

un'adeguata politica di prevenzione mondiale. Il cardine di questa politica dovrebbe essere lo sviluppo di un vaccino contro l'HIV e l'AIDS, l'unica strategia in grado di controllare la diffusione dell'infezione.

Il gruppo del Reparto Infezioni da Retrovirus ha messo a punto un vaccino contro l'HIV/AIDS basato sulla proteina Tat di HIV-1. Tale vaccino è ora nella fase I di sperimentazione, per l'approccio sia preventivo che terapeutico in Italia. Tale fase, sponsorizzata dall'ISS, durerà circa 1 anno. La fase successiva (Fase II) sarà condotta dopo la conclusione della fase I. La Fase II si svilupperà sia in Italia che in Africa, dove un vaccino contro l'HIV/AIDS è maggiormente necessario.

Lo sviluppo di un vaccino che sia efficace in differenti popolazioni geografiche è una sfida tutt'altro che vinta. Tale sviluppo è infatti ostacolato dalla presenza di differenti sottotipi virali (clades) di HIV-1 distantemente correlati tra loro, che sono presenti contemporaneamente in alcune regioni dell'Africa sub-sahariana. In previsione dei trial clinici di fase II in Africa, per il loro disegno ed una corretta successiva analisi scientifica dei dati ottenuti è importante effettuare preliminarmente studi di background sulla risposta immune alla proteina Tat e sulla variabilità di questa proteina nei differenti sottotipi vaccinali. Inoltre, poiché in collaborazione con importanti organismi internazionali ed industriali verranno sviluppate nuove generazioni vaccinali basate su una combinazione di antigeni di HIV (dei geni env e gag) insieme alla proteina Tat, è importante studiare questi parametri anche per altri antigeni virali. A tale scopo, il reparto ha da tempo avviato collaborazioni con paesi africani (in Sud Africa con il Chris Hani Baragwanath Hospital in Johannesburg, il Medical Research Council in Durban e la Stellenbosch University in Tygerberg e, in Uganda, con il Joint Clinical Research Centre (JCRC) di Kampala) ad alta incidenza e prevalenza di infezione da HIV, sotto l'egida del WHO/UNAIDS, del SAAVI (South African AIDS Vaccine Initiative) e del Ministero degli Affari Esteri italiano che hanno portato ad un primo risultato che dimostra che gli anticorpi di individui di diversa origine geografica (Sud Africa, Uganda ed Italia) ed infettati da sottotipi di HIV-1 distantemente correlati tra loro (sottotipo B in Italia, sottotipi A e D prevalentemente e F e G in misura minore in Uganda e sottotipo C prevalentemente in Sud Africa) sono in grado di riconoscere con la stessa efficienza la proteina Tat derivata da un ceppo appartenente al sottotipo B, che verrà utilizzata come antigene vaccinale e che tale riconoscimento crociato dipende dalla relativa conservazione di importanti regioni immunogeniche e funzionali della proteina Tat.

Questi studi proseguiranno in differenti siti italiani, sudafricani ed ugandesi per determinare il sottotipo virale infettante e valutare la risposta immune verso le proteine virali.

Tali studi sono propedeutici ed essenziali per lo sviluppo di trial vaccinali in Africa. Infatti i dati ottenuti da questi studi permetteranno di strutturare e condurre trial di Fase II in Sudafrica ed Uganda con il vaccino basato sulla proteina Tat e successivi trial con vaccini di seconda generazione basati sulla proteina Tat combinata con altri antigeni vaccinali.

L'esperienza accumulata tramite la collaborazione con due tra i più importanti paesi africani (Sud Africa ed Uganda) permetterà al reparto di avviare altre collaborazioni con altri paesi africani dove la diffusione dell'infezione da HIV è ancora (se possibile) più drammatica. Contatti sono già stati avviati con lo Swaziland, la Repubblica Democratica del Congo, il Rwanda, il Burundi e la Costa d'Avorio. Non in tutti i paesi sarà possibile eseguire immediatamente questi studi, per la mancanza di adeguate strutture di laboratorio, né, ovviamente non tutti ospiteranno trial clinici vaccinali contro l'HIV/AIDS, ma la collaborazione offrirà un'opportunità di aiuto a questi paesi (costruzione di infrastrutture, formazione di personale di laboratorio, metodi di diagnosi di laboratorio dell'infezione da HIV, indagini di sieroprevalenza) nei loro programmi di lotta contro il diffondersi dell'epidemia.

D. Trial clinico di fase II per l'uso degli inibitori della proteasi di HIV nella terapia del sarcoma di Kaposi non associato ad infezione da HIV.

Gli inibitori della proteasi di HIV sono farmaci anti-retrovirali che bloccano l'attività dell'aspartil-proteasi, un enzima virale indispensabile per la produzione di particelle infettive. Sebbene i PI siano stati disegnati per riconoscere selettivamente il sito catalitico di questo enzima, dati recenti mostrano che questi agenti sono anche in grado di interferire con varie attività cellulari e microbiche. In particolare, osservazioni epidemiologiche e cliniche hanno indicato che il trattamento di pazienti infettati da HIV con terapie anti-retrovirali combinate contenenti PI è associato ad una ridotta incidenza od a regressione del sarcoma di Kaposi e di alcuni tipi di linfomi non Hodgkin. Ciò ha suggerito che questi farmaci possano bloccare lo sviluppo od indurre la regressione di tumori. Gli studi compiuti nel Reparto "Infezioni da Retrovirus" del Laboratorio di virologia per chiarire questi effetti degli inibitori della proteasi di HIV hanno indicato che queste molecole sono attive non solo nel bloccare l'infettività di HIV, ma sono in grado di inibire l'angiogenesi e di bloccare l'invasività delle cellule neoplastiche. Questi effetti sono dovuti alla capacità degli inibitori delle proteasi di HIV di inibire l'attivazione proteolitica della metalloproteasi-2, un enzima che svolge un ruolo fondamentale nell'angiogenesi e nella crescita ed invasione tumorale.

Sulla base di questi dati, nel quadro dell'Azione Concertata "Sarcoma di Kaposi" finanziata nell'area tematica "Patologia, clinica e terapia", ed in collaborazione con Merck Italia, il Reparto Infezioni da Retrovirus del Laboratorio di Virologia ha avviato una sperimentazione clinica, di cui è lo sponsor, per la terapia del sarcoma di Kaposi con Indinavir, uno dei più usati inibitori della proteasi di HIV, in pazienti non infettati dal virus HIV.

La sperimentazione è stata pianificata come studio clinico di fase II, non-comparativo e non-randomizzato, strutturato in due differenti gruppi di pazienti con sarcoma di Kaposi progressivo di stadio lieve o avanzato. Obiettivi primari della sperimentazione sono la valutazione della risposta clinica al trattamento con Indinavir e la determinazione del tempo di risposta e di progressione nei pazienti trattati. Obiettivi secondari sono la valutazione dell'incidenza e della natura degli effetti avversi, della farmacocinetica dell'indinavir nella popolazione arruolata e degli effetti sull'angiogenesi. Poiché il sarcoma di Kaposi è associato all'infezione con il virus HHV8, un altro importante obiettivo secondario è la valutazione degli effetti del trattamento sui principali determinanti immunologici e virologici dell'infezione da HHV8.

AGGIORNAMENTO DEI CASI DI AIDS NOTIFICATI IN ITALIA

Reparto AIDS e MST (COA)
Viale Regina Elena 299 - 00161 Roma
☎ 06 - 49387209/11/13
Fax 06 - 49387210
e-mail coa@iss.it



Dicembre 2002

INDICE DELLE ILLUSTRAZIONI

FIGURE

- Figura 1. Casi di AIDS in Italia per semestre di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 31 Dicembre 2002 1
- Figura 2. Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (per 100.000 ab.) per i casi notificati tra Gennaio 2002 e Dicembre 2002 3
- Figura 3. Età mediana alla diagnosi per sesso e anno di diagnosi 6
- Figura 4. Uso di terapie antiretrovirali e regime terapeutico 9
- Figura 5. Uso di terapie antiretrovirali pre-AIDS per categoria di trasmissione 9

TABELLE

- Tabella 1: Distribuzione annuale dei casi di AIDS, dei casi corretti per ritardo di notifica, dei decessi e del tasso di letalità 2
- Tabella 2: Distribuzione annuale dei casi prevalenti di AIDS per regione di residenza 2
- Tabella 3: Distribuzione dei casi di AIDS per regione di residenza e per anno di diagnosi 3
- Tabella 4: Distribuzione dei casi di AIDS per provincia di segnalazione e di residenza e tasso di incidenza per provincia di residenza^a 4
- Tabella 5: Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per nazionalità anagrafica. 5
- Tabella 6: Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso negli anni 1990, 1995 e 2001. 5
- Tabella 7: Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per categoria di esposizione e per anno di diagnosi 6
- Tabella 8: Distribuzione dei casi adulti di AIDS in eterosessuali per tipo di rischio e sesso 6
- Tabella 9: Frequenza relativa delle patologie¹³ indicative di AIDS in adulti per anno di diagnosi 7
- Tabella 10: Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS in Italia per regione di residenza e per anno di diagnosi 8
- Tabella 11: Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS per categoria di esposizione, per anno di diagnosi e per sesso. 8
- Tabella 12: Frequenza relativa delle patologie¹³ indicative di AIDS in pediatrici per periodo di diagnosi 8
- Tabella 13: Tempo tra 1° test HIV+ e diagnosi di AIDS 10
- Tabella 14: Valore assoluto dei CD4+ e carica virale per terapia antiretrovirale e anno di diagnosi 10
- Tabella 15: Malattie indicative di AIDS per terapia antiretrovirale 11
- Tabella 16: Malattie indicative di AIDS nei pazienti trattati con terapia antiretrovirale pre-AIDS per quadro virologico e immunologico 11



1. DISTRIBUZIONE TEMPORALE E GEOGRAFICA DEI CASI

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia¹, al 31 Dicembre 2002, sono stati notificati al COA 51.172 casi cumulativi di AIDS². Di questi, 39.829 (77,8%) erano di sesso maschile, 725 (1,4%) in età pediatrica (<13 anni) o con infezione trasmessa da madre a figlio, e 2.959 (5,8%) erano stranieri. L'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, era di 34 anni per i maschi (range: 13 anni - 86 anni), e di 32 anni (range: 13 anni - 80 anni) per le femmine.

1.1 L'andamento temporale

Nel primo semestre del 2002 sono stati notificati³ al COA 932 nuovi casi di AIDS, di cui 506 (54,3%) diagnosticati nell'ultimo semestre e 426 riferiti a diagnosi effettuate nei semestri precedenti.

La figura 1 mostra l'andamento del numero dei casi di AIDS segnalati al Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), corretti per ritardo di notifica⁴. Nella stessa figura è riportato l'andamento dei tassi d'incidenza per anno di diagnosi, che

evidenzia un costante incremento dell'incidenza dei casi di AIDS notificati nel nostro Paese sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione nel 1996, che è continuata fino al 2001; nel 2002 i casi diagnosticati sono praticamente sovrapponibili a quelli del 2001.

La tabella 1 riporta il numero dei casi e dei deceduti per anno di diagnosi e il relativo tasso di letalità. In totale, 33.308 pazienti (65,1%) risultano deceduti al 31 Dicembre 2002. Nonostante il numero di decessi per AIDS sia ancora sottostimato⁵, a causa della non obbligatorietà della notifica di decesso, il dato riportato è più accurato, rispetto ai precedenti notiziari, grazie ad un'indagine nazionale⁶ sullo stato in vita dei casi di AIDS effettuata nel corso del 2001. La tabella 1 riporta, oltre al numero annuale di nuovi casi, il numero di nuovi casi per ritardo di notifica la stima dei casi cumulativi di AIDS al 31 Dicembre 2002 (51.717 casi).

Il numero dei casi prevalenti⁷ per anno e per regione viene mostrato in tabella 2

1.2 La distribuzione geografica

La distribuzione dei casi cumulativi per regione di residenza e per anno di diagnosi viene

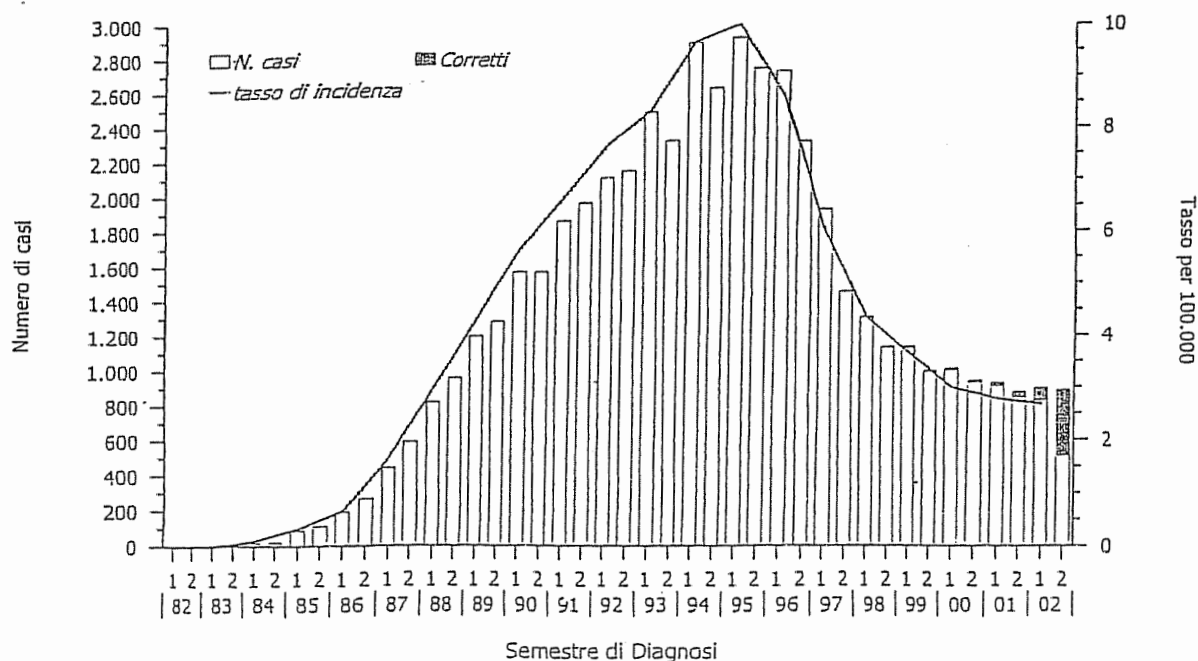


Figura 1. Casi di AIDS in Italia per semestre di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 31 Dicembre 2002

XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tabella 1: *Distribuzione annuale dei casi di AIDS, dei casi corretti per ritardo di notifica, dei decessi e del tasso di letalità*

Anni	Casi diagnosticati	Casi corretti per ritardo di notifica	Morti per anno di decesso	Decessi per anno di diagnosi*	Tasso di letalità [†]
1982	1	1	-	-	0,0
1983	8	8	2	7	87,5
1984	37	37	16	37	100,0
1985	198	198	89	186	93,9
1986	458	458	268	435	95,0
1987	1030	1030	563	971	94,3
1988	1775	1775	857	1661	93,6
1989	2482	2482	1405	2320	93,5
1990	3134	3134	1944	2900	92,5
1991	3827	3827	2617	3529	92,2
1992	4262	4262	3280	3851	90,4
1993	4815	4815	3666	4022	83,5
1994	5523	5523	4335	4359	78,9
1995	5663	5663	4582	3712	65,5
1996	5044	5044	4187	2338	46,4
1997	3373	3373	2133	1078	32,0
1998	2432	2436	1061	648	26,6
1999	2115	2129	754	488	23,1
2000	1921	1946	633	349	18,2
2001	1744	1799	587	268	15,4
2002	1330	1777	329	149	11,2
Totale	51172	51717	33308	33308	65,1

*Il numero di decessi indica quanti dei pazienti, diagnosticati in uno specifico anno, risultano deceduti al 30-06-2002;

†Il tasso di letalità è calcolato come il rapporto tra i decessi per anno di diagnosi ed i casi diagnosticati nello stesso anno

Tabella 2: *Distribuzione annuale dei casi prevalenti di AIDS per regione di residenza*

Regione	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Lombardia	3281	3846	4126	4156	3851	3886	4146	4528	4917	5192
Lazio	1439	1641	1925	2032	1990	2057	2085	2221	2410	2548
Emilia Romagna	1038	1231	1358	1339	1146	1165	1167	1301	1424	1500
Toscana	624	736	812	809	764	759	865	936	1022	1094
Piemonte	712	839	885	935	859	860	867	941	1027	1076
Campania	361	459	542	593	614	682	727	791	858	903
Liguria	549	640	695	729	703	716	741	792	863	893
Veneto	707	793	831	836	751	714	727	769	845	886
Sicilia	542	621	668	678	693	734	734	780	843	835
Puglia	424	469	543	597	579	587	601	653	683	712
Sardegna	392	439	483	480	460	465	473	503	542	568
Marche	178	198	220	233	212	228	238	266	295	316
Friuli Venezia Giulia	95	113	121	135	131	122	140	157	163	170
Umbria	75	87	101	124	115	122	132	149	158	170
Abruzzo	83	100	119	122	120	124	137	145	157	168
Calabria	99	121	125	147	136	137	135	139	159	166
Trento	86	104	116	120	119	117	120	119	123	129
Bolzano	45	46	60	68	71	74	78	82	90	85
Basilicata	29	31	39	47	34	43	47	48	53	54
Val D'Aosta	19	19	19	28	23	22	21	23	25	26
Molise	7	7	10	8	7	9	9	14	16	18
Estera	78	100	125	125	145	173	186	200	224	245
Ignota	123	203	248	292	296	322	348	388	421	439
Totale	10986	12843	14171	14633	13819	14118	14724	15945	17318	18193

Tabella 3: Distribuzione dei casi di AIDS per regione di residenza e per anno di diagnosi

	<1993	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Totale
Lombardia	5448	1503	1744	1673	1501	940	638	628	557	497	381	15510
Lazio	2181	623	649	737	663	493	356	305	251	244	183	6685
Emilia Romagna	1672	437	572	569	498	313	227	169	206	167	128	4958
Piemonte	1190	304	368	367	346	227	159	138	132	122	100	3453
Toscana	1040	277	334	364	285	205	140	159	111	104	93	3112
Veneto	1052	304	331	319	280	180	118	102	79	79	58	2902
Liguria	968	233	281	283	258	160	108	84	71	78	43	2567
Sicilia	748	220	235	220	170	156	128	84	90	70	35	2156
Puglia	584	192	172	219	229	150	104	90	81	68	51	1940
Campania	565	151	198	210	180	132	125	95	95	74	68	1893
Sardegna	561	172	173	188	147	98	61	47	47	44	43	1581
Marche	265	67	80	89	79	55	45	42	41	37	25	825
Calabria	162	43	54	56	60	32	26	14	10	25	14	496
Umbria	112	30	40	48	52	27	24	19	21	15	13	401
Friuli Venezia Giulia	132	41	39	39	49	27	15	22	18	9	7	398
Abruzzo	109	37	39	47	41	31	18	25	15	16	14	392
Trento	95	38	32	38	28	24	14	9	5	6	7	296
Bolzano	64	16	19	24	27	17	13	7	11	7	4	209
Basilicata	38	19	12	19	20	7	11	8	3	4	3	144
Val D'Aosta	22	6	5	7	10	3	5	5	2	3	1	69
Molise	9	5	3	5	2	2	3	1	5	2	2	39
Estera	100	30	32	38	21	32	34	21	19	24	27	378
Ignota	95	67	111	104	98	62	60	41	51	49	30	768
Totale	17212	4815	5523	5663	5044	3373	2432	2115	1921	1744	1330	51172

riportata in tabella 3.

La figura 2 mostra i tassi di incidenza per regione di residenza, calcolati in base ai soli casi segnalati negli ultimi 12 mesi, permettendo il confronto tra aree geografiche a diversa ampiezza di popolazione. Come si osserva, le regioni più colpite sono nell'ordine: la Lombardia, la Sardegna, il Lazio, e la Liguria. E' evidente la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro Paese, come risulta dai tassi di incidenza che continuano ad essere mediamente più bassi nelle regioni meridionali.

La tabella 4 riporta la distribuzione dei casi per provincia di segnalazione e di residenza⁹. Tassi di incidenza particolarmente elevati si riscontrano nell'ultimo anno a Sassari, Rimini, Brescia, Lecco, Forlì e Cagliari.

Dal momento che non è possibile escludere fattori in grado di determinare variazioni geografiche dei tassi di incidenza nel breve periodo (esempio: riorganizzazione a livello locale della modalità di invio delle schede), si raccomanda di interpretare con cautela l'attuale valore del tasso di incidenza per provincia.

La tabella 5 mostra la distribuzione percentuale dei casi cumulativi di AIDS per nazionalità anagrafica. Si evidenzia nel tempo un aumento della proporzione di casi notificati in cittadini stranieri (dal 1,7% nel 1993-94 al 15,4% nel 2001-2002).

2. CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E MODALITÀ DI TRASMISSIONE

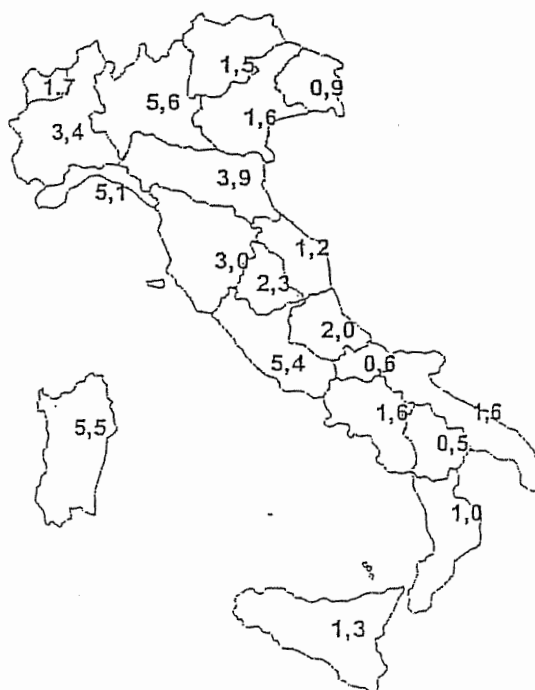


Figura 2. Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (per 100.000 ab.) per i casi notificati tra Gennaio 2002 e Dicembre 2002

XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tabella 4: Distribuzione dei casi di AIDS per provincia di segnalazione e di residenza e tasso di incidenza per provincia di residenza^a

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza	Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Alessandria	305	358	2,5	Pistoia	88	206	1,5
Asti	76	69	1,4	Prato	219	131	2,3
Biella	239	262	3,1	Siena	144	137	0,4
Cuneo	205	205	2,2	Perugia	340	295	2,5
Novara	441	436	4,5	Terni	124	106	1,8
Torino	1940	1765	3,8	Ancona	470	233	1,6
Verbania	156	242	3,1	Ascoli Piceno	148	247	1,9
Vercelli	123	116	4,4	Macerata	84	122	2,0
Aosta	74	69	1,7	Pesaro e Urbino	135	223	2,7
Bergamo	1231	1165	6,4	Frosinone	225	116	0,4
Brescia	2105	1973	9,2	Latina	444	362	3,1
Como	649	634	5,5	Rieti	115	46	2,7
Cremona	363	413	2,8	Roma	6034	5934	6,7
Lecco	353	308	7,0	Viterbo	249	227	4,6
Lodi	273	295	3,7	Chieti	61	80	0,8
Mantova	305	327	4,1	L'Aquila	71	75	0,7
Milano	7287	8030	5,4	Pescara	170	116	2,8
Pavia	1234	689	3,9	Teramo	99	121	1,1
Sondrio	81	112	2,8	Campobasso	38	29	0,4
Varese	1671	1564	6,0	Isernia	2	10	1,1
Bolzano - Bozen	225	209	1,1	Avellino	38	52	0,5
Trento	294	296	2,0	Benevento	10	33	1,0
Belluno	51	76	0,0	Caserta	105	232	0,8
Padova	865	597	1,3	Napoli	1558	1356	2,3
Rovigo	81	150	2,0	Salerno	165	220	1,1
Treviso	297	299	2,0	Bari	907	730	1,1
Venezia	371	515	1,6	Brindisi	131	203	0,5
Verona	679	558	2,3	Foggia	363	347	1,9
Vicenza	646	707	1,5	Lecce	228	297	0,7
Gorizia	19	31	0,0	Taranto	251	363	4,7
Pordenone	315	162	1,8	Matera	7	39	0,5
Trieste	138	73	0,8	Potenza	70	105	0,5
Udine	67	132	0,8	Catanzaro	201	157	1,6
Genova	1796	1674	6,4	Cosenza	41	102	0,9
Imperia	301	341	2,3	Crotone	56	97	1,1
La Spezia	190	188	2,7	Reggio Calabria	62	108	0,7
Savona	365	364	4,2	Vibo Valentia	29	32	0,6
Bologna	1535	1380	3,4	Agrigento	1	92	0,2
Ferrara	385	409	3,3	Caltanissetta	147	99	1,8
Forlì	311	477	6,9	Catania	551	468	1,6
Modena	608	575	1,6	Enna	21	37	2,7
Parma	398	346	3,6	Messina	187	211	0,9
Piacenza	256	270	5,2	Palermo	1006	886	1,7
Ravenna	972	723	5,1	Ragusa	55	55	0,7
Reggio Emilia	426	380	3,3	Siracusa	96	148	0,7
Rimini	581	398	8,0	Trapani	26	160	1,4
Arezzo	146	122	0,9	Cagliari	1147	1121	6,3
Firenze	1021	994	3,8	Nuoro	55	66	0,4
Grosseto	218	283	4,2	Oristano	-	42	2,5
Livorno	365	414	5,6	Sassari	347	352	8,3
Lucca	150	321	2,7	Estera	—	378	—
Massa Carrara	230	257	5,0	Ignota	—	768	—
Pisa	638	247	2,6	Totale	51172	51172	

2.1 Le caratteristiche demografiche

La tabella 6 mostra la distribuzione dei casi per fascia d'età e sesso negli anni '90, '95 e nel

2001. Il 71,3% del totale dei casi si concentra nella fascia d'età 25-39 anni. In particolare è aumentata la quota di casi nella fascia d'età 35-39 anni (per i maschi dal 13,9% nel 1990 al 29,3% nel 2001 e per le femmine dal 7,2% nel 1990 al

XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

26,6% nel 2001).

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 2002 le mediane sono salite rispettivamente a 40 e 36 anni (Figura 3). Nell'ultimo decennio la proporzione di pazienti di sesso femminile tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 23-25% (dati non mostrati).

casi attribuibili alle altre modalità di trasmissione. Particolare cautela è necessaria nell'interpretare l'andamento crescente dei casi appartenenti alla categoria "Altro/non determinato": In una specifica indagine condotta dal COA (vedi Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità Vol.11, N. 1, supplemento 1, gennaio 1998) è stata osservato¹⁰ che la quasi totalità dei casi con fattore di rischio "altro/non determinato" è da attribuire alle categorie di esposizione più frequenti quali trasmissione sessuale e tossicodipendenza. La distribuzione dei casi di AIDS attribuibili a rapporti

Tabella 5: Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per nazionalità anagrafica.

Area geografica	<1993	1993-94	1995-96	1997-98	1999-00	2001-02	Totale
Italia	97,3	95,8	94,9	91,2	86,8	84,6	94,2
Africa	0,7	1,7	2,1	4,1	6,2	9,2	2,5
Asia	0,1	0,1	0,2	0,3	0,5	0,7	0,2
Europa Occidentale	0,5	0,6	0,9	0,8	0,5	0,4	0,6
Europa Est	0,1	0,1	0,1	0,4	0,6	0,8	0,2
Nord America	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
Sud America	0,9	1,4	1,5	2,6	3,2	3,1	1,6
Non Specificata	0,2	0,2	0,2	0,6	1,9	1,2	0,4

Tabella 6: Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso negli anni 1990, 1995 e 2001.

Anno di diagnosi	Maschi			Femmine			Totale (1982-2002)		
	1990	1995	2001	1990	1995	2001	Maschi	Femmine	Totale
	N. 2551	N. 4285	N. 1312	N. 583	N. 1378	N. 432	N. 39829	N. 11343	N. 51172
Età (anni)									
0	0,5	0,3	0,2	1,7	0,9	0,2	0,3	1,2	0,5
1-4	0,4	0,3	0,1	2,1	1,0	0,2	0,3	1,2	0,5
5-9	0,2	0,4	0,1	0,9	0,7	0,2	0,2	0,6	0,3
10-12	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
13-14	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
15-19	0,4	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2
20-24	6,1	1,7	1,1	15,3	4,1	3,0	3,6	7,5	4,5
25-29	34,0	12,9	5,0	40,1	22,4	13,0	18,9	26,8	20,7
30-34	28,7	38,4	16,6	22,8	39,3	22,0	30,5	30,6	30,5
35-39	13,9	23,7	29,3	7,2	18,1	26,6	21,0	16,8	20,1
40-49	10,2	14,5	31,3	5,7	8,9	23,6	16,1	9,6	14,6
50-59	3,9	5,1	10,8	2,2	2,5	6,0	6,0	3,0	5,4
>60	1,4	2,6	5,6	1,7	1,7	4,4	2,7	2,0	2,5

2.2 Modalità di trasmissione

La distribuzione dei casi adulti per anno di diagnosi e categoria di esposizione⁹ (Tabella 7) evidenzia come il 61,0% del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti + tossicodipendenti/omosessuali). La distribuzione nel tempo mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale (omosessuale ed eterosessuale) ed una corrispondente diminuzione dei

eterosessuali¹¹ (9.404 casi), ulteriormente suddivisa in base al tipo di rischio, è presentata in tabella 8.

3. PATOLOGIE INDICATIVE DI AIDS

La tabella 9 riporta la distribuzione delle patologie che fanno porre la diagnosi di AIDS in adulti, per anno di diagnosi¹². Le tre nuove patologie incluse nella definizione di caso del 1993 hanno contribuito per il 5,1% del totale delle diagnosi negli anni 1993-94, per l'8,6% nel 1995-