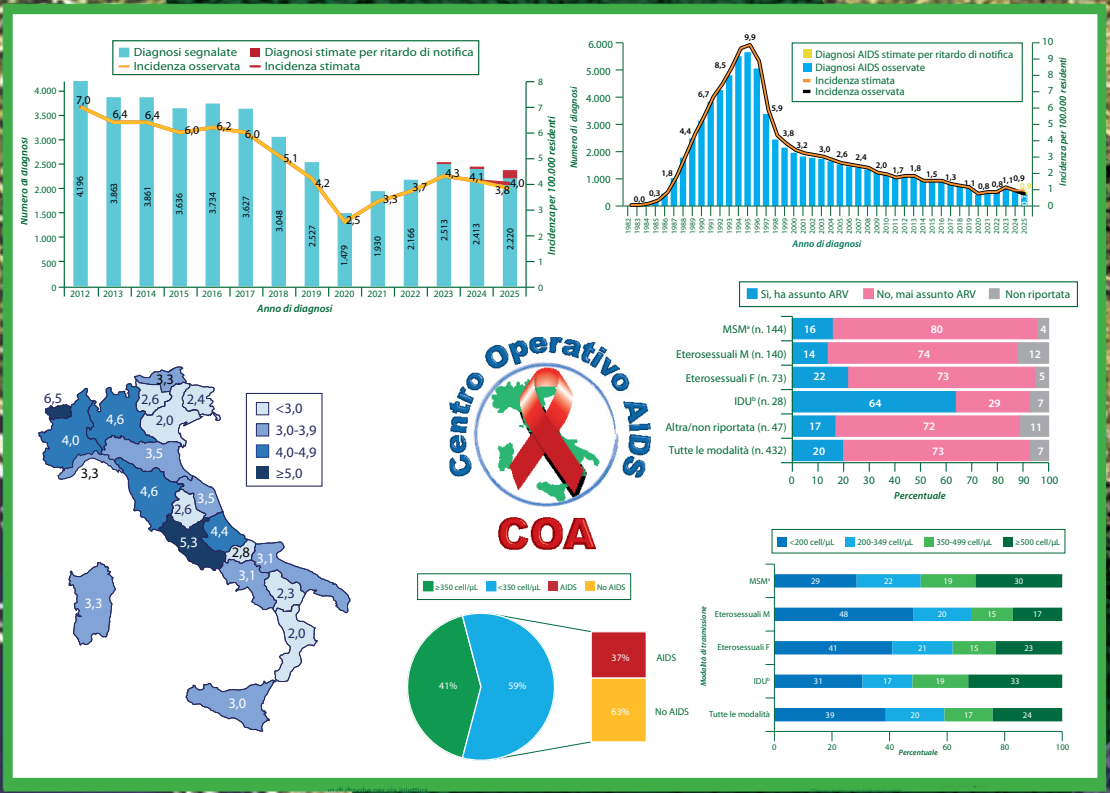
Volume 39 - Numero 11
Novembre 2026
ISSN 0394-9303 cartaceo
ISSN 1827-6296 online

Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

www.iss.it

AGGIORNAMENTO DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV E DEI CASI DI AIDS IN ITALIA AL 31 DICEMBRE 2025



Punti chiave - Dati in breve

Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV

Sorveglianza dei casi di AIDS

Approfondimenti

SOMMARIO

Punti chiave 3

Dati in breve 5

Note tecniche per la lettura 5

Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV 7

Sorveglianza delle nuove diagnosi di AIDS 12

Approfondimenti 15

Sezione Tabelle

HIV 22

AIDS 33

Sezione Figure

HIV 39

AIDS 49

Appendice 1 52

Appendice 2 59

Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV: istituzioni e referenti 2025 62

RIASSUNTO - Nel 2025, sono state effettuate 2.220 nuove diagnosi di infezione da HIV pari a un'incidenza osservata di 3,8 nuovi casi per 100.000 residenti. L'incidenza in Italia è inferiore rispetto all'incidenza media osservata tra i paesi dell'Europa occidentale e quella dell'Unione Europea (5,4 e 5,2 nuove diagnosi per 100.000 residenti). Dal 2012 il numero più elevato di diagnosi è attribuibile alla trasmissione sessuale (in ordine decrescente MSM, maschi eterosessuali e femmine eterosessuali). Nel 2025, la proporzione di nuovi casi attribuibile a trasmissione eterosessuale è stata del 45,7% (28,2% maschi e 17,5% femmine), quella attribuibile a maschi che fanno sesso con maschi è stata del 41,9% e quella attribuibile a persone che usano sostanze stupefacenti del 4,5%. Dal 2012 al 2020 si è osservata una diminuzione delle nuove diagnosi HIV, mentre si è rilevato un aumento dal 2021 fino al 2023, con una stabilizzazione negli ultimi due anni. Nel 2025 le nuove diagnosi di AIDS, notificate al Registro Nazionale AIDS, sono state 432 pari a un'incidenza osservata di 0,7 casi per 100.000 residenti. Nel 2025, tra le nuove diagnosi di AIDS, l'80,9% riguarda persone che hanno scoperto di essere HIV positive nei sei mesi precedenti la diagnosi di AIDS.
Parole chiave: sorveglianza; epidemiologia; HIV; AIDS; Italia

SUMMARY (*HIV/AIDS in Italy up to December 31, 2025*) - In 2025, 2,220 new HIV diagnoses were reported, with an incidence of 3.8 per 100,000 residents, lower compared to that reported in Western European countries and the European Union (5.4 and 5.2 new diagnoses per 100,000 population, respectively). Since 2012, the highest number of new diagnoses is attributable to sexual transmission (MSM, heterosexual males, and heterosexual females). In 2025, heterosexual transmission accounted for 45.7% (28.2% in males, 17.5% in females) of reported diagnoses, followed by sex between men (41.9%), and injecting drug use (4.5%). The incidence rate declined between 2012 and 2020, increased from 2021 onwards, and remained relatively stable over the last two years. In 2025, 432 AIDS diagnoses were reported, with an incidence rate of 0.7 per 100,000 residents. Among these individuals, 80.9% discovered being HIV-infected in the six months prior to AIDS diagnosis.
Key words: surveillance; epidemiology; HIV; AIDS; Italy

sorveglianzahiv@iss.it

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

L'Istituto Superiore di Sanità

è il principale istituto di ricerca italiano nel settore biomedico e della salute pubblica. Promuove e tutela la salute pubblica nazionale e internazionale attraverso attività di ricerca, sorveglianza, regolazione, controllo, prevenzione, comunicazione, consulenza e formazione.

Dipartimenti

- Ambiente e salute
- Malattie cardiovascolari, endocrino-metaboliche e invecchiamento
- Malattie infettive
- Neuroscienze
- Oncologia e medicina molecolare
- Sicurezza alimentare, nutrizione e sanità pubblica veterinaria

Centri nazionali

- Clinical governance ed eccellenza delle cure
- Controllo e valutazione dei farmaci
- Dipendenze e doping
- Intelligenza artificiale e tecnologie innovative per la salute
- Malattie rare
- Prevenzione delle malattie e promozione della salute
- Protezione dalle radiazioni e fisica computazionale
- Ricerca e valutazione preclinica e clinica dei farmaci
- Ricerca su HIV/AIDS
- Salute globale
- Sperimentazione e benessere animale
- Sicurezza acque
- Sangue
- Trapianti

Centri di riferimento

- Medicina di genere
- Scienze comportamentali e salute mentale

Legale rappresentante e Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità: Rocco Bellantone

Direttore responsabile: Antonio Mistretta

Comitato scientifico, ISS: Barbara Caccia, Loredana Ingrosso, Cinzia Marianelli, Antonio Mistretta, Luigi Palmieri, Vito Vetrugno, Ann Zeuner

Redattore capo: Maria Cristina Barbaro

Redazione: Giovanna Morini, Paco Dionisio, Patrizia Mochi

Processo peer review: Paco Dionisio

Progetto grafico: Alessandro Spurio

Impaginazione e grafici: Giovanna Morini

Illustrazioni: Lorenzo Ciacci

Diffusione online: Lorenzo Ciacci

Redazione del Notiziario
Servizio Comunicazione Scientifica
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
e-mail: notiziario@iss.it

Iscritto al n. 475 del 16 settembre 1988 (cartaceo) e al n. 117 del 16 maggio 2014 (online) Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2026

Numero chiuso in redazione il cc novembre 2026

Stampato in proprio

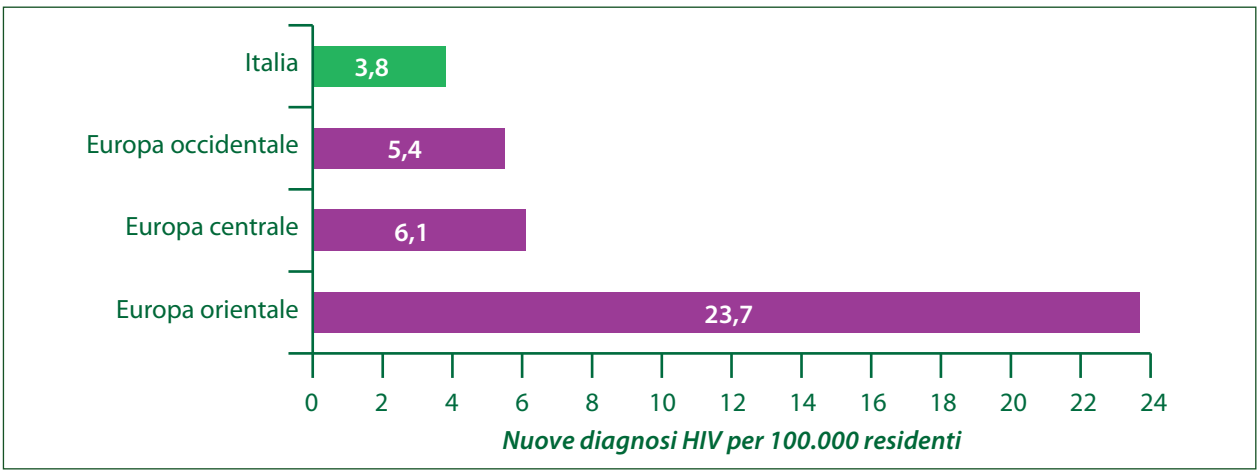
AGGIORNAMENTO DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV E DEI CASI DI AIDS IN ITALIA AL 31 DICEMBRE 2025

A cura di
Vincenza Regine[1], Lucia Pugliese[1], Maurizio Ferri[2], Mariano Santaquilani[3], Barbara Suligoi[4], Anna Teresa Palamara[1]
[1]*Dipartimento di Malattie Infettive, ISS*
[2]*Centro di Riferimento Scienze Comportamentali e Salute Mentale, ISS*
[3]*Servizio di Informatica, ISS*
[4]*già Dipartimento di Malattie Infettive, ISS*

PUNTI CHIAVE

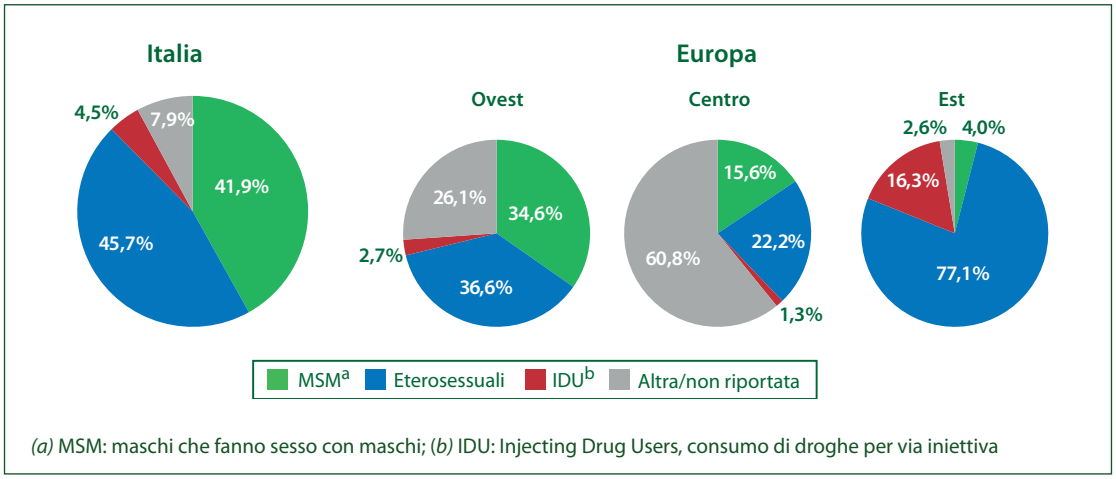
- L'incidenza (casi/popolazione) delle nuove diagnosi HIV, dopo un aumento osservato tra il 2021 e il 2023, si è relativamente stabilizzata negli ultimi due anni.
- Il numero più elevato di diagnosi è da vari anni attribuibile alla trasmissione sessuale (87,6%), in ordine decrescente a: maschi che fanno sesso con maschi (MSM) (41,9%), maschi eterosessuali (28,2%), femmine eterosessuali (17,5%).
- Nel 2025, le Regioni dove si è riscontrata l'incidenza maggiore per 100.000 residenti sono state: il Lazio (5,3), la Lombardia e la Toscana (4,6). L'incidenza maggiore per 100.000 residenti è stata osservata nelle Province di: Milano (6,2), Roma (6,0), Firenze (4,7).
- Dal 2015 è in continuo aumento la quota di persone a cui viene diagnosticata tardivamente l'infezione da HIV (con bassi CD4 o in AIDS); nel 2025, 2/3 degli eterosessuali (maschi e femmine) e più della metà degli MSM sono stati diagnosticati con CD4 <350 cell/μL.
- Nel 2025, quasi la metà delle persone con nuova diagnosi HIV ha effettuato il test per presenza di sintomi o patologie correlate all'HIV e circa 1/5 lo ha effettuato in seguito a comportamenti sessuali a rischio di infezione.
- Negli ultimi cinque anni l'incidenza (casi/popolazione) delle nuove diagnosi AIDS è stabile.
- Il numero complessivo di persone che vive con l'infezione da HIV in Italia è stato stimato essere intorno a 150.000 (range 130.000-170.000) con tasso di prevalenza pari a 0,2 per 100 residenti.

Incidenza HIV 2025



Incidenza HIV: numero di nuove diagnosi HIV per 100.000 residenti in Italia e nelle principali aree geografiche europee.
Fonti: Sistema di Sorveglianza HIV nazionale, *ECDC/WHO. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2026-2025 data* (1)

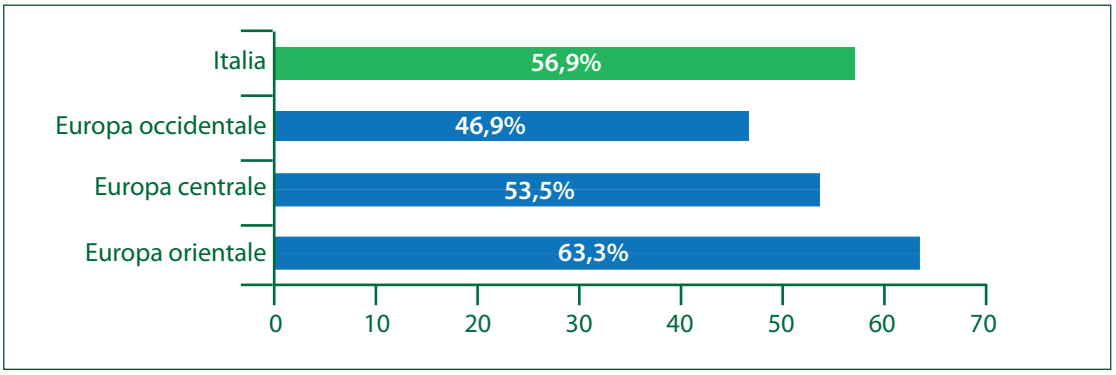
Modalità di trasmissione 2025



(a) MSM: maschi che fanno sesso con maschi; (*b*) IDU: Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva

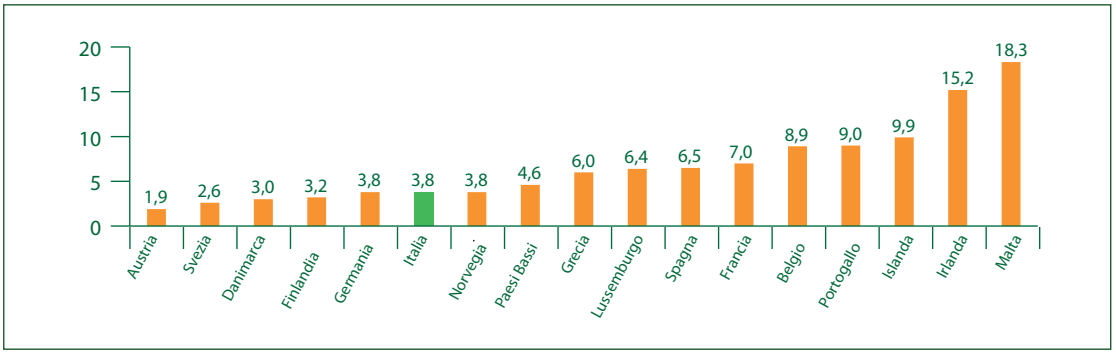
Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione 2025.
Fonti: Sistema di Sorveglianza HIV nazionale, *ECDC/WHO. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2026-2025 data (1)*

Presentazione tardiva 2025*



(*) Presentazione tardiva: nuove diagnosi di infezione da HIV con numero di linfociti CD4 <350 cell/µl (le nuove diagnosi con infezione recente sono escluse).
Fonti: Sistema di Sorveglianza HIV nazionale, *ECDC/WHO. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2026-2025 data (1)*

Incidenza HIV nei Paesi dell'Europa Occidentale 2025



Incidenza HIV: numero di nuove diagnosi per 100.000 residenti in Italia e nei 17 Paesi dell'Europa Occidentale
Fonti: Sistema di Sorveglianza HIV nazionale, *ECDC/WHO. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2026-2025 data (1)*

DATI IN BREVE

La **sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV**, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stata istituita con Decreto Ministeriale nel 2008 e dal 2012 ha copertura nazionale. Nel 2025, sono state segnalate 2.220 nuove diagnosi di infezione da HIV pari a un'incidenza di 3,8 nuove diagnosi ogni 100.000 residenti. Dal 2012 al 2020, si osserva una diminuzione delle nuove diagnosi HIV, un aumento dal 2021 al 2023 e una stabilità negli ultimi due anni. L'Italia, in termini di incidenza delle nuove diagnosi HIV, nel 2025 si colloca al di sotto della media dei Paesi dell'Europa occidentale (5,5 per 100.000 residenti). Il numero complessivo di persone che vive con l'infezione da HIV in Italia è stato stimato essere intorno a 150.000 unità (130.000-170.000) con tasso di prevalenza pari a 0,2% residenti (2).
Nel 2025 le incidenze più alte (>4,5 casi per 100.000 residenti) sono state osservate nelle Regioni: Lazio, Lombardia e Toscana e nei rispettivi capoluoghi: Roma, Milano e Firenze. Le persone che hanno scoperto di essere HIV positive nel 2025 sono maschi nell' 80,3% dei casi. L'età mediana è di 42 anni, più alta nelle femmine (43 anni) rispetto ai maschi (42 anni). L'incidenza più alta è stata osservata tra le persone di età 30-39 anni (8,9 nuovi casi ogni 100.000 residenti di età 30-39 anni); in questa fascia di età l'incidenza nei maschi è 4 volte superiore a quella delle femmine (14,2 *vs* 3,3 per 100.000). Nel 2025 la maggior parte delle nuove diagnosi di infezione da HIV è attribuibile ai rapporti sessuali, che costituiscono l'87,6% di tutte le segnalazioni. In particolare, i maschi che fanno sesso con maschi (MSM) sono il 41,9%, i maschi eterosessuali il 28,2% e le femmine eterosessuali il 17,5%. Dal 2012 al 2025 la proporzione di stranieri oscilla intorno al 30% (±5%), nel 2025 è pari al 32,8% di tutte le nuove diagnosi. Tra gli stranieri più della metà delle nuove diagnosi (50,8%) è attribuibile a rapporti eterosessuali (femmine 26,5%; maschi 24,3%), mentre tra gli italiani tale proporzione è 43,2% (femmine 13,1%; maschi 30,1%).
Nell'ultimo decennio è aumentata la quota di persone a cui è stata diagnosticata tardivamente l'infezione da HIV (persone in fase clinicamente avanzata, con bassi CD4 o in AIDS). Nel 2025, il 38,7% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV è stato diagnosticato tardivamente con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/µL e il 59,1% con un numero inferiore a 350 cell/µL. Una diagnosi HIV tardiva (CD4 <350cell/µL) è stata riportata nel 68,3% dei maschi eterosessuali, nel 61,9% delle femmine eterosessuali e nel 50,8% degli MSM. Nel 2025, quasi la metà (40,2%) delle persone con nuova diagnosi HIV ha eseguito il test per sospetta patologia HIV o in presenza di sintomi HIV correlati. Altri principali motivi di esecuzione del test sono stati in ordine di frequenza: comportamenti sessuali a rischio (17,3%), controlli di routine o iniziative di screening a seguito di campagne informative (12,4%), diagnosi di altra IST (Infezione Sessualmente Trasmessa) (8,1%) e positività del partner (7,4%); questi ultimi due motivi di testing hanno visto una proporzione in aumento tra il 2023 e il 2025.

La **sorveglianza dei casi di AIDS** riporta i dati delle persone con una nuova diagnosi di AIDS conclamata. Dall'inizio dell'epidemia (1982) a oggi sono state segnalate 74.260 nuove diagnosi di AIDS, di cui 48.839 deceduti entro il 2023. Nel 2025 sono state notificate 432 nuove diagnosi di AIDS pari a un'incidenza di 0,7 nuovi casi per 100.000 residenti.
Nel 2025, il 73,0% delle persone diagnosticate con AIDS non aveva ricevuto una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS. Tra le persone che non avevano effettuato trattamenti antiretrovirali prima dell'insorgenza di AIDS nel 2025, la polmonite da *Pneumocystis jirovecii* è stata la più comune patologia di esordio (19,0%), sebbene, nell'ultimo ventennio abbia subito il calo più evidente.
La proporzione di persone con nuova diagnosi di AIDS che ignorava la propria sieropositività e che ha scoperto di essere HIV positiva nel semestre precedente la diagnosi di AIDS è aumentata nel tempo e negli ultimi anni si è stabilizzata intorno all'80-85%, nel 2025 questa proporzione è pari all'80,9%.
Il numero di decessi in persone con AIDS è rimasto relativamente stabile dal 2017 al 2020, è diminuito nel 2021 per poi aumentare nel 2022 e nel 2023, rispettivamente con 494 e 479 decessi. Il numero dei casi prevalenti di AIDS, ossia ancora viventi, al 2023 (anno dell'ultimo aggiornamento dei dati di mortalità) è pari a 24.943. ■

Note tecniche per la lettura

Il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e il Registro Nazionale AIDS (RNAIDS) costituiscono due basi di dati dinamiche che vengono permanentemente aggiornate dal flusso continuo delle segnalazioni inviate dalle Regioni e dai centri segnalatori al Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il COA pubblica annualmente un fascicolo del *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* dedicato all'aggiornamento di questi due flussi di sorveglianza.

a) Il *Notiziario* riporta solo dati ricavati dai Sistemi di sorveglianza HIV e AIDS o da ricerche effettuate dal COA, non può fornire raccomandazioni, ma solo interpretazioni di dati da cui possono derivare indicazioni emanate dal Ministero della Salute o da altre istituzioni competenti. La versione definitiva dei due database è fruibile soltanto a partire dalla pubblicazione del Notiziario che avviene nel mese di novembre dell'anno successivo a quello della diagnosi. Dal 2014 insieme alla Commissione Nazionale AIDS e al Ministero della Salute, si è concordato che prima di novembre non è possibile pubblicare un aggiornamento annuale dei dati né fornire estratti, anche parziali, dei dati HIV e AIDS. ▶

I dati raccolti dai due Sistemi di sorveglianza vengono annualmente inviati all'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) e i dati riportati in questo fascicolo del Notiziario possono presentare piccole differenze rispetto al Report ECDC del corrente anno (1) per aggiornamenti effettuati successivamente all'invio dei dati all'ECDC.
I dati riportati in questo fascicolo del *Notiziario* si discostano da quelli della "Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione delle strategie attivate per fronteggiare l'infezione da HIV" pubblicata nel corrente anno, in quanto si riferiscono a periodi di segnalazione diversi.

In questo numero sono stati inseriti in calce al testo tre approfondimenti su temi di particolare attualità nell'epidemia di HIV in Italia:
- **Stime del Continuum of care in Italia basate su modelli statistici** *vedi* p. 15;
- **Tempo intercorrente tra l'infezione da HIV e la prima diagnosi: stime ottenute con HIV modelling tool - ECDC** *vedi* p. 17;
- **Nuove diagnosi HIV in età pediatrica (0-14 anni)** *vedi* p. 18;
- **Nuove diagnosi HIV in donne italiane e straniere: trend e caratteristiche** *vedi* p. 20.

I risultati presentati negli approfondimenti derivano da elaborazioni aggiuntive condotte sul database della sorveglianza HIV e da progetti di ricerca coordinati dal COA.

b) La completezza dei dati dei due flussi di sorveglianza HIV e AIDS è strettamente legata al ritardo di notifica, cioè al tempo che intercorre tra la diagnosi e l'arrivo delle schede dai centri clinici alle regioni e da queste al COA. Si è osservato che a 6 mesi dal termine dell'anno di riferimento arrivano al COA circa il 90% delle segnalazioni relative all'anno di riferimento. In particolare, i dati del Sistema di sorveglianza dei casi di AIDS possono considerarsi consolidati al 99% a distanza di 4 anni dall'anno di segnalazione. Per quanto riguarda la sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, le analisi effettuate a oggi stimano che circa il 92% delle segnalazioni di un dato anno di diagnosi arrivino al COA entro la deadline dell'anno successivo e il restante 8% nei due anni successivi.

Dal 2013 al 2016 l'aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV veniva effettuato utilizzando le schede pervenute al COA entro giugno dell'anno successivo alla diagnosi. Dal 2017 il termine ultimo per l'invio dei dati dai centri clinici/regioni al COA è stato anticipato al 31 maggio e da quest'anno è stato ulteriormente anticipato al 31 marzo, al fine di inviare i dati italiani all"ECDC entro il 31 maggio. È necessario, pertanto, tenere conto dell'eventuale ritardo di notifica in tutte le tabelle e figure, specialmente per quanto concerne i dati relativi all'ultimo anno di segnalazione, fenomeno comune ai sistemi di sorveglianza delle malattie infettive.

c) Le due basi di dati sorveglianza HIV e AIDS possono subire variazioni nel tempo dovute, oltre che al ritardo di notifica, anche ad altri motivi di seguito elencati:
- cancellazione di eventuali doppie segnalazioni dello stesso caso, in accordo con le singole Regioni;
- correzione di casi che riportano dati incongruenti;
- completamento delle schede che riportano dati incompleti, effettuato in seguito a verifica puntuale con singole Regioni/ospedali/medici segnalatori.

Le variazioni si possono riscontrare all'interno delle due basi di dati di sorveglianza anche a distanza anche di pochi mesi o nel confronto di tali dati con le basi dati regionali. Tali variazioni possono riflettersi sul numero dei casi:
- riferiti in un determinato anno rispetto a quanto riportato per lo stesso anno in un *Notiziario* precedente;
- in una classe di età o modalità di trasmissione quando vengono corrette o integrate le informazioni mancanti;
- residenti in una Regione rispetto a quanto la stessa Regione può registrare in base alle segnalazioni locali, poiché il COA può aggiungere a ogni Regione i casi residenti in quella Regione, ma segnalati in altre Regioni.

La serie storica delle nuove diagnosi HIV, riportata nei fascicoli del *Notiziario* dal 2017, risulta leggermente inferiore alla serie storica riportata nei volumi precedenti perché a partire dal 2017 si eliminano le doppie segnalazioni riscontrate in Regioni diverse e relativamente alla serie storica disponibile per ciascuna Regione, ossia per tutte le diagnosi segnalate al COA dall'anno di inizio della raccolta dati in ogni Regione fino al 31 dicembre dell'anno interessato.

d) In questo fascicolo, con il termine "incidenza HIV" si intende l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e non l'incidenza delle nuove infezioni da HIV. L'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV viene calcolata sui residenti, sia al numeratore (numero di residenti con nuova diagnosi di infezione da HIV) che al denominatore (numero di residenti). Allo stesso modo si definisce l'incidenza AIDS. Il numero dei residenti è riportato annualmente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) ed è disponibile online (3). Relativamente alle incidenze per età, genere e area geografica sono stati utilizzati i denominatori specifici, cioè i residenti stratificati per la variabile di interesse; ad esempio, è stato utilizzato il numero dei residenti maschi come denominatore per l'incidenza in maschi.

e) 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: consumo di droghe per via iniettiva (Injecting Drug Users - IDU), MSM, eterosessuali, non riportato. Nella presentazione dei dati la modalità di trasmissione eterosessuale è stata suddivisa in "eterosessuali maschi" ed "eterosessuali femmine", perché l'epidemia da HIV nelle due popolazioni è proporzionalmente diversa. Per la modalità di trasmissione relativa agli IDU, invece, tale suddivisone non si è resa necessaria.

f) Nel testo, nelle figure e nelle tabelle viene in alcuni casi citata la voce "Non riportata" ad esempio, in modalità di trasmissione, nazionalità, linfociti CD4 ecc.: in questi casi si intende che il dato è mancante nella scheda di notifica HIV o AIDS.

g) Per le Regioni con un numero di diagnosi inferiore a 100, i singoli dati regionali vanno letti con cautela, poiché anche piccole differenze numeriche possono comportare grandi variazioni in termini di incidenza.

h) Al fine di rendere il numero dei casi di AIDS più aderente a quello che sarà il dato consolidato, dal 2014 non vengono più presentati i dati per anno di segnalazione ma unicamente per anno di diagnosi. Questo può comportare variazioni sul numero dei casi e rendere complesso il confronto con i dati pubblicati nei fascicoli di *Notiziario* degli anni precedenti al 2014. ■

SORVEGLIANZA DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV

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) (4). 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.

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 delle Province Autonome (PA) (**Tabella 1**). Dal 2012 tutte le Regioni italiane hanno attivato un Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV raggiungendo così una copertura del Sistema del 100%.

Il Decreto Ministeriale affida al Centro Operativo AIDS (COA) il compito di: raccogliere le segnalazioni, gestire e analizzare i dati, assicurare l'invio delle informazioni al Ministero della Salute. I metodi e gli strumenti per la raccolta dei dati sono già stati descritti in precedenza (5, 6). 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 in prima istanza dalle Regioni che, a loro volta, li inviano al COA (5, 6).

Questo fascicolo del Notiziario presenta i dati nazionali delle nuove diagnosi di infezione da HIV aggiornati al 31 dicembre 2025 e pervenuti al COA entro il 31 marzo 2026 (vedi *Note tecniche per la lettura, punto a, punto b*). I dati dell'ultimo anno possono essere sottostimati a causa del naturale ritardo di notifica, cioè il tempo che intercorre dalla data della diagnosi al momento in cui la notifica perviene al Sistema di sorveglianza HIV nazionale (vedi *Note tecniche per la lettura, punto b*). La **Figura 1** presenta, insieme al numero delle diagnosi osservate, la stima del numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV che non sono ancora arrivate al Sistema di sorveglianza, ma che si stima siano state effettuate entro il 2025.

La **Tabella 1** riporta l'anno di inizio di raccolta dei dati per ogni Regione, il numero di segnalazioni dal 2016 al 2025 e la variazione percentuale del numero di diagnosi segnalate nell'ultimo anno rispetto al 2024. Dieci Regioni hanno registrato un aumento del numero di diagnosi nell'ultimo anno rispetto al 2024, altre dieci una diminuzione, in una sola Regione il numero di diagnosi rimane stabile. Il numero complessivo di persone che vive con l'infezione da HIV in Italia è stato stimato intorno a 150.000 unità (130.000-170.000) con tasso di prevalenza pari a 0,2 casi per 100 residenti (2).

Distribuzione geografica delle nuove diagnosi HIV

Nel periodo 2012-2025 sono state segnalate a livello nazionale 41.213 nuove diagnosi di infezione da HIV come riportato in **Tabella 1** (vedi *Note tecniche per la lettura, punto c*). Nel 2025, più della metà dei casi (60,0%) sono stati segnalati da cinque Regioni: Lombardia (n. 467), Lazio (n. 322), Emilia-Romagna (n. 181), Campania (n. 181) e Toscana (n. 180).

Dal 2012 si osserva una diminuzione delle nuove diagnosi HIV fino al 2020, anno in cui si è registrato il minor numero di casi a causa dell'epidemia di COVID-19. Nella **Figura 1** è riportato il numero di nuove diagnosi segnalate ed il numero di nuove diagnosi stimate sulla base del ritardo di notifica (vedi *Note tecniche per la lettura, punto b*). In particolare, la correzione per ritardo di notifica stima che ai 2.220 casi del 2025, finora pervenuti al Sistema di sorveglianza, manchi ancora il 6,5% di segnalazioni; questa percentuale porterebbe il numero di casi del 2025 a circa 2.370 e l'incidenza passerebbe così da 3,8 a 4,0 casi per 100.000 residenti, evidenziando una stabilità dell'incidenza rispetto al 2024. La **Figura 1** riporta, altresì, l'andamento dell'incidenza HIV dal 2012 al 2025 calcolata sul numero di diagnosi corrette per ritardo di notifica.

La **Tabella 2** riporta il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV per Regione di segnalazione e di residenza nel 2025. La differenza tra il numero dei casi residenti e quello dei casi segnalati fornisce informazioni utili sulla mobilità degli individui e sull'offerta assistenziale di alcune Regioni. Considerando le sole Regioni con il maggior numero di residenti nel 2025 (Lombardia, Lazio, Campania, Veneto, Sicilia, Emilia-Romagna), la Sicilia è la Regione che ha "esportato" casi in termini assistenziali (n. casi residenti >n. casi segnalati), mentre tutte le altre hanno "importato" casi da altre Regioni (n. casi residenti <n. casi segnalati). ▶

Incidenza delle nuove diagnosi HIV

Nel 2025 l'incidenza HIV (vedi *Note tecniche per la lettura, punto d*) è 3,8 nuove diagnosi per 100.000 residenti. Rispetto all'incidenza riportata dai Paesi dell'Europa occidentale, l'Italia si posiziona al di sotto della media (5,4 nuovi casi per 100.000 residenti) e classificando i Paesi a partire dall'incidenza più bassa l'Italia si posiziona al quinto posto insieme alla Germania e alla Norvegia (2).

L'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è aumentata nella seconda metà degli anni '80, raggiungendo il picco di 26,8 nuovi casi per 100.000 residenti nel 1987 (dati non mostrati) per poi diminuire gradualmente negli anni '90 fino a stabilizzarsi dal 2000 intorno a un'incidenza media di 6-7 casi per 100.000 residenti. Dal 2012 al 2020 l'incidenza ha mostrato un andamento in diminuzione sia nei maschi che nelle femmine. Disaggregando per fascia di età, tale diminuzione è più evidente nella fascia di età 25-49 anni e ha interessato maggiormente i maschi (**Figura 2**). Negli anni più recenti l'incidenza è aumentata da 2,5 nel 2020 a 4,3 nel 2023, stabilizzandosi negli ultimi due anni: le incidenze corrette per ritardo di notifica sono 4,1 nel 2024 e 4,0 nel 2025.

Nel 2025, escludendo la Valle d'Aosta che ha una bassa dimensione demografica, le Regioni con l'incidenza superiore alla media nazionale (3,8) sono state: Lazio (5,3) Lombardia (4,6), Toscana (4,6) e Piemonte (4,0) (**Figura 3** e **Tabella 2**). Le incidenze più elevate si osservano nei rispettivi capolughi di Regione: Milano (6,2), Roma (6,0), Firenze (4,7) e Torino (4,1) (**Tabella 7**). Gli andamenti temporali dell'incidenza nelle singole Regioni sono riportati in Appendice 1 (vedi *Note tecniche per la lettura, punto b*). Le incidenze del 2025 per Provincia di residenza sono mostrate in Appendice 2, p. 59.

La **Figura 4** riporta le quattro Province con il più alto numero di diagnosi nel 2025: Roma, Milano, Napoli e Torino, si osserva un decremento fino al 2020, seguito poi da un aumento negli ultimi anni. Confrontando le incidenze si osserva come Roma e Milano le abbiano simili intorno a 6 casi per 100.000, così come Napoli e Torino 4 casi per 100.000 residenti.

Genere, età e nazionalità alla diagnosi HIV

Nel 2025 la proporzione di donne con nuova diagnosi HIV è pari a 21,7%; tale proporzione è rimasta pressoché costante nel periodo 2012-2025 e mediamente intorno al 22% (±2%). L'età mediana alla diagnosi è aumentata progressivamente dal 2012 al 2025 passando da 37 (Range Interquartile - IQR: 30-46) a 42 anni (IQR: 32-55) (**Figura 5**). Per le femmine si osservano variazioni simili dell'età mediana alla diagnosi che, nel periodo 2012-2025, passa da 35 anni (IQR: 28-44 anni) a 43 anni (IQR: 33-53 anni); per i maschi l'età mediana alla diagnosi passa da 38 anni nel 2012 (IQR: 31-47anni) a 42 nel 2025 (IQR: 32-53 anni). In tutto il periodo di osservazione l'età mediana delle donne è inferiore a quella dei maschi a eccezione dell'anno 2025 (**Figura 5**).

La **Figura 5** mostra l'andamento temporale delle proporzioni di nuove diagnosi per classe d'età. Si osserva come la distribuzione dei casi nella fascia d'età 30-39 anni sia diminuita dal 34% nel 2012 al 26% nel 2025 e le fasce d'età ≥50 anni siano aumentate: la fascia 50-59 anni è passata dal 12% nel 2012 al 21% nel 2025, quella ≥60 anni è passata dal 5% nel 2012 al 12% nel 2025, mentre per le altre fasce d'età si osservano variazioni meno pronunciate nel tempo.

La **Tabella 3** mostra la distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e genere nel 2025. La proporzione di maschi aumenta con l'aumentare dell'età. La classe d'età con maggiore differenza per genere è la classe ≥70 anni con il 94% di maschi e il 6% di femmine. Nel 2025 la fascia d'età 30-39 registra la proporzione più alta di diagnosi (26,2%) e costituisce la classe di età numericamente più rappresentata nei maschi (26,6%) mentre nelle femmine la classe più rappresentata è 40-49 (25,4%). Nel 2025 sono stati osservati 4 casi in età pediatrica dovuti a trasmissione verticale in bambini di nazionalità straniera e in bambini italiani per adozione (vedi *Box di approfondimento* p. 18).

La **Figura 6** mostra l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e genere nel 2025 (vedi *Note tecniche per la lettura, punto c*). Le classi di età che presentano le incidenze più elevate sono 30-39 anni con un'incidenza di 8,9 nuovi casi per 100.000 residenti e 25-29 anni con un'incidenza di 7,8 nuovi casi per 100.000 residenti. In queste fasce di età le incidenze nei maschi presentano valori almeno quattro volte superiori rispetto a quelle delle femmine (14,2 *vs* 3,3 per 100.000 residenti).

Nella **Figura 7** si osserva come prima del 2020 la fascia di età con l'incidenza più elevata fosse 25-29 anni, mentre a partire dal 2021 è stata la fascia 30-39 anni, equamente distribuita nelle sottofasce di età 30-34 e 35-39 anni (dati non mostrati).

Nella **Figura 8** si osserva una diminuzione del numero di nuove diagnosi HIV in stranieri dopo il 2016 e fino al 2020 che passa da 1.330 casi nel 2016 a 489 casi nel 2020 per poi aumentare fino al 2023 (941 casi) e raggiungere, infine, 725 casi nel 2025. La proporzione di stranieri tra le nuove diagnosi HIV oscilla con valori intorno al 30% (±5%) in tutto il periodo esaminato; nel 2025 gli stranieri costituiscono il 32,8% di tutte le segnalazioni.

Nella **Tabella 4** sono riportati il numero e la proporzione di nuove diagnosi di infezione da HIV per nazionalità e Regione di segnalazione per l'anno 2025. Le proporzioni più elevate di stranieri si riscontrano nelle Regioni del Nord (40,2%) e del Centro (32,3%), quelle più basse nelle Regioni del Sud e Isole (20,5%).

Nel 2025, il 30,1% degli stranieri con nuova diagnosi HIV è costituito da donne, una proporzione più alta rispetto a quella osservata tra gli italiani (14,6%). La **Figura 9** mostra la distribuzione delle nuove diagnosi HIV per genere in italiani e stranieri nel periodo 2012-2025: si osserva come tra gli italiani la proporzione di donne sia rimasta stabile intorno al 14%, mentre tra gli stranieri è diminuita dal 39,9% del 2012 al 30,1% del 2025 (**Figura 9**). L'età mediana alla prima diagnosi di infezione da HIV tra stranieri è di 37 anni (IQR 30-47), più bassa rispetto a quella rilevata tra gli italiani che è di 45 anni (IQR: 34-55) (**Tabella 5**).

Modalità di trasmissione

La distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione (vedi *Note tecniche per la lettura, punto e*) mostra come dal 2012 al 2025 il numero più elevato di diagnosi sia attribuibile alla trasmissione sessuale e in ordine decrescente, a MSM, maschi eterosessuali e femmine eterosessuali. Per tutte le modalità di trasmissione si osserva dal 2012 una riduzione del numero di casi fino al 2020 per poi aumentare per tutte le modalità (**Figura 10**). Dal 2012 la percentuale dei casi attribuibili a trasmissione eterosessuale (maschi e femmine) è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 43% fino al 2022 ed è aumentata negli ultimi due anni raggiungendo il 46% nel 2025, mentre la proporzione di casi attribuibili a trasmissione tra MSM nello stesso periodo è mediamente intorno 40% e nel 2025 è pari a circa il 42% (**Figura 11**).

Nella **Tabella 5** si osserva come nel 2025 la proporzione maggiore di casi (87,6%) sia attribuibile alla trasmissione sessuale, con valori simili in italiani (88,4%) e stranieri (86,1%). Tuttavia, tra gli stranieri, il 50,8% delle nuove diagnosi è attribuibile a rapporti eterosessuali (femmine 26,5%; maschi 24,3%), mentre tra gli italiani tale proporzione è 43,2% (femmine 13,1%; maschi 30,1%). Altre differenze significative si riscontrano negli MSM che tra italiani rappresentano il 45,2% mentre tra gli stranieri il 35,3%.

Nel 2025 gli IDU rappresentano il 4,5% delle nuove diagnosi con proporzioni più alte negli italiani rispetto agli stranieri, rispettivamente 5,1% e 3,3%. Nel 7,9% delle diagnosi la modalità di trasmissione è "Altra/Non riportata" (vedi *Note tecniche per la lettura, punto f*). Nella **Figura 11** si osserva come tali proporzioni siano rimaste stabili tra il 2012 e il 2025.

La **Tabella 6** riporta la distribuzione percentuale delle modalità di trasmissione (vedi *Note tecniche per la lettura, punto e*) per ogni fascia d'età. Escludendo le fasce di età che riportano un numero esiguo di casi (inferiore a 25), la più alta proporzione di MSM si riscontra nella fascia 20-24 anni (56,2%), quella di eterosessuali maschi nella fascia 60-69 anni (35,2%), quella di eterosessuali femmine nella fascia 60-69 anni (21,8%) e quella degli IDU tra i 40-49 anni (5,0%).

La **Figura 12** illustra per l'anno 2025 la distribuzione percentuale per classe d'età in ogni modalità di trasmissione (vedi *Note tecniche per la lettura, punto e*). La proporzione più alta di persone di età superiore a 50 anni si riscontra tra i maschi eterosessuali (42%), mentre quella più bassa tra gli IDU (24%) e gli MSM (26%). L'età mediana alla prima diagnosi HIV è aumentata per tutte le modalità di trasmissione a partire dal 2018, sebbene tale incremento interessi principalmente i maschi eterosessuali (**Figura 13**). In tutto il periodo gli MSM sono più giovani degli eterosessuali maschi e nel 2025 hanno rispettivamente una età mediana di 38 anni *vs* 47 anni. ▶

La **Tabella 7** mostra il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV e l'incidenza per Regione di residenza nel 2025, stratificato per modalità di trasmissione. In essa si riportano le Regioni che nel 2025 hanno segnalato un numero di nuove diagnosi superiore a 100, con i rispettivi capoluoghi di Regione (vedi *Note tecniche per la lettura, punto g*). Per quanto riguarda il dato regionale nel suo complesso, le proporzioni più alte di MSM si osservano in Campania (52,9%) e in Sicilia (52,8%), quella di eterosessuali maschi in Toscana (33,7%), di eterosessuali femmine in Piemonte (23,1%) e di IDU in Lombardia (7,0%). Nei rispettivi capoluoghi di Regione la proporzione più alta di MSM (calcolata sulle nuove diagnosi di residenti nella stessa Provincia) si osserva nella Provincia di Bologna (75,9%), la proporzione più elevata di eterosessuali maschi è riportata nella Provincia di Torino (35,2%), mentre la proporzione più elevata di eterosessuali femmine si riscontra a Roma (16,5%), per gli IDU la proporzione più alta (8,0%) si osserva a Milano.

Numero di linfociti CD4 e arrivo tardivo alla diagnosi di HIV

I dati sul numero dei linfociti CD4 alla prima diagnosi di infezione da HIV negli ultimi tre anni sono riportati stabilmente nel 98% delle segnalazioni, nel 2025 coprono il 97,8% delle nuove diagnosi HIV (**Tabella 8**). Si osserva come il 59,1% delle nuove diagnosi di infezione da HIV presenta un numero di linfociti CD4 <350 cell/μL e, tra queste, il 37% è già in AIDS (**Figura 14**).

Nel 2025 la più alta quota di persone a cui viene diagnosticata tardivamente l'infezione da HIV, ossia con bassi livelli di CD4, si osserva tra gli eterosessuali maschi (68,3%). Le più basse proporzioni di diagnosi tardive si osservano negli MSM (50,8%) e negli IDU (47,9%) (**Tabella 9** e **Figura 15**).

Nel 2025, le proporzioni più elevate di diagnosi tardive (numero di CD4 inferiore a 350 cell/μL) si sono riscontrate in persone con età ≥60 anni: in particolare il 70,2% aveva numero di linfociti CD4 inferiore a 350 cell/μL e il 38,7% aveva un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/μL al momento della nuova diagnosi HIV (**Tabella 9**). Nel 2025 le persone a cui viene diagnosticata per la prima volta un'infezione da HIV contemporaneamente a una diagnosi di AIDS sono 480 e la proporzione risulta essere del 23,1%, con proporzioni più alte nei maschi eterosessuali (30,6%) e nelle persone con età ≥60 anni (36,1%) (**Tabella 9**).

La **Figura 16** mostra l'andamento del numero di nuove diagnosi di HIV con CD4 <350 cell/μL e quello con CD4 ≥350 cell/μL nel periodo 2012-2025. L'andamento risulta sovrapponibile, sebbene dal 2021 si osservi un incremento più marcato per le diagnosi con CD4 <350 cell/μL.

La **Figura 17** riporta nello stesso periodo la proporzione di nuove diagnosi con numero di linfociti CD4 <350 cell/μL per le principali modalità di trasmissione, si osserva come le diagnosi tardive aumentino dal 54,6% nel 2012 al 59,1% nel 2025 e mostrino una relativa stabilità negli ultimi tre anni. Gli aumenti più evidenti si osservano negli MSM e nei maschi eterosessuali.

La **Figura 18** mostra la mediana dei CD4 alla diagnosi per modalità di trasmissione nel periodo 2012-2025. Gli MSM presentano costantemente i valori più alti, sebbene, in lieve calo dal 2012 al 2020 e poi stabili intorno a 340 cell/μL negli ultimi anni. Valori più bassi si osservano nei maschi eterosessuali e, dal 2020, anche nelle femmine eterosessuali con un abbassamento complessivo della mediana, indicativo di un aumento delle diagnosi tardive.

La **Tabella 10** riporta la distribuzione temporale (numero e percentuale) dal 2016 al 2025 delle diagnosi con linfociti CD4 <350 cell/μL per genere, nazionalità, classe di età e modalità di trasmissione. Per l'intero periodo le proporzioni più elevate si osservano tra gli eterosessuali maschi (mediamente 68%) e nella fascia di età ≥60 anni (mediamente 75%), nel 2025 tali proporzioni sono rispettivamente 68,3% e 70,2%.

La **Tabella 11** riporta per lo stesso periodo di tempo (2016-2025) il numero e la percentuale di nuove diagnosi HIV concomitanti con AIDS per genere, nazionalità, classe di età e modalità di trasmissione. Le percentuali di diagnosi concomitanti con AIDS nell'intero periodo di osservazione oscillano intorno al 24% (±4%) e nel 2025 rappresentano il 23,1% delle nuove diagnosi. Per l'intero periodo le proporzioni più elevate si riscontrano tra gli eterosessuali maschi (mediamente 31%) e nella fascia di età ≥60 anni (mediamente 42%), nel 2025 tali proporzioni sono rispettivamente 30,6% e 36,1%. Il tempo che intercorre tra la data del primo test HIV positivo e la data della prima misurazione dei CD4 rappresenta un indicatore della tempestività di presa in carico (cosiddetto *linkage to care*) delle persone con nuova diagnosi HIV. Nel 2025 il tempo mediano di *linkage to care* è di 3 giorni

(IQR: 0-10), simile a quello del 2024 (4 giorni; IQR: 0-12) e inferiore rispetto a quello osservato nel 2012 (8 giorni; IQR: 0-22). Nel 2025 il 98,9% delle persone con nuova diagnosi HIV è risultata presa in carico entro 3 mesi dalla diagnosi.

Motivo di effettuazione del test

La **Tabella 12** e la **Tabella 13** riportano per l'anno 2025 il numero e la percentuale di nuove diagnosi HIV per motivo di effettuazione del test. Le percentuali sono state calcolate su 1.754 segnalazioni (79,0%) per le quali è stato riportato il motivo di effettuazione del test. Nel 2025 il 40,2% delle persone con nuova diagnosi HIV ha eseguito il test per sospetta patologia HIV-correlata o presenza di sintomi relativi all'HIV. Altri principali motivi di esecuzione del test sono stati: comportamenti sessuali a rischio di infezione (17,3%), controlli di routine e iniziative di screening a seguito di campagne informative (12,4%), diagnosi di infezioni sessualmente trasmesse (8,1%) e sieropositività del partner (7,4%) (**Tabella 12**). Disaggregando per modalità di trasmissione, la sospetta patologia HIV-correlata rimane il motivo di effettuazione del test più frequente negli IDU (49,6%) e negli eterosessuali maschi (48,4%), mentre i comportamenti sessuali a rischio sono riportati più frequentemente negli MSM (24,2%) (**Tabella 12**).

La **Tabella 13** riporta il motivo di effettuazione del test, per genere e nazionalità nel 2025, il motivo principale di esecuzione del test rimane la sospetta patologia HIV-correlata o presenza di sintomi HIV, che rappresenta il 43,4% delle diagnosi tra gli italiani e il 33,3% tra gli stranieri, con valori più elevati tra i maschi italiani (43,9%), seguono i comportamenti sessuali a rischio con leggere differenze tra italiani e stranieri, rispettivamente 16,2% e 19,5%. Si osservano differenze marcate tra donne italiane e straniere, infatti, nelle italiane vi è un'alta quota di test effettuati in seguito alla sieropositività del partner (18,5%), mentre tra le donne straniere sono più frequenti i controlli legati alla riproduzione (gravidanza, parto ecc.) con il 18,9% e quelli per adesione a campagne di screening (16,6%).

Negli ultimi tre anni sono aumentate le proporzioni dei test effettuati per diagnosi di infezioni sessualmente trasmesse e in seguito alla scoperta della sieropositività del partner, viceversa è diminuita la proporzione di test effettuati per comportamenti sessuali a rischio (**Figura 19**).

Infezioni recenti

Il Sistema di sorveglianza HIV è basato sulla notifica delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che includono sia infezioni acquisite da poco tempo (infezioni recenti) che quelle acquisite più indietro nel tempo. La possibilità di identificare le infezioni recenti consente di: ottenere un quadro più realistico dell'epidemiologia attuale dell'infezione da HIV (non distorto dai casi di infezione avvenute tempo addietro); stimare in modo più affidabile l'incidenza HIV; individuare i gruppi di popolazione maggiormente esposti all'infezione nel periodo recente; mirare efficacemente le azioni di prevenzione alle aree di rischio corrente. Per individuare le infezioni recenti, varie Regioni si sono attivate utilizzando test e metodi diversi; la maggior parte usa il test di avidità anticorpale (AI) che permette di identificare le infezioni acquisite nel semestre precedente la prima diagnosi di sieropositività (7).

Le nuove diagnosi HIV testate per infezione recente rappresentano complessivamente il 19,2% di tutte le segnalazioni dal 2012 al 2025; di queste il 16,6% sono infezioni recenti. La proporzione di infezioni recenti ha subito un graduale decremento dal 2012 al 2017 passando dal 23,0% all'8,3% per poi rimanere stabile intorno al 16,0% (±3%) negli anni successivi e nel 2025 è pari a 17,8%.

Nel 2025 sono state testate per infezione recente 697 nuove diagnosi (31,4% di tutte le diagnosi notificate), le Regioni con la proporzione più alta di test per infezione recente sono il Lazio (97,5% delle proprie diagnosi) e la Campania (74,0% delle proprie diagnosi).

La proporzione più alta di infezioni recenti è stata osservata negli MSM (20,8%), la quota più bassa nei maschi eterosessuali (12,1%). Differenze si evidenziano anche tra italiani e stranieri: la quota di infezioni recenti è 19,3% nei primi e 14,4% nei secondi.

Nel 2025 si osserva che, la proporzione di infezioni recenti risulta la più alta tra le persone che hanno eseguito il test HIV dopo una diagnosi di IST (21,4%), a seguire vi è una proporzione alta di infezioni recenti tra le persone che hanno eseguito il test per comportamenti sessuali a rischio (17,8%), mentre la proporzione più bassa di infezioni recenti si osserva in chi si è testato per sintomi o sospetta patologia relativa all'HIV (12,3%).

I dati sulle infezioni recenti possono essere condizionati da vari fattori, quali l'offerta del test HIV sul territorio, le campagne di sensibilizzazione o la differente percezione del rischio delle singole persone. Una valutazione più robusta sulla percentuale e sulla distribuzione delle infezioni recenti richiederebbe una effettuazione sistematica di un test specifico in tutte le nuove diagnosi HIV.

SORVEGLIANZA DELLE NUOVE DIAGNOSI DI AIDS

In Italia, la raccolta sistematica dei dati sui casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) è iniziata nel 1982 e nel giugno 1984 è stata formalizzata in un Sistema di sorveglianza nazionale attraverso il quale vengono segnalati i casi di malattia diagnosticati. Con il Decreto Ministeriale del 28 novembre 1986 (*Gazzetta Ufficiale* n. 288, 12 dicembre 1986) (8), l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Dal 1987, il Sistema di sorveglianza è gestito dal COA che, in collaborazione con le Regioni, provvede alla raccolta e all'archiviazione nel Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), all'analisi periodica dei dati e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto annuale (vedi *Note tecniche per la lettura, punti b, c, h*). 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 (9). A partire dal 1° luglio 1993, la definizione di caso adottata in Italia attiene alle indicazioni del Centro Europeo del WHO. Tale definizione aggiunge, alla lista iniziale di patologie, altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina (10).

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia, al 31 dicembre 2025 sono stati notificati al COA 74.260 casi di AIDS. La **Figura 20** riporta l'andamento temporale del numero di diagnosi AIDS segnalate all'RNAIDS e corrette per ritardo di notifica (vedi *Note tecniche per la lettura, punto b*) e le incidenze calcolate sulla popolazione residente.

Nel 2025, sono state notificate 432 nuove diagnosi di AIDS, pari a un'incidenza di 0,7 casi per 100.000 residenti. La **Tabella 14** riporta il numero annuale di nuovi casi, i morti per anno di decesso e i casi prevalenti di AIDS, ossia i casi ancora viventi nell'anno considerato. I decessi tra le persone notificate all'RNAIDS sono diminuiti progressivamente nel tempo e nel 2023 sono stati 479, nello stesso anno i casi prevalenti sono 24.943.

La segnalazione di decesso per AIDS al Registro Nazionale non è obbligatoria per legge, per questo motivo dal 2006 il COA, in collaborazione con l'Istat e con il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, effettua un aggiornamento annuale dello stato in vita di tutte le persone incluse nel Registro (11, 12). I dati delle persone con AIDS diagnosticate tra il 1999 e il 2023 sono stati incrociati, attraverso una procedura automatizzata e anonima di *record linkage*, con quelli del Registro di mortalità dell'Istat, i cui dati a oggi sono disponibili fino al 2023. È da sottolineare che la procedura di *record linkage* permette di aggiornare annualmente il numero delle persone con AIDS decedute per qualsiasi causa e non quello di persone decedute per cause associate all'AIDS. È da osservare, inoltre, che non è possibile aggiornare lo stato in vita delle persone con nuova diagnosi HIV in quanto la sorveglianza HIV, a differenza di quella AIDS, non raccoglie i dati identificativi che permetterebbero il *linkage* con i dati di mortalità Istat.

Distribuzione geografica e incidenza

La **Tabella 15** riporta il numero di nuove diagnosi di AIDS per Regione di residenza e l'incidenza nazionale nel periodo 2016-2025. Si osserva come l'incidenza sia diminuita gradualmente da 1,5 nel 2016 a 0,7 nel 2020 per 100.000 residenti e poi assestarsi negli ultimi cinque anni intorno a una media di 0,8 casi per 100.000 residenti. Il numero annuale di casi prevalenti AIDS per Regione di residenza è mostrato nella **Tabella 16** fino al 2023 (Vedi *Note tecniche per la lettura, punto i*). Per Regione di residenza i numeri più alti di prevalenti si osservano in Lombardia e nel Lazio.

L'incidenza di AIDS per Regione di residenza (dati non corretti per ritardo di notifica) permette il confronto tra aree geografiche a diversa densità di popolazione. Nel 2025 le Regioni con incidenza più elevata (**Figura 21**) sono il Lazio, la Toscana e la Lombardia. L'Appendice 1 a p. 52 mostra l'andamento dell'incidenza delle nuove diagnosi di AIDS per 100.000 residenti dal 2012 al 2025 per Regione di residenza (dati non corretti per ritardo di notifica). L'Appendice 2 a p. 59 riporta le incidenze AIDS per Provincia di residenza nel 2025.

Età, genere e modalità di trasmissione

Negli ultimi 20 anni il quadro epidemiologico dei casi di AIDS ha subito notevoli cambiamenti, che appaiono ben evidenziati nella **Tabella 17** e nella **Tabella 18**.

La **Tabella 17** mostra la distribuzione percentuale dei casi di AIDS per genere, età, nazionalità e modalità di trasmissione negli anni 2005, 2015 e 2025. Si osserva come sia aumentata sensibilmente l'età mediana alla diagnosi che passa da 41 anni (IQR: 35-46), nel 2005 a 49 anni (IQR: 40-56) nel 2025. È aumentata la proporzione di persone di nazionalità straniera che passa dal 20,2% nel 2005 al 38,0% nel 2025. La proporzione di IDU si è ridotta sensibilmente dal 29,4% nel 2005 al 6,5% nel 2025 a fronte di un aumento nello stesso periodo della proporzione di MSM (20,6% nel 2005; 33,3% nel 2025) e di quella relativa ai maschi eterosessuali (26,0% nel 2005; 32,4% nel 2025), la quota di femmine eterosessuali rimane stabile intorno al 16,9%. Il numero di casi AIDS pediatrici, ossia di età inferiore ai 13 anni, si è drasticamente ridotto nell'ultimo ventennio: si sono registrati 3 casi (0,2%) nel 2005, 2 casi (0,2%) nel 2015 e nessun caso nel 2025. La cospicua diminuzione dei casi di AIDS pediatrici può considerarsi l'effetto combinato dell'applicazione delle linee guida relative al trattamento antiretrovirale delle donne in gravidanza per ridurre la trasmissione verticale e della terapia antiretrovirale somministrata ai bambini con HIV, che ritarda la comparsa dell'AIDS conclamato.

La **Figura 22** mostra il numero di nuove diagnosi AIDS per modalità di trasmissione negli ultimi 20 anni. Per tutte le modalità si osserva un trend in costante diminuzione, gli eterosessuali maschi hanno rappresentato il gruppo più numeroso fino al 2017, seguiti dagli MSM. La trasmissione IDU mostra il calo più marcato, passando da circa 400 casi nel 2006 a meno di 30 nel 2025. Dal 2020 si registra un calo generalizzato, più evidente per MSM e maschi eterosessuali, seguito da un lieve aumento nel 2023 e da una stabilizzazione negli ultimi due anni.

La **Tabella 18** riporta la distribuzione numerica e percentuale delle nuove diagnosi di AIDS per genere, classe d'età, nazionalità e modalità di trasmissione dall'inizio dell'epidemia fino al 2019 e negli ultimi sei anni, si evidenzia dal 2020 al 2025 una graduale diminuzione della proporzione di femmine a fronte di un aumento della proporzione di maschi: le prime passano dal 26,6% al 19,2%, i secondi dal 73,4% all'80,8%; nello stesso periodo aumenta la proporzione di stranieri che passa dal 29,7% al 38,0%. La proporzione di ultra sessantenni è aumentata sensibilmente passando dal 13,4% nel 2020 al 18,0% nel 2025. Nello stesso periodo 2020-2025 è aumentata la proporzione di MSM dal 27,8% al 33,3% mentre è diminuita la proporzione di femmine eterosessuali dal 22,5 nel 2020 al 16,9% nel 2025, la proporzione dei maschi eterosessuali è rimasta stabile.

Patologie indicative di AIDS

I dati relativi alla distribuzione delle patologie indicative di AIDS fanno riferimento ai quadri clinici presenti all'esordio della malattia e non a tutte le patologie diagnosticate durante l'intero decorso clinico. Per ogni caso può essere indicata più di una patologia indicativa di AIDS; pertanto, il numero di patologie riportate in un anno può essere superiore al numero di casi segnalati nello stesso anno. Se l'esordio è caratterizzato da più di una patologia, ne vengono considerate un massimo di sei, diagnosticate entro 60 giorni dalla prima.

La **Tabella 19** riporta le patologie indicative di AIDS più comuni nelle persone di età ≥13 anni. Si osserva che la polmonite da *Pneumocystis jirovecii*, l'infezione da Cytomegalovirus e la Wasting syndrome sono state le patologie più frequenti nel 2025, rispettivamente 19,0%, 16,5% e 14,9%. Proporzioni analoghe si osservano per genere e nei casi a trasmissione sessuale. Negli IDU si riscontrano proporzioni analoghe di polmonite da *Pneumocystis jirovecii* e Candidosi esofagea (19,0%) e il 16,7% di Wasting syndrome. ▶

Diagnosi tardive di AIDS

Nel 2025 la maggioranza delle persone che riceve una diagnosi di AIDS ha scoperto da poco la propria sieropositività, ossia da meno di 6 mesi di tempo intercorso tra il primo test HIV positivo e la diagnosi di AIDS. La proporzione di diagnosi AIDS tardive è aumentata fino al 2020 e negli ultimi anni si è stabilizzata mediamente intorno all'83% delle diagnosi AIDS (**Tabella 20**).

Nel 2025 tale proporzione è 80,9% ed è più elevata tra i maschi (82,4%) rispetto alle femmine (74,7%), negli MSM (85,2%) e nei maschi eterosessuali (84,8%), tra le persone di età <40 anni (87,6%) e tra gli stranieri (81,5%).

La proporzione di persone che non avevano ricevuto alcun trattamento antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS è cresciuta nell'ultimo ventennio. Nel 2005 le persone non trattate prima della diagnosi di AIDS erano il 61,9%, mentre nel 2025 questa percentuale è aumentata fino a 72,7% (n. 314). Tale trend in crescita ha interessato soprattutto gli italiani la cui proporzione di non trattati è passata dal 58,4% al 70,1%, mentre negli stranieri la stessa percentuale è rimasta stabile intorno al 76,0% (dati non mostrati).

La **Figura 23** mostra l'uso delle terapie antiretrovirali pre-AIDS per modalità di trasmissione nel 2025, si osserva che la proporzione più alta di trattati interessa gli IDU (64,0%) mentre la proporzione più bassa interessa gli MSM (16%) e i maschi eterosessuali (14%).

La **Figura 24** riporta l'andamento del numero delle più comuni patologie indicative di AIDS in persone che non hanno effettuato trattamenti antiretrovirali prima della diagnosi di AIDS, dal 2006 al 2025. Si osserva un decremento per quasi tutte le patologie, in modo più accentuato per la polmonite da *Pneumocystis jirovecii* fino al 2022 e per la candidosi esofagea fino al 2020. Negli ultimi anni c'è una lieve inversione di tendenza per tutte le diagnosi menzionate.

Si sottolinea come il numero di persone con diagnosi concomitante di HIV e AIDS (n. 480) segnalati alla Sorveglianza HIV sia superiore al numero di casi di AIDS con diagnosi tardiva (n. 314) segnalati nello stesso anno all'RNAIDS. Questa differenza potrebbe essere legata a un ritardo di notifica o a una sotto-notifica all'RNAIDS, in quanto potrebbero accadere che le diagnosi concomitanti HIV-AIDS vengano segnalate alla sola Sorveglianza HIV, considerando presumibilmente superflua o ripetitiva la notifica anche all'RNAIDS. Si evidenzia l'urgenza di poter rilevare i dati in un Sistema di sorveglianza unificato HIV-AIDS, a cui segnalare sia le nuove diagnosi di HIV che le diagnosi di AIDS, al fine di evitare sovrapposizioni o esclusioni di dati dall'uno o dall'altro registro. ■

Ringraziamenti

Hanno contribuito alla stesura di questo Notiziario *il Gruppo di Lavoro sulla sorveglianza HIV: membri del Comitato Tecnico Sanitario (E. Girardi, G. Giupponi, A. Moznich, A.T. Palamara, B. Suligoi, F. von Schloesser), esperti indipendenti (L. Rancilio) e referenti del Ministero della Salute (A. Caraglia).*

Dichiarazione di conflitto di interessi

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

I dati sulla sorveglianza dell'infezione da HIV e dell'AIDS 2026; vol. 39, n. 11 sono disponibili online all'indirizzo
www.iss.it/notiziario

Si raccomanda a tutti i responsabili dei centri di Malattie Infettive di inviare le segnalazioni delle nuove diagnosi di HIV e AIDS in modo sempre puntuale, completo, accurato e tempestivo, ponendo attenzione anche all'invio di una doppia segnalazione ai due sistemi di sorveglianza HIV e AIDS in caso di diagnosi concomitante.

APPROFONDIMENTI

Di seguito sono riportati i risultati relativi a elaborazioni aggiuntive del database della Sorveglianza HIV/AIDS o a progetti di ricerca coordinati dal COA.

STIME DEL CONTINUUM OF CARE IN ITALIA BASATE SU MODELLI STATISTICI

*Assunta Navarra[1], Maria Dorrucci[2], Lucia Pugliese[2], Vincenza Regine[2], Barbara Suligoi[3] e il Gruppo di Studio CARPHA 3**
1 Istituto Nazionale Malattie Infettive L. Spallanzani
2 Dipartimento di Malattie Infettive, ISS
3 già Dipartimento di Malattie Infettive, ISS

Nel 2014 UNAIDS ha introdotto l'obiettivo "90-90-90", secondo cui entro il 2020 il 90% delle persone con HIV dovrebbe essere stata diagnosticata, il 90% delle persone diagnosticate dovrebbe aver ricevuto la terapia antiretrovirale (ART) e il 90% delle persone in ART dovrebbe aver raggiunto la soppressione virologica (SV). Per il 2030, tali obiettivi sono stati innalzati al "95-95-95". La rilevazione di questi tre indicatori, denominata Continuum of Care (CoC), consente di monitorare i progressi verso il controllo dell'infezione e, complessivamente, mira al raggiungimento di livelli di SV sul totale delle persone con HIV uguali o superiori all'86% (per gli obiettivi 2030). Le stime annuali degli indicatori del CoC in Italia, dal 2012 al 2024, sono state ottenute mediante due modelli statistici standardizzati: il primo basato sui dati della sorveglianza HIV applicando l'HIV Modelling tool sviluppato dall'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (1, 2) e il secondo sviluppato in collaborazione con l'Istituto Nazionale Malattie Infettive (INMI) "L. Spallanzani" e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (modello INMI-ISS) (3-6) basato sulla combinazione di diverse fonti di dati: la sorveglianza HIV, le indagini CARPHA (CARatteristiche delle Persone che vivono con HIV/AIDS in Italia) e i dati della coorte ICONA (Italian COhort Naive Antiretrovirals).

L'HIV-Modelling Tool (1, 2) dell'ECDC permette di stimare il totale dei viventi HIV (PLHIV) per anno di calendario, suddivisi in diagnosticati e non, ed è in grado di stimare simultaneamente il numero di nuove infezioni da HIV (incidenza) e la probabilità di diagnosi HIV condizionata allo stato della malattia e al tempo di calendario. Il modello utilizza numerosi parametri derivati dagli studi di coorte europei, quali, ad esempio, il tasso di progressione della malattia dalla fase acuta a quella cronica; il tasso di progressione da una fase all'altra della malattia a seconda dei CD4; il tasso di progressione dall'AIDS al decesso (cause solo AIDS). Il modello utilizza le date delle prime diagnosi di HIV nel periodo in studio (2012-2024); eventuali diagnosi concomitanti HIV/AIDS, ovvero quando il soggetto è già in AIDS e il numero di CD4 vicino alla data della nuova diagnosi di HIV. In particolare, è stato applicato il modello con la possibilità di cambiamento della probabilità di diagnosi HIV nel 2012 e nel 2017.

Nel modello INMI-ISS (3-6) la popolazione diagnosticata iniziale (2012) e quella del 2014 derivano dalle indagini nazionali CARPHA corrette del +19% per includere chi non è in cura. Per gli altri anni, il calcolo si basa sull'aggiunta delle nuove diagnosi e la sottrazione dei decessi per AIDS. Il numero di PLHIV non diagnosticate è stato stimato come il numero di persone necessario a generare, in un determinato anno, il numero osservato di diagnosi simultanee HIV/AIDS.

Le stime ottenute con l'HIV Modelling tool dell'ECDC sono mostrate nella **Figura 1**, parte A: nel 2012 i diagnosticati HIV stimati erano circa 94.000 e nel 2024 erano 128.000 con un aumento del 37% in 13 anni. Le stime dei non diagnosticati HIV, nello stesso periodo sono diminuite del 45% passando da 18.000 nel 2012 a circa 10.000 nel 2024; il totale dei viventi con HIV è passato, quindi, da 112.000 nel 2012 a 138.000 nel 2024 con una crescita dei PLHIV del 23% in 13 anni (periodo 2012-2024).
Le stime ottenute con il modello INMI-ISS sono mostrate nella **Figura 1**, parte B: nel 2012 i diagnosticati HIV stimati erano circa 110.000 e nel 2024 erano 140.000 con un aumento del 25% in 13 anni. Le stime dei non diagnosticati HIV, nello stesso periodo sono diminuite del 60% passando da circa 15.000 nel 2012 a 9.000 nel 2024; il totale dei viventi con HIV è passato quindi da 127.000 nel 2012 a 150.000 nel 2024 con una crescita dei PLHIV del 18% in 13 anni (periodo 2012-2024).
Se si considera la correzione applicata nel modello INMI-ISS che tiene conto della quota aggiuntiva di diagnosticati non in cura e la variabilità descritta dai rispettivi intervalli di confidenza le stime dei due modelli appaiono sovrapponibili.
Secondo il modello INMI-ISS nel periodo considerato, tutti gli indicatori del CoC mostrano un progressivo miglioramento, quindi verso il raggiungimento del target 95-95-95 (**Figura 2**, parte A e B). La percentuale di persone diagnosticate è aumentata dall'89% al 94%, mentre quella delle persone diagnosticate che hanno iniziato l'ART ha registrato l'incremento maggiore, passando dal 74% al 95%. Tra le persone in ART, la SV è aumentata dall'87% al 94%. Complessivamente, l'obiettivo "90-90-90" è stato raggiunto nel 2017, mentre il Paese si sta progressivamente avvicinando al target "95-95-95". Parallelamente, la quota di persone in SV sull'intera popolazione stimata con HIV è cresciuta dal 57% nel 2012 all'84% nel 2024. In termini assoluti, ▶

(*) Componenti del Gruppo di Studio CARPHA 3 (CARatteristiche delle Persone che vivono con HIV/AIDS)*:* Claudia Cimaglia, Elisabetta Gennaro, Enrico Girardi, Sara Leone, Pierluca Piselli (*Istituto Nazionale Malattie Infettive L. Spallanzani*); Lucia Pugliese, Vincenza Regine (*Dipartimento di Malattie Infettive, ISS*); Daniele Cordella (*Direzione Centrale Affari Generali, ISS*); Barbara Suligoi (*già Dipartimento di Malattie Infettive, ISS*).

segue

continua

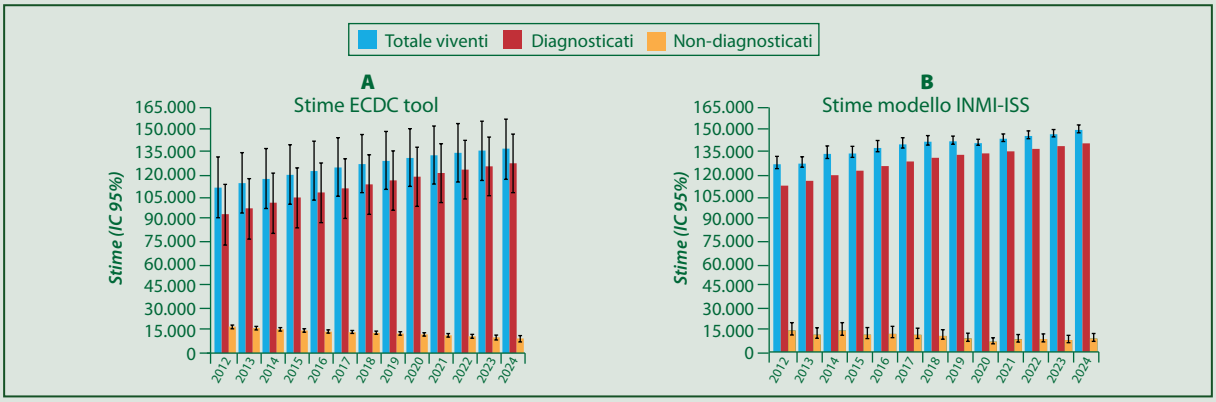
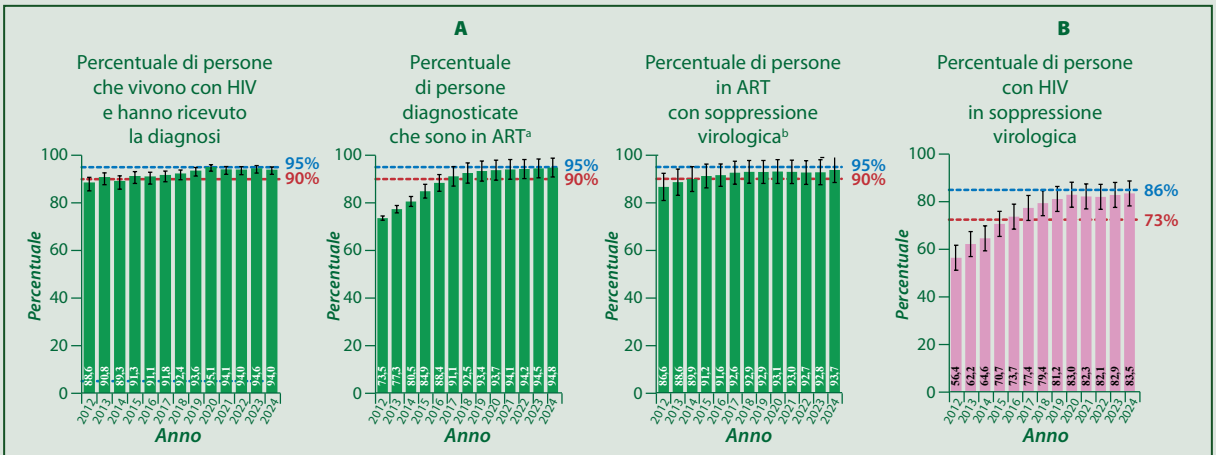


Figura 1 A e B - Numero di persone viventi con HIV, numero di diagnosticati e numero dei non diagnosticati 2012-2024, HIV Modelling tool-ECDC (A) modello INMI-ISS (B)



(a) ART = terapia antiretrovirale; sono state considerate in ART le persone che avevano iniziato la terapia antiretrovirale; *b)* sono state considerate in soppressione virologica le persone con l'ultima misurazione della carica virale nell'anno ≤ 200 copie/mL

Figura 2 A e B - Stima complessiva degli indicatori del Continuum of Care (A) e dei livelli di soppressione virologica nell'intera popolazione con HIV in Italia (B), per anno. Le barre verticali rappresentano l'incertezza associata alle stime. Le linee orizzontali tratteggiate indicano gli obiettivi UNAIDS "90-90-90" (linea rossa) e "95-95-95" (linea azzurra)

le persone non virologicamente soppresse si sono ridotte da circa 55.000 nel 2012 a 25.000 nel 2024. Nonostante i rilevanti progressi, permane quindi una quota di non diagnosticati e una quota non trascurabile di persone con HIV non in SV, evidenziando la necessità di ulteriori interventi per raggiungere gli obiettivi UNAIDS 2030.

In conclusione, i dati della Sorveglianza HIV insieme ai dati del Progetto CARPHA e della coorte ICONA costituiscono la base delle stime CoC per l'HIV in Italia perché permettono un aggiornamento periodico del dato osservazionale. Dal 2024 al 2026 è stato condotto il nuovo Progetto CARPHA3 dopo dieci anni dall'ultima edizione. Il CARPHA 1 condotto nel 2012, coinvolse 170 centri clinici di malattie infettive e conteggiò 94.146 persone con HIV in cura, nel 2014 il Progetto CARPHA 2 coinvolse 178 centri clinici e conteggiò 100.049 persone con HIV in cura. Nel 2024 il Progetto CARPHA 3 ha arruolato tutti i 167 centri clinici attualmente attivi in Italia che assistono le persone con HIV e prescrivono terapia antiretrovirale. Ai centri clinici è stato richiesto di fornire i dati aggregati sul numero complessivo di persone con HIV in carico nel 2024 e di quelle in ART, stratificate per sesso, caratteristiche demografiche e cliniche selezionate (età, nazionalità, modalità di trasmissione, conta dei linfociti CD4, carica virale), inserendo i dati in una piattaforma web dedicata e sicura, sviluppata presso l'ISS. Dai dati raccolti in 157 centri clinici si evidenzia che le persone con HIV in carico nel 2024 sono circa 110.000. I risultati completi del CARPHA 3 potranno offrire un quadro aggiornato delle persone con HIV in carico, basato su dati osservati e non esclusivamente su stime derivanti da modelli matematici, evidenziando l'importanza epidemiologica e di sanità pubblica di un monitoraggio periodico dei dati relativi alle PLHIV. ■

segue

continua

Riferimenti bibliografici

1. European Centre for Disease Prevention. HIV Platform tool 2021 (https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-platform-tool).
2. van Sighem A, Nakagawa F, De Angelis D, *et al*. Estimating HIV Incidence, Time to Diagnosis, and the Undiagnosed HIV Epidemic Using Routine Surveillance Data. *Epidemiology* 2015;26(5):653-60 (doi: 10.1097/EDE.0000000000000324).
3. Navarra P, Piselli A, Tavelli G, *et al*. Progresses in the Continuum of Care of People Living with HIV, using Surveillance and Cohort data. Italy, 2012-2023. Conference: Abstracts from the 17° Italian Conference on AIDS and Antiviral Research. Padova, 21-23 maggio 2025. *Sex Transm Infect* 2025;101(Suppl 1):A4-5 (doi: 10.1136/sextrans-ICAR-2025.4).
4. Camoni L, Raimondo M, Dorrucci M, *et al*. Estimating minimum adult HIV prevalence: a cross-sectional study to assess the characteristics of people living with HIV in Italy. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2015;3(3):282-7 (doi: 10.1089/AID.2014.0154).
5. Zona S, Lazzaretti C, Borghi V, *et al*. *Characteristics of HIV-infected Patients Not Retained in Care of Three Cohorts of Northern Italy. 7th Italian Conference on AIDS & Retroviruses (ICAR).* Riccione, 17-19 maggio 2015. p. 71.
6. Mammone A, Pezzotti P, Regine V, *et al.* How many people are living with undiagnosed HIV infection? An estimate for Italy, based on surveillance data. *AIDS* 2016;30(7):1131-6 (doi: 10.1097/QAD.0000000000001034).

TEMPO INTERCORRENTE TRA L'INFEZIONE DA HIV E LA PRIMA DIAGNOSI: STIME OTTENUTE CON HIV MODELLING TOOL-ECDC

Maria Dorrucci[1], Vincenza Regine[1], Barbara Suligoi[2], Lucia Pugliese[1]
[1]Dipartimento di Malattie Infettive, ISS
[2]già Dipartimento di Malattie Infettive, ISS

La stima del tempo che intercorre tra l'infezione da HIV e la prima diagnosi è uno dei parametri fondamentali per analizzare l'epidemiologia dell'infezione da HIV e per ottenere indicazioni sull'efficacia delle strategie di screening e prevenzione utilizzate. In questo lavoro è stato applicato un modello matematico (1) utilizzando l'ECDC HIV Modelling Tool, il quale utilizza i dati raccolti di routine dai sistemi di sorveglianza nazionali per stimare i parametri principali utili al controllo dell'epidemia nei Paesi europei. In questa analisi sono stati utilizzati i dati delle nuove diagnosi HIV raccolte dal Sistema nazionale di sorveglianza HIV, nell'arco di 16 anni (2010-2025). È stato impostato un modello con due possibili variazioni del tasso di diagnosi: una nel 2012 e una nel 2017. Oltre alla data di prima diagnosi, i dati considerati includevano la conta dei CD4 alla diagnosi, le variabili demografiche e le principali modalità di trasmissione.

Dal 2010 al 2025 sono state registrate 49.160 nuove diagnosi di HIV e tramite esse, l'ECDC HIV Modelling Tool (1, 2) ha stimato un tempo medio dall'infezione alla diagnosi pari a 4,7 anni (IC 95%: 4,0-5,3) nel periodo 2010-2016, con un lieve incremento a 5,1 anni (IC 95%: 4,7-5,4) nel periodo 2017-2025. La **Figura** mostra le stime del tempo trascorso dall'infezione alla diagnosi con i relativi intervalli di confidenza al 95% disaggregati per genere (parte A), modalità di trasmissione (parte B), nazionalità italiana e straniera (parte C) e area geografica di provenienza estera (parte D). Per tutti gruppi si osserva un aumento del tempo trascorso dall'infezione HIV alla diagnosi. Riguardo il genere, si è stimato un tempo più breve per le femmine rispetto ai maschi nel primo periodo, con un aumento tra il 2017 e il 2025, raggiungendo un valore simile ai maschi (**Figura**, parte A). Per quanto riguarda la modalità di trasmissione, le stime più elevate si sono ottenute nei contatti eterosessuali in entrambi i periodi (**Figura**, parte B); in particolare, i contatti eterosessuali maschi hanno mostrato la stima più elevata nel periodo 2017-2025 (6,5 anni; IC 95%: 6,15-6,82), mentre per gli MSM si sono ottenute le stime più basse (periodo 2017-2025: 4,2 anni; IC 95%: 3,9-4,6). Nell'analisi per nazionalità (**Figura**, parte C), il gruppo delle persone straniere ha mostrato la stima più elevata (periodo 2017-2025: 5,4 anni; IC 95%: 5,0-5,7). Questa differenza sembra dovuta a specifiche aree di provenienza degli stranieri, infatti, per le persone provenienti dai Paesi dell'Europa dell'Est e dell'Europa centrale (**Figura**, parte D) si è stimato un notevole aumento tra il 2017 e il 2025 raggiungendo 6,6 anni per l'Europa dell'Est (IC 95%: 6,1-7,0) e 5,3 anni per l'Europa centrale (IC 95%: 4,7-5,7). È da notare, tuttavia, che nel gruppo di persone straniere provenienti dall'area sub-sahariana si è stimata una leggera diminuzione del tempo intercorrente dall'infezione alla prima diagnosi (**Figura**, parte D).

Da questa analisi emerge che in Italia il tempo medio intercorrente tra infezione da HIV e diagnosi rimane elevato (circa 5 anni) con un discreto aumento in alcuni gruppi di popolazione, con valori più alti nei maschi eterosessuali (maggiore di 6 anni) e nelle persone straniere (almeno 5 anni), in particolare in quelle che provengono dall'Europa dell'Est (quasi 7 anni). Questi risultati suggeriscono una bassa percezione del rischio o uno scarso ricorso al test in questi gruppi. In questo quadro rimane fondamentale potenziare lo screening in tutti i contesti sanitari inclusa la medicina generale e il pronto soccorso, e promuovere interventi mirati di offerta del test con mediazione culturale per la popolazione straniera, al fine di ridurre la diagnosi tardiva e l'ulteriore diffusione del virus. ▶

segue

continua

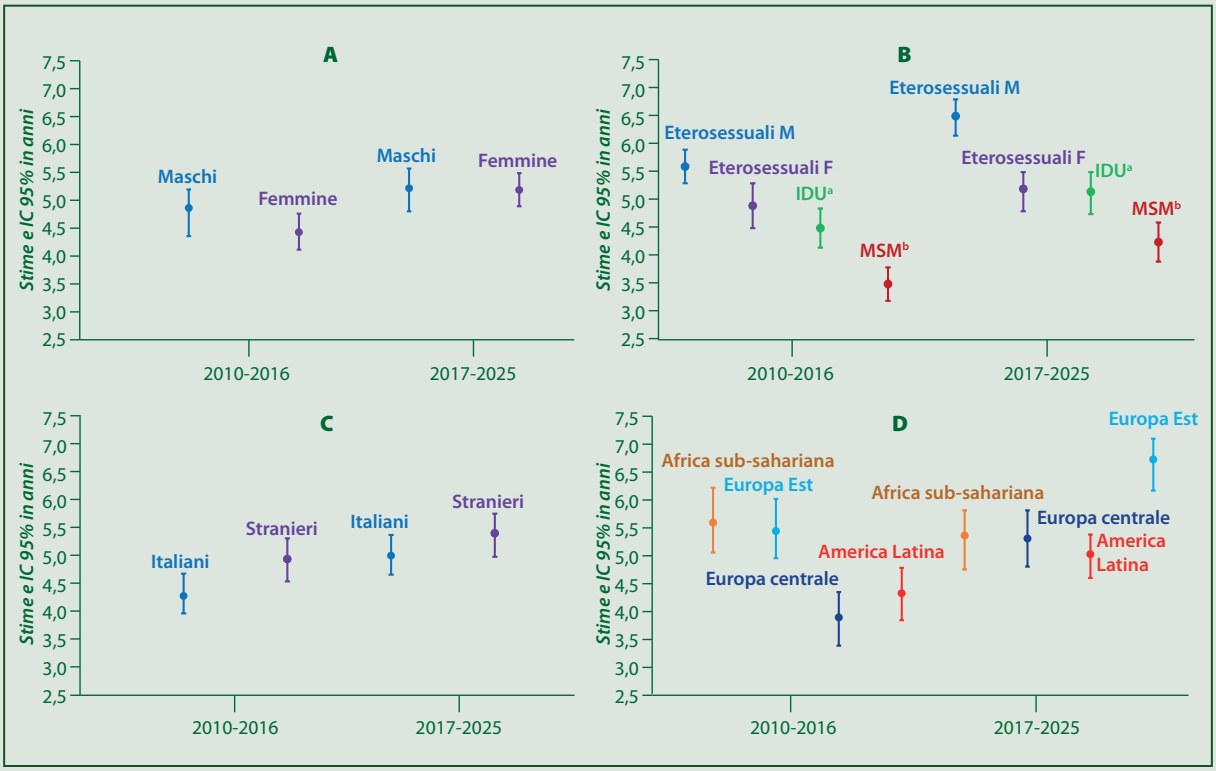


Figura A, B, C, D - Tempo che intercorre tra l'infezione e la prima diagnosi HIV, per sottogruppi di popolazione

Riferimenti bibliografici

1. van Sighem A, Nakagawa F, De Angelis D, *et al*. Estimating HIV Incidence, Time to Diagnosis, and the Undiagnosed HIV Epidemic Using Routine Surveillance Data. *Epidemiology* 2015;26(5):653-60 (doi: 10.1097/EDE.0000000000000324).
2. European Centre for Disease Prevention. HIV Platform tool 2021 (https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-platform-tool).

NUOVE DIAGNOSI HIV IN ETÀ PEDIATRICA (0-14 ANNI)

Vincenza Regine[1], Barbara Suligoi[2], Lucia Pugliese[1]
[1]Dipartimento di Malattie Infettive, ISS
[2]già Dipartimento di Malattie Infettive, ISS

Tra il 2012 e il 2025 sono state segnalate al Sistema di sorveglianza 154 nuove diagnosi di infezione da HIV in età pediatrica (0-14 anni). Come mostra la **Figura 1**, l'andamento è in forte diminuzione passando da 21 diagnosi nel 2012 a 4 nel 2024 e 4 nel 2025. Fino al 2018 il numero annuo oscilla tra 12 e 21 con una media annua di 17 diagnosi, mentre dal 2019 la media si riduce a circa 5 diagnosi l'anno, a eccezione del 2021 che registra 1 sola diagnosi.

Nell'intero periodo di studio, 2012-2025, la trasmissione verticale riguarda 122 diagnosi (79,2%) in età pediatrica, le restanti 32 (20,8%) sono attribuite a modalità non verticale (trasfusioni effettuate all'estero e rapporti sessuali precoci). Le 32 diagnosi non verticali si concentrano all'inizio del periodo in studio, infatti, la maggioranza è stata diagnosticata tra il 2012 e il 2014. La **Figura 2** mostra l'andamento delle nuove diagnosi HIV verticali per anno di nascita e anno di diagnosi dal 2000 al 2025 e si osserva come sia in diminuzione la trasmissione verticale nei nati dopo il 2021 e in nessun bambino nato nel 2025.

Esaminando le 122 trasmissioni verticali per nazionalità (dati non mostrati), più di 6 casi su 10 (76; 62,3%) riguardano diagnosi in bambini di nazionalità straniera, circa il 60% dei quali proviene dall'Africa sub-sahariana; mentre le trasmissioni verticali in bambini italiani sono 46 (37,7%).

segue

continua

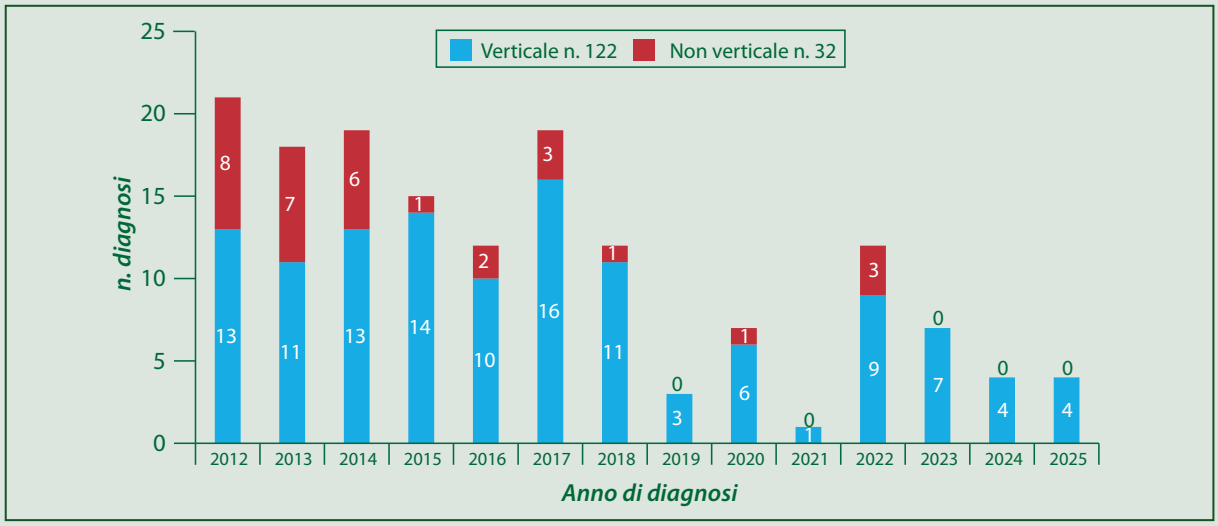


Figura 1 - Andamento delle nuove diagnosi HIV in età pediatrica (0-14 anni) per modalità di trasmissione e anno di diagnosi (2012-2025)

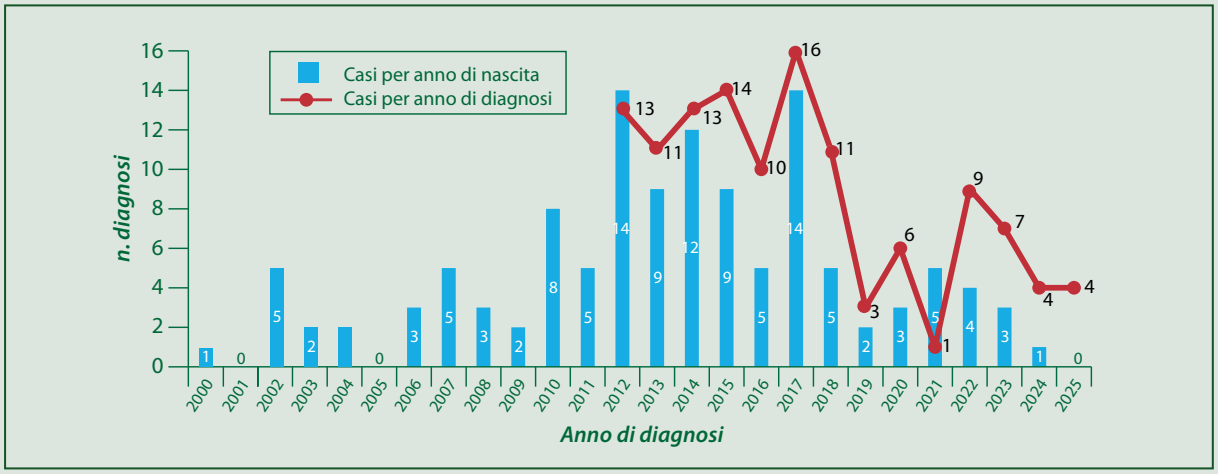


Figura 2 - Andamento delle 122 trasmissioni HIV verticali per anno di nascita e anno di diagnosi (2000-2025)

Analizzando i dati per anno di nascita si evidenzia che le trasmissioni verticali si concentrano tra i nati dal 2012 al 2017 (dati non mostrati in **Figura**). La componente straniera prevale nella maggior parte degli anni di nascita ed è particolarmente marcata tra i nati nel 2014 e nel 2017 (9 diagnosi per anno), per i nati dal 2018 in poi le diagnosi non superano le 5 per anno.

Poco più della metà delle trasmissioni verticali, 63 su 122 (51,6%), è stata diagnosticata e notificata al Sistema di sorveglianza entro i 18 mesi di vita, età in cui il test sierologico consente di escludere definitivamente la presenza di anticorpi materni. La diagnosi HIV entro i 18 mesi di età riguarda circa il 63% dei bambini italiani (29 su 46) e il 47% di quelli stranieri (34 su 72).

Analizzando la distribuzione delle segnalazioni entro i 18 mesi per anno di diagnosi e nazionalità (dati non mostrati in **Figura**) si osserva che 34 casi riguardano bambini stranieri e 29 bambini italiani, il numero più alto si riscontra nel 2017 (13 casi, di cui 9 stranieri). Nel 2019 e nel 2021 non risulta alcuna diagnosi effettuata entro i 18 mesi di vita e nell'ultimo triennio se ne registrano complessivamente 4.

In conclusione, i dati confermano che in Italia l'incidenza di nuove diagnosi in età pediatrica è ormai un evento raro, ma non del tutto azzerato come ci si attenderebbe. Le trasmissioni verticali riguardano, soprattutto, bambini stranieri, probabilmente attribuibili alla mancata diagnosi materna prima o durante la gravidanza. ■

NUOVE DIAGNOSI HIV IN DONNE ITALIANE E STRANIERE: TREND E CARATTERISTICHE

Lucia Pugliese[1], Barbara Suligoi[2], Vincenza Regine[1]
[1]Dipartimento di Malattie Infettive, ISS
[2]già Dipartimento di Malattie Infettive, ISS

Nel periodo 2012-2025, sono state segnalate 8.941 nuove diagnosi di infezione da HIV in donne, la cui proporzione sul totale delle nuove diagnosi HIV rimane stabile nel tempo, attestandosi mediamente intorno al 22% (±2%). Più della metà delle donne diagnosticate con una nuova infezione HIV è di nazionalità straniera, in media il 55% (±5%) nell'intero periodo in studio (**Figura 1**). Il trend numerico è in diminuzione: il numero di donne italiane passa da circa 430 nel 2012-2013 a circa 140 nel 2020, con successivo incremento a 215 nel 2025. Le diagnosi in donne di origine sub-sahariana, che rappresentano la seconda componente più numerosa, passano da 255 casi nel 2012 a un picco di 372 nel 2017, dovuto a politiche di screening legate ai flussi migratori, per poi diminuire a 72 nel 2020 e risalire a 105 nel 2025. In calo anche le diagnosi in donne provenienti dall'Europa centro-orientale da 125 nel 2012 a 50 nel 2025. Circa l'80% delle donne straniere con nuova diagnosi HIV proviene dall'Africa sub-sahariana (55,5%) e dall'Europa Centro-orientale (24,3%). La distribuzione percentuale per area di origine è rimasta sostanzialmente stabile nel tempo (2012-2025) e mostra che l'Africa sub-sahariana rappresenta annualmente circa il 45-55% delle diagnosi in donne straniere a eccezione del 2017 dove si arrivava al 70%, seguita dall'Europa centro-orientale (20-30%), dall'America Latina e Caraibi (8-15%), dall'Africa del Nord e dall'Asia con percentuali inferiori al 5% ciascuna.

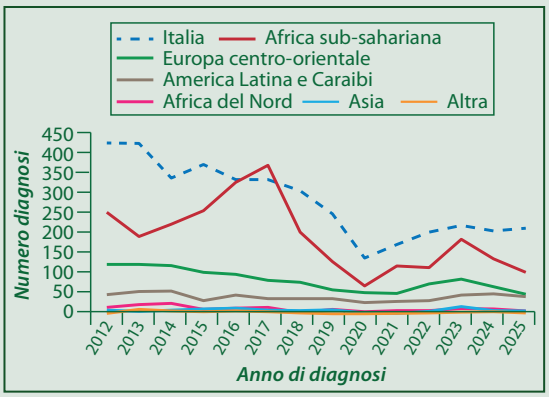


Figura 1 - Nuove diagnosi di infezione da HIV in donne per nazionalità (2012-2025)

L'età mediana alla diagnosi è di 38 anni (IQR: 29-48), con una differenza significativa per nazionalità (**Figura 2**): le donne italiane con nuova diagnosi HIV hanno un'età mediana più elevata pari a 43 anni (IQR: 33-52), rispetto alle donne straniere che è 34 anni (IQR: 27-43). In entrambi i gruppi si osserva un progressivo invecchiamento dell'età alla diagnosi: le donne italiane passano da 44 anni nel 2012 a 47 anni nel 2025, l'incremento è più accentuato nelle donne straniere che passano da 31 anni nel 2012 a 41 anni nel 2025. Analizzando i dati per fascia d'età, nelle italiane la fascia più rappresentata è 40-49 anni (26,6%), mentre nelle straniere è 30-39 anni (33,6%). Differenze marcate per nazionalità emergono anche nel motivo di effettuazione del test. Sia per le italiane (30,5%) che per le straniere (29,9%) il motivo principale è la sospetta patologia HIV o presenza di sintomi. Il secondo motivo per le donne straniere sono i controlli legati alla riproduzione (gravidanza, parto, IVG, PMA) che interessano il 18,4% delle diagnosi mentre nelle donne italiane tale motivo rappresenta solo l'8,2% delle diagnosi, a dimostrazione del ruolo cruciale dello screening in gravidanza come occasione di diagnosi per le donne migranti. Il secondo motivo per le donne italiane sono i comportamenti sessuali a rischio (20,3%) che nelle donne straniere rappresenta il 15,3%. Tra i motivi più ricorrenti seguono

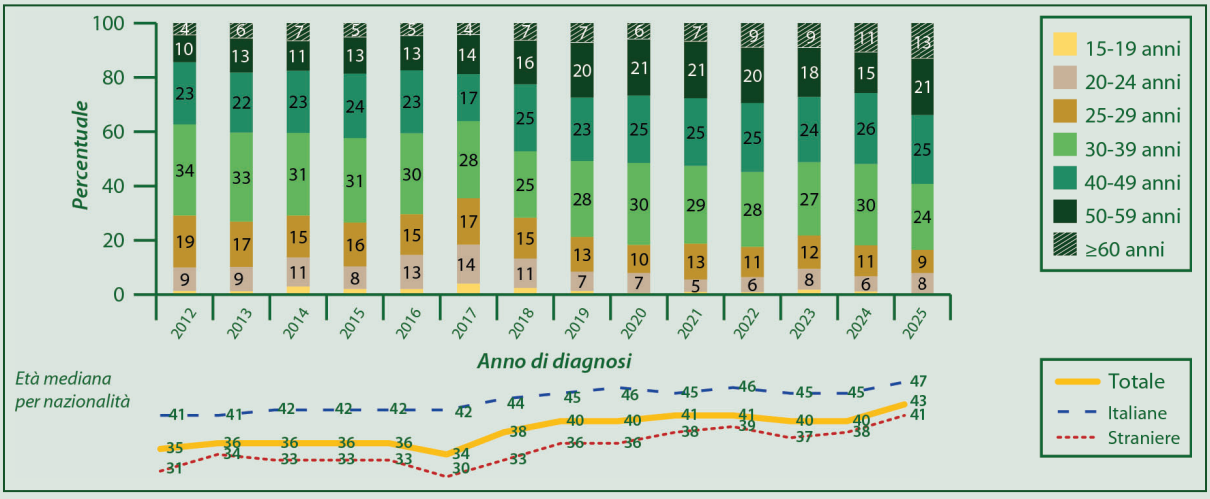


Figura 2 - Nuove diagnosi HIV in donne per classe di età (2012-2025)

segue

continua

accertamenti per altra patologia (12,6% italiane *vs* 7,2% straniere), controlli di routine/self-test (7,7% *vs* 12,5%) e positività del partner (8,8% *vs* 3,9%). Riguardo le condizioni cliniche alla diagnosi: il 59,1% delle donne presenta una diagnosi tardiva (CD4 <350 cell/µL), tale percentuale è più alta tra le straniere (60,8%) rispetto alle italiane (57,2%), il 39% delle donne presenta CD4 <200 cell/µL, e non si evidenziano differenze significative tra italiane e straniere, mentre il 21,7% si presenta già in AIDS, con una frequenza leggermente superiore nelle italiane (22,6%) rispetto alle straniere (21,0%). Questi risultati confermano come, in Italia, le diagnosi da HIV nelle donne costituiscano una quota costante e non trascurabile, sebbene, la diffusione dell'HIV interessi prevalentemente gli uomini. Nelle donne con nuova diagnosi HIV è presente una importante componente straniera influenzata dai possibili cambiamenti nelle dinamiche migratorie e dal tempo di permanenza in Italia prima della diagnosi. Questi dati indicano, in generale, una persistente difficoltà di accesso al test e una bassa percezione del rischio nella popolazione femminile, in particolare tra le donne italiane più anziane che non si riconoscono nei tradizionali gruppi target della prevenzione e tra le straniere che hanno maggiori difficoltà ad accedere ai servizi sanitari.

Riferimenti bibliografici

1. Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2026-2025 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2026 (in corso di pubblicazione).
2. UNAIDS Joint United Nations. Programme on HIV/AIDS Global HIV & AIDS statistics (https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/italy).
3. Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Popolazione residente http://demo.istat.it/.
4. Italia. Decreto Ministeriale 31 marzo 2008. Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. *Gazzetta Ufficiale* n. 175, 28 luglio 2008.
5. Regine V, Pugliese L, Suligoi B, *et al*. Le sorveglianze HIV regionali in Italia: la base per il futuro sistema nazionale. *Epidemiol Prev* 2018;42(3-4):235-42.
6. Pugliese L, Regine V, Suligoi B. Le sorveglianze HIV e AIDS in Italia dal 2013 al 2022: verso l'implementazione della sorveglianza unificata. *Boll Epidemiol Naz* 2023;4(3):20-6.
7. Suligoi B, Regine V, Raimondo M, *et al*. HIV avidity index performance using a modified fourth-generation immunoassay to detect recent HIV infections. *Clin Chem Lab Med* 2017;55(12):2010-9.
8. Italia. Decreto Ministeriale 28 novembre 1986. Inserimento nell'elenco delle malattie infettive e diffusive sottoposte a notifica obbligatoria, dell'AIDS (SIDA), della rosolia congenita, del tetano neonatale e delle forme di epatite distinte in base alla loro etiologia. *Gazzetta Ufficiale* n. 288, 12 dicembre 1986.
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR* 1987;36(Suppl. 1):1-15.
10. Ancelle Park RA. Expanded European AIDS cases definition (Letter). *Lancet* 1993;341-41.
11. Dati di mortalità Istat (https://www.istat.it/tag/mortalita/).
12. Grippo F, Grande E, Zucchetto A, *et al*. Mortality of people with AIDS in Italy: comparison of AIDS surveillance and multiple cause-of-death registries. *Ann Ist Super Sanita* 2022;58(2):139-45.



Sezione Tabelle

HIV

Tabella 1 - Nuove diagnosi di infezione da HIV e variazioni percentuali 2025-2024 per Regione di segnalazione. Incidenza totale Italia per anno di diagnosi (2016-2025)

Regione	Anno inizio raccolta dati individuali	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	*Variazione % 2025 vs 2024*	Totale 2012-2025
Piemonte	1999	257	267	192	137	95	160	165	139	158	168	+6	2.844
Valle d'Aosta	2008	8	4	4	9	7	6	4	6	6	8	+33	86
Liguria	2001	116	116	100	75	73	63	61	80	58	50	-14	1.195
Lombardia	2009	779	744	692	564	142	265	341	486	456	467	+2	8.790
Provincia Autonoma di Trento	2010	33	24	20	30	19	6	4	10	9	14	+56	270
Provincia Autonoma di Bolzano	2010	19	15	4	7	8	4	11	18	13	18	+38	187
Veneto	2000	232	246	172	160	139	138	150	165	170	108	-36	2.833
Friuli Venezia Giulia	2010	54	50	27	46	28	31	33	26	19	33	+74	609
Emilia-Romagna	2006	329	312	252	244	168	205	211	254	232	181	-22	3.869
Toscana	2009	357	286	242	201	160	165	178	190	199	180	-10	3.425
Umbria	2009	55	59	42	39	38	25	26	44	38	27	-29	634
Marche	2007	118	95	65	58	26	50	48	47	49	53	+8	915
Lazio	1985	586	521	463	351	227	323	293	346	361	322	-11	6.232
Abruzzo	2006	53	67	85	39	12	24	69	42	49	49	0	714
Molise	2010	12	27	13	7	6	5	6	13	9	7	-22	137
Campania	2008	188	227	240	159	113	173	211	229	199	181	-9	2.736
Puglia	2007	169	194	155	162	87	92	132	128	111	118	+6	1.880
Basilicata	2010	17	18	7	8	1	6	12	8	8	9	+13	142
Calabria	2009	17	12	9	4	0	11	7	38	62	36	-42	271
Sicilia	2009	281	282	215	201	109	147	173	196	161	140	-13	2.757
Sardegna	2012	54	61	49	26	21	31	31	48	46	51	+11	687
Totale		3.734	3.627	3.048	2.527	1.479	1.930	2.166	2.513	2.413	2.220	-8	41.213
Incidenza per 100.000 residenti (calcolata per anno di diagnosi sulla popolazione residente)		6,2	6,0	5,1	4,2	2,5	3,3	3,7	4,3	4,1	3,8		

Tabella 2 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per Regione di segnalazione e Regione di residenza. Incidenza per Regione di residenza (2025)

	2024				
Regione	n. segnalati	% sul totale	n. residenti	% sul totale	Incidenza per 100.000 residenti
Piemonte	168	7,6	169	7,6	4,0
Valle d'Aosta	8	0,4	8	0,4	6,5
Liguria	50	2,2	50	2,2	3,3
Lombardia	467	21,0	459	20,7	4,6
Provincia Autonoma di Trento	14	0,6	14	0,6	2,6
Provincia Autonoma di Bolzano	18	0,8	18	0,8	3,3
Veneto	108	4,9	97	4,4	2,0
Friuli Venezia Giulia	33	1,5	29	1,3	2,4
Emilia-Romagna	181	8,2	157	7,1	3,5
Toscana	180	8,1	169	7,6	4,6
Umbria	27	1,2	22	1,0	2,6
Marche	53	2,4	52	2,3	3,5
Lazio	322	14,5	301	13,6	5,3
Abruzzo	49	2,2	56	2,5	4,4
Molise	7	0,3	8	0,4	2,8
Campania	181	8,2	172	7,7	3,1
Puglia	118	5,3	121	5,5	3,1
Basilicata	9	0,4	12	0,5	2,3
Calabria	36	1,6	37	1,7	2,0
Sicilia	140	6,3	144	6,5	3,0
Sardegna	51	2,3	50	2,3	3,2
Residenza estera			31	1,4	
Residenza non riportata			43	1,9	
Residenza in comunità			1	0,0	
Totale	**2.220**	**100,0**	**2.220**	**100,0**	**3,8**

Tabella 3 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e genere (2025)

	Numero			% per genere			% per classe d'età		
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale[a]	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-2	2	0	**2**	100,0	0,0	**100,0**	0,1	0,0	**0,1**
3-14	2	0	**2**	100,0	0,0	**100,0**	0,1	0,0	**0,1**
15-19	9	1	**10**	90,0	10,0	**100,0**	0,5	0,2	**0,5**
20-24	96	34	**130**	73,8	26,2	**100,0**	5,4	7,8	**5,9**
25-29	199	37	**236**	84,3	15,7	**100,0**	11,2	8,5	**10,6**
30-39	475	106	**581**	81,8	18,2	**100,0**	26,6	24,3	**26,2**
40-49	408	111	**519**	78,6	21,4	**100,0**	22,9	25,4	**23,4**
50-59	380	91	**471**	80,7	19,3	**100,0**	21,3	20,8	**21,2**
60-69	162	54	**216**	75,0	25,0	**100,0**	9,1	12,4	**9,7**
≥ 70	50	3	**53**	94,3	5,7	**100,0**	2,8	0,6	**2,4**
Totale	**1.783**	**437**	**2.220**	**80,3**	**19,7**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

(a) Le diagnosi in età pediatrica (0-14 anni) riguardano trasmissioni verticali in bambini di nazionalità straniera o italiana per adozione

Tabella 4 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per nazionalità e Regione di segnalazione (2025)

	Italiani		Stranieri		Casi con nazionaliltà riportata	Casi con nazionalità non riportata	Totale
Regione	**n.**	**% di riga[a]**	**n.**	**% di riga[a]**	**n.**	**n.**	**n.**
Piemonte	103	61,3	65	38,7	168	0	168
Valle d'Aosta	6	75,0	2	25,0	8	0	8
Liguria	23	46,0	27	54,0	50	0	50
Lombardia	280	60,0	187	40,0	467	0	467
Provincia Autonoma di Trento	6	42,9	8	57,1	14	0	14
Provincia Autonoma di Bolzano	7	38,9	11	61,1	18	0	18
Veneto	62	63,9	35	36,1	97	11	108
Friuli Venezia Giulia	22	66,7	11	33,3	33	0	33
Emilia-Romagna	111	61,3	70	38,7	181	0	181
Totale Regioni Nord	**620**	**59,8**	**416**	**40,2**	**1.036**	**11**	**1.047**
Toscana	121	67,2	59	32,8	180	0	180
Umbria	19	70,4	8	29,6	27	0	27
Marche	34	64,2	19	35,8	53	0	53
Lazio	220	68,3	102	31,7	322	0	322
Totale Regioni Centro	**394**	**67,7**	**188**	**32,3**	**582**	**0,0**	**582**
Abruzzo	44	89,8	5	10,2	49	0	49
Molise	5	71,4	2	28,6	7	0	7
Campania	142	78,5	39	21,5	181	0	181
Puglia	93	78,8	25	21,2	118	0	118
Basilicata	4	44,4	5	55,6	9	0	9
Calabria	19	52,8	17	47,2	36	0	36
Sicilia	127	90,7	13	9,3	140	0	140
Sardegna	36	70,6	15	29,4	51	0	51
Totale Regioni Sud e Isole	**470**	**79,5**	**121**	**20,5**	**591**	**0**	**591**
Totale Italia	**1.484**	**67,2**	**725**	**32,8**	**2.209**	**11**	**2.220**

(a) Calcolata sul totale dei dati disponibili per nazionalità

Tabella 5 - Nuove diagnosi di infezione da HIV in italiani e stranieri per genere e modalità di trasmissione. Età mediana per genere e modalità di trasmissione (2025)

	Italiani		Età mediana in anni e IQR[a]		Stranieri		Età mediana in anni e IQR[a]		Nazionalità non riportata	Totale		Età mediana in anni e IQR[a]	
	n.	%			n.	%				n.	%		
Genere													
Maschi	1.268	85,4	45	34-55	507	69,9	36	30-45	8	1.783	80,3	42	32-53
Femmine	216	14,6	47	35-57	218	30,1	41	32-50	3	437	19,7	43	33-53
Totale	**1.484**	**100,0**	**45**	**34-55**	**725**	**100,0**	**37**	**30-47**	**19**	**2.220**	**100,0**	**42**	**32-53**
Modalità di trasmissione													
MSM[b]	671	45,2	41	31-52	256	35,3	34	29-41	4	931	41,9	38	30-50
Eterosessuali maschi	447	30,1	50	40-58	176	24,3	39	31-48	4	627	28,2	47	36-56
Eterosessuali femmine	194	13,1	47	36-58	192	26,5	41	32-49	2	388	17,5	43	33-54
IDU[c]	76	5,1	44	33-52	24	3,3	34	29-38	0	100	4,5	39	31-49
Altra[d]/non riportata	96	6,5	51	41-58	77	10,6	42	32-53	1	174	7,9	48	35-57
Totale	**1.484**	**100,0**	**45**	**34-55**	**725**	**100,0**	**37**	**30-47**	**11**	**2.220**	**100,0**	**42**	**32-53**

(a) IQR = Range Interquartile; *(b)* MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(c)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva; *(d)* comprende 3 casi di trasmissione verticale in bambini di nazionalità straniera o italiana per adozione

Tabella 6 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e modalità di trasmissione (2025)

Classe d'età	MSM[a]		Eterosessuali M		Eterosessuali F		IDU[b]		Altra[c]/non riportata		Totale		% per classe d'età
	n.	% riga	n.	% riga	n.	% riga	n.	% riga	n.	% riga	n.	% riga	
0-2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	100,0	0,1
3-14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	100,0	0,1
15-19	7	70,0	1	10,0	1	10,0	0	0,0	1	10,0	10	100,0	0,4
20-24	73	56,2	13	10,0	27	20,8	6	4,6	11	8,4	130	100,0	5,9
25-29	128	54,2	53	22,5	30	12,7	13	5,5	12	5,1	236	100,0	10,6
30-39	292	50,3	132	22,7	95	16,4	31	5,3	31	5,3	581	100,0	26,2
40-49	187	36,0	166	32,0	104	20,0	26	5,0	36	7,0	519	100,0	23,4
50-59	160	34,0	163	34,6	81	17,2	20	4,2	47	10,0	471	100,0	21,2
60-69	61	28,2	76	35,2	47	21,8	4	1,9	28	12,9	216	100,0	9,7
≥70	23	43,4	23	43,4	3	5,7	0	0,0	4	7,5	53	100,0	2,4
Totale	**931**	**41,9**	**627**	**28,2**	**388**	**17,5**	**100**	**4,5**	**174**	**7,9**	**2.220**	**100,0**	**100,0**

(a) MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(b)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva; *(c)* comprende 3 casi di trasmissione verticale in bambini di nazionalità straniera o italiana per adozione

Tabella 7 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione nelle Regioni con più di 100 segnalazioni nel 2025 e nei rispettivi capoluoghi

Regioni[a]		MSM[b]	Eterosessuali M	Eterosessuali F	IDU[c]	Altra[d]/non riportata	Totale	Incidenza per 100.000 residenti
Piemonte	n.	66	54	39	5	5	169	4
	%	39,0	31,9	23,1	3,0	3,0	100,0	
Lombardia	n.	164	126	80	32	57	459	4,6
	%	35,7	27,5	17,4	7,0	12,4	100,0	
Emilia-Romagna	n.	70	42	30	5	10	157	3,5
	%	44,6	26,7	19,1	3,2	6,4	100,0	
Toscana	n.	71	57	26	10	5	169	4,6
	%	42,0	33,7	15,4	5,9	3,0	100,0	
Lazio	n.	140	94	52	10	5	301	5,3
	%	46,5	31,2	17,3	3,3	1,7	100,0	
Campania	n.	91	50	21	7	3	172	3,1
	%	52,9	29,1	12,2	4,1	1,7	100,0	
Puglia	n.	53	35	25	2	6	121	3,1
	%	43,8	28,9	20,7	1,6	5,0	100,0	
Sicilia	n.	76	39	20	1	8	144	3,0
	%	52,8	27,1	13,9	0,7	5,5	100,0	
Totale	**n.**	**731**	**497**	**293**	**72**	**99**	**1.692**	**4,0**
	%	**43,2**	**29,4**	**17,3**	**4,3**	**5,8**	**100,0**	

Capoluoghi Regioni[a]		MSM[b]	Eterosessuali M	Eterosessuali F	IDU[c]	Altra[d]/non riportata	Totale	100.000 residenti
Torino	n.	37	32	20	2	0	91	4,1
	%	40,7	35,2	22,0	2,2	0,0	100,0	
Milano	n.	91	44	31	16	18	200	6,2
	%	45,5	22,0	15,5	8,0	9,0	100,0	
Bologna	n.	22	3	2	0	2	29	2,8
	%	75,9	10,3	6,9	0,0	6,9	100,0	
Firenze	n.	21	16	6	1	2	46	4,7
	%	45,7	34,8	13,0	2,2	4,3	100,0	
Roma	n.	121	79	42	8	5	255	6,0
	%	47,5	31,0	16,5	3,1	2,0	100,0	
Napoli	n.	68	28	13	7	1	117	3,9
	%	58,1	23,9	11,1	6,0	0,9	100,0	
Bari	n.	22	13	7	0	6	48	3,9
	%	45,8	27,1	14,6	0,0	12,5	100,0	
Palermo	n.	10	9	4	0	5	28	2,3
	%	35,7	32,1	14,3	0,0	17,9	100,0	
Totale	**n.**	**392**	**224**	**125**	**34**	**39**	**814**	**4,8**
	%	**48,2**	**27,5**	**15,4**	**4,2**	**4,8**	**100,0**	
Totale Italia	**n.**	**931**	**627**	**388**	**100**	**174**	**2.220**	**3,8**
	%	**41,9**	**28,2**	**17,5**	**4,5**	**7,9**	**100,0**	

(a) Regioni di residenza con >100 diagnosi nel 2024; *(b)* MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(c)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva; *(d)* comprende 3 casi di trasmissione verticale in bambini di nazionalità straniera o italiana per adozione

Tabella 8 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per numero di linfociti CD4 alla diagnosi (<200 e <350 cell/µL) e per Regione di segnalazione (2025)

Regioni	Totale dei casi	n. casi con CD4 riportati	Completezza del dato % sul totale dei casi	CD4 <200		CD4 <350	
				n.	%[a]	n.	%[a]
Piemonte	168	162	96,4	65	40,1	96	59,3
Valle d'Aosta	8	8	100,0	4	50,0	7	87,5
Liguria	50	50	100,0	16	32,0	32	64,0
Lombardia	467	467	100,0	176	37,7	256	54,8
Provincia Autonoma di Trento	14	14	100,0	4	28,6	9	64,3
Provincia Autonoma di Bolzano	18	18	100,0	9	50,0	12	66,7
Veneto	108	79	73,1	28	35,4	48	60,8
Friuli Venezia Giulia	33	31	93,9	14	45,2	20	64,5
Emilia-Romagna	181	181	100,0	70	38,7	115	63,5
Toscana	180	175	97,2	72	41,1	100	57,1
Umbria	27	26	96,3	13	50,0	17	65,4
Marche	53	53	100,0	17	32,1	29	54,7
Lazio	322	322	100,0	124	38,5	196	60,9
Abruzzo	49	49	100,0	21	42,9	34	69,4
Molise	7	7	100,0	3	42,9	5	71,4
Campania	181	181	100,0	71	39,2	107	59,1
Puglia	118	118	100,0	54	45,8	74	62,7
Basilicata	9	9	100,0	3	33,3	7	77,8
Calabria	36	36	100,0	8	22,2	12	33,3
Sicilia	140	134	95,7	50	37,3	73	54,5
Sardegna	51	51	100,0	18	35,3	34	66,7
Totale	**2.220**	**2.171**	**97,8**	**840**	**38,7**	**1.283**	**59,1**

(a) Calcolata sul numero di casi con CD4 riportati per Regione

Tabella 9 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per classi di CD4 (<200, 200-349, 350-499 e ≥500 cell/μL), genere, età, nazionalità, modalità di trasmissione e concomitante diagnosi di AIDS (2025)

Caratteristiche		Classe di CD4 <200	200-349	350-499	≥500	Totale diagnosi con CD4 riportati	AIDS Sì	No	Totale diagnosi con AIDS riportato	Totale diagnosi
Genere										
Maschi	n	661	355	301	427	1.744	395	1.281	1.676	**1.783**
	%[a]	37,9	20,4	17,3	24,4	100,0	23,6	76,4	100,0	
Femmine	n.	179	88	62	98	427	85	321	406	**437**
	%[a]	41,9	20,6	14,5	23,0	100,0	20,9	79,1	100,0	
Classe d'età										
15-19	n.	0	3	4	3	10	0	10	10	**10**
	%[a]	0,0	30,0	40,0	30,0	100,0	0,0	100,0	100,0	
20-24	n.	22	20	26	61	129	7	116	123	**130**
	%[a]	17,1	15,5	20,1	47,3	100,0	5,7	94,3	100,0	
25-29	n.	47	61	46	76	230	18	196	214	**236**
	%[a]	20,4	26,6	20,0	33,0	100,0	8,4	91,6	100,0	
30-39	n.	181	110	102	175	568	90	454	544	**581**
	%[a]	31,9	19,4	17,9	30,8	100,0	16,5	83,5	100,0	
40-49	n.	220	101	88	100	509	128	365	493	**519**
	%[a]	43,2	19,8	17,3	19,7	100,0	26,0	74,0	100,0	
50-59	n.	235	98	59	68	460	146	298	444	**471**
	%[a]	51,1	21,3	12,8	14,8	100,0	32,9	67,1	100,0	
≥60	n.	135	49	38	40	262	91	161	252	**269**
	%[a]	51,5	18,7	14,5	15,3	100,0	36,1	63,9	100,0	
Nazionalità										
Italiana	n.	546	288	261	365	1460	327	1081	1408	**1484**
	%[a]	37,4	19,7	17,9	25,0	100,0	23,2	76,8	100,0	
Straniera	n.	294	153	101	155	703	153	521	674	**725**
	%[a]	41,8	21,8	14,4	22,0	100,0	22,7	77,3	100,0	
Non riportata	n.	0	2	1	5	8	-	-	0	**11**
	%[a]	0,0	25,0	12,5	62,5	100,0	-	-	100,0	
Modalità di trasmissione										
MSM[b]	n.	261	203	174	275	913	148	736	884	**931**
	%[a]	28,6	22,2	19,1	30,1	100,0	16,7	83,3	100,0	
Eterosessuali maschi	n.	296	122	89	105	612	181	411	592	**627**
	%[a]	48,4	19,9	14,5	17,2	100,0	30,6	69,4	100,0	
Eterosessuali femmine	n.	156	80	57	88	381	72	291	363	**388**
	%[a]	40,9	21,0	15,0	23,1	100,0	19,8	80,2	100,0	
IDU[c]	n.	30	17	19	32	98	16	74	90	**100**
	%[a]	30,6	17,3	19,4	32,7	100,0	17,8	82,2	100,0	
Altra[d]//Non riportata	n.	97	21	24	25	167	63	90	153	**174**
	%[a]	58,1	12,6	14,3	15,0	100,0	41,2	58,8	100,0	
Totale	**n.**	**840**	**443**	**363**	**525**	**2.171**	**480**	**1.602**	**2.082**	**2.220**
	%[a]	**38,7**	**20,4**	**16,7**	**24,2**	**100,0**	**23,1**	**76,9**	**100,0**	

(a) Percentuale calcolata sul totale dei dati disponibili per numero di linfociti CD4 o per stadio clinico; *(b)* MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(c)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva; *(d)* comprende 3 casi di trasmissione verticale in bambini di nazionalità straniera o italiana per adozione

Tabella 10 - Nuove diagnosi HIV con numero di linfociti CD4 <350 cell/µL per genere, classe di età, nazionalità e modalità di trasmissione (2016-2025)

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totale (2016-2025)
Genere												
Maschi	n.	1.190	1.201	1.086	1.083	638	902	936	1.107	1.133	1.016	**15.403**
	%[a]	53,6	55,6	55,8	57,7	58,0	62,2	56,6	58,4	60,0	58,3	**56,1**
Femmine	n.	400	390	322	279	183	233	268	370	291	267	**4.567**
	%[a]	57,6	55,2	57,9	58,0	63,5	61,2	60,9	63,9	59,5	62,5	**59,1**
Classe d'età												
15-19	n.	24	30	8	3	0	7	7	11	4	3	**134**
	%[a]	45,3	43,5	28,6	20,0	0,0	41,2	53,8	45,8	20,0	30,0	**36,4**
20-24	n.	97	103	78	60	36	32	39	58	41	42	**873**
	%[a]	35,3	34,8	33,8	38,0	39,6	40,0	35,1	42,3	35,7	32,6	**35,0**
25-29	n.	164	189	143	131	71	94	97	113	124	108	**1.893**
	%[a]	40,8	47,6	44,8	40,6	38,4	44,1	43,3	41,5	44,4	47,0	**42,3**
30-39	n.	428	370	333	337	213	283	256	375	372	291	**5.209**
	%[a]	52,3	49,9	49,5	52,7	57,4	56,6	46,5	54,4	57,0	51,2	**52,0**
40-49	n.	422	435	389	357	214	323	336	369	350	321	**5.513**
	%[a]	58,7	64,7	63,7	62,4	62,6	66,9	62,8	61,8	61,4	63,1	**61,8**
50-59	n.	303	318	305	312	194	273	288	370	320	333	**4.154**
	%[a]	69,2	67,7	68,7	70,6	72,4	70,7	68,6	73,1	72,2	72,4	**70,1**
≥60	n.	148	144	148	162	93	122	179	179	212	184	**2.159**
	%[a]	74,7	68,9	80,0	78,3	78,8	81,3	77,5	74,3	72,1	70,2	**75,6**
Nazionalità												
Italiana	n.	992	1.065	992	975	550	779	806	909	898	834	**13.670**
	%[a]	52,4	56,0	55,8	57,1	58,9	61,2	56,2	59,1	59,3	57,1	**55,8**
Straniera	n.	592	524	413	384	266	352	396	557	517	447	**6.212**
	%[a]	58,5	55,0	57,8	59,3	59,8	63,9	60,5	60,7	60,8	63,6	**59,1**
Non riportata	n.	6	2	3	3	5	4	2	11	9	2	**88**
	%[a]	60,0	16,7	37,5	100,0	55,6	66,7	50,0	57,9	69,2	25,0	**55,0**
Modalità di trasmissione												
MSM[b]	n.	508	517	514	521	322	372	436	490	524	464	**6.934**
	%[a]	45,0	46,0	47,5	49,6	52,8	52,1	50,7	51,1	53,1	50,8	**47,9**
Eterosessuali maschi	n.	549	502	427	420	242	379	354	443	446	418	**6.271**
	%[a]	65,5	67,1	69,3	68,1	67,0	74,8	65,4	66,2	66,9	68,3	**66,8**
Eterosessuali femmine	n.	363	346	287	256	159	192	224	321	259	236	**4.003**
	%[a]	58,1	55,1	57,3	58,0	64,9	60,4	60,9	62,7	60,9	61,9	**59**
IDU[c]	n.	45	59	58	61	28	49	38	50	53	47	**811**
	%[a]	44,1	62,1	53,2	61,6	52,8	58,3	43,2	59,5	58,9	48,0	**54,8**
Altra[d]/Non riportata	n.	125	167	122	104	70	143	152	173	142	118	**1.951**
	%[a]	56,6	60,9	62,9	68,9	58,8	69,1	64,1	69,2	67,6	70,7	**64,3**
Totale	**n.**	**1.590**	**1.591**	**1.408**	**1.362**	**821**	**1.135**	**1.204**	**1.477**	**1.424**	**1.283**	**19.970**
	%[a]	**54,5**	**55,5**	**56,3**	**57,7**	**59,1**	**62,0**	**57,5**	**59,7**	**59,9**	**59,1**	**56,8**

(a) Percentuale calcolata sul totale dei dati disponibili per numero di linfociti CD4; *(b)* MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(c)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva; *(d)* comprende 3 casi di trasmissione verticale in bambini di nazionalità straniera o italiana per adozione

Tabella 11 - Nuove diagnosi HIV con concomitante diagnosi di AIDS per genere, classe di età, nazionalità e modalità di trasmissione (2016-2025)

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totale (2016-2025)
Genere												
Maschi	n.	480	435	404	436	262	383	381	467	456	395	**6.012**
	%[a]	22,7	21,0	23,0	24,2	25,9	28,3	24,9	26,2	25,6	23,6	**23,5**
Femmine	n.	133	134	102	98	71	94	110	129	104	85	**1.552**
	%[a]	19,9	20,4	19,8	21,5	26,8	26,8	27,2	24,1	23,1	20,9	**21,7**
Classe d'età												
15-19	n	6	5	0	0	0	4	2	4	1	0	**29**
	%[a]	11,5	7,8	0,0	0,0	0,0	26,7	15,4	18,2	5,3	0,0	**8,3**
20-24	n.	22	15	16	9	8	8	6	6	9	7	**168**
	%[a]	8,6	5,2	7,8	6,0	9,6	11,0	5,8	4,7	8,3	5,7	**7,3**
25-29	n.	35	42	31	28	15	22	19	22	27	18	**406**
	%[a]	9,0	10,6	10,6	8,8	9,1	11,2	9,1	9,2	10,2	8,4	**9,7**
30-39	n.	157	124	106	108	63	105	91	120	124	90	**1.725**
	%[a]	19,9	17,8	17,1	17,7	18,5	22,5	18,3	18,6	20,4	16,5	**18,5**
40-49	n.	156	173	150	173	94	133	157	164	154	128	**2.239**
	%[a]	23,2	27,7	27,3	31,8	29,5	30,2	31,4	28,7	28,9	26,0	**27,1**
50-59	n.	137	130	135	117	95	138	134	180	144	146	**1.855**
	%[a]	32,5	29,5	33,6	28,0	38,5	37,5	34,3	37,9	35,1	32,9	**33,6**
≥60	n.	97	78	67	99	58	67	82	97	101	91	**1.122**
	%[a]	50,8	38,8	40,1	49,7	53,7	47,2	37,8	42,0	35,7	36,1	**41,7**
Nazionalità												
Italiana	n.	411	403	366	396	225	324	336	400	359	327	**5.330**
	%[a]	22,9	22,4	22,4	24,1	26,0	27,3	25,2	27,3	24,8	23,2	**23,4**
Straniera	n.	200	165	139	138	106	151	155	193	201	153	**2.215**
	%[a]	20,4	18,0	21,7	22,5	26,2	29,5	25,8	23,1	25,7	22,7	**22,6**
Non riportata	n.	2	1	1	0	2	2	0	3	0	0	**19**
	%[a]	22,2	14,3	25,0	0,0	33,3	50,0	0,0	18,8	0,0	0,0	**19,4**
Modalità di trasmissione												
MSM[b]	n.	182	148	163	178	121	135	166	177	189	148	**2.339**
	%[a]	16,6	13,5	17,0	17,6	21,0	19,8	20,4	19,5	20,0	16,7	**17,1**
Eterosessuali maschi	n.	244	212	184	196	105	190	155	208	201	181	**2.741**
	%[a]	30,2	29,5	31,1	32,9	31,4	40,7	30,8	32,8	31,8	30,6	**31,0**
Eterosessuali femmine	n.	118	122	89	92	61	77	93	109	92	72	**1.346**
	%[a]	19,3	20,1	19,0	21,7	26,2	26,1	27,1	22,8	23,2	19,8	**21,1**
IDU[c]	n.	14	26	25	25	9	19	19	15	23	16	**329**
	%[a]	15,9	28,9	25,8	25,8	20,0	28,4	25,3	23,1	28,4	17,8	**24,8**
Altra[d]/Non riportata	n.	55	61	45	43	37	56	58	87	55	63	**809**
	%[a]	30,4	29,0	28,3	33,9	42,0	29,2	28,6	37,8	31,3	41,2	**32,1**
Totale	**n.**	**613**	**569**	**506**	**534**	**333**	**477**	**491**	**596**	**560**	**480**	**7.564**
	%[a]	**22,0**	**20,9**	**22,2**	**23,7**	**26,1**	**28,0**	**25,3**	**25,7**	**25,1**	**23,1**	**23,1**

(a) Percentuale calcolata sul totale dei dati disponibili per stadio clinico; *(b)* MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(c)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva; *(d)* comprende 3 casi di trasmissione verticale in bambini di nazionalità straniera o italiana per adozione

Tabella 12 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per motivo di effettuazione del test e modalità di trasmissione (2025)

	MSM[a]		Eterosessuali M		Eterosessuali F		IDU[b]		Altra[c]/non riportata		Totale	
Motivo del test	**n.**	**%[d]**	**n.**	**%[d]**	**n.**	**%[d]**	**n.**	**%[d]**	**n.**	**%[d]**	**n.**	**%[d]**
Sospetta patologia HIV correlata o sintomi HIV	264	36,1	249	48,4	108	34,4	22	31,9	62	49,6	705	40,2
Comportamenti sessuali a rischio di infezione	177	24,2	72	14,0	44	14,0	3	4,4	7	5,6	303	17,3
Controlli di routine, screening a seguito di campagne informative, easy test, self test, test in ambiti extra sanitari (centri di accoglienza, carcere, associazioni)	97	13,2	48	9,4	43	13,7	8	11,6	22	17,6	218	12,4
Diagnosi di IST o sospetta IST	100	13,7	33	6,4	4	1,3	2	2,9	3	2,4	142	8,1
Scoperta o nota sieropositività del partner	40	5,5	37	7,2	47	15,0	4	5,8	1	0,8	129	7,4
Accertamenti per intervento chirurgico o ricovero	16	2,2	31	6,0	9	2,9	2	2,9	9	7,2	67	3,8
Controlli legati alla riproduzione (gravidanza/parto/IVG/PMA) effettuati da madre, padre, figli	0	0,0	3	0,6	42	13,4	0	0,0	2	1,6	47	2,7
In occasione di una donazione di sangue, organi e tessuti	16	2,2	18	3,5	5	1,6	0	0,0	6	4,8	45	2,6
Controlli per uso di droghe	0	0,0	0	0,0	2	0,6	26	37,7	0	0,0	28	1,6
Accertamenti per altra patologia	3	0,4	6	1,2	1	0,3	1	1,4	3	2,4	14	0,8
Motivo legale (richieste giudiziarie, medicina del lavoro ecc.)	1	0,1	1	0,2	0	0,0	1	1,4	1	0,8	4	0,2
Altro[e]	18	2,4	16	3,1	9	2,8	0	0,0	9	7,2	52	2,9
Non riportato	199		113		74		31		49		466	
Totale diagnosi con motivo riportato	**732**	**100,0**	**514**	**100,0**	**314**	**100,0**	**69**	**100,0**	**125**	**100,0**	**1.754**	**100,0**
Totale diagnosi segnalate	**931**		**627**		**388**		**100**		**174**		**2.220**	

(a) MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(b)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva; *(c)* comprende 3 casi di trasmissione verticale in bambini di nazionalità straniera o italiana per adozione; *(d)* percentuale calcolata sul numero di diagnosi che riportano il motivo del test; *(e)* include casi di esposizione accidentale e quelli di violenza sessuale

Tabella 13 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per motivo di effettuazione del test, genere e nazionalità (2025)

Motivo del test	Italiani M		Stranieri M		Italiani F		Stranieri F		Italiani		Stranieri	
	n.	% colonna[a]	n.	% colonna[a]	n.	% colonna[a]	n.	% colonna[a]	n.	% colonna[a]	n.	% colonna[a]
Sospetta patologia HIV correlata o sintomi HIV	451	43,9	133	35,5	67	40,1	50	28,6	518	43,4	183	33,3
Comportamenti sessuali a rischio di infezione	173	16,8	82	21,9	20	12,0	25	14,3	193	16,2	107	19,5
Controlli di routine, screening a seguito di campagne informative, easy test, self test, test in ambiti extra sanitari (centri di accoglienza, carcere, associazioni)	130	12,7	37	9,9	19	11,4	29	16,6	149	12,5	66	12,0
Diagnosi di IST o sospetta IST	92	9,0	45	12,0	0	0,0	5	2,8	92	7,7	50	9,1
Scoperta o nota sieropositività del partner	59	5,7	21	5,6	31	18,5	18	10,3	90	7,5	39	7,1
Accertamenti per intervento chirurgico o ricovero	33	3,2	22	5,9	4	2,4	8	4,6	37	3,1	30	5,5
Controlli legati alla riproduzione (gravidanza/parto/IVG/PMA) effettuati da madre, padre, figli	0	0,0	3	0,8	11	6,6	33	18,9	11	0,9	36	6,5
In occasione di una donazione di sangue, organi e tessuti	33	3,2	6	1,6	4	2,4	2	1,1	37	3,1	8	1,4
Controlli per uso di droghe	18	1,8	5	1,3	5	3,0	0	0,0	23	1,9	5	0,9
Accertamenti per altra patologia	8	0,8	5	1,3	1	0,6	0	0,0	9	0,8	5	0,9
Motivo legale (richieste giudiziarie, medicina del lavoro ecc.)	2	0,2	2	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,2	2	0,4
Altro[b]	28	2,7	14	3,7	5	3,0	5	2,8	33	2,7	19	3,4
Non riportato	241		132		49		43		290		175	
Totale diagnosi con motivo riportato	**1.027**	**100,0**	**375**	**100,0**	**167**	**100,0**	**175**	**100,0**	**1194**	**100,0**	**550**	**100,0**
Totale diagnosi segnalate	**1.268**		**507**		**216**		**218**		**1.484**		**725**	

(a) Calcolata sul numero di diagnosi che riportano il motivo del test; *(b)* include i casi di esposizione accidentale e quelli di violenza sessuale

Sezione Tabelle

AIDS

Tabella 14 - Nuove diagnosi di AIDS, decessi, prevalenti e proporzione di decessi sui prevalenti per anno (<1996, 1996-2025)

Anno	Nuove diagnosi AIDS	Morti per anno di decesso[a]	Diagnosi AIDS prevalenti	Proporzione decessi per 100 casi AIDS prevalenti
<1996	33.182	23.636	70.078	33,7
1996	5.055	4.200	14.600	28,8
1997	3.384	2.144	13.784	15,6
1998	2.445	1.071	14.085	7,6
1999	2.145	1.064	15.159	7,0
2000	1.959	1.045	16.054	6,5
2001	1.824	1.033	16.833	6,1
2002	1.773	1.000	17.573	5,7
2003	1.734	1.031	18.307	5,6
2004	1.641	919	18.917	4,9
2005	1.531	862	19.529	4,4
2006	1.456	812	20.123	4,0
2007	1.409	819	20.720	4,0
2008	1.343	754	21.244	3,5
2009	1.210	715	21.700	3,3
2010	1.151	646	22.136	2,9
2011	1.058	644	22.548	2,9
2012	1.075	636	22.979	2,8
2013	1.081	653	23.424	2,8
2014	932	575	23.703	2,4
2015	878	562	24.006	2,3
2016	874	533	24.318	2,2
2017	803	511	24.588	2,1
2018	730	509	24.807	2,1
2019	647	514	24.945	2,1
2020	417	529	24.848	2,1
2021	457	449	24.776	1,8
2022	478	494	24.805	2,0
2023	632	479	24.943	1,9
2024	524	_[b]		
2025	432	_[b]		
Totale	**74.260**	**48.839**		

(a) Numero di persone con AIDS decedute per qualsiasi causa e non quello di persone decedute per cause associate all'AIDS; *(b)* i morti per AIDS per gli anni 2024 e 2025 non sono stati riportati perché i dati del Registro di Mortalità dell'Istat sono disponibili solo fino al 2023

Tabella 15 - Nuove diagnosi di AIDS per Regione di residenza e incidenza per anno di diagnosi (2016-2025)

Regione	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	49	42	41	35	10	27	31	26	29	29
Valle D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Liguria	33	40	34	25	16	18	15	33	24	11
Lombardia	198	186	163	156	97	95	111	123	113	79
Provincia Autonoma di Trento	4	2	4	2	7	0	2	0	0	1
Provincia Autonoma di Bolzano	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Veneto	40	40	37	38	29	29	21	28	36	22
Friuli Venezia Giulia	14	8	8	9	8	12	6	11	5	8
Emilia Romagna	74	59	44	60	32	44	26	36	33	33
Toscana	73	77	57	51	38	44	65	64	56	50
Umbria	18	16	13	11	7	7	5	15	7	4
Marche	32	18	23	12	21	6	6	17	7	8
Lazio	116	118	125	94	76	76	67	96	104	83
Abruzzo	19	14	19	11	4	3	2	8	5	2
Molise	7	4	1	1	2	1	0	3	1	1
Campania	48	40	42	28	11	30	23	52	24	28
Puglia	26	20	19	22	9	9	15	19	11	12
Basilicata	4	4	3	0	2	1	0	1	0	4
Calabria	6	7	5	6	2	0	2	1	1	1
Sicilia	61	45	34	41	25	25	40	42	25	17
Sardegna	9	5	7	8	3	3	3	14	13	2
Residenza estera	23	29	23	28	11	16	34	36	24	32
Residenza non riportata	20	29	27	8	7	11	4	7	6	5
Totale	**874**	**803**	**730**	**647**	**417**	**457**	**478**	**632**	**524**	**432**
Incidenza per 100.000 residenti calcolata per anno di diagnosi sulla popolazione residente	*1,5*	*1,3*	*1,2*	*1,1*	*0,7*	*0,8*	*0,8*	*1,1*	*0,9*	*0,7*

Tabella 16 - Numero annuale di casi prevalenti AIDS per Regione di residenza (2014-2023)

Regione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023[a]
Piemonte	1.374	1.380	1.395	1.413	1.421	1.425	1.401	1.406	1.410	1.406
Valle D'Aosta	31	29	29	29	27	27	27	26	26	26
Liguria	970	973	980	990	1002	1004	994	990	986	987
Lombardia	6.422	6.479	6.538	6.599	6.646	6.678	6.647	6.576	6.569	6.554
Provincia Autonoma di Trento	153	156	158	159	161	161	163	159	161	159
Provincia Autonoma di Bolzano	142	145	143	143	143	144	143	143	142	142
Veneto	1.164	1.190	1.191	1.202	1.222	1.234	1.243	1.256	1.253	1.264
Friuli Venezia Giulia	216	226	237	241	244	251	255	265	268	272
Emilia Romagna	1.985	1.999	2.013	2.030	2.026	2.038	2.024	2.017	2.005	2.001
Toscana	1.635	1.677	1.697	1.726	1.742	1.755	1.766	1.778	1.792	1.818
Umbria	265	274	284	295	305	306	307	306	307	316
Marche	474	472	494	500	510	514	522	519	518	523
Lazio	3.299	3.339	3.386	3.429	3.465	3.484	3.477	3.479	3.487	3.513
Abruzzo	286	279	289	295	306	304	299	295	291	292
Molise	42	41	45	49	49	48	50	50	48	49
Campania	1.176	1.201	1.227	1.232	1.248	1.256	1.241	1.248	1.242	1.274
Puglia	886	900	913	913	915	915	899	884	883	888
Basilicata	73	74	73	74	74	71	73	72	72	70
Calabria	235	240	241	244	247	249	244	241	239	236
Sicilia	1.088	1.111	1.140	1.145	1.144	1.146	1.149	1.139	1.157	1.170
Sardegna	570	569	565	560	556	558	554	546	539	543
Residenza estera	451	471	490	513	530	557	561	570	604	638
Residenza non riportata	766	781	790	807	824	820	809	811	806	802
Totale	**23.703**	**24.006**	**24.318**	**24.588**	**24.807**	**24.945**	**24.848**	**24.776**	**24.805**	**24.943**

(a) Ultimo anno di disponibilità dei dati di mortalità Istat

Tabella 17 - Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di AIDS per genere, classe di età, nazionalità e modalità di trasmissione 2005, 2015 e 2025

Anno di diagnosi	Maschi			Femmine			Totale		
	2005 n. 1.145	2015 n. 690	2025 n. 349	2005 n. 386	2015 n. 188	2025 n. 83	2005 n. 1.531	2015 n. 878	2025 n. 432
Età mediana (IQR)	41 (36-47)	46 (37-53)	49 (38-58)	39(33-44)	43 (34-51)	49 (42-58)	41 (35-46)	45 (36-52)	49 (40-56)
Classe d'età									
<13[a]	0,0	0,0	0,0	0,8	1,1	0,0	0,2	0,2	0,0
13-14	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
15-19	0,3	0,4	0,0	1,6	0,0	0,0	0,7	0,3	0,0
20-24	1,3	1,6	1,7	2,8	4,8	0,0	1,7	2,3	1,4
25-29	4,7	6,2	6,0	8,8	9,5	0,0	5,7	6,9	4,9
30-34	11,7	10,9	8,3	17,6	10,6	6,0	13,1	10,8	7,9
35-39	22,0	13,3	10,3	24,1	11,7	9,6	22,5	13,0	10,2
40-49	40,5	29,9	25,8	31,3	30,9	36,2	38,2	30,1	27,7
50-59	12,6	25,1	29,8	9,3	23,4	30,1	11,8	24,8	29,8
≥60	6,9	12,6	18,1	3,4	8,0	18,1	6,0	11,6	18,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nazionalità									
Italiana	83,7	77,9	65,9	68,3	54,8	45,8	79,8	73,0	62,0
Straniera	16,3	22,1	34,1	31,7	45,2	54,2	20,2	27,0	38,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Modalità di trasmissione									
MSM[b]	-	-	-	-	-	-	20,6	32,9	33,3
Eterosessuali maschi	-	-	-	-	-	-	26,0	31,7	32,4
Eterosessuali femmine	-	-	-	-	-	-	16,9	16,7	16,9
IDU[c]	-	-	-	-	-	-	29,4	11,5	6,5
Altra/Non riportata	-	-	-	-	-	-	7,1	7,2	10,9
Totale	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0	100,0

(a) Fascia d'età che definisce un caso AIDS pediatrico; *(b)* MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(c)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva

Tabella 18 - Nuove diagnosi di AIDS ≥13[a] anni per genere, classe d'età, nazionalità e modalità di trasmissione (<2020, 2020-2025)

		<2020	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Genere								
Maschi	n.	54.630	306	351	357	496	412	349
	%	77,4	73,4	77,0	74,7	78,9	78,6	80,8
Femmine	n.	15.925	111	105	121	133	112	83
	%	22,6	26,6	23,0	25,3	21,1	21,4	19,2
Classe d'età								
<40	n.	46.714	118	124	130	178	151	105
	%	66,2	28,3	27,2	27,2	28,3	28,8	24,3
40-49	n.	14.689	106	138	159	183	142	120
	%	20,8	25,4	30,3	33,3	29,1	27,1	27,8
50-59	n.	6.126	137	128	132	177	140	129
	%	8,7	32,9	28,1	27,6	28,1	26,7	29,9
≥60	n.	3.026	56	66	57	91	91	78
	%	4,3	13,4	14,4	11,9	14,5	17,4	18,0
Nazionalità								
Italiana	n.	62.692	292	302	305	415	341	268
	%	88,9	70,0	66,2	63,8	66,0	65,1	62,0
Straniera	n.	7.787	124	147	173	214	183	164
	%	11,0	29,7	32,2	36,2	34,0	34,9	38,0
Non riportata	n.	76	1	7	0	0	0	0
	%	0,1	0,2	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Modalità di trasmissione								
MSM[b]	n.	12.835	116	123	160	195	166	144
	%	18,2	27,8	27,0	33,5	31,0	31,7	33,3
Eterosessuali maschi	n.	10.746	129	152	129	213	168	140
	%	15,2	30,9	33,3	27,0	33,9	32,1	32,4
EEterosessuali femmine	n	7.761	94	86	93	111	95	73
	%	11,0	22,5	18,9	19,5	17,6	18,1	16,9
IDU[c]	n.	35.278	34	45	37	39	31	28
	%	50,0	8,2	9,8	7,7	6,2	5,9	6,5
Altra[c]/Non riportata	n.	3.935	44	50	59	71	64	47
	%	5,6	10,6	11,0	12,3	11,3	12,2	10,9
Totale	**n.**	**70.555**	**417**	**456**	**478**	**629**	**524**	**432**
	%	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

(a) Fascia d'età che esclude i casi AIDS pediatrici; *(b)* MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(c)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva

Tabella 19 - Numero e percentuale delle più comuni patologie indicative di AIDS in persone ≥13[a] anni per genere e modalità di trasmissione (2025)

	Genere				Modalità di trasmissione							
	Maschi		Femmine		MSM[b]		Eterosessuale		IDU[c]		Totale	
Patologie[d]	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Polmonite da *Pneumocystis jirovecii*	116	20,3	31	20,5	49	20,0	70	20,5	8	19,0	**137**	**19,0**
Infezione da Cytomegalovirus[e]	88	15,4	31	20,5	43	17,6	61	17,8	3	7,1	**119**	**16,5**
Wasting syndrome	84	14,7	23	15,2	31	12,7	54	15,8	7	16,7	**107**	**14,9**
Candidosi esofagea	69	12,1	19	12,6	34	13,9	44	12,9	8	19,0	**98**	**13,6**
Sarcoma di Kaposi	48	8,4	3	2,0	31	12,7	15	4,4	1	2,4	**50**	**6,9**
Encefalopatia da HIV	24	4,2	10	6,6	6	2,4	14	4,1	2	4,8	**33**	**4,6**
Tubercolosi disseminata o extrapolomonare	22	3,9	7	4,6	9	3,7	14	4,1	2	4,8	**29**	**4,0**
Toxoplasmosi cerebrale	20	3,5	9	6,0	8	3,3	12	3,5	2	4,8	**29**	**4,0**
Tubercolosi polmonare	20	3,5	3	2,0	2	0,8	12	3,5	4	9,5	**23**	**3,2**
Linfoma Immunoblastico	18	3,2	2	1,3	9	3,7	10	2,9	1	2,4	**20**	**2,8**
Criptococcosi extrapolmonare	16	2,8	1	0,7	7	2,8	7	2,0	1	2,4	**17**	**2,4**
Altre patologie indicative di AIDS	*46*	*8,0*	*12*	*8,0*	*16*	*6,4*	*29*	*8,5*	*3*	*7,1*	***58***	***8,1***
Totale	**571**	**100,0**	**151**	**100,0**	**245**	**100,0**	**342**	**100,0**	**42**	**100,0**	**720**	**100,0**

(a) Fascia di età che esclude i casi AIDS pediatrici; *(b)* MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(c)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva; *(d)* i numeri e le percentuali si riferiscono al totale delle patologie indicative di AIDS segnalate al momento della prima diagnosi AIDS o comunque entro 60 giorni dalla prima diagnosi; *(e)* include la malattia sistemica da Cytomegalovirus e la retinite

Tabella 20 - Proporzione[a] di casi AIDS diagnosticati entro 6 mesi dal 1° test HIV per genere, classe d'età, nazionalità e modalità di trasmissione (<2020, 2020-2025)

	<2020	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totale
Genere								
Maschi	48,5	81,9	85,4	86,4	86,9	88,6	82,4	50,8
Femmine	42,3	77,2	77,2	78,0	76,1	74,0	74,7	44,3
Classe d'età								
<40	39,9	86,2	86,1	85,6	90,1	87,8	87,6	41,5
40-49	47,2	79,2	82,4	86,2	80,6	85,3	85,7	49,5
50-59	64,7	77,0	80,9	76,3	84,9	82,7	73,3	66,8
≥60	75,3	80,0	86,0	94,4	81,5	86,2	77,3	76,5
Nazionalità								
Italiana	42,2	79,3	83,7	83,8	86,4	86,1	80,6	44,3
Straniera	71,4	84,3	82,8	85,5	81,1	84,2	81,5	72,8
Modalità di trasmissione								
MSM[b]	62,8	85,3	80,7	87,7	86,4	88,2	85,2	65,0
Eterosessuali maschi	75,7	87,1	90,2	93,9	88,7	94,3	84,8	77,0
Eterosessuali femmine	56,4	81,4	79,7	79,5	77,1	73,9	76,1	58,1
IDU[c]	14,5	31,3	58,3	43,3	54,5	58,6	40,0	14,9
Altra[d]/Non riportata	69,7	87,2	97,6	85,4	94,0	85,5	87,8	71,5
Totale	**47,0**	**80,6**	**83,5**	**84,4**	**84,6**	**85,5**	**80,9**	**49,2**

(a) Percentuali calcolate sul 57% delle diagnosi AIDS che riportano la data del primo test HIV; *(b)* MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(c)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva

Sezione Figure

HIV

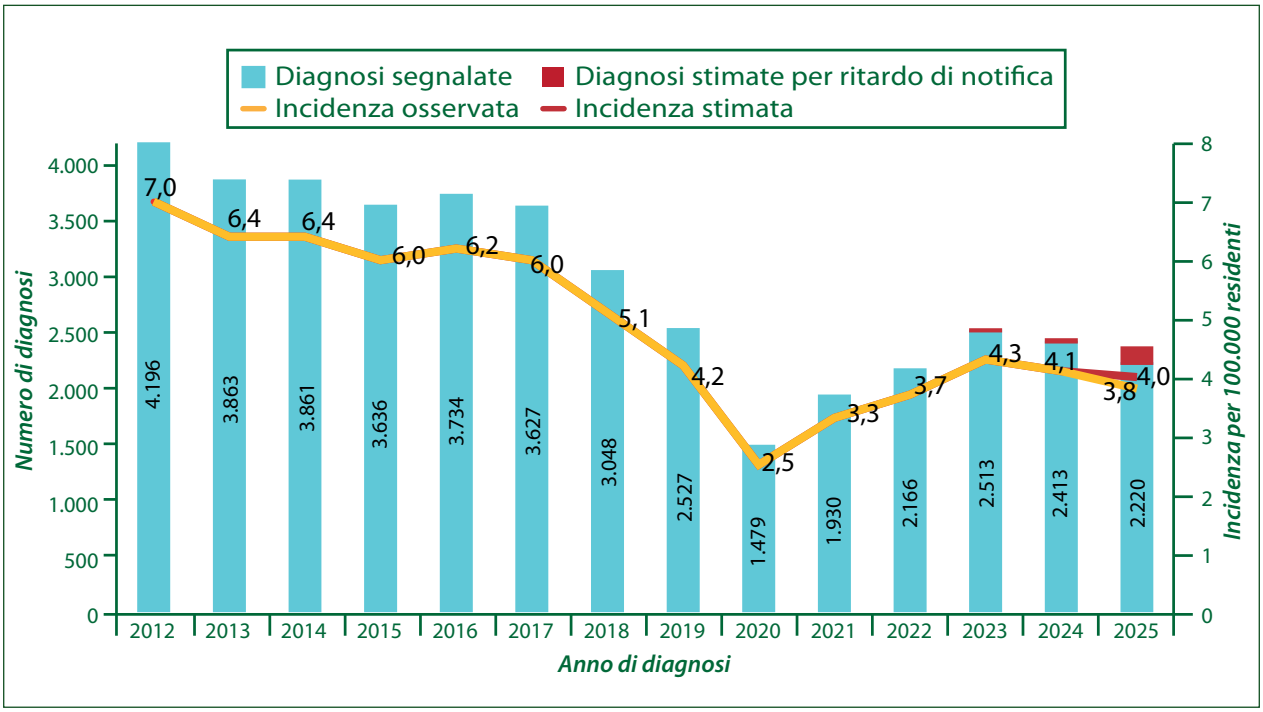


Figura 1 - Nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenze corrette per ritardo di notifica (2012-2025)

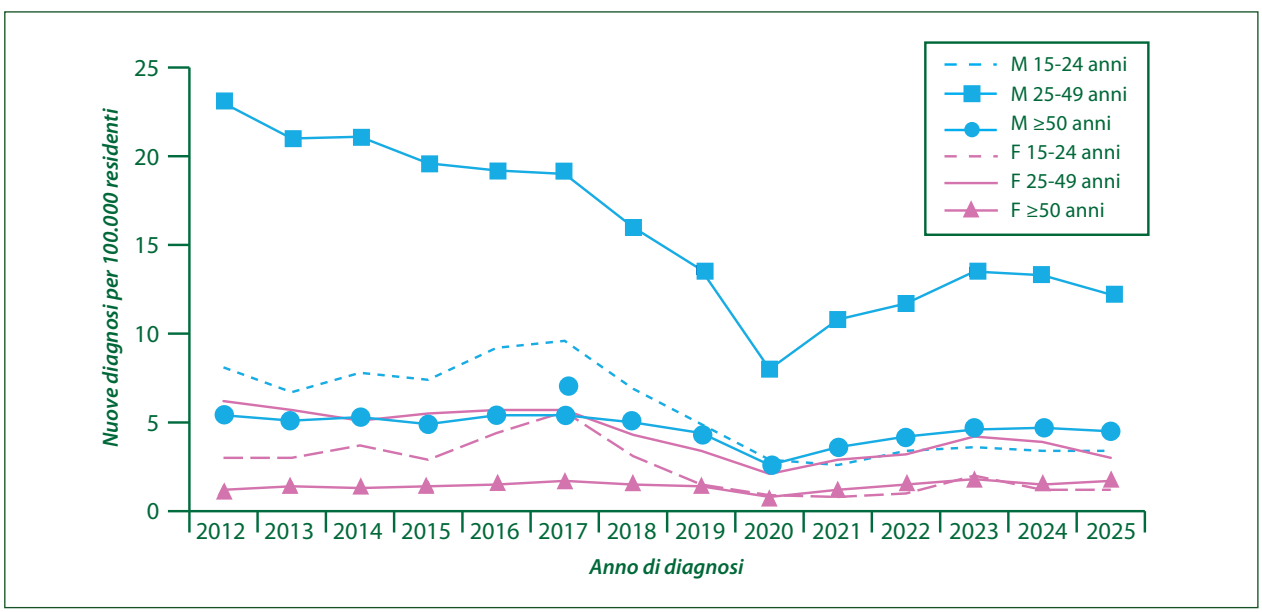


Figura 2 - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per genere, età e anno di diagnosi (2012-2025)

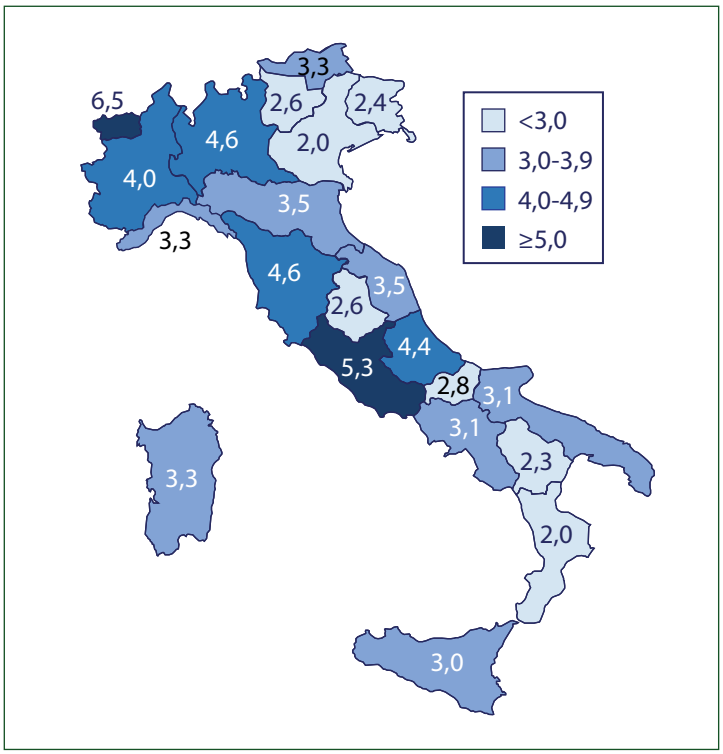


Figura 3 - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (per 100.000 residenti) per Regione di residenza (2025)

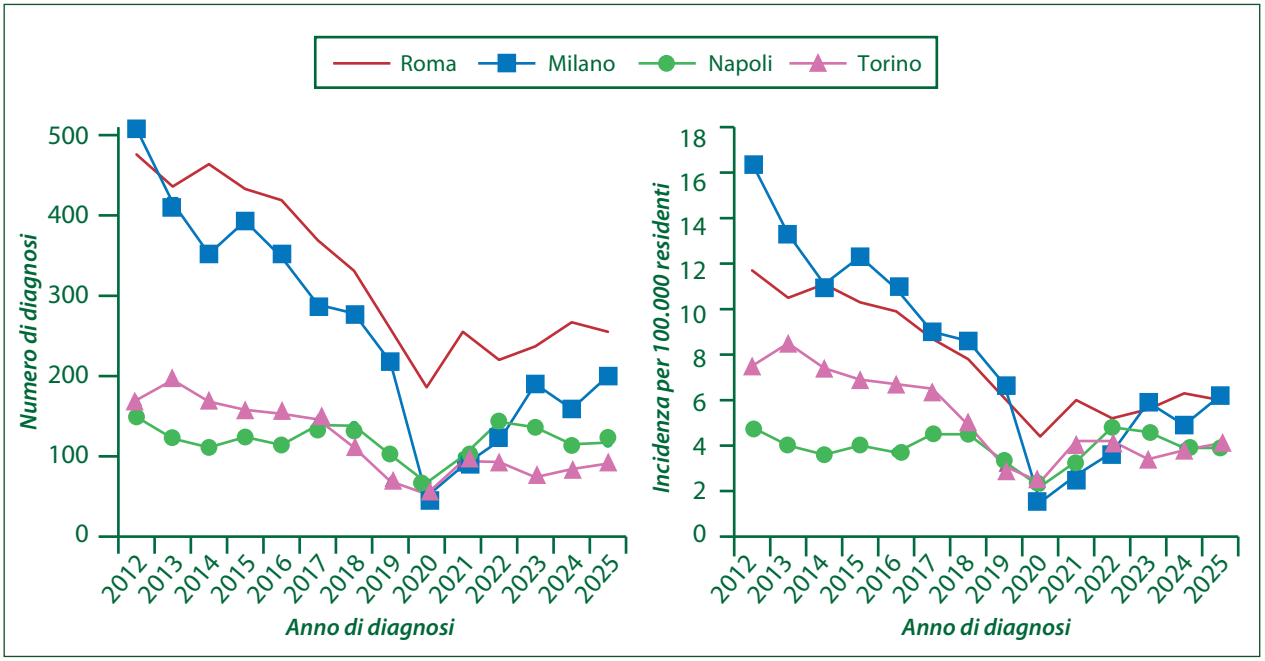


Figura 4 - Andamento delle nuove diagnosi HIV e delle incidenze nelle quattro Province con il maggior numero di diagnosi (2012-2025)

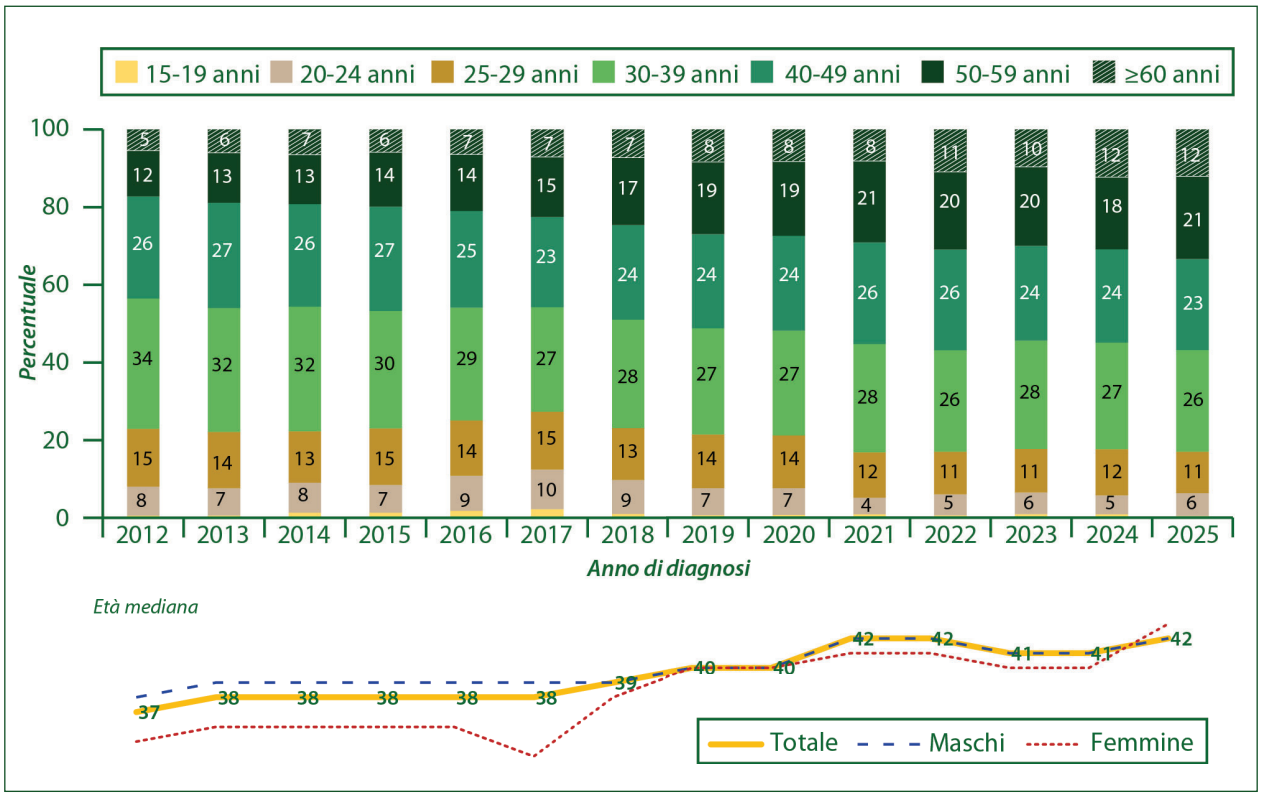


Figura 5 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e anno diagnosi; età mediana (2012-2025)

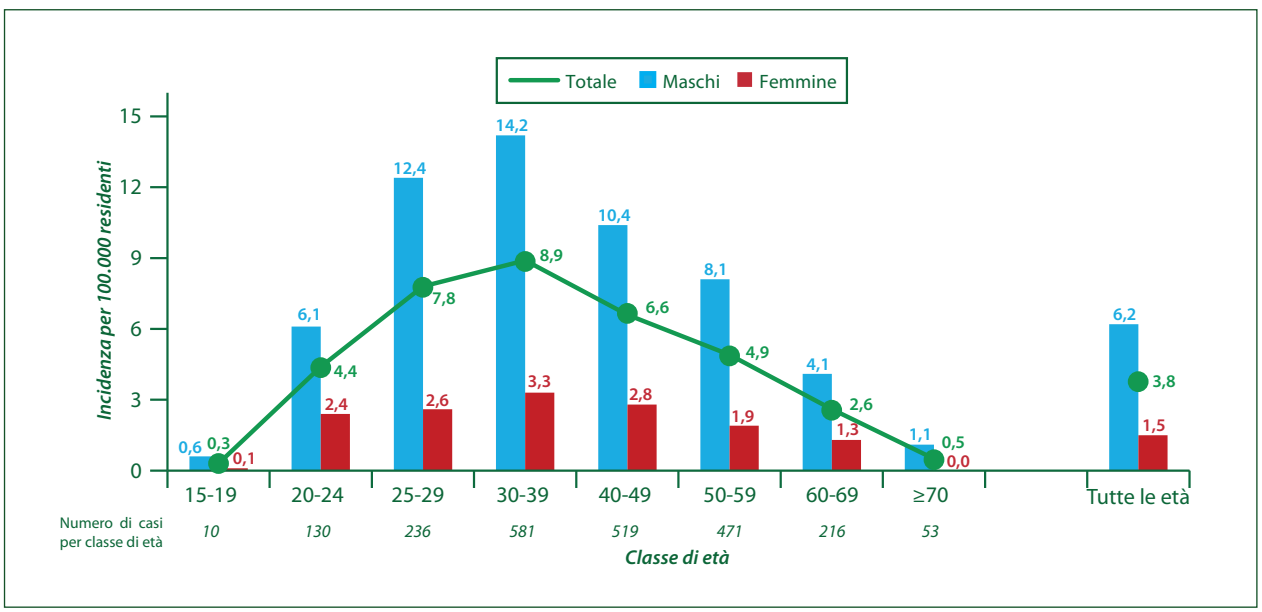


Figura 6 - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e genere (2025)

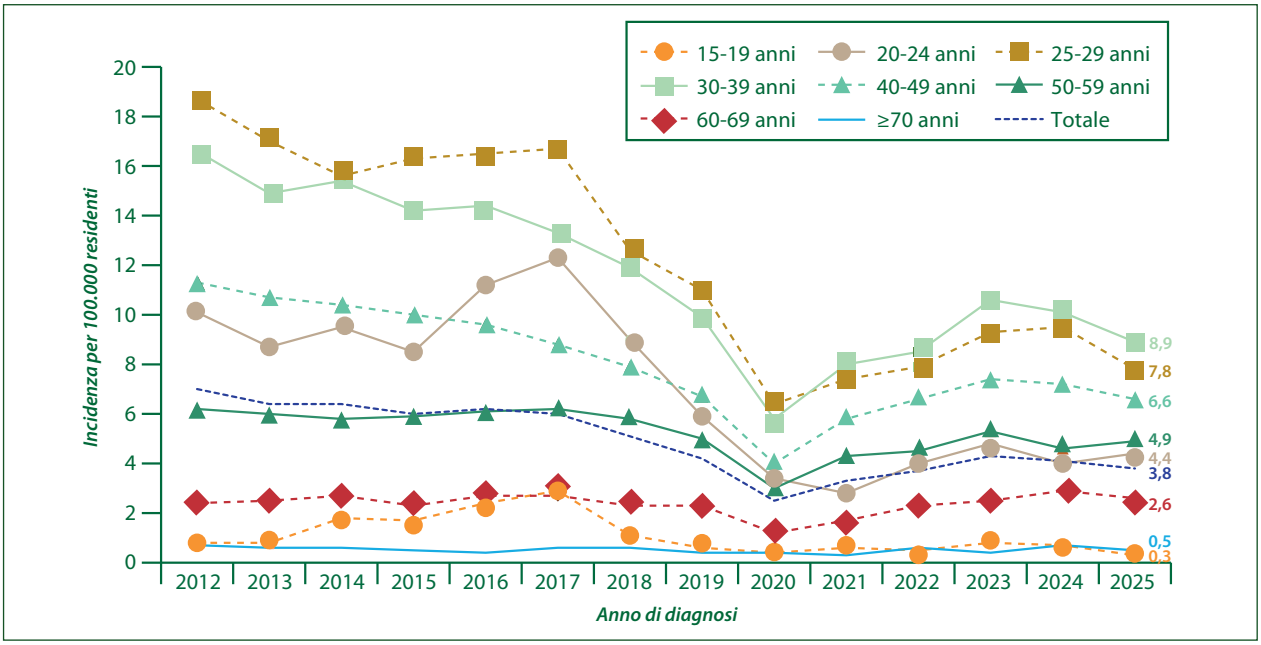


Figura 7 - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e anno di diagnosi (2012-2025)

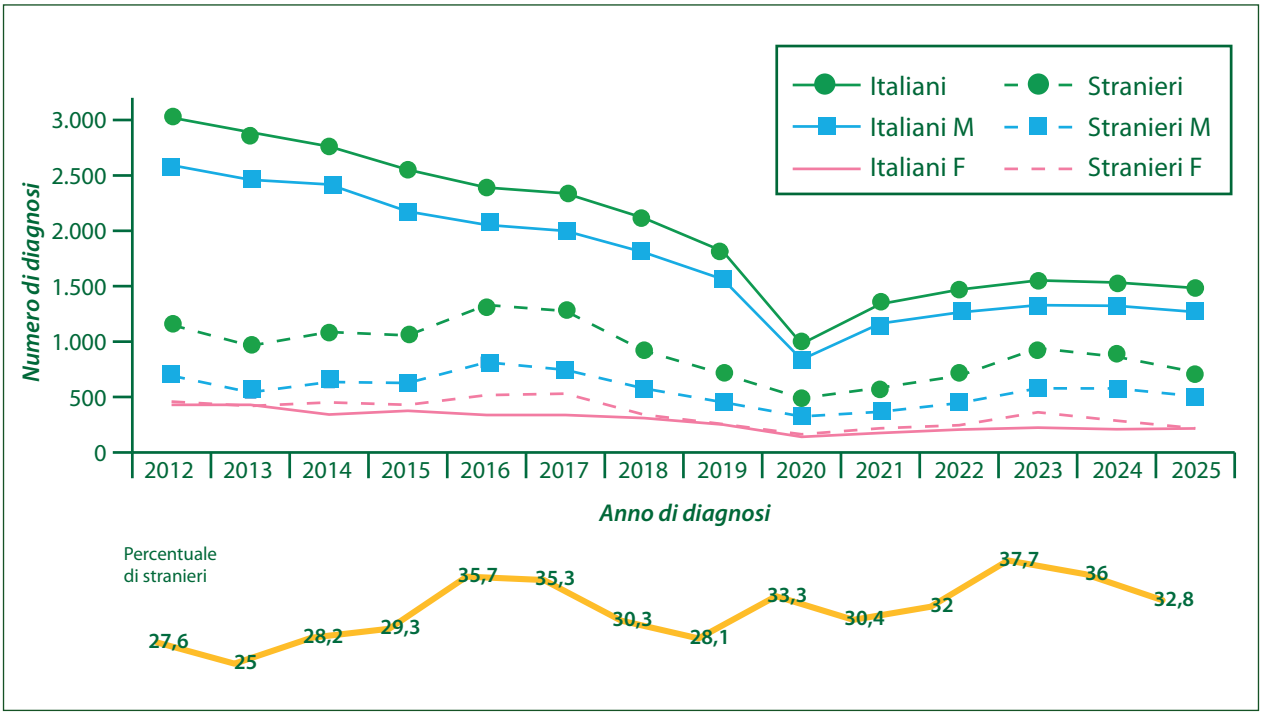


Figura 8 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per nazionalità, genere e anno di diagnosi (2012-2025)

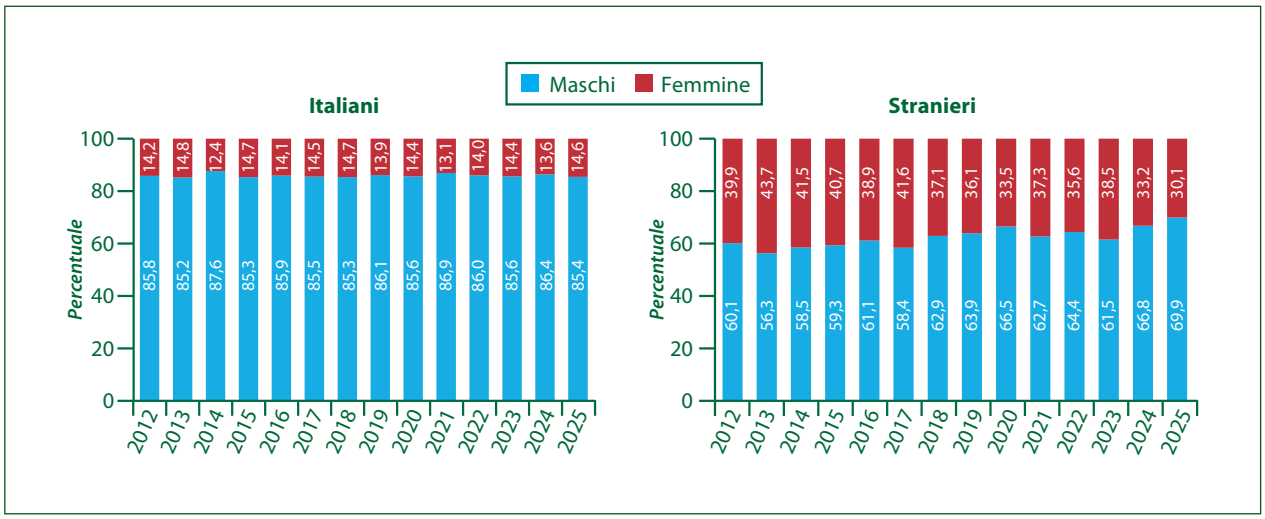
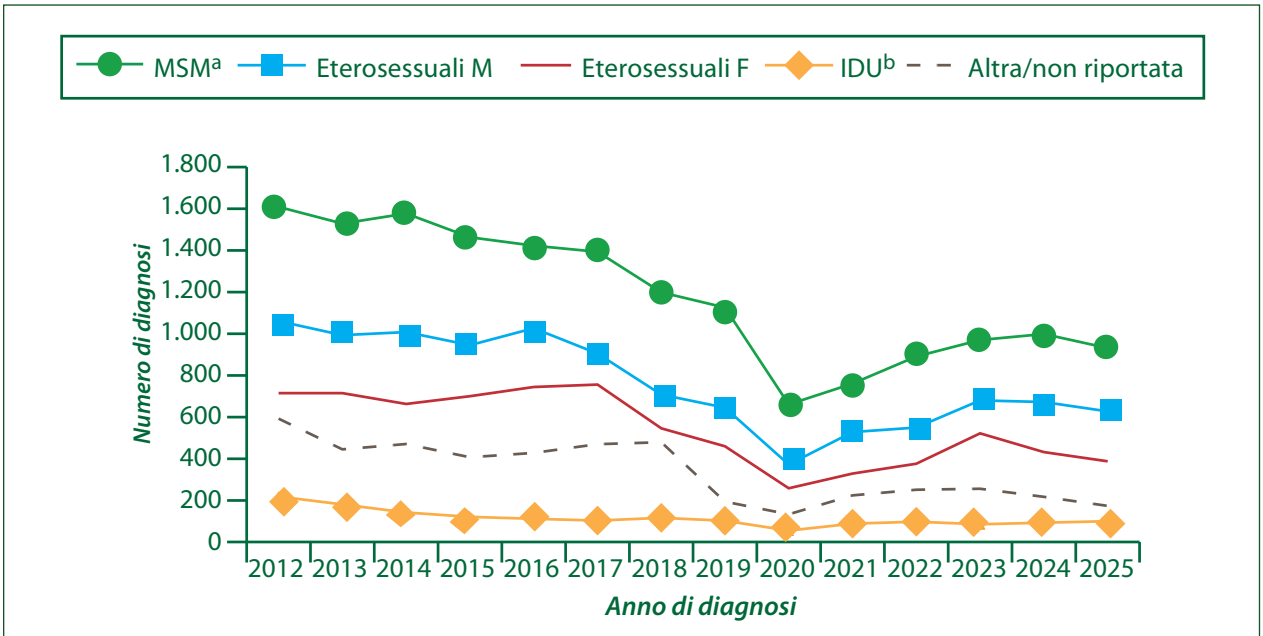
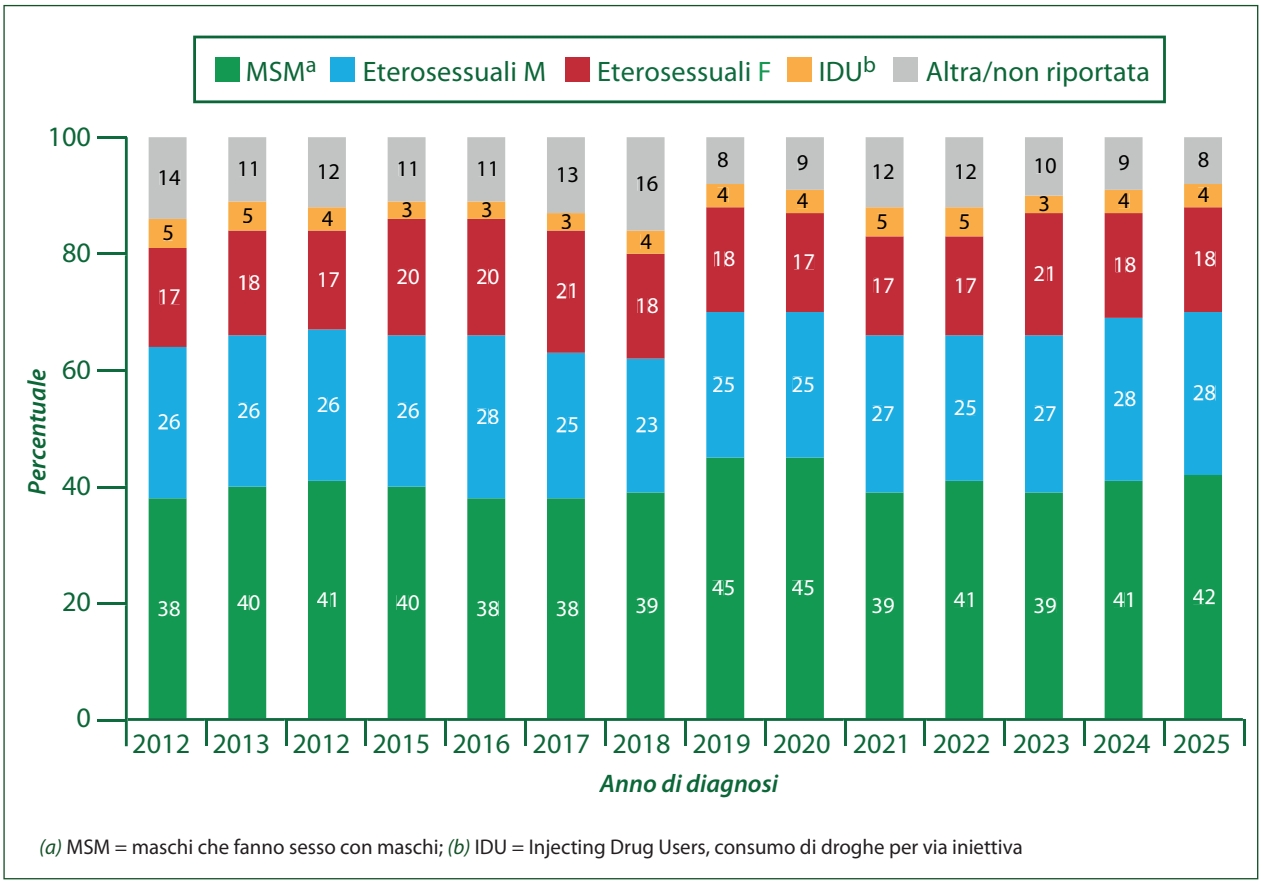


Figura 9 - Nuove diagnosi di infezione da HIV distribuite per genere in Italiani e stranieri e anno di diagnosi



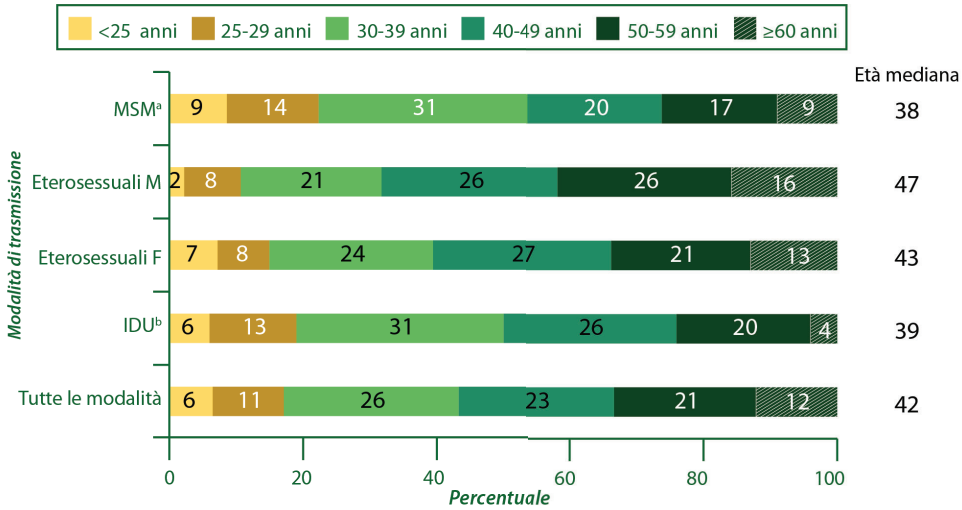
(a) MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(b)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva

Figura 10 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione e anno di diagnosi (2012-2025)



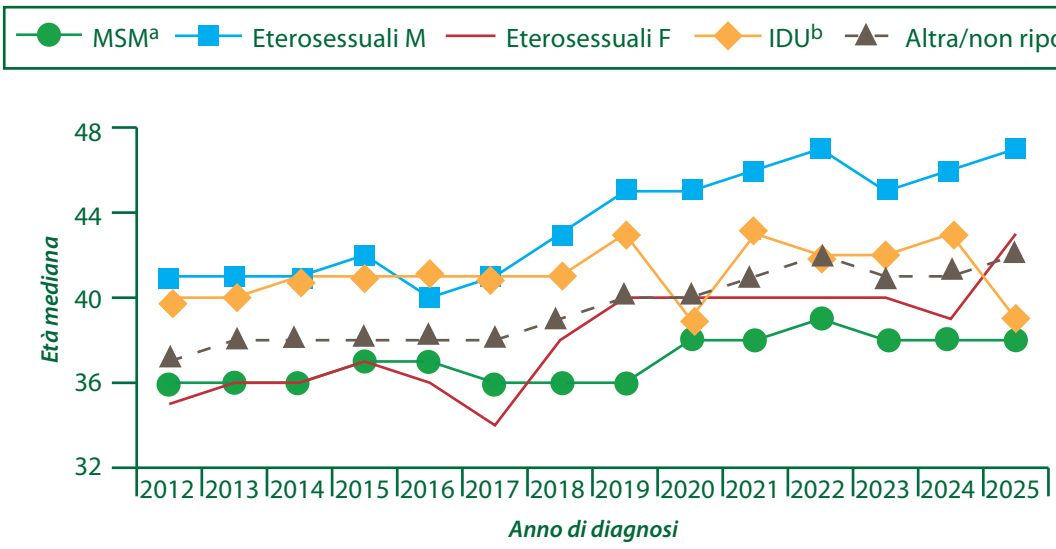
(a) MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(b)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva

Figura 11 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione e anno di diagnosi (2012-2025)



(a) MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(b)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva

Figura 12 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età e modalità di trasmissione (2025)



(a) MSM = maschi che fanno sesso con maschi; *(b)* IDU = Injecting Drug Users, consumo di droghe per via iniettiva

Figura 13 - Età mediana delle persone con nuova diagnosi HIV per modalità di trasmissione e anno di diagnosi (2012-2025)

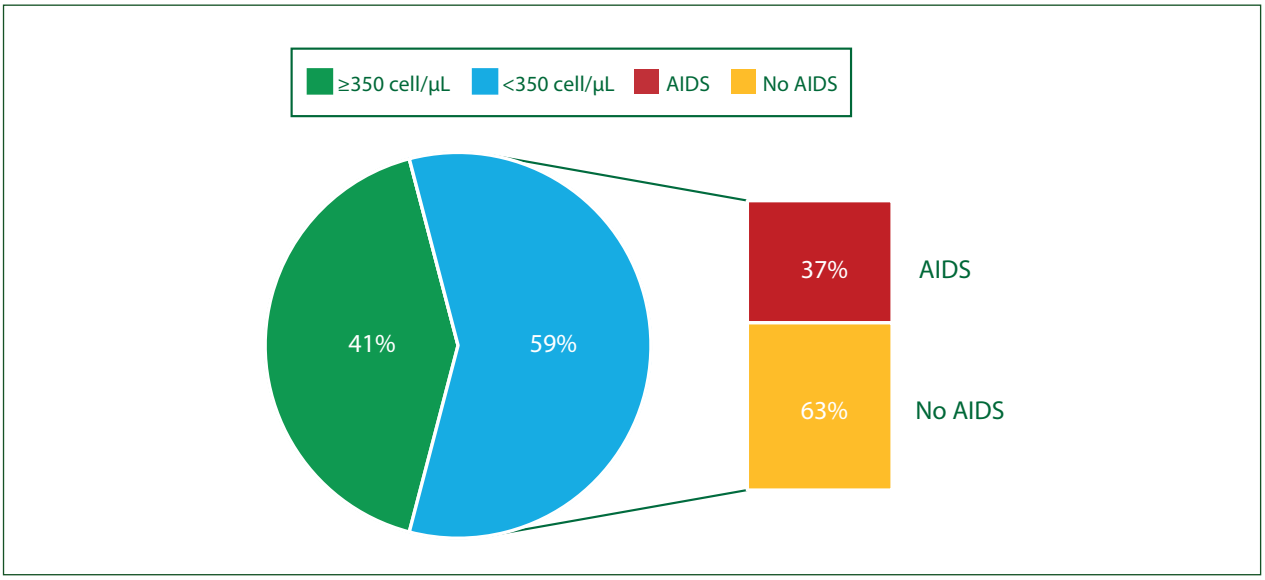


Figura 14 - Proporzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per numero di linfociti CD4 e diagnosi di AIDS (2025)

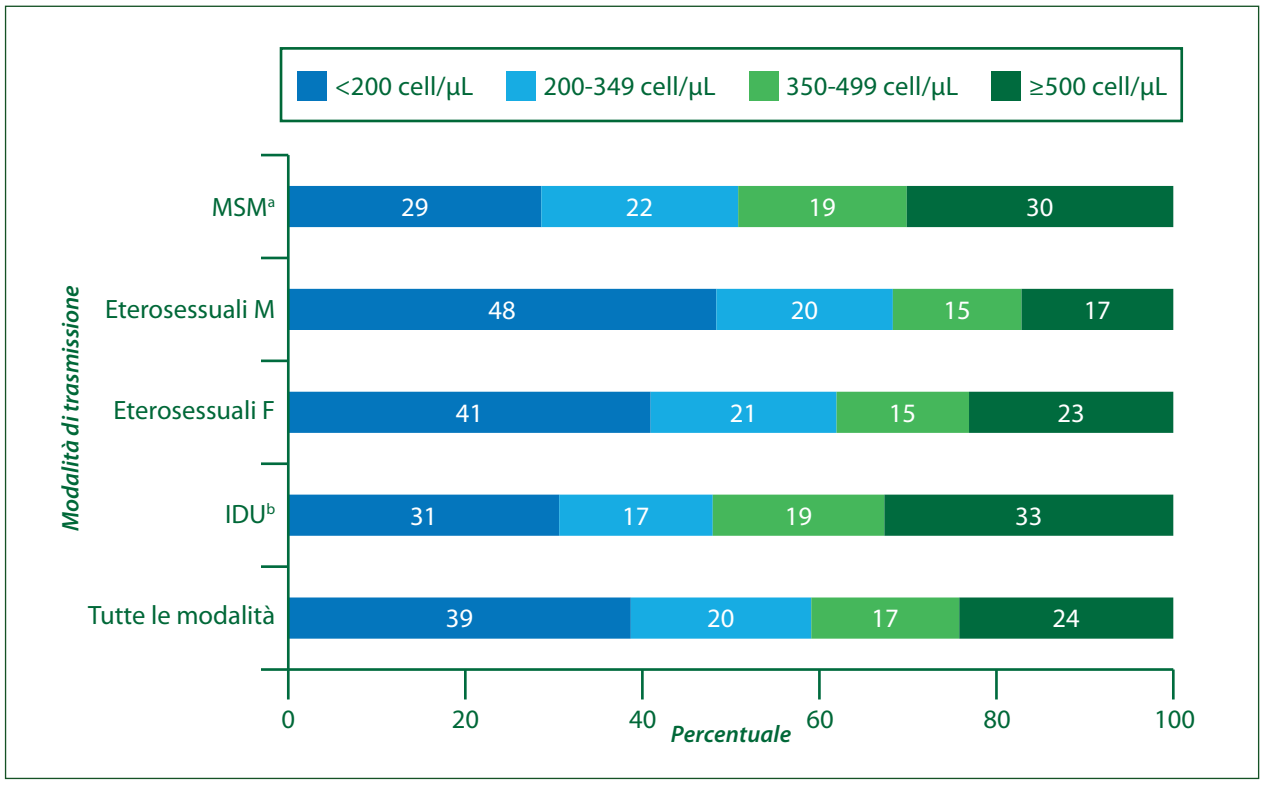


Figura 15 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per classi di CD4 e modalità di trasmissione (2025)

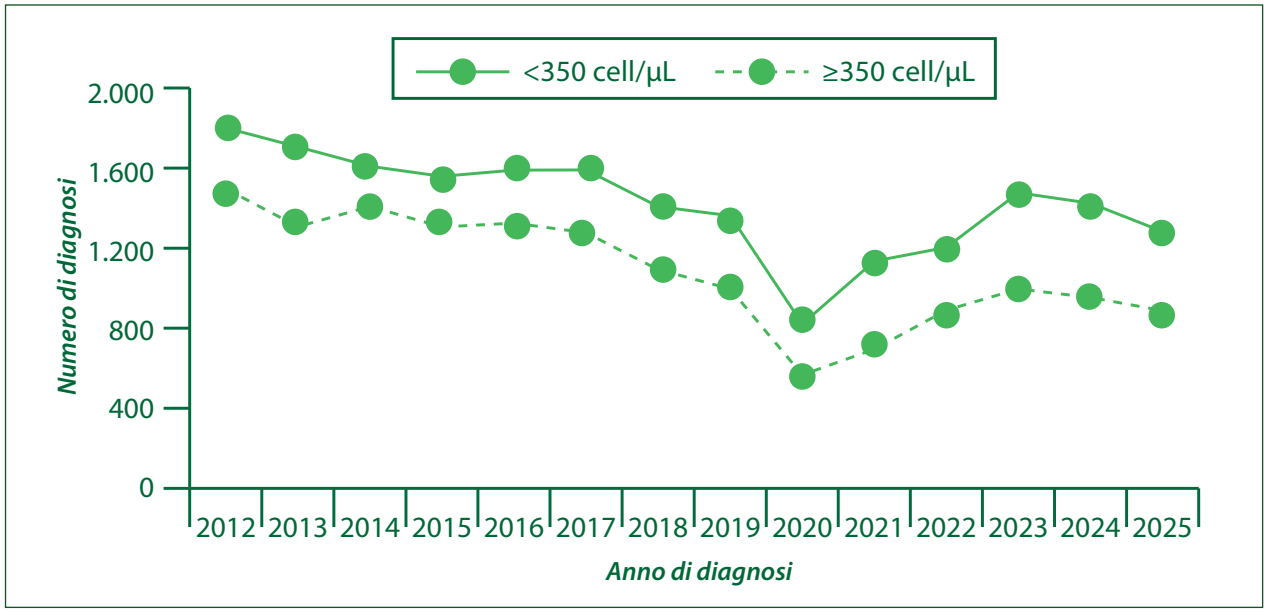
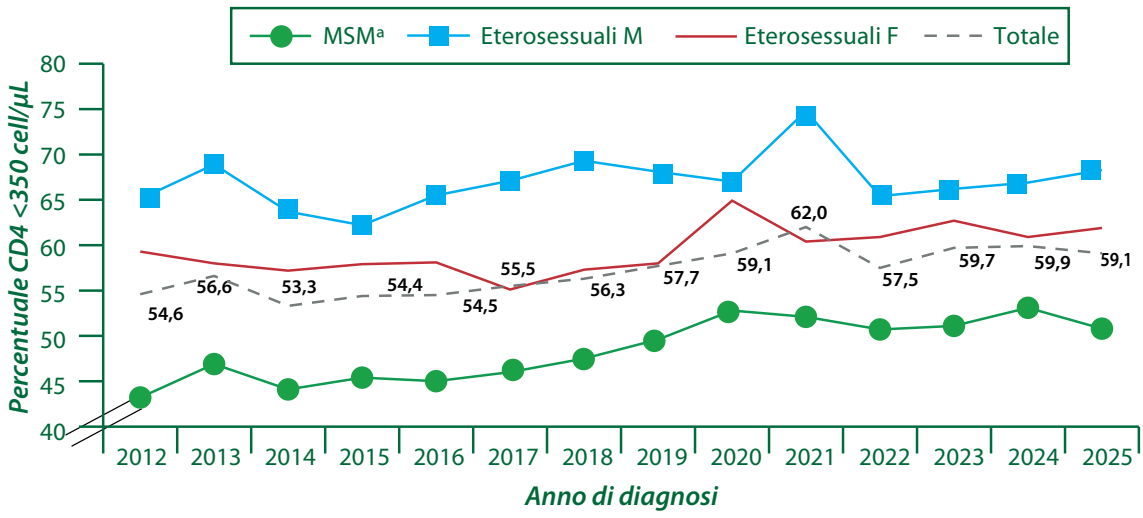
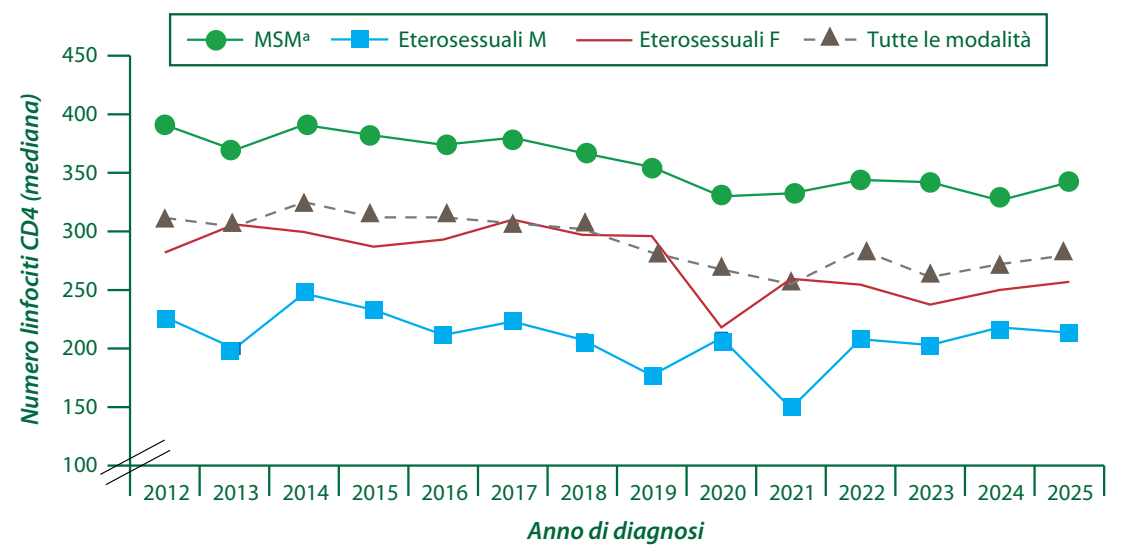


Figura 16 - Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV con linfociti CD4 <350 cell/µL e con linfociti CD4 ≥350 cell/µL per anno di diagnosi (2012-2025)



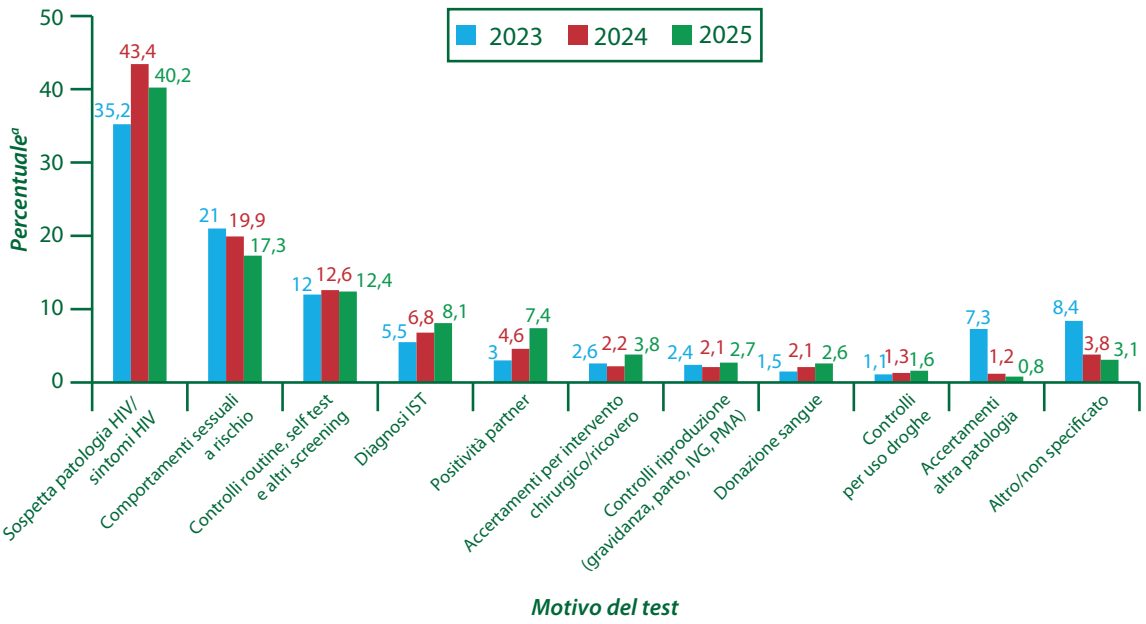
(a) MSM = maschi che fanno sesso con maschi

Figura 17 - Proporzione di nuove diagnosi di infezione da HIV con numero di linfociti CD4 <350 cell/µL per le principali modalità di trasmissione e anno di diagnosi (2012-2025)



(a) MSM = maschi che fanno sesso con maschi

Figura 18 - Mediana del numero di linfociti CD4 per le principali modalità di trasmissione e anno di diagnosi (2012-2025)



(a) Proporzioni calcolate sul numero di diagnosi che riportano il motivo del test (circa 85%)

Figura 19 - Nuove diagnosi per motivo di effettuazione del test HIV (2023-2025)

Sezione Figure

AIDS

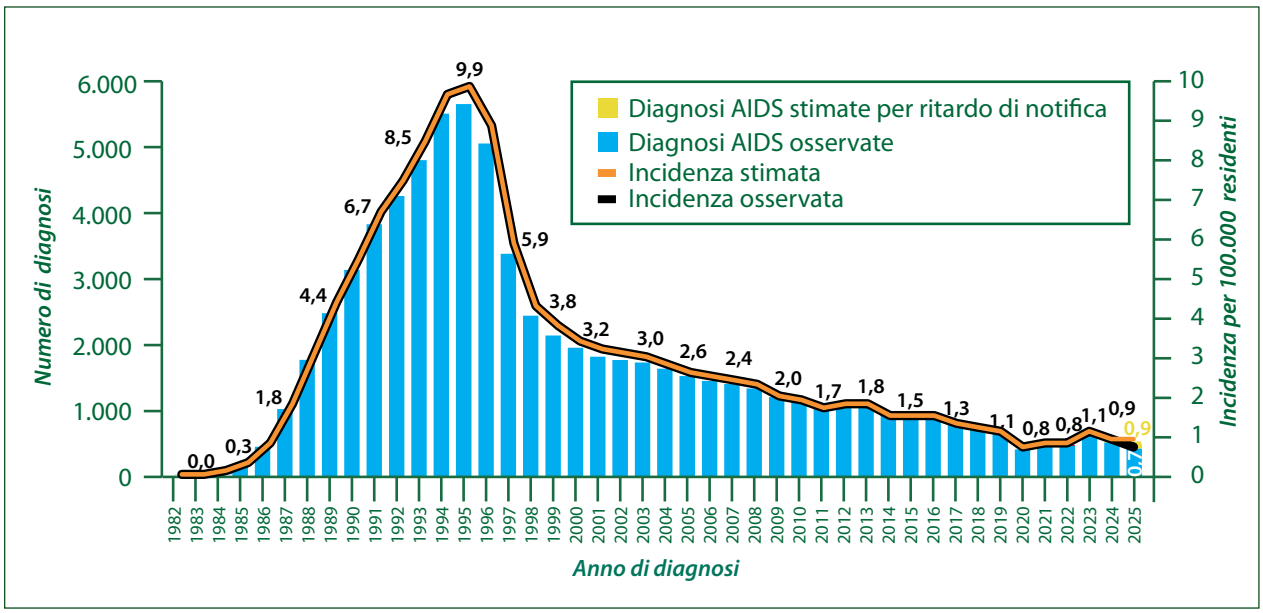


Figura 20 - Nuove diagnosi AIDS e incidenze corrette per ritardo di notifica (1982-2025)

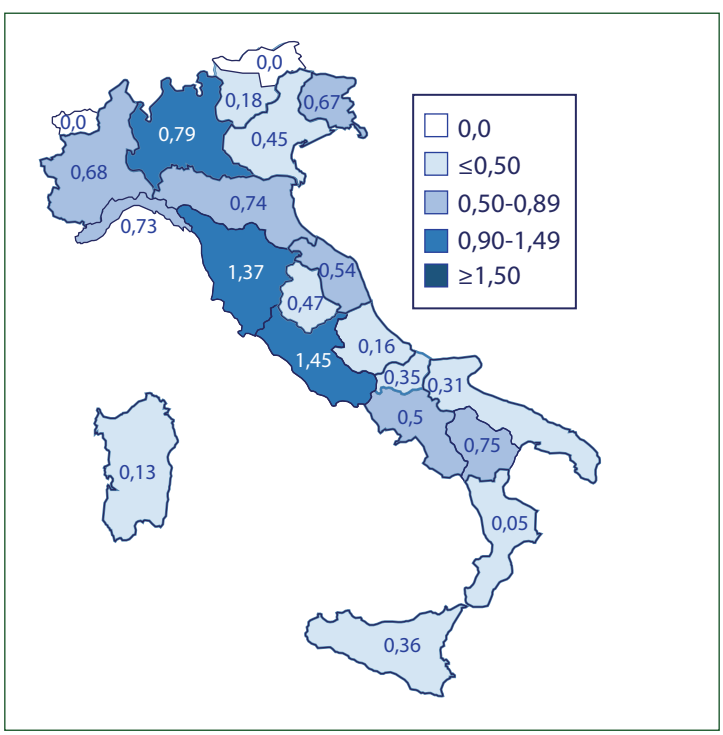


Figura 21 - Incidenza delle nuove diagnosi AIDS (per 100.000 residenti) per Regione di residenza (2025)

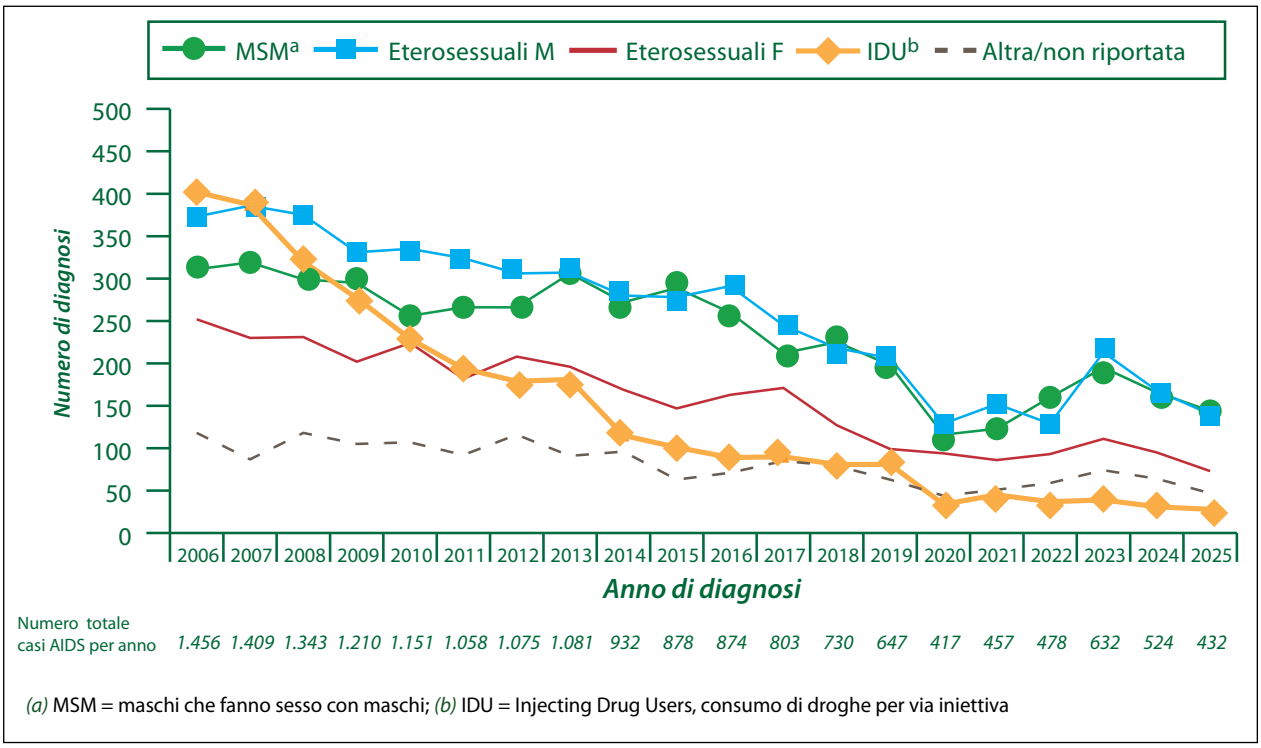


Figura 22 - Nuove diagnosi AIDS per modalità di trasmissione e anno di diagnosi (2006-2025)

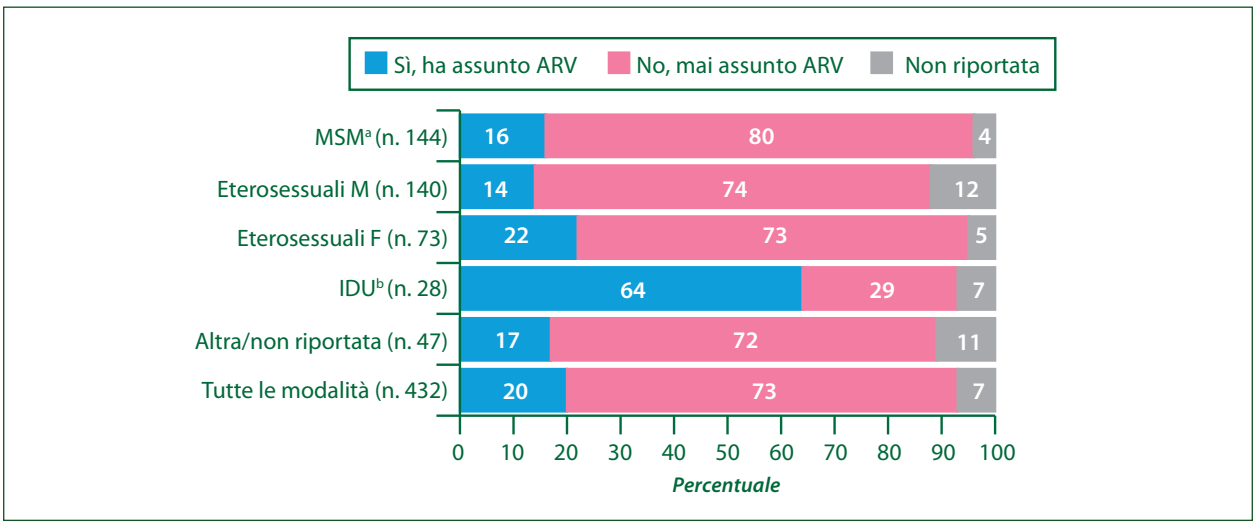
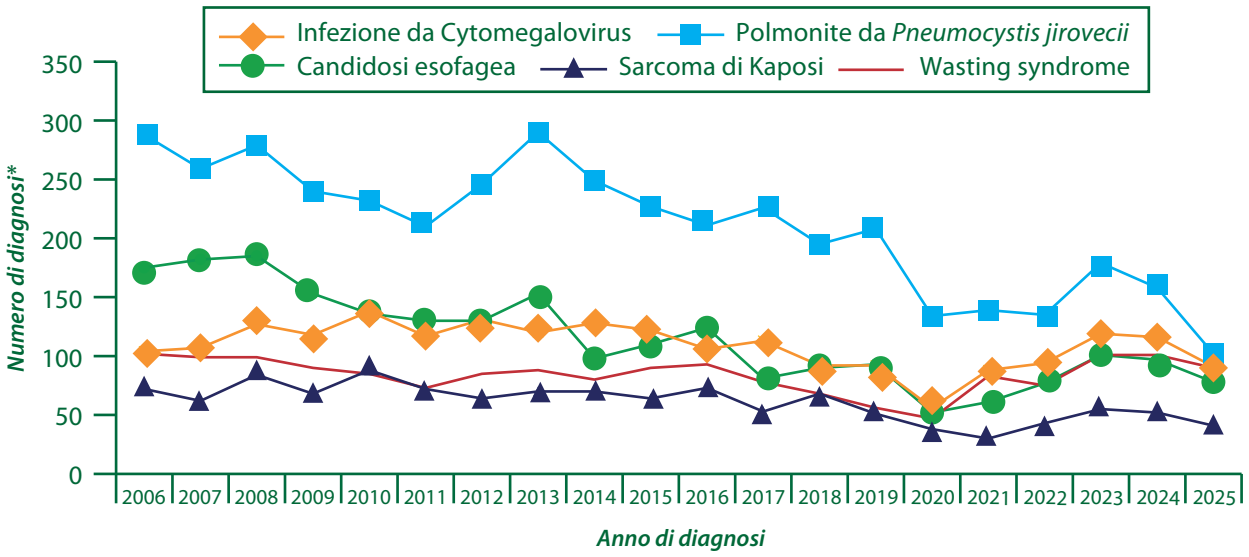


Figura 23 - Uso di terapie antiretrovirali (ARV) pre-AIDS, per modalità di trasmissione (2025)

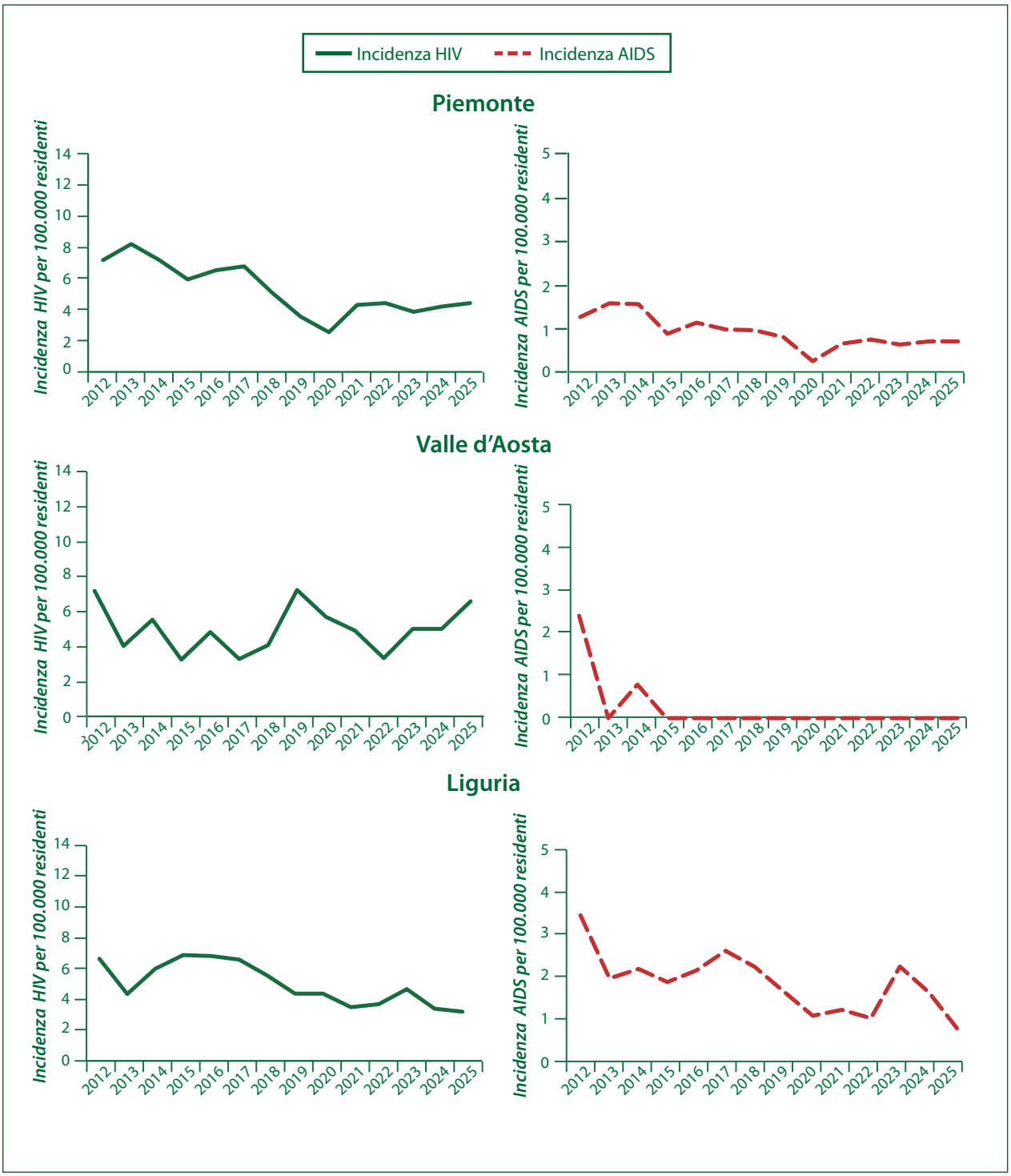


(a) I numeri si riferiscono alle patologie indicative di AIDS segnalate; le persone con nuova diagnosi di AIDS possono presentare più di una patologia

Figura 24 - Andamento temporale delle più comuni patologie[a] indicative di AIDS in persone che non hanno effettuato trattamenti antiretrovirali pre-AIDS (2006-2025)

Appendice 1

Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza dei casi di AIDS per 100.000 residenti per Regione e anno di diagnosi 2012-2025



segue

continua



Appendice - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza dei casi di AIDS per 100.000 residenti per Regione e anno di diagnosi 2012-2025

segue

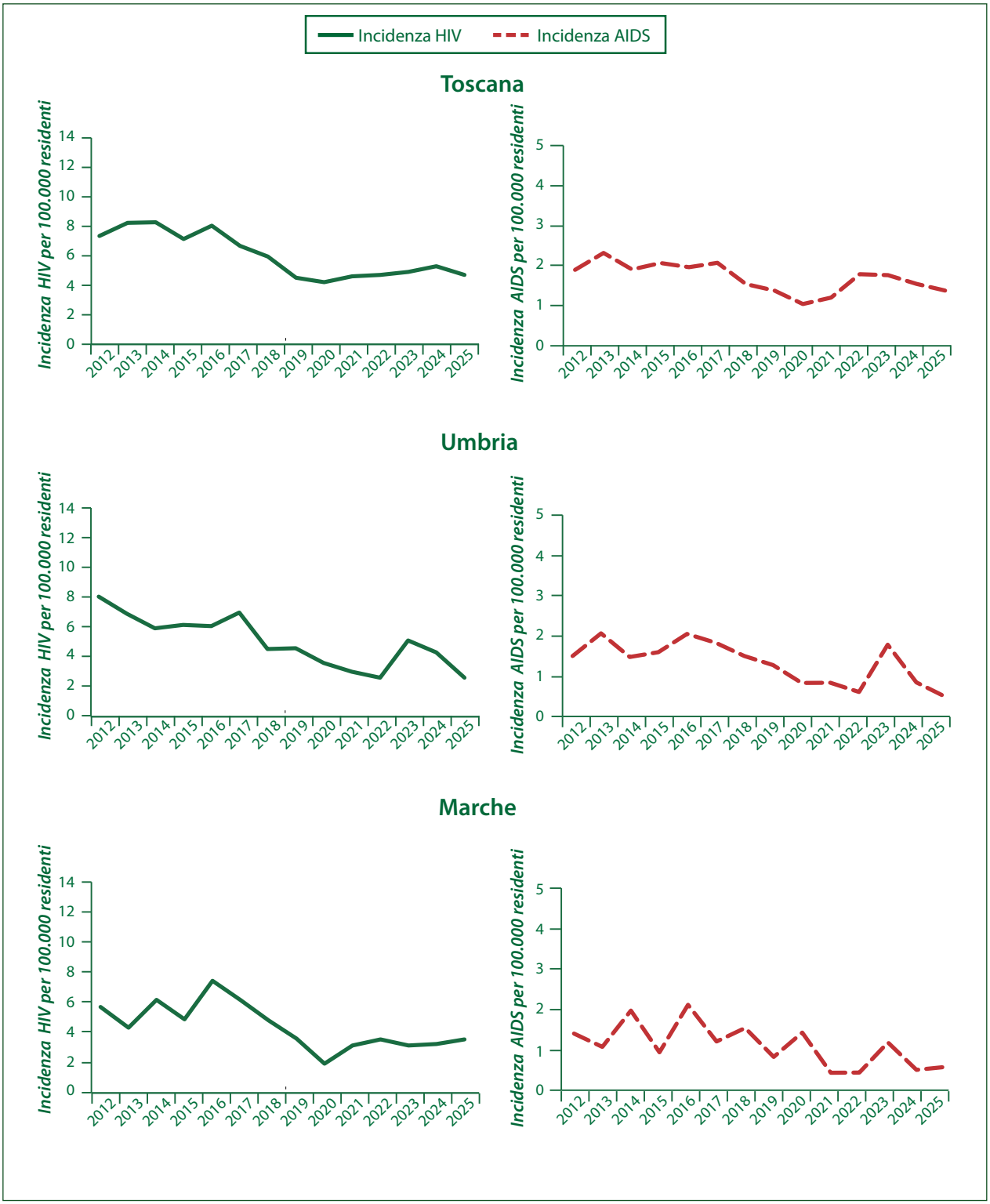
continua



Appendice - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza dei casi di AIDS per 100.000 residenti per Regione e anno di diagnosi 2012-2025

segue

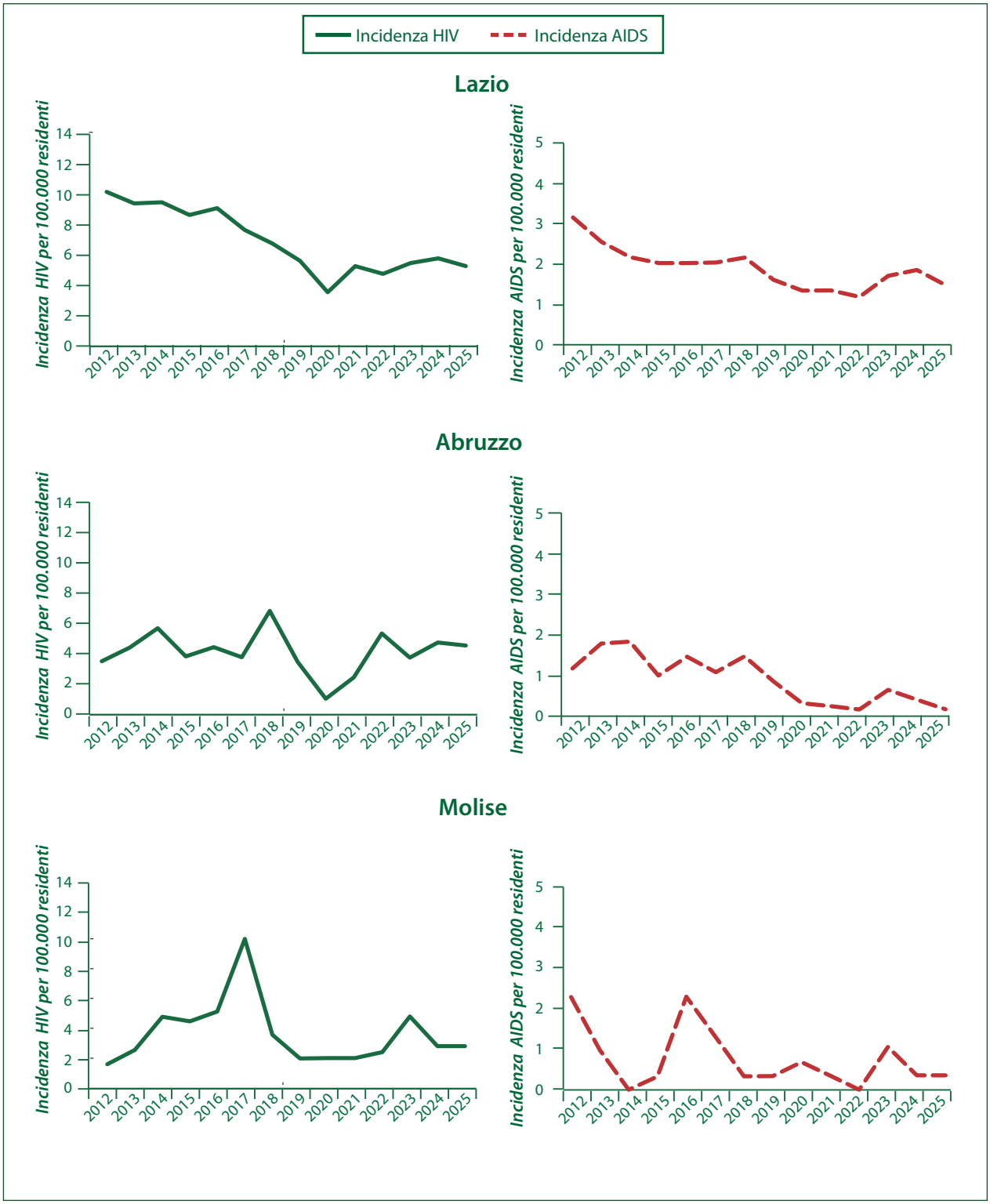
continua



Appendice - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza dei casi di AIDS per 100.000 residenti per Regione e anno di diagnosi 2012-2025

segue

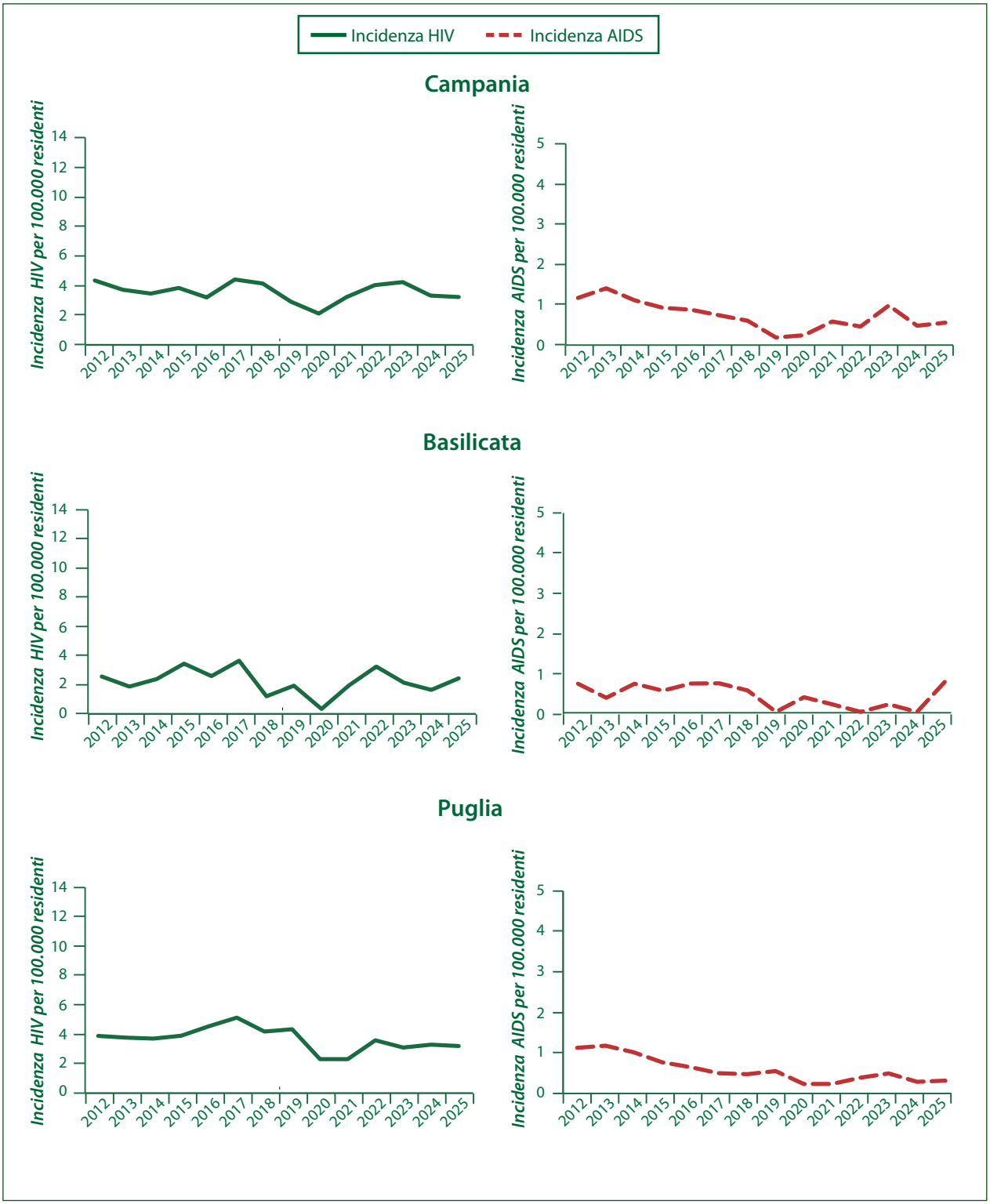
continua



Appendice - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza dei casi di AIDS per 100.000 residenti per Regione e anno di diagnosi 2012-2025

segue

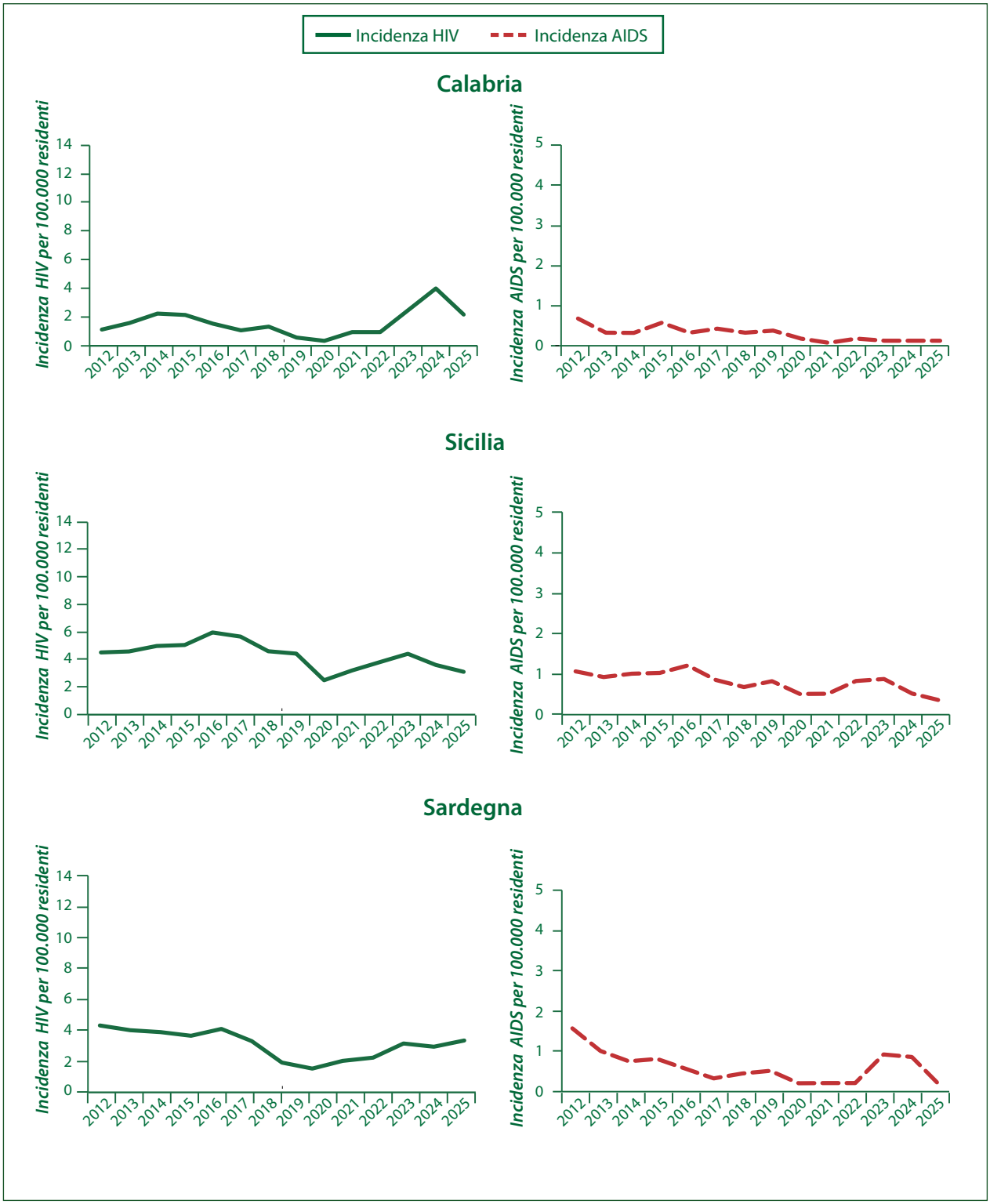
continua



Appendice - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza dei casi di AIDS per 100.000 residenti per Regione e anno di diagnosi 2012-2025

segue

continua



Appendice - Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza dei casi di AIDS per 100.000 residenti per Regione e anno di diagnosi 2012-2025

Appendice 2

Incidenza delle nuove diagnosi HIV e AIDS per classi di incidenza e Provincia di residenza 2025

	HIV	AIDS
Agrigento	<3,0	0
Alessandria	4,0-4,9	0,90-1,49
Ancona	3,0-3,9	0,50-0,89
Aosta	≥5,0	0
Arezzo	3,0-3,9	0,90-1,49
Ascoli Piceno	<3,0	0
Asti	<3,0	0,90-1,49
Avellino	<3,0	0
Bari	3,0-3,9	<0,50
Barletta-Andria-Trani	<3,0	0
Belluno	<3,0	0,50-0,89
Benevento	<3,0	0,50-0,89
Bergamo	≥5,0	≥1,50
Biella	3,0-3,9	0
Bologna	<3,0	<0,50
Bolzano	3,0-3,9	0
Brescia	4,0-4,9	0,90-1,49
Brindisi	4,0-4,9	<0,50
Cagliari	≥5,0	<0,50
Caltanissetta	<3,0	0
Campobasso	3,0-3,9	0
Caserta	<3,0	<0,50
Catania	3,0-3,9	0,50-0,89
Catanzaro	<3,0	0
Chieti	4,0-4,9	0
Como	3,0-3,9	0,50-0,89
Cosenza	<3,0	<0,50
Cremona	≥5,0	0
Crotone	<3,0	0
Cuneo	3,0-3,9	<0,50
Enna	<3,0	0
Fermo	4,0-4,9	0
Ferrara	<3,0	<0,50
Firenze	4,0-4,9	0,90-1,49
Foggia	3,0-3,9	0
Forli-Cesena	<3,0	≥1,50
Frosinone	<3,0	0,50-0,89
Genova	3,0-3,9	0,50-0,89
Gorizia	<3,0	0,50-0,89

0,0
<3,0
3,0-3,9
4,0-4,9
≥5,0

0,0
<0,50
0,50-0,89
0,90-1,49
≥1,50

segue

continua

	HIV	AIDS
Grosseto	3,0-3,9	0,90-1,49
Imperia	≥5,0	0,90-1,49
Isernia	<3,0	0,90-1,49
L'Aquila	4,0-4,9	0,90-1,49
La Spezia	<3,0	0,50-0,89
Latina	<3,0	0,50-0,89
Lecce	<3,0	0
Lecco	<3,0	<0,50
Livorno	3,0-3,9	0
Lodi	3,0-3,9	≥1,50
Lucca	3,0-3,9	0,90-1,49
Macerata	3,0-3,9	0,90-1,49
Mantova	3,0-3,9	<0,50
Massa Carrara	≥5,0	≥1,50
Matera	<3,0	0
Messina	<3,0	0,50-0,89
Milano	≥5,0	0,50-0,89
Modena	<3,0	<0,50
Monza e Brianza	<3,0	<0,50
Napoli	3,0-3,9	0,50-0,89
Novara	4,0-4,9	≥1,50
Nuoro	<3,0	0
Oristano	<3,0	0
Padova	<3,0	<0,50
Palermo	<3,0	<0,50
Parma	≥5,0	0,90-1,49
Pavia	<3,0	0
Perugia	<3,0	<0,50
Pesaro e Urbino	4,0-4,9	0,50-0,89
Pescara	≥5,0	0
Piacenza	≥5,0	0,90-1,49
Pisa	4,0-4,9	0,90-1,49
Pistoia	≥5,0	≥1,50
Pordenone	<3,0	0,50-0,89
Potenza	<3,0	0,90-1,49
Prato	≥5,0	≥1,50
Ragusa	<3,0	<0,50
Ravenna	3,0-3,9	0,50-0,89
Reggio Calabria	3,0-3,9	0
Reggio Emilia	3,0-3,9	0,50-0,89
Rieti	<3,0	0,50-0,89
Rimini	4,0-4,9	0,50-0,89

0,0
<3,0
3,0-3,9
4,0-4,9
≥5,0

0,0
<0,50
0,50-0,89
0,90-1,49
≥1,50

segue

continua

	HIV	AIDS
Roma	≥5,0	≥1,50
Rovigo	<3,0	0
Salerno	<3,0	<0,50
Sassari	<3,0	0
Savona	<3,0	0
Siena	3,0-3,9	≥1,50
Siracusa	≥5,0	<0,50
Sondrio	<3,0	0
Sud Sardegna	<3,0	<0,50
Taranto	<3,0	0,90-1,49
Teramo	<3,0	0
Terni	3,0-3,9	0,90-1,49
Torino	4,0-4,9	0,50-0,89
Trapani	3,0-3,9	<0,50
Trento	<3,0	<0,50
Treviso	3,0-3,9	<0,50
Trieste	3,0-3,9	0
Udine	<3,0	0,90-1,49
Varese	<3,0	0,50-0,89
Venezia	<3,0	<0,50
Verbano-Cusio-Ossola	<3,0	0
Vercelli	≥5,0	0,50-0,89
Verona	<3,0	0,50-0,89
Vibo Valentia	<3,0	0
Vicenza	<3,0	0,50-0,89
Viterbo	≥5,0	0,90-1,49

0,0
<3,0
3,0-3,9
4,0-4,9
≥5,0

0,0
<0,50
0,50-0,89
0,90-1,49
≥1,50

Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV: istituzioni e referenti 2025

Regione	Istituzione	Referente
Abruzzo	Dipartimento Sanità, Servizio della Prevenzione e Tutela Sanitaria	Dalia Palmieri, Maria Concetta Zavarella
Basilicata	Ufficio Prevenzione Sanità, Regione Basilicata	Luana Bolcina, Fiorella Di Giuseppe
Calabria	Dipartimento Tutela della Salute	Nicolas Cartolano, Francesco Lucia, Anna Domenica Mignuoli, Francesca Tavella
Campania	Centro Riferimento AIDS, Regione Campania CeRifARC	Guglielmo Borgia, Raffaela Errico
Emilia-Romagna	Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, Direzione Generale cura della persona, salute e welfare	Erika Massimiliani
Friuli Venezia Giulia	Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità	Cristina Schellenberger, Cristina Zappetti
Lazio	Servizio Regionale per l'Epidemiologia, sorveglianza e controllo delle malattie infettive, INMI "Lazzaro Spallanzani"	Gabriella De Carli, Giovanni Pitti, Francesco Vairo
Liguria	Dipartimento Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova	Giancarlo Icardi, Piero Luigi Lai
Lombardia	Direzione Generale Welfare, Unità Organizzativa Prevenzione	Danilo Cereda, Lucia Crottogini, Manuel Maffeo
Marche	Osservatorio Epidemiologico Regionale, Agenzia Regionale Sanitaria	Antonello Lupi, Lolita Sebastianelli
Molise	Centro di Riferimento Regionale AIDS, UOS AIDS epidemiologia, prevenzione e terapia ASREM	Alessandra Prozzo
Piemonte	Servizio di Riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive (SEREMI)	Chiara Pasqualini
Provincia Autonoma di Bolzano	Divisione Malattie Infettive, Ospedale Centrale di Bolzano	Angela Pieri
Provincia Autonoma di Trento	UO Microbiologia e Virologia, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari	Lucia Collini, Giovanni Lorenzin
Puglia	Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari	Francesca Centrone, Maria Chironna
Sardegna	Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale - Direzione Generale della Sanità - Servizio Promozione della Salute e Osservatorio Epidemiologico	Maria Antonietta Palmas
Sicilia	Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico	Patrizia Miceli, Sebastiano Pollina Addario

segue

continua

Regione	Istituzione	Referente
Toscana	Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana	Monia Puglia, Fabio Voller
Umbria	Struttura Complessa Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera di Perugia	Alessandra Mercuri
	Direzione Regionale Salute e Welfare, Regione Umbria	Simona Foresi
Valle d'Aosta	Azienda USL Valle d'Aosta	Manuela Colafigli, Silvia Magnani
	Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali, Struttura Igiene e Sanità pubblica	Elisa Francesca Echarlod, Mauro Ruffier, Marina Giulia Verardo
Veneto	Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria - UO Prevenzione e Sanità Pubblica	Filippo Da Re, Francesca Russo, Francesca Zanella



Nei prossimi numeri:

Cura dei curanti: una priorità di sanità pubblica.
Risorse e criticità del caregiver

Educatamente 2.0: Promozione della salute digitale
e prevenzione del cyberbullismo in età evolutiva[

Nanotecnologie al Microscopio

Istituto Superiore di Sanità

Presidente: Rocco Bellantone

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

a cura del Servizio Comunicazione Scientifica