*
- 9 - *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, questo viene classificato in una categoria specifica. Sono stati considerati come casi attribuibili a trasmissione eterosessuale anche i casi con partner promiscuo che includono i "partner di prostituta" e le prostitute.*
- 10 - *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 quattro occorrenze entro 60 giorni dalla prima.*
- 11 - *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.*

IL TELEFONO VERDE AIDS DIECI ANNI DI ATTIVITA'



UN MODELLO DI HELP-LINE NAZIONALE

a cura dell'equipe del Telefono Verde AIDS (TVA)
del Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Il 20 giugno 1997 ricorre il decimo anno di attività del TVA, servizio nazionale di informazione telefonica attivo presso il COA dell'ISS. Istituito il 20 giugno 1987 dalla Commissione Nazionale AIDS (CNA), il TVA è finanziato dal Ministero della Sanità e rappresenta un riferimento importante per tutto ciò che concerne l'informazione scienti-

fica e corretta sull'infezione da HIV e sull'AIDS.

Il servizio, anonimo e gratuito, ha sede presso l'ISS, dispone di sei linee telefoniche ed è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 13.00 alle ore 18.00.

Gli operatori rispondono all'utenza anche in inglese, francese, spagnolo e portoghese.

L'equipe del TVA, composta da una coordinatrice (psicologo), otto operatori (psicologi, medici, sociologi ed operatori sociosanitari) e un tecnico di segreteria, svolge quotidianamente:

- offerta di informazione specialistica sull'infezione da HIV e AIDS;
- counselling telefonico;

Î

- attività di selezione e invio dell'utente presso i Centri di riferimento psico-socio-sanitari o altre strutture presenti sul territorio nazionale ;

- elaborazione dei dati giornalieri, settimanali e mensili per la valutazione del processo informativo svolto;

- gestione di un archivio informativo computerizzato per il reperimento on-line di informazioni relative a circa 9.000 centri di varie tipologie.

Gli operatori del TVA si occupano, inoltre, di formazione e di supervisione di altri operatori di help-line per la promozione alla salute.

In questo ambito, a seguito dell'Accordo di collaborazione tra l'ISS e il Dipartimento degli Affari Sociali (DAS) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, l'equipe del TVA è stata incaricata della formazione e della supervisione degli operatori del Servizio "Drogatel" (167-016600) e dell'organizzazione e del coordinamento delle attività di studio e di ricerca nell'ambito delle tossicodipendenze e dell'alcolismo.

Il Drogatel è un servizio nazionale di informazione telefonica sulle tossicodipendenze e sull'alcolismo, del DAS, della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il TVA collabora con altre help-line europee impegnate nell'ambito dell'infezione da HIV e della tossicodipendenza.

Attualmente gli esperti del TVA lavorano per l'attuazione di diversi progetti, tra i quali: la valutazione della comunicazione sociale nella lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS; il collegamento informatico on-line tra le maggiori help-line AIDS europee nell'ambito della costituzione di un network; la prevenzione dell'infezione da HIV e della tossicodipendenza nelle comunità di immigrati non appartenenti all'Unione Europea (UE).

Dal giugno 1987 al dicembre 1996 il TVA ha ricevuto un totale di 321.165 telefonate.

Di queste, 213.877 (66,6%) sono pervenute da utenti di sesso maschile, 106.897 (33,4%) da utenti di sesso femminile.

Il 76,3% delle telefonate proviene da utenti di età compresa tra i 20 e i 39 anni.

L'area geografica maggiormente rappresentata è il Nord Italia.

La distribuzione percentuale per gruppi di codifica

evidenzia che i gruppi più rappresentati sono quelli degli "eterosessuali" e dei "senza fattori di rischio".

Il TVA ha risposto in questi anni a 723.063 domande di cui oltre l'80% ha riguardato: informazioni sul test (21,4%), modalità di trasmissione dell'infezione (20,9%), aspetti psicosociali (17,4%), disinformazione (11,7%) e prevenzione (9,7%).

Dall'analisi dei dati raccolti emergono alcuni aspetti interessanti:

- il primo è che gli utenti eterosessuali sono in continuo aumento rispetto agli altri gruppi e, dal 1992, sono il gruppo più rappresentato. Ciò potrebbe indicare l'accresciuta percezione del rischio in questo gruppo, dovuta a uno spostamento dell'attenzione dal concetto di "categoria" a quello di "comportamento" a rischio;

- il secondo evidenzia il permanere di una situazione di disinformazione sulle modalità di trasmissione. Ciò potrebbe essere messo in relazione con le informazioni errate o discordanti che gli utenti riferiscono di ricevere da altre fonti informative.

O