



REGIONE PUGLIA  
DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,  
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI  
Sezione Strategie e Governo dell'offerta  
Assegnato a Servizio.....

# REGIONE PUGLIA

## Deliberazione della Giunta Regionale

N. **410** del 07/03/2019 del Registro delle Deliberazioni

Codice CIFRA: SGO/DEL/2019/00022

OGGETTO: Accordo Stato – Regioni avente ad oggetto: “Piano Nazionale di interventi contro l’HIV e AIDS (PNAIDS) - Rep. Atti n. 180/CSR del 26/10/2017” – Recepimento. Costituzione Commissione regionale per gli interventi contro l’HIV e AIDS.

L'anno 2019 addì 07 del mese di Marzo, in Bari, nella Sala delle adunanze, si è riunita la Giunta Regionale, previo regolare invito nelle persone dei Signori:

| Sono presenti: |                     | Sono assenti: |                     |
|----------------|---------------------|---------------|---------------------|
| V. Presidente  | Antonio Nunziante   | Presidente    | Michele Emiliano    |
| Assessore      | Cosimo Borraccino   | Assessore     | Leonardo di Gioia   |
| Assessore      | Loredana Capone     | Assessore     | Raffaele Piemontese |
| Assessore      | Giovanni Giannini   |               |                     |
| Assessore      | Sebastiano Leo      |               |                     |
| Assessore      | Alfonsino Pisicchio |               |                     |
| Assessore      | Salvatore Ruggeri   |               |                     |
| Assessore      | Giovanni F. Stea    |               |                     |

Assiste alla seduta il Segretario Generale: Dott. Roberto Venneri

*Amministratore  
M.*

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. del Servizio "Strategie e Governo Dell'Assistenza Ospedaliera" e confermate dai Dirigente delle Sezioni "Strategie e Governo dell'Offerta", "Risorse strumentali e tecnologiche" e "Promozione della Salute e del Benessere", riferisce: *il Vice Presidente*

*A.*

**Visti:**

- la Legge n. 135 del 5 giugno 1990 recante "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS" allo scopo di contrastare la diffusione delle infezioni da HIV mediante le attività di prevenzione e di assicurare idonea assistenza alle persone affette da tali patologie, in particolare quando necessitano di ricovero ospedaliero;
- la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'intesa concernente "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test in Italia" (Rep. Atti n. 134/CSR del 27/07/2011) che promuove interventi finalizzati ad offrire il test HIV in maniera attiva, gratuita, in anonimato e sempre accompagnato da counselling pre- e post-test;
- la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 26 ottobre 2017 che ha sancito l'intesa sul documento "Piano Nazionale di Interventi contro l'HIV e l'AIDS (PNAIDS)" (Rep. Atti n. 180/CSR del 26/10/2017),
- la nota del Ministero della Salute prot. n. 0025674 del 29 agosto 2018 avente ad oggetto "Richiesta di costituzione o ricostituzione delle Commissioni Regionali AIDS";
- la deliberazione di Giunta regionale 1209 del 27 maggio 2015 e successiva determina dirigenziale n. 438 del 14 dicembre 2015 con cui la Regione Puglia ha istituito il "Gruppo di lavoro per la redazione di una proposta di strategia regionale per l'offerta del test HIV";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 694 del 9 maggio 2017 con cui la Regione Puglia ha recepito il suddetto "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test in Italia" (Rep. Atti n. 134/CSR del 27/07/2011) e approvato il documento "Politiche di promozione del test HIV in Puglia" in cui si descrive lo scenario attuale, si sottolinea l'importanza dell'offerta attiva del test HIV in Puglia e si descrivono le modalità di offerta del test;
- la nota prot. n. AOO\_152/2169 del 15 maggio 2018 della Regione Puglia avente come oggetto "DGR 694 del 9/5/2017 "Recepimento dell'Intesa tra Stato-Regioni approvata il 27 luglio 2011 concernente Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia". Presa d'atto.

Approvazione documento di promozione del test HIV in Puglia. Indicazioni operative” ha fornito le indicazioni operative per garantire la applicazione dell’anonimato per l’esecuzione del test HIV;

- la nota prot. n. AOO\_152/2309 del 24 maggio 2018 avente per oggetto “Designazione componenti PNAIDS – Regione Puglia” con cui sono stati nominati i referenti per la Regione Puglia nell’ambito dell’Area Prevenzione e Sanità Pubblica per il Piano Nazionale Interventi contro HIV e AIDS:
  - a) Gruppo dati e Sorveglianza: Prof.ssa Maria Chironna (coordinatore del gruppo)
  - b) Gruppo Prevenzione: Dott.ssa Daniela Loconsole
  - c) Gruppo PDTA-Retention in Care: Prof. Gioacchino Angarano
  - d) In particolare, la Prof.ssa Maria Chironna, già responsabile del Sistema di Sorveglianza delle Nuove Diagnosi/Infezioni da HIV e del Registro AIDS in Puglia, è anche membro del gruppo di lavoro ministeriale per la unificazione della scheda di sorveglianza HIV/AIDS (azione prevista dal PNAIDS).

Successivamente, il Ministero della Salute ha provveduto ad integrare la composizione dei gruppi di lavoro, ridefinendola in questo modo:

- a) Gruppo dati e Sorveglianza: Prof.ssa Maria Chironna (coordinatore del gruppo)/Dott.ssa Daniela Loconsole
- b) Gruppo Prevenzione: Prof.ssa Maria Chironna/Dott.ssa Daniela Loconsole
- c) Gruppo PDTA-Retention in Care: Prof. Gioacchino Angarano
- d) Gruppo Formazione: Prof.ssa Maria Chironna/Dott.ssa Daniela Loconsole

**Atteso che:**

- a) L’epidemia da HIV oggi mostra uno scenario caratterizzato da profonde mutazioni rispetto ai primi anni ‘80, sia in termini epidemiologici, sia in termini di realtà socio-assistenziale e di prevenzione.
- b) In Puglia Nel 2017, il tasso di incidenza nei residenti è risultato di 4,1 casi per 100.000 abitanti, in lieve risalita rispetto al 2016 (3,6/100.000). Nei residenti italiani, la maggior parte delle infezioni è attribuibile a rapporti sessuali non protetti e il maggior numero di nuove diagnosi è in MSM (maschi che hanno rapporti sessuali con maschi).
- c) Una diagnosi tardiva aumenta il rischio per il soggetto di arrivare alla fase conclamata della malattia (AIDS) e riduce la probabilità di un pieno recupero immunologico a seguito di trattamento farmacologico.

d) È scientificamente provato che la terapia antiretrovirale (ART) agisce sia a livello terapeutico che preventivo: il trattamento ART, se assunto correttamente, riduce la carica virale e quindi la contagiosità del soggetto infetto, limitando la diffusione del virus.

e) È necessario implementare interventi di prevenzione primaria efficaci nel prevenire le nuove infezioni da HIV.

f) Viste le decisioni assunte nel corso della riunione tenutasi alla presenza dei referenti del Dipartimento Salute e dell'OER Puglia in data 18 febbraio 2019, sugli adempimenti conseguenti al recepimento dell'Accordo, oggetto del presente provvedimento, il cui verbale è acquisito agli atti d'ufficio,

Gli articoli 2, comma 1, lett. b) e 4, comma 1 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, affidano alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune.

Ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera i) dell'Intesa, le Regioni devono trasmettere al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze i provvedimenti con i quali vengono posti in essere i contenuti degli accordi sanciti, appunto, in Conferenza Stato – Regioni, sia pure per quelli ritenuti rilevanti nell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Per alcuni di detti accordi, benché già in fase di attuazione, necessita un formale atto di recepimento da trasmettere al tavolo di verifica degli adempimenti di cui alla ricordata intesa del 23 marzo 2005.

In data 26 ottobre 2017, in sede di Conferenza Stato – Regioni, è stato (Rep. Atti n. 180/CRS) è stato approvato l'Accordo avente ad oggetto: "Piano Nazionale di Interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS)", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

**Preso atto che:**

- a) Il Piano Nazionale AIDS (PNAIDS) si propone di delineare il miglior percorso possibile per conseguire gli obiettivi indicati come prioritari dalle Agenzie Internazionali (ECDC, UNAIDS, OMS) rendendoli praticabili nella nostra nazione.
- b) Il Piano prevede per ogni obiettivo i risultati da raggiungere e gli indicatori di risultato e di percorso.
- c) Il Piano prevede espressamente l'impegno delle Regioni per l'attuazione di progetti di prevenzione, per facilitare l'accesso al test, garantire a tutti l'accesso alle cure, favorire la retention in cure dei pazienti in carico, migliorare lo stato di salute e di benessere e tutelare i diritti sociali e lavorativi delle persone che vivono con HIV/AIDS

(PLWHA), promuovere la lotta allo stigma, promuovere l'empowerment e il coinvolgimento attivo delle popolazioni chiave.

- d) Il Piano prevede il coinvolgimento delle Commissioni Regionali AIDS per l'implementazione di tutti gli interventi previsti, dalla sorveglianza agli interventi preventivi, assistenziali e di cura.

Alla luce di quanto sopra esposto, si propone di:

1. recepire l'Accordo avente ad oggetto: "Piano Nazionale di Interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS)" (Rep. Atti n. 180/CRS), di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
2. stabilire che con successivi provvedimenti venga data attuazione al Piano Nazionale di Interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS);
3. costituire la Commissione regionale per gli interventi contro l'HIV e AIDS così come di seguito dettagliato:
  - a) Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" o suo delegato con funzioni di coordinamento;
  - b) Dirigente della Sezione "Promozione della Salute e del benessere" o suo delegato;
  - c) Dirigente della Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche" o suo delegato;
  - d) Referente Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER);
  - e) Delegato regionale della Società Italiana di Malattie Infettive;
  - f) Direttori delle Unità Operative di Malattie Infettive;
  - g) Un rappresentante per Associazione dei pazienti o di altri soggetti coinvolti all'attività in questione.

La Commissione potrà avvalersi di altri esperti rispetto alle tematiche che saranno oggetto di discussione e la partecipazione è a titolo gratuito.

4. stabilire che con successivo atto dirigenziale della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" verranno nominati i componenti della Commissione di cui al punto 3. Il Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" procederà, previa verifica ai sensi del d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 delle condizioni di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni.

## COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011

Il presente provvedimento non comporta implicazioni di natura finanziaria né di entrata né di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla giunta ai sensi della LR. N. 7/97 art.4, comma 4, lettera d), l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

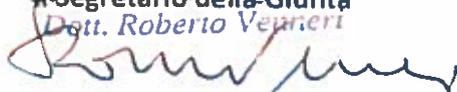
- Udata la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dalla responsabile di A.P. e dai dirigenti di sezione;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

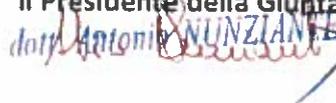
DELIBERA

1. di recepire l'Accordo avente ad oggetto: "Piano Nazionale di Interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS)" (Rep. Atti n. 180/CRS), di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di stabilire che con successivi provvedimenti venga data attuazione al Piano Nazionale di Interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS);
3. di costituire la Commissione regionale per gli interventi contro l'HIV e AIDS così come di seguito dettagliato:
  - a) Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" o suo delegato con funzioni di coordinamento;
  - b) Dirigente della Sezione "Promozione della Salute e del benessere" o suo delegato;
  - c) Dirigente della Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche" o suo delegato;
  - d) Referente Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER);
  - e) Delegato regionale della Società Italiana di Malattie Infettive;
  - f) Direttori delle Unità Operative di Malattie Infettive;
  - g) Un rappresentante per Associazione dei pazienti o di altri soggetti coinvolti all'attività in questione.

La Commissione potrà avvalersi di altri esperti rispetto alle tematiche che saranno oggetto di discussione e la partecipazione è a titolo gratuito.

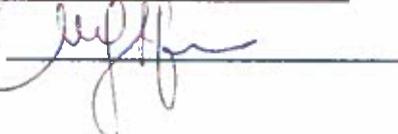
4. stabilire che con successivo atto dirigenziale della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" verranno nominati i componenti della Commissione di cui al punto 3. Il Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" procederà, previa verifica ai sensi del d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 delle condizioni di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni;
5. di stabilire che con successivo provvedimento di Giunta regionale si provvederà a dare attuazione rispetto a quanto espressamente previsto dal predetto Accordo Stato - Regioni (Rep. Atti n. 225/CSR del 14/12/2017);
6. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" alla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche", ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici nonché alle Associazioni di categoria della sanità ospedaliera privata pugliese;
7. di notificare il presente provvedimento alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;
8. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

**Il Segretario Generale  
della Giunta Regionale  
Dott. Roberto Veneri**  


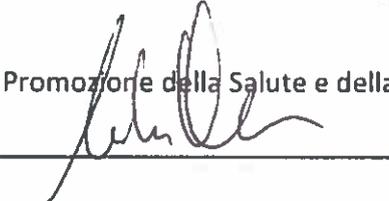
**Il Presidente della Giunta  
dott. Antonio Nunziante**  


I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato e' stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, e' conforme alle risultanze istruttorie.

IL RESPONSABILE A.P.: Antonella CAROLI 

IL RESPONSABILE A.P. Maria Grazia LOPUZZO 

Il Dirigente del Servizio Promozione della Salute e della Sicurezza nei Luoghi di Lavoro

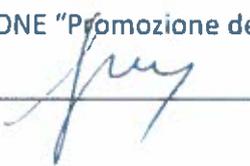
dott. Antonio Tommasi 

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE "Strategie e Governo dell'Offerta"

Giovanni CAMPOBASSO 

IL DIRIGENTE ad interim DELLA SEZIONE "Promozione della Salute e del Benessere sociale"

Benedetto G. Pacifico



IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE "Risorse strumentali e tecnologiche"

Vito BAVARO

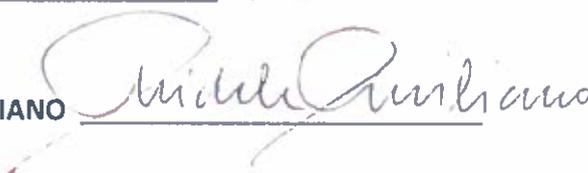


IL DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute,  
del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti:

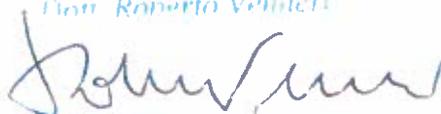
Giancarlo RUSCITI



IL PRESIDENTE: dott. Michele EMILIANO



Il Presidente provvisorio e esecutivo  
dell'Associazione della Cirurgia  
Dott. Roberto Venturi



# REGIONE PUGLIA

## SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

### ALLEGATO

Il presente allegato è composto  
di n. 60 (sessanta) fogli escluso il presente .

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE  
(Giovanni CAMPOBASSO)



*[Handwritten signature]*



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS)"

Rep. Atti n. 180/CSE del 26 ottobre 2017

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE  
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 26 ottobre 2017:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA la legge 5 giugno 1990, n. 135, recante "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS", la quale all'articolo 1, comma 1, lettera a), prevede interventi di carattere pluriennale riguardanti la prevenzione, l'informazione, la ricerca, la sorveglianza epidemiologica ed il sostegno dell'attività del volontariato, attuati con le modalità previste dall'adozione programmata del Piano sanitario nazionale riguardante la lotta all'AIDS, e nei limiti degli stanziamenti previsti a carico del bilancio del Ministero della salute;

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza il 27 luglio 2011 concernente il "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test HIV in Italia" (Rep. Atti n. 134/CSR);

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza il 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute 2014-2016 (Rep. Atti n. 82/CSR);

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza il 13 novembre 2014 sulla proposta del Ministero della salute concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 (Rep. Atti n. 156/CSR), la quale:

- individua l'HIV tra gli ambiti di intervento ritenuti prioritari in quanto oggetto di Piani, Programmi e indicazioni già condivisi a livello nazionale sui quali concentrare le attività preventive, considerato quanto sottolineato da diverse ricerche circa la scarsa consapevolezza tra i giovani verso le MST compresa l'infezione dell'HIV/AIDS;
- destina all'articolo 1, comma 4, per la completa attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 7 dicembre 1996, n. 662, e successive integrazioni; tali somme sono finalizzate a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e l'armonizzazione delle attività di prevenzione in ambiti territoriali;





## *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza il 7 settembre 2016, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) (Rep. Atti n. 157);

VISTA la nota del 15 marzo 2017, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso il testo del documento per sancire l'intesa, diramato dalla Segreteria di questa Conferenza in data 20 marzo 2017, con richiesta di assenso tecnico;

VISTA la nota del 26 settembre 2017, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha trasmesso al Ministero della salute le osservazioni pervenute in data 22 settembre 2017 dal Coordinamento della Commissione salute della Regione Piemonte;

VISTA la nota del 16 ottobre 2017, con la quale la Segreteria di questa Conferenza ha trasmesso la versione definitiva dello schema di intesa, sulla base degli esiti della riunione tecnica svoltasi il 6 ottobre 2017, pervenuta dal ministero della salute con nota del 13 ottobre 2017;

VISTA la nota del 20 ottobre 2017, con la quale il Coordinamento della Commissione salute, Regione Piemonte, ha trasmesso l'assenso tecnico alla suddetta versione definitiva;

ACQUISITO l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano;

### SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano nei termini di seguito riportati:

#### PREMESSO CHE:

- con il Protocollo d'intesa del 2 aprile 2015, sottoscritto tra il Ministro dell'istruzione ed il Ministro della salute "Per la tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione" si è convenuto di rafforzare la collaborazione interistituzionale per migliorare, coordinare e agevolare le attività di rispettiva competenza garantendo l'integrazione degli interventi per la tutela e promozione della salute e del benessere psicofisico di bambini, alunni e studenti;
- l'epidemia da HIV, rispetto agli inizi della malattia, nei primi anni'80, presenta profonde variazioni non solo in termini epidemiologici, ma anche per quanto attiene alla realtà socio-assistenziale, che alcune indagini hanno evidenziato la scarsa conoscenza dell'HIV in termini essenziali da parte della popolazione, la quale ha anche poche informazioni circa l'ambito specifico della prevenzione, e che in Italia risulta scarso il ricorso al test HIV;
- è necessario disegnare un nuovo piano di intervento fondato sull'analisi della situazione attuale dell'epidemia e sulla valutazione basata sull'evidenza dei risultati sin qui conseguiti;
- si vuole delineare il miglior percorso possibile per conseguire gli obiettivi indicati come prioritari dalle agenzie internazionali (ECDC, UNAIDS, OMS), rendendoli praticabili nella nostra nazione.

RP

2





## Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

- si vuole focalizzare l'attenzione sulla lotta contro lo stigma e sulla prevenzione altamente efficace, come suggerito dalle agenzie internazionali, basata sulle evidenze scientifiche e ancorata a principi e azioni, con conseguente ricaduta sulla riduzione delle nuove infezioni e il rispetto dei diritti delle popolazioni maggiormente esposte all'HIV;

### SI CONVIENE:

1. E' approvato il "Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS)" che, allegato al presente atto, All. sub A), ne costituisce parte integrante.
2. In attuazione del citato protocollo d'intesa del 2 aprile 2015, il Ministero della salute e il Ministero dell'istruzione promuovono nelle scuole e nelle università iniziative di informazione, prevenzione ed educazione alla salute e alla sessualità in favore degli studenti e dei docenti, nell'ambito dei piani dell'offerta formativa e nel rispetto dell'autonomia scolastica e universitaria
3. Il Ministero della salute, in collaborazione con le Regioni, promuove iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori coinvolti nella cura e nell'assistenza nei luoghi di cura e nell'assistenza sul territorio delle persone con infezione da virus HIV e con sindrome da AIDS, nonché definisce strategie di informazione in favore della popolazione generale e delle persone con comportamenti a rischio (popolazioni chiave).
4. Il Ministero della salute e le Regioni si impegnano a costituire un gruppo di lavoro con il compito di predisporre un'unica scheda di segnalazione uniforme per tutte le regioni, da utilizzare sia per la prima diagnosi di HIV che per la prima diagnosi di AIDS, in attuazione di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.
5. Il Ministero della salute e le Regioni concordano sulla necessità di procedere a una revisione della citata legge n. 135/1990 e dei relativi decreti attuativi.
6. Stante la mutata situazione epidemiologica, il Ministero della salute e le Regioni danno attuazione al Piano di cui al punto 1, anche al fine di orientare in modo efficiente le risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e a seguito di quanto previsto al punto 5, mediante la costituzione di appositi gruppi di lavoro.
7. Le Regioni si impegnano a:
  - delineare e realizzare progetti finalizzati alla definizione di modelli di intervento per ridurre il numero delle nuove infezioni;
  - facilitare l'accesso al test e l'emersione del sommerso;
  - garantire a tutti l'accesso alle cure;
  - favorire il mantenimento in cura dei pazienti diagnosticati e in trattamento;
  - migliorare lo stato di salute e di benessere delle persone PLWHA;
  - tutelare i diritti sociali e lavorativi delle persone PLWHA;
  - promuovere la lotta allo stigma;

APP

3





*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

- promuovere l'empowerment e coinvolgimento attivo delle popolazioni chiave.

8. All'attuazione della presente intesa si provvede nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

IL SEGRETARIO  
Antonio Nadeo



IL PRESIDENTE  
Sottosegretario Gianclaudio Bressa

*Gianclaudio Bressa*



4

# PIANO NAZIONALE DI INTERVENTI CONTRO HIV e AIDS (PNAIDS)

Allegato al parere del Consiglio Superiore di Sanità del 7 dicembre 2016

5



## Indice

## Elenco delle abbreviazioni e acronimi

## Prefazione

## Introduzione

## Epidemiologia

## Strumenti e strategie di prevenzione

- Introduzione
- Interventi di prevenzione

## Strategie di diagnosi e di inserimento nel continuum of care

1. Aumentare e diversificare le occasioni e modalità di accesso al test
2. Garantire in tempi brevi la diagnosi e il collegamento al percorso di cura (strategie di diagnosi e linkage to care)

## Prevenzione e diagnosi precoce: comunicazione su popolazione generale e strategie su popolazioni specifiche

1. Comunicazione su popolazione generale
  1. Mondo Giovanile
2. Strategie rivolte alle popolazioni chiave
  - 2.1 MSM uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini
  - 2.2 Persone che utilizzano sostanze
    - 2.2.1 Iniettabili
    - 2.2.2 Fumatori e iniettatori di cocaina/eroina
  - 2.3 Persone Transgender
  - 2.4 Persone che afferiscono al centro IST
3. Popolazioni vulnerabili
  - 3.1 Migranti
  - 3.2 Persone che vivono con HIV e loro partner

## Preso in carico, cura e assistenza: quadro normativo, situazioni cui porre attenzione

- Introduzione

7  
6



- 1. Continuità di cura, inizio della terapia antiretrovirale, aderenza e mantenimento in cura
- 2. Nuove necessità di cura e di assistenza
- 3. Coinfezione HIV-HCV
- 4. Interventi a favore dell'implementazione della prevenzione delle infezioni attraverso il sesso
- 5. Interventi a favore dell'assistenza alla gravidanza nelle donne con HIV/AIDS
- 6. Interventi a favore dell'assistenza ai minori con HIV/AIDS
- 7. Inquadramento degli interventi integrativi proposti dal Piano Nazionale AIDS nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

**Stigma e lotta alla discriminazione**

**Formazione degli Operatori sanitari e per la prevenzione**

**Componenti del gruppo di lavoro e esperti**



7

## Elenco delle abbreviazioni e acronimi

- AIDS sindrome da immunodeficienza acquisita
- ART e Art terapia antiretrovirale
- CBVCT Counselling e test volontari in sedi associative
- HIV virus dell'immunodeficienza umana
- HAV virus dell'epatite A
- HBV virus dell'epatite B
- HCV virus dell'epatite C
- HIV virus dell'immunodeficienza umana
- IDU Persone che usano sostanze per via iniettiva
- IST infezioni sessualmente trasmesse
- MSM uomini che fanno sesso con uomini
- M to F transgender da maschile a femminile
- PEP profilassi post esposizione
- PLWHA persone che vivono con HIV/AIDS
- PrEP profilassi pre esposizione
- PWU D Persone che usano droghe
- SW Lavoratori e lavoratrici del sesso
- TasP trattamento come prevenzione
- UNAIDS Programma delle Nazioni Unite per l'AIDS/HIV
- WHO/OMS Organizzazione Mondiale della Sanità

8



# Prefazione

.....

9



## Introduzione

Gli obiettivi definiti dalla legge 135/90 riguardo ad assistenza, definizione e realizzazione della rete di interventi e formazione sono stati in larga misura realizzati e hanno consentito al Paese di affrontare validamente l'emergenza AIDS e di seguirne gli sviluppi nel tempo. A distanza di più di 25 anni tuttavia, la situazione presenta profonde variazioni non solo in termini epidemiologici, ma anche per quanto attiene alla realtà socio-assistenziale. Rimangono ancora questioni irrisolte, prima fra tutte il persistere della diffusione dell'infezione, negli ultimi anni infatti il numero di nuove infezioni è rimasto stabile, ed emergono nuove problematiche.

Alcune indagini descrivono una popolazione che ha una conoscenza del virus Hiv in termini essenziali, ma che contemporaneamente ha scarse informazioni in molti ambiti specifici, in particolare in quello preventivo. Inoltre, risulta scarso il ricorso al Test HIV in Italia.

Si pone quindi la necessità di disegnare un nuovo piano di intervento fondato sull'analisi della situazione attuale dell'epidemia e sulla valutazione basata sull'evidenza dei risultati fin qui conseguiti.

Formulato su questa base, il Piano Nazionale AIDS 2017-2019 si propone di delineare il miglior percorso possibile per conseguire gli obiettivi indicati come prioritari dalle agenzie internazionali (ECDC, UNAIDS, OMS), rendendoli praticabili nella nostra nazione. Tutto questo senza disperdere quanto fino ad ora capitalizzato in termini di formazione e con il necessario arricchimento dato da interventi volti al miglioramento della qualità della vita delle persone con HIV. In particolare, va focalizzata l'attenzione sulla lotta contro la stigmatizzazione e sulla prevenzione altamente efficace - come suggerito dalle agenzie internazionali - basata sulle evidenze scientifiche e ancorata a principi ed azioni che oltre a comprendere le campagne di informazione, l'impiego degli strumenti di prevenzione e gli interventi finalizzati alla modifica dei comportamenti, si estendano all'uso delle terapie ARV come prevenzione (IaSP), con conseguente ricaduta sulla riduzione delle nuove infezioni e il rispetto dei diritti delle popolazioni maggiormente esposte all'HIV. Obiettivi prioritari degli interventi previsti nel Piano sono:

- Definire e realizzare progetti finalizzati alla definizione di modelli di intervento per ridurre il numero delle nuove infezioni
- Facilitare l'accesso al test e l'emersione del sommerso
- Garantire a tutti l'accesso alle cure
- Favorire il mantenimento in cura dei pazienti diagnosticati e in trattamento
- Migliorare lo stato di salute e di benessere delle persone PLWHA
- Coordinare i piani di intervento sul territorio nazionale
- Tutelare i diritti sociali e lavorativi delle persone PLWHA
- Promuovere la lotta allo stigma
- Promuovere l'empowerment e coinvolgimento attivo delle popolazione chiave

10



A integrazione ed estensione di quanto già definito dalla "prevention-cascade" di UNAIDS, il Piano prevede per ogni obiettivo definito i risultati da raggiungere e gli indicatori di risultato e di percorso.

In particolare, il Piano si propone di conseguire nel triennio

- L'incremento della percentuale dei casi diagnosticati e mantenuti in cura fino al raggiungimento del 90% delle persone PLWHA che si stimano viventi in Italia
- L'attivazione di un percorso diagnostico terapeutico definito in almeno l'80% dei Centri clinici deputati all'assistenza delle persone PLWHA
- Il mantenimento di livelli di viremia < 50 copie/ml in più del 90% dei pazienti trattati (> 5% di fallimenti virologici/anno)
- La riduzione a meno del 5% all'anno della perdita di contatto da parte dei Centri clinici con i pazienti seguiti dai centri
- La riduzione del 50% dei casi di diagnosi tardiva di infezione (AIDS presenter) con conte di CD4 < 200  $\mu$ L
- La riduzione del 25% dei casi che si presentano con CD4 < 200 - 350  $\mu$ L
- L'allineamento con *action plan* de l'OMS LU

1  
M



**DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO**

La raccolta sistematica dei dati sui casi di AIDS è iniziata nel 1982, nel 1984 è stato formalizzato il sistema di sorveglianza a livello nazionale (Registro Nazionale AIDS) e nel 1986 (DM n. 288) l'AIDS è divenuta una malattia infettiva a notifica obbligatoria. La scheda raccolta dati include nome e cognome del caso. La raccolta di dati sulle nuove diagnosi di infezione da HIV è iniziata in alcune regioni, in base a decreti regionali, dal 1985 in poi. Nel 2008 è stato istituito il sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV con DM (Gazzetta Ufficiale n. 175 del 28 luglio 2008). In seguito alla pubblicazione del DM, in modo progressivo, tutte le regioni si sono uniformate raggiungendo nel 2012 la copertura completa del territorio italiano. Allo stato attuale il registro delle nuove diagnosi HIV e il registro nazionale AIDS non sono unificabili né compatibili in quanto il flusso informativo, la scheda di raccolta dati e l'identificativo individuale sono diversi.

**SINTESI CRITICITÀ**

**A) Variabili raccolte**

- 1) Alte percentuali di missing per alcune variabili: CD4 22,3%, prima carica virale 25%, stadio clinico 28%, motivo del test 19%.
- 2) Presenza nella sorveglianza HIV di variabili facoltative da regione a regione: titolo di studio, stato civile, gravidanza, detenuto, sex worker, uso di sostanze non iniettive, motivo del test con opzioni diverse.
- 3) Mancata effettuazione o registrazione del risultato del test di avidità per identificare le infezioni recenti.

**B) Duplicazione dei casi intra- ed inter-regionali:**

- 4) Necessità di "ripulire" manualmente i duplicati interregionali o duplicati segnalati in anni diversi.
- 5) Ricollocare i casi residenti in una regione ma notificati in altre regioni.

**C) Sottotifica dei casi:**

- 1) Sottotifica stimata del registre AIDS: 18% (diagnosi HIV con AIDS concomitante segnalate solo al sistema di sorveglianza HIV).
- 2) Sottotifica stimata del sistema di sorveglianza HIV: 8% (casi di AIDS con una diagnosi di HIV < 6 mesi segnalati solo al Registro AIDS).
- 3) Sottotifica da parte dei centri segnalatori, difficilmente stimabile.

**D) Mancanza di dati sul numero totale di persone testate per HIV in un anno, al momento non esiste una raccolta centralizzata nazionale sul numero annuo e sulle caratteristiche delle persone che effettuano un test HIV che sarebbero di rilevante importanza per interpretare meglio i dati sulle nuove diagnosi HIV.**

**INTERVENTI PROPOSTI**

Unificazione dei due sistemi di sorveglianza HIV e AIDS con implementazione di una scheda di segnalazione, uniforme per tutte le regioni, utilizzata sia per la prima diagnosi di HIV che per la prima diagnosi di AIDS.

Utilizzo di una piattaforma di inserimento dati nazionale e centralizzata che preveda dei must-enter per evitare i missing nelle variabili principali e che segnali in automatico i duplicati di casi diagnosticati in anni o in regioni diverse.

Monitoraggio del numero di test HIV effettuati annualmente.

Misura dell'incidenza delle infezioni recenti da HIV tra le nuove diagnosi.

**INDICATORI DI RISULTATO**

Adozione della scheda di segnalazione unificata in tutte le Regioni.

Riduzione delle sottotifiche.  
Diminuzione delle doppie segnalazioni.  
Riduzione al minimo di risultati mancanti nelle variabili principali.

Costituzione di una rete sentinella di laboratori che fornisca annualmente i dati sui test HIV effettuati, possibilmente corredati da informazioni socio-demografiche essenziali.

Effettuazione in tutte le regioni di un test per l'identificazione delle infezioni recenti da HIV (ad es. test di avidità anticorpale) su tutte le nuove diagnosi HIV.

8  
12



|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Attori da coinvolgere</b> | ISS, Assessorati Regionali alla Sanità, Referenti regionali Sorveglianza HIV, Laboratori certificati per l'esecuzione del test HIV, Cliniche di Malattie Infettive, Commissioni Regionali AIDS, Società Scientifiche, Sezioni L e M del Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute, Ministero della Salute   |
| <b>Tempistica suggerita</b>  | Unificazione dei due sistemi di sorveglianza entro 24 mesi e messa a regime entro 36 mesi<br>Preparazione della scheda di notifica unificata entro 18 mesi<br>Piattaforma di inserimento dati nazionale e centralizzata entro 24 mesi e messa a regime entro 36 mesi<br>Monitoraggio del numero di test HIV effettuati entro 12 mesi<br>Costituzione di una rete semiregolare di laboratori entro 18 mesi<br>Implementazione del test per infezioni recenti entro 24 mesi |

#### Referimenti

1. Circolare del Ministero della Sanità, 3 agosto 1994, N. 64 (non pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale) Sintesi di un'indagine epidemiologica. [http://www.ssi.it/binary/ceccia.com/circolate/25-08-1994\\_n.64.pdf](http://www.ssi.it/binary/ceccia.com/circolate/25-08-1994_n.64.pdf)
2. Osservazioni dell'elenco delle malattie infettive e delle infezioni trasmesse a sangue sul territorio dell'ADSI (HIV), della loro etiologia, della loro patogenesi e delle forme di patogenesi in base al loro etiologia. **DECRETI MINISTERIALI 28 NOVEMBRE 1994** (in Gazzetta Ufficiale 12 dicembre n. 288) in [http://www.ssi.it/binary/ceccia.com/DME/28-11-94\\_n.285.pdf](http://www.ssi.it/binary/ceccia.com/DME/28-11-94_n.285.pdf)
3. Decreto Ministeriale n. 175/29 luglio 2009 in <http://www.ssi.it/binary/ceccia.com/DECRETI/175-29-luglio-2009.pdf>
4. Ramonello M, Brown S, Regio V, Pugliese L, Santopalan M, Ferraraccio L, Scugno B. Aggiornamento delle linee guida per la diagnosi di HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2015. *Notiziario DSJ Super Sanità* 2016.
5. Salgott J, Bedella A, Ramonello M, Regio V, Terzaghi G, Murru V, et al. (S. Cannoni, S. M. Giallari). The accuracy of HIV antibody comparison between a Jidara 2.0 and a rapid automated immunoassay. *J Clin Microbiol* 2011; 49:2673-4.

13



## Strumenti e strategie di prevenzione

### Introduzione

I programmi volti ad arrestare la trasmissione dell'HIV sono finalizzati a proteggere l'individuo e la comunità di riferimento e prevalentemente incentrati su interventi indirizzati a modificare comportamenti a rischio.

La complessa natura dell'epidemia, tuttavia, implica la necessità di programmi di prevenzione combinati, che prendano in considerazione fattori specifici per ogni contesto, che prevedano anche programmi per la riduzione della stigma e della discriminazione e nel rispetto dei diritti umani. L'importanza del coinvolgimento a pieno titolo e su tutti gli aspetti dei rappresentanti della società civile e delle popolazioni chiave è ampiamente riconosciuta dalle Autorità Sanitarie Europee e Internazionali.

I programmi combinati possono essere implementati a livello individuale, di comunità e della popolazione generale e devono essere basati su evidenze in merito all'andamento dell'epidemia. L'analisi di fattori quali le modalità di trasmissione dell'HIV, le popolazioni chiave colpite dall'infezione e i principali trend epidemiologici sono, quindi, elementi imprescindibili per sviluppare l'intervento combinato più idoneo in particolare:

- *Interventi sui comportamenti*: comprendono azioni sui comportamenti a rischio (esercizio consapevole della sessualità, miglioramento dell'adesione alla terapia, corretto uso del profilattico maschile e femminile, *counseling*).
- *Interventi di riduzione del rischio e del danno nelle popolazioni chiave*: attraverso l'implementazione di programmi di offerta gratuita e sostituzione di siringhe sterili e di distribuzione di profilattici maschili e femminili, programmi di offerta attiva del test HIV, terapia sostitutiva, interventi sulle persone con IST.
- *Interventi farmacologici*: strategie di prevenzione basate sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali (PrEP, PEP, TasP, terapia per prevenire la trasmissione materno-fetale).
- *Interventi strutturali*: volti a ridurre la vulnerabilità all'infezione da HIV legata a condizioni quali la povertà, la disuguaglianza di genere, la discriminazione e l'emarginazione sociale, con particolare riferimento alla discriminazione omo-transfobica e alle problematiche giuridico-legali riguardanti l'esercizio della prostituzione, l'utilizzo di sostanze e la presenza non regolare nel territorio nazionale.

Gli interventi di cui sopra vanno integrati in programmi di sanità pubblica al fine di invertire trend epidemiologici specifici, indirizzando le risorse disponibili verso popolazioni e situazioni a maggior prevalenza e a rischio di acquisizione dell'infezione e di attuare una *prevention cascade* che, basata sull'analisi dell'esistente e del conseguito, si prefigga tempi certi per il raggiungimento di nuovi obiettivi, individuando i contesti prioritari di intervento e ottimizzando le risorse disponibili.

### Riferimenti

1. Coombs RW et al. Behavioral strategies to reduce HIV transmission have not become more effective. *The Lancet* 2016; 372(9911):991-994.
2. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/prevention-gap>
3. UK Collaborative on AIDS and International Development (2013) Working Group Briefing Paper: Combination Prevention.
4. Jones A et al. (2014) Transformation of HIV from pandemic to low-endemic: role of a public health approach to combination prevention. *The Lancet* 384(9939):272-279.
5. *The Lancet HIV* 2016 (July), Vol. 3, p. 1-283-332.
6. Ferrer et al. *Sex Trans Infect* 2016; 92:70-72.

10  
14



## Interventi di prevenzione

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

- **Comportamenti a rischio, counselling** - L'attivazione di interventi di *counselling* sui comportamenti costituisce il primo livello di un programma di prevenzione, con un accesso immediato e facilitato per tutta la popolazione, al fine di erogare informazioni scientifiche, aggiornate e personalizzate per una sessualità sicura e consentire una gestione responsabile di altre strategie di prevenzione. Cruciali, seppur scarsamente presenti se non ad opera delle associazioni, gli interventi a favore della riduzione dello stigma e della discriminazione.
- **Preservativo e accesso al test** - il corretto uso del preservativo quale efficace strumento di prevenzione nonché l'abitudine periodica al test, in caso di rischio persistente, costituiscono un primo livello di intervento biomedicale, da utilizzare nella popolazione generale e con particolare attenzione nelle popolazioni più a rischio di acquisire l'infezione.
- **Utilizzo della cART come strumento di prevenzione** - L'evidenza del ruolo protettivo della terapia antiretrovirale sulla trasmissione di HIV è largamente documentato. In particolare, in circostanze e situazioni definite (vedi le Linee Guida di competenza) la profilassi Pre-Esposizione (PrEP) e Post-Esposizione (PEP), e l'estensione più ampia possibile del trattamento (Treatment as Prevention, TasP) sono risultate di provata efficacia nel limitare l'incidenza di nuove infezioni.

### SINTESI CRITICITÀ

- **Comportamenti a rischio, counselling** - mancano linee di indirizzo operative e omogenee sul territorio, che contemplino la programmazione di interventi differenziati sulla base dei contesti e dei differenti target. Il tema dello stigma e della lotta alla discriminazione è scarsamente affrontato.
- **Preservativo e accesso al test** - la sensibilizzazione non è continuativa, sia nella popolazione generale sia in quelle target.
- **Utilizzo della terapia cART:**
  - PEP - accesso non sufficiente e sovente non congruo all'indicazione. Necessità di implementare l'impiego appropriato di PEP e PrEP secondo linee guida, mediante servizi che considerino l'offerta di entrambe le strategie a seconda del caso (da PEP a PrEP, in caso di rischio non occupazionale continuativo e in accordo con le Linee Guida vigenti).
  - PrEP - da implementare ex novo nel nostro paese secondo protocolli dedicati seguendo le Linee Guida vigenti, su popolazioni adeguatamente selezionate, affrontando le problematiche di ambito regolatorio, di presa in carico dell'utente e attinenti alle risorse necessarie.
  - TasP - efficacia in relazione al successo degli interventi di emersione del sommerso, precoce avviamento alle cure e mantenimento in cura.

### INTERVENTI PROPOSTI

- **Comportamenti a rischio, counselling** - Costituzione di un gruppo tecnico, con il coinvolgimento di tutti gli attori del settore, per la redazione di linee di indirizzo che contemplino interventi differenziati su popolazioni target e contro lo stigma e la discriminazione.
- **Preservativo e accesso al test** - programmazione continuativa della sensibilizzazione (che contempli la promozione dell'uso e la distribuzione del preservativo), sia su popolazione generale sia su quelle target.
- **Utilizzo della terapia cART:**
  - PEP - ridurre le barriere di accesso e concepire strumenti informativi su PEP.
  - Monitoraggio del numero dei candidati per

### INDICATORI DI RISULTATO

- **Comportamenti a rischio, counselling** - Completamento e divulgazione delle linee di indirizzo. Verifica dell'inserimento del tema di lotta alla discriminazione e stigma nelle iniziative di prevenzione.
- **Preservativo e accesso al test** - verifica dello svolgimento di programmi di sensibilizzazione *continuitivi*, sia su popolazione generale, sia su quelle target. Verifica e valutazione dell'efficacia, al fine di porre adeguati correttivi.
- **Utilizzo della terapia cART:**
  - PEP - valutazione dell'incremento percentuale degli utilizzatori di PEP aderenti all'indicazione; monitoraggio

11  
15





## Strategie di diagnosi e di inserimento nel continuum of care

Infatti, l'inizio della terapia antiretrovirale di combinazione (cART) è da correlare a molteplici fattori che riguardano sia la salute della persona con HIV a breve e a lungo termine (riduzione della morbosità e mortalità, miglioramento della qualità della vita), sia la riduzione della trasmissibilità dell'infezione stessa, mirante anche a contenere l'epidemia (TasP, Treatment as Prevention), e ad ottenere un effetto "de-stigmatizzante" per le persone con HIV.

In conseguenza a ciò, assumono un ruolo centrale le *strategie di screening e di accesso al test*, che si effettuano attraverso diverse modalità tutte mirate a fare incontrare il cittadino inconsapevole con il "Test HIV" (di seguito "Test"). Un obiettivo primario del presente Piano Nazionale, a fronte dei dati epidemiologici che suggeriscono di non diminuire l'alerta, è pertanto l'identificazione precoce delle persone con infezione da HIV per inserirle tempestivamente nel *continuum of care*. Nello specifico, pare cruciale:

- Aumentare e diversificare le occasioni/modalità di accesso al Test
- Garantire in tempi brevi la diagnosi e il collegamento al percorso di cura

Tutte le occasioni nelle quali si offre il Test, soprattutto in contesti sanitari standard, devono essere *momenti opportuni, ideali di counseling per chi risulta HIV-negativo, soprattutto se a rischio di infezione*, per garantire una capillarità territoriale in merito alle indicazioni sulla *prevenzione primaria* dell'infezione.

Tra gli elementi critici che ritardano o ostacolano l'accesso al test, che possono essere diversamente rappresentati sul territorio italiano, sono compresi una bassa percezione del rischio, scarse conoscenze su HIV e terapia (in parte conseguenti alle insufficienze nell'educazione sessuale e alla salute), insufficiente informazione sui servizi offerti, lo stigma associato alla patologia, la preoccupazione sulla privacy, reticenze individuali e sociali nell'affrontare tematiche associate al tema "sesso" in senso lato, inadeguata formazione sul *counseling*, scarsa valutazione dei rischi, ostacoli logistici (orari e luoghi non sempre compatibili con le esigenze dell'utente), difficoltà ad approfondire e/o interpretare le abitudini sessuali degli utenti/pazienti al fine di chiarire il rischio di infezione e di trasmissione. Per le criticità e gli interventi in merito alla condizione di gravidanza, si vedano altre parti del presente Piano.

Va inoltre ricordato che i dati del «Progetto di ricerca per l'individuazione e la sperimentazione di modelli di intervento atti a migliorare l'adesione al test HIV» del 2008-2009 evidenziavano una situazione di estrema disomogeneità dell'offerta del Test in merito al percorso offerto, la gratuità, l'anonimato, *counseling* pre e post-test, la consegna dell'esito e il collegamento al percorso specialistico di cura.

### Referenze:

1. S. Di Iorio, S. ART Study Group. Initiation of antiretroviral therapy in early HIV infection. *N Engl J Med* 2010; 362: 251-260.
2. The IAS-USA 2010 Study Group. Antiretroviral treatment and resistance in HIV therapy in Africa. *N Engl J Med* 2010; 362: 1174-1183.
3. M. Cohen, Y. Chen, M. McCauley. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *N Engl J Med* 2016; 375: 851-860.
4. Rodgers M, Cambiano V, Brown Y, et al. Sexual activity without condom use and risk of HIV transmission in serodifferent couples where the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA* 2016; 316: 1713-18.

12  
17



## I Aumentare e diversificare le occasioni e modalità di accesso al test

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

L'identificazione precoce dell'infezione da HIV nella popolazione infetta e inconsapevole è già prevista tra gli obiettivi per il controllo delle infezioni croniche dei Piani Regionali di Prevenzione 2016-2018 (Obiettivo 9, Punto 9.5.2).

In particolare, il Test va attivamente offerto a tutte le persone ad alto rischio di infezione, avendo come riferimento sia i dati epidemiologici, sia le osservazioni dei centri di cura italiani riguardanti i nuovi assistiti. Meritano particolare attenzione le seguenti condizioni o situazioni: uomini che fanno sesso con uomini (MSM), transgender, lavoratori e/o lavoratrici del sesso, utilizzatori di sostanze stupefacenti per via endovenosa, gravidanza, violenza domestica, detenzione, migranti (in particolare provenienti da paesi ad alta endemicità), persone senza fissa dimora e/o emarginate, partner di persone con HIV, persone con più partner sessuali, figli di donne con HIV, coloro che iniziano un trattamento per tubercolosi, persone con infezioni sessualmente trasmesse, persone con infezione da virus dell'epatite B e C, soprattutto se giovani, e/o con infezione acuta.

Per alcune delle condizioni/situazioni prima elencate, *specifici contesti sanitari* (servizi per la diagnosi e il trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili, servizi per i tossicodipendenti, servizi prenatali) si pongono come luogo d'elezione per l'esecuzione del Test, così come *alcuni contesti non sanitari*, al momento limitatamente presenti nel nostro paese. Questo ultimo modello, fondato sui CBVCT, è fortemente raccomandato dalle linee guida UNAIDS e ECDC, e prevede lo svolgimento in sedi di associazioni, contesti a bassa soglia, luoghi di aggregazione.

### SINTESI CRITICA

Nonostante sia disponibile l'accesso al Test attraverso vari canali, *una porzione elevata delle nuove diagnosi non è ancora effettuata rapidamente. Le principali cause di questo fenomeno possono essere:*

*L'insufficiente sensibilizzazione della popolazione;*

*La non omogenea organizzazione dei servizi sul territorio nazionale;*

*Assenza o limitata presenza di "servizi non sanitari" Community-Based (CB) CT) calibrati per incontrare le popolazioni target;*

*Mancanza di politiche e programmi continuativi di accesso al Test, ostacoli di varia natura all'esecuzione del test rapido in contesti non sanitari, differenziate da quanto accade in altri paesi.*

| INTERVENTI PROPOSTI  | INDICATORI DI RISULTATO  |
|--|--|
| <p>1. <i>Attuare continuamente i programmi mirati alla promozione del Test e del counselling</i>, che includano anche la riduzione dello stigma sulla patologia e le informazioni sui benefici di una diagnosi precoce, come già previsto nel GU 191 del 8.8.2011, anche con approcci proattivi.</p> <p>2. Procedere a una verifica dell'esistente (esperienze territoriali regionali), per favorire il potenziamento. <i>Potenziare la presenza, a livello territoriale, di centri sanitari</i> (ambulatori punti prelievo centri IST) che contemplino l'offerta del Test gratuito e del counselling, senza necessità di prescrizione medica.</p> <p>3. <i>Incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui CBVCT</i>, che promuovano l'esecuzione del Test e del counselling nelle popolazioni target prima elencate anche ad opera di operatori sanitari o non sanitari adeguatamente formati in contesti non sanitari. A tal proposito, è raccomandato:</p> <p>a. Il coinvolgimento dei rappresentanti delle popolazioni target (associazioni di riferimento) al fine di concepire,</p> | <p>1. Numero di programmi attivati, verifica dell'incremento del Test a fronte del programma eseguito. Monitoraggio.</p> <p>2. Mappatura dei centri sanitari eroganti il test, della caratteristica dell'offerta e della coerenza con quanto indicato anche in riferimento a centri sanitari rivolti a popolazioni target.</p> <p>3. Mappatura e monitoraggio dell'attivazione di iniziative (CB) CT rivolti a popolazioni target. Valutazioni di benefici ed efficacia.</p> |

18



programmare, calibrare ed eseguire l'intervento nel modo più idoneo.

Una semplificazione normativa per: 1) favorire un approccio IST-integrato gratuito, nonché l'utilizzo di mezzi informatici e o nuove tecnologie, 2) favorire la creazione e lo sviluppo dell'accesso al test in situazioni esterne all'ambito sanitario e ad esso collegate, 3) favorire il coinvolgimento diretto nello screening e nella comunicazione del risultato di operatori di associazioni anche non appartenenti alle professioni sanitarie, se debitamente formati.

4. Avviare programmi di sperimentazione di counselling e testing in contesti extra ospedalieri (gruppi di comunità) facendo riferimento a esperienze internazionali di successo.

5. Valutare l'impatto e la diffusione dell'auto-test reperibile in farmacia.

6. Richiedere alle farmacie di consegnare all'acquirente dell'auto-test al momento della vendita (o allegare in caso di acquisto on-line) un breve scritto informativo redatto dal Ministero della Salute, contenente tra l'altro, il numero verde 800.861.061 del Servizio nazionale di counselling multilingue dell'Istituto Superiore di Sanità da contattare per avere supporto, assistenza e ogni utile informazione anche in relazione all'utilizzo del test e all'interpretazione del risultato con particolare riguardo ai limiti temporali per l'affidabilità del test stesso.

7. Continuare a garantire la possibilità di esecuzione del test gratuito e in anonimato.

8. Favorire l'utilizzo delle nuove tecnologie (es. pilotazioni via web, app) al fine di collegare con aiuti l'utente ai servizi esistenti e promuovere strumenti divulgativi di autovalutazione del rischio. A tal proposito, è raccomandata una semplificazione normativa per favorire un approccio IST-integrato nonché l'utilizzo di mezzi informatici e o nuove tecnologie. Utile il collegamento in rete tra ambienti di offerta del Test sanitari e non.

9. Definire le procedure che permettano l'accesso al Test ai minori, senza obbligo di richiesta del consenso da parte dei genitori, con interventi normativi adeguati.

4. Individuazione ed esecuzione di protocolli operativi sulla materia. Successiva valutazione ed eventuale implementazione.

5. Monitoraggio al fine di verificare l'efficacia dell'auto-test in termini di incremento nel numero di nuove diagnosi per anno e nella precocità della diagnosi anche riferita al numero di linfociti (CD4) rilevati. Verifica da parte del medico del centro clinico che effettua la prima visita delle modalità dell'avvenuta diagnosi (self-test/centro clinico).

6. Monitoraggio dei contatti al n. verde 800.861.061 del Servizio nazionale di counselling multilingue dell'Istituto Superiore di Sanità.

7. Mappare e monitorare l'aspetto di gratuità e intervenire tramite gli strumenti normativi laddove non applicato.

8. Individuazione ed esecuzione di protocolli operativi sulla materia. Successiva valutazione ed eventuale implementazione. Utile la ripetizione di esperienze esistenti di successo ([www.faltes.tancheta.it](http://www.faltes.tancheta.it)).

9. Monitorare le attività volte all'ottenimento di un intervento normativo che favorisca ai minori l'accesso al Test e ai successivi passaggi.

Attori da coinvolgere

Assessorati Regionali e rete dei Centri territoriali per l'esecuzione del test, Centri per l'assistenza delle persone con HIV/AIDS, ISS, Commissioni Regionali AIDS, Assessorati Regionali Sanità, Associazioni, Società Scientifiche, Sezioni L e M del Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute.

15  
13



|  |  |
|--|--|
| <b>Tempistica suggerita</b>  | Censimento dell'esistente e coinvolgimento degli Attori entro 12 mesi dalla data di esecuzione del Piano, definizione delle strategie e completamento della fase di formazione entro 18 mesi, attivazione della rete parallela <b>CBCT</b> entro 24 mesi; attività a regime entro 36 mesi. |
| <p>* <i>CBCT (community-based voluntary counseling and testing) is any program or service that offers HIV counselling and testing on a voluntary basis outside formal health facilities.</i></p> |  |

**Riferimenti**

- 1 Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di erogazione del test per HIV in Italia - Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 27 luglio 2011 (Rep. n. 134 CSR) - G.U. Serie Generale n. 191 del 19 agosto 2011
- 2 2014 European Guidelines on HIV Testing [http://www.nationalguidance.org/epic/pdf/2014/2014\\_EU\\_S11guidelinesonHIVtesting.pdf](http://www.nationalguidance.org/epic/pdf/2014/2014_EU_S11guidelinesonHIVtesting.pdf)
- 3 Friedman DS, O'Brien P, Ray M. Comparing short- and long-term outcomes of HIV infection: implications for public health. *Int J STD AIDS* 2016 Aug 18
- 4 Radetti E, Protopopio M, Castelli F, Casati S, Castiglioni E, Magagnoli E, Di Filippo L, Di Avino A, Gatti A, Lodi S, Di Pietro S, Nighonchi L, Zucchi F, Tassi C. The risk of late or advanced presentation of HIV-infected patients is still high, associated with a severe but impact on overall mortality is vanishing over calendar years: results from the Italian MAST R Cohort. *BMC Public Health* 2016 Aug 25;16(1):875.
- 5 European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. *EURO Surveill* Stockholm: ECDC, 2010
- 6 European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. *Technical Report*. Stockholm: ECDC, 2010
- 7 Politi E, Sestini E, Di Stefano P, Scianca A, Ursini F, D'Alagni M, Vecchiarelli J, Di Giannantonio D, Scioffo MP, Grimaldi A, Careri V, Luzzi F, Ricci F, Di Amico C, Ippolito G, Pipera I, Parrini G. Web-Based HIV Testing in Abruzzo (Italy): Analysis of 15 Month Activity Results. *AIDS Patient Care STDS* 2016 Oct;30(10):471-475. PubMed PMID: 27742097
- 8 UNAIDS. A short technical update on self-testing for HIV. May 2014
- 9 Johnson C, Baggaley R, Forsythe S, van Rossum H, Ford N, Nabwana M, Mavedzenge S, Corbett G, Natarajan P, Laing RM, et al. Realizing the potential for HIV self-testing. *AIDS Behav* 2014 Jul;18 Suppl 4:S250-2. doi: 10.1007/s10461-014-0812-x
- 10 Hant Pai N, Sharma J, Shivkumar S, Pillay S, Vadna C, Joseph L, Dheeba K, Peling RW. Supervised and unsupervised self-testing for HIV in high- and low-risk populations: A systematic review. *PLoS Med* 2013 Jun;10(6):e1001114. doi: 10.1371/journal.pmed.1001114. Epub 2013 Apr 2
- 11 Vignone C, Johnson C, Verster A, Baggaley R. Attitudes and Acceptability of HIV Self-testing Among Key Populations: A Literature Review. *AIDS Behav* 2015 Nov;19(11):1849-65. doi: 10.1007/s10461-015-1082-8
- 12 Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di erogazione del test per HIV in Italia - Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 27 luglio 2011 (Rep. n. 134 CSR) - G.U. Serie Generale n. 191 del 19 agosto 2011 - P. N. 134
- 13 Progetto "Sperimentazione di un intervento per la riduzione del rischio di infezione da HIV in un'area ad alta prevalenza di test sieropositività". I. Sperimentazione (RUC-INSM) con le associazioni del 2. Circolo di Avic. 2011-12 [http://www.salute.gov.it/news4\\_17\\_categorie.jsp?cid=2151&id\\_categorie=2\\_diret](http://www.salute.gov.it/news4_17_categorie.jsp?cid=2151&id_categorie=2_diret)
- 14 HIV Testing: WHO recommends HIV testing by lay providers. *WHO Pulse* 2011 Jun 2-15
- 15 Gomon AC, Dripreth V, Kall MM and Nandwa A. "HIV testing in community setting in resource rich countries: a systematic review of the evidence". *HIV Medicine* (2012), 13, 416-426
- 16 Geste AJ, Chen S, Dai X, Shallice J, Peterson R, Wu X, Khatten M. Comparing Cost-Effectiveness of HIV Testing Strategies Targeted and Routine Testing in Washington DC. *Poster* 2015 Oct 13-17

16  
20



**2. Garantire in tempi brevi la diagnosi e il collegamento al percorso di cura (Strategie di diagnosi e linkage to care)**

**DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO**

La diagnosi sierologica di infezione da HIV deve basarsi su un test di ultima generazione (alla data di redazione del presente documento, su test di quarta generazione, in grado di evidenziare gli anticorpi anti-HIV- 2 e contemporaneamente l'antigene p24\*) e seguito da un saggio di conferma tra quelli internazionalmente accettati. La positività riscontrata mediante test rapido deve essere confermata su siero secondo la procedura sopra descritta.

Il collegamento al percorso di cura della persona non diagnosticata è cruciale al fine di garantire l'assistenza adeguata e per limitare la diffusione dell'infezione (es. sostenere il paziente nel processo di accettazione e di comunicazione ad altri, i partner). In conseguenza, i tempi di risposta dell'esito del Test, l'accompagnamento della persona presso il centro di cura e la presa in carico, un adeguato sostegno anche di punto di vista dell'equilibrio psicologico sono aspetti cruciali per limitare la perdita di contatto del paziente.

**SINTESI CRITICITÀ**

In Italia, l'esecuzione dei test diagnostici per l'infezione da HIV deve essere effettuata in conformità a quanto previsto dal documento di consenso sulle "Politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia".

Nel documento, si rilevano tuttavia, alcune aree che necessitano di adeguamento in base alle recenti evoluzioni delle conoscenze. In particolare vanno aggiornati alcuni aspetti tecnici (es. generazione del test, ridefinito il ruolo dei contesti non sanitari e introdotti *Home to stay (self test)* e *at home sampling*, le nuove tecnologie (es. prenotazioni via web, app), l'opportunità, inoltre, una revisione dell'offerta del *counseling* e di altre procedure previste che possono ostacolare o complicare l'accesso ai test e il *linkage to care*.

Vorrebbe quindi contemplare procedure strategiche atti a garantire il linkage to care della persona risultata positiva al test.

**INTERVENTI PROPOSTI**

1. Produrre un nuovo documento (in sostituzione del precedente) sulle "Politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia" e prevederne l'aggiornamento periodico.
2. Individuare opportune strategie per massimizzare l'accesso al trattamento con la partecipazione di tutti gli attori (comunità scientifica e associazioni di pazienti e comunità colpite).

**INDICATORI DI RISULTATO**

1. Attivazione del tavolo tecnico di competenza per la ridefinizione del documento, con il coinvolgimento di tutti gli attori (comunità scientifica e associazioni di pazienti e/o comunità colpite). Invio del nuovo documento in conferenza Stato Regioni.
2. Verifica della strategia avviata anche in base all'adesione alla stessa degli attori da coinvolgere e alla rilevazione del tempo intercorso tra l'esecuzione del test e il contatto con un centro clinico deputato all'assistenza.

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Attori da coinvolgere</b> | Sezioni L e M del Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute, Assessorati regionali alla salute, Commissioni Regionali AIDS, Associazioni, Società Scientifiche, Regioni |
| <b>Tempistica suggerita</b>  | 1. Sei mesi dalla data di esecutività del Piano per l'attivazione del tavolo tecnico e 12 mesi per la produzione del documento.<br>2. Verifica della strategia a 18 mesi            |

\* Come riferimento di ordine tecnico, vista l'evoluzione della ricerca in ambito diagnostico-scientifico, può - per il futuro - nel campo essere soggetto a variazioni.

**Riferimenti:**

1. *Recommendations for Laboratory Testing for the Diagnosis of HIV Infection* <https://stacks.cdc.gov/?q=hiv/2014>
2. *Legge N. 114 del 28 luglio 2014* (L. n. 114/14) - Serie Generale n. 139 del 3 agosto 2014 - disponibile <http://www.gazzettaufficiale.it/atto/2014/2/1/19114110.html>
3. *Center for Disease Control and Prevention* <http://www.cdc.gov/hiv/guidelines/testing/>
4. *Recommendation for HIV Prevention with Adults and Adolescents with HIV* [http://www.ama-assn.org/practicing/continuing-education/2014-15/RevJpHIV2014-01-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000](http://www.pcc.gov.hk/guidelines/pr2009-10-2011-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000)

12/2



## Prevenzione e provvedimenti per la diagnosi precoce e l'emersione del sommerso: comunicazione rivolta alla popolazione generale e strategie mirate a popolazioni specifiche

### I. Comunicazione rivolta alla popolazione generale

#### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Le Campagne di comunicazione hanno lo scopo di sensibilizzare la popolazione sul tema HIV/AIDS, fornire informazioni corrette, sostenere le varie attività di prevenzione in essere. Una campagna sull'HIV/AIDS, per avere efficacia, deve rientrare in una strategia nazionale, prevedere una serie di azioni correlate ad un obiettivo di base, da diversificare in maniera tale da raggiungere i vari gruppi target. Sul piano della comunicazione è, infatti, importante coinvolgere anche i rappresentanti dei gruppi chiave, affinché le informazioni possano essere credibili e le raccomandazioni convincenti. Per avere una comunicazione di qualità risulta indispensabile il coinvolgimento di figure professionali esperte, e conoscere l'entità delle risorse destinate.

Nel corso degli ultimi anni sono state condotte ricerche e studi per valutare le conoscenze e la percezione della popolazione italiana, e di alcuni segmenti di popolazione in particolare, in tema di HIV/AIDS. Le lacune evidenziate vanno dalla non corretta valutazione dei rischi di alcune pratiche sessuali, all'infondato timore nei confronti delle comuni relazioni quotidiane con le persone con HIV, sino ad un'errata conoscenza del "periodo finestra" (ovvero della fase in cui il test per HIV resta non informativo dopo l'avvenuta infezione) e uno scarso ricorso al test HIV e all'uso dei mezzi di protezione barriera. Emerge anche il gap informativo relativo alle nuove conoscenze in ambito di possibilità di prevenzione, sia per quanto riguarda la PrEP sia la TasP. I giovani sembrano maggiormente disinformati con un trend negativo nell'uso del profilattico.

Da tutto quanto sin qui esposto, emerge chiaramente, nella relativa paucità dei dati disponibili, che l'ottenimento di una maggiore informazione sull'infezione da HIV nella popolazione rimane una priorità imprescindibile.

#### SINTESI CRITICITÀ

Dai dati citati in premessa, emerge la necessità di una maggiore informazione sull'infezione da HIV nella popolazione.

In Italia il processo di costruzione delle campagne di comunicazione su HIV/AIDS non ha sempre seguito quanto premesso. Pertanto, le campagne sono risultate spesso non adeguate al raggiungimento di determinati obiettivi e slegate dalle priorità delle strategie nazionali. Inoltre si possono evidenziare altre criticità:

- Mancanza di continuità temporale (questo porta a non essere riconoscibile il tema)
- Scarsità di azioni di monitoraggio e valutazioni pre e post per verificare impatto ed efficacia.
- Scarsità di risorse investite in tutti questi anni utili ad ottenere dei risultati efficaci in ambito di comunicazione.

#### INTERVENTI PROPOSTI

1. Attivare delle procedure standard per la realizzazione delle campagne di comunicazione che preveda il raccordo tra IR, Comunicazione, Sezioni L e M del CTS, Esperti di comunicazione.
2. Attivare una campagna di comunicazione nazionale della durata di tre anni, in accordo con le priorità indicate dal seguente Piano Nazionale, con il coinvolgimento del MIUR e

#### INDICATORI DI RISULTATO

1. Monitoraggio Verifica dell'attivazione delle procedure  
Verifica dell'esecuzione e della realizzazione  
Valutazione pre-post, verifica delle risorse congrue allo svolgimento

18  
22





## 1.1 Mondo giovanile

### Introduzione

Gli ambiti privilegiati degli interventi rivolti al mondo giovanile vengono individuati nella scuola e nell'utilizzo del web e dei social network ai fini della diffusione della cultura della prevenzione e della assunzione di informazioni sulle conoscenze e sul livello di attenzione in merito ad HIV e alle infezioni sessualmente trasmissibili, in particolare, anche se non esclusivamente, tra i giovani che hanno lasciato la scuola e non sono entrati nel mondo del lavoro. Interventi formativi rivolti agli studenti universitari sono ritenuti utili alla creazione di educatori tra pari in contesto universitario ed extrauniversitario.

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Gli interventi di prevenzione dell'infezione da HIV e delle IST devono necessariamente rivolgersi ai giovani, attraverso percorsi educativi che li guidino ad assimilare la cultura della responsabilità nei confronti del proprio e dell'altrui essere psicofisico. La scuola è il luogo elettivo ove tali interventi possono trovare il più efficace sviluppo. Negli ultimi anni, gli interventi di prevenzione sembrano aver subito, nella scuola e tra la popolazione giovanile in generale, un processo involutivo, accompagnato da un marcato calo di interesse sia delle Istituzioni, sia tra i giovani stessi.

### SINTESI CRITICITÀ

Interventi di prevenzione che comportano la necessità di trattare argomenti inerenti alla sessualità sono ancora causa di conflitti e prese di posizione ideologiche, in larga misura estranei ai giovani, che hanno rappresentato e tuttora rappresentano un serio ostacolo nell'affrontare nelle scuole le tematiche inerenti a HIV/AIDS e IST. Pur nel progressivo diradarsi degli interventi di prevenzione, in base ai dati più recenti la scuola sembra mantenere un ruolo centrale come punto di riferimento informativo su HIV/AIDS e IST, con il compito di sostituirsi alla famiglia su quanto a quest'ultima riesce difficile o impossibile affrontare. La nuova composizione della popolazione scolastica, con una percentuale sempre crescente di giovani di recente immigrazione, provenienti da contesti culturali differenti, rende più complesso e urgente articolare corretti interventi di prevenzione che tengano conto della nuova realtà. In controtendenza rispetto all'uso sempre più esteso dei social network e di internet, l'interesse degli studenti sedicenni ad approfondire la conoscenza sulle tematiche inerenti HIV/AIDS e IST attraverso questi mezzi risulta modesto, così come il desiderio di discuterne con gli amici, a suggerire che il tema sia ritenuto dai più non coinvolgente e di scarso interesse. Fino ad ora, gli interventi di prevenzione nella maggioranza dei casi sono stati delegati dalla scuola ad enti esterni e ad associazioni di volontariato, risultando un corpo accessorio, se non estraneo, al processo educativo. La trattazione della tematica HIV/AIDS e IST senza contestualizzarla in un programma più articolato di educazione alla salute rappresenta un ulteriore ostacolo al successo degli interventi di prevenzione. *L'inserimento nel curriculum formativo scolastico delle tematiche di prevenzione e di educazione alla salute e alla sessualità rappresenta l'intervento cardine sul quale si fonda in prospettiva il possibile successo nella riduzione della diffusione di HIV.*

### INTERVENTI PROPOSTI

1. Predisposizione di un documento di indirizzo da parte delle due Sezioni L e M del CTS sulla materia. Il documento sarà volto a delineare le tematiche relative a HIV/AIDS e IST in un programma complessivo di prevenzione ed educazione alla salute da integrare nel curriculum scolastico. Tale programma, adeguato alle fasi evolutive delle diverse età, dovrà essere rivolto agli studenti della scuola di ogni ordine e grado.

### INDICATORI DI RISULTATO

1. Realizzazione entro 18 mesi dall'approvazione del presente Piano Nazionale Monitoraggio.

20  
26



|   |   |
|---|---|
| <p>2 Realizzazione di un programma complessivo di educazione alla salute e alla responsabilità verso se stessi e gli altri, elaborato dai Ministeri competenti, nell'ambito dell'esistente protocollo AIDS MII R, in cui le tematiche della cultura della prevenzione di HIV e IST siano inserite in un contesto più ampio di educazione alla salute</p>                                  | <p>2 Realizzazione entro 18 mesi dall'approvazione del presente Piano Nazionale. Monitoraggio.</p>  |
| <p>3 Elaborazione di un programma di formazione indirizzato agli insegnanti degli anni di corso e delle discipline interessate</p>  | <p>3 Numero dei docenti che hanno partecipato alla formazione specifica di almeno 10 istituti afferenti a ciascun ufficio scolastico regionale entro due anni dall'approvazione del presente piano.</p> |
| <p>4 Attivazione di un programma di educazione tra pari rivolto agli studenti degli Istituti secondari di secondo grado, al fine di favorire la partecipazione attiva e il protagonismo giovanile e di rendere più efficaci gli interventi di prevenzione</p>   | <p>4 Numero di scuole che ha attuato il programma di educazione tra pari, entro 18 mesi dall'approvazione del presente Piano Nazionale. Monitoraggio.</p>   |
| <p>5 Censimento e "registrazione in un Albo specifico" delle associazioni di volontariato, che hanno un'esperienza significativa in attività di prevenzione in collaborazione con le scuole per la realizzazione di specifici progetti educativi.</p>   | <p>5 Da realizzare entro 12 mesi dall'approvazione del presente piano</p>   |
| <p>6 Coinvolgimento delle associazioni di volontariato censite nell'affiancamento dell'istituzione scolastica nella realizzazione di specifici programmi di prevenzione e per l'attuazione di programmi scuola lavoro</p>   | <p>6 Numero delle Associazioni di volontariato censite coinvolte nella realizzazione di programmi di prevenzione. Monitoraggio</p>  |
| <p>7 Coinvolgimento delle Università nel processo di formazione degli insegnanti attraverso l'attivazione di corsi di perfezionamento, realizzati in collaborazione con le associazioni, che offrano formazione certificata sui temi della prevenzione sanitaria</p>  | <p>7 Numero di corsi attivati</p>   |
| <p>8 Costituzione di un gruppo di lavoro comprendente esperti della comunicazione attraverso social network al fine di disegnare una strategia di rilevazione delle conoscenze/attitudini del mondo giovanile nei confronti di HIV/AIDS e IST e interventi di prevenzione e di lotta allo stigma.</p>   | <p>8 Attivazione del gruppo di lavoro entro 12 mesi dall'attivazione del piano.</p>   |
| <p>9 Formazione in materia di IST indirizzata a studenti universitari, con previsione di attribuzione agli stessi di crediti formativi nella materia, perché svolgano attività peer-to-peer di informazione e sensibilizzazione in materia di HIV/AIDS, IST verso tutti gli studenti dei rispettivi atenei. Attivazione di strumenti di rilevazione periodica dei risultati ottenuti.</p> | <p>9 Aumento delle conoscenze sulle IST e sul ruolo protettivo e il corretto uso del profilattico tra i giovani. Incremento dell'uso riferito di preservativi nella fascia d'età 19-25 anni.</p>        |

25



## 2. Strategie rivolte alle popolazioni chiave

### 2.1 MSM: uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini

#### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Con MSM si intendono gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, indipendentemente dalla loro identificazione come uomini gay o bisessuali. È nota la persistenza e la sproporzione dell'epidemia in questa sotto-popolazione, rispetto alla popolazione generale. La popolazione MSM risulta essere tra le più informate nel nostro paese la ricerca europea EMIS del 2010 e la ricerca dell'Università Bologna del 2014 delineano che gli MSM generalmente riportano conoscenze più accurate rispetto agli altri gruppi di popolazione, tendono ad usare con maggior costanza il profilattico nei rapporti occasionali, ricorrono al test HIV. In particolare da EMIS risulta che: è pressoché universale nella popolazione MSM italiana la conoscenza che l'AIDS è causata dal virus HIV e che è necessario un test per stabilire se si sia o meno infetti da HIV (98%); che il 94% dei rispondenti sa che ad oggi non esiste una cura risolutiva per l'infezione da HIV, e il 92% è a conoscenza che l'infezione viene tenuta sotto controllo dalle terapie specifiche attualmente disponibili. Il livello di conoscenza e il fattore individuale comportamentale (uso del preservativo, numerosità di partner, ecc.) non spiega questa sproporzione, alimentata piuttosto da fattori strutturali come:

- Alta prevalenza già presente stimabile intorno al 10%
  - Alta capacità trasmissiva del sesso anale (18 volte maggiore del sesso penetrativo vaginale)
  - Configurazioni e dinamiche di network che accelerano l'epidemia.
- L'omofobia (sociale e/o interiorizzata) è un ulteriore fattore strutturale, che ha risvolti sia sul piano del condizionamento nell'accesso ai servizi, sia sul piano dell'aumento del rischio individuale. Inoltre l'HIV-fobia produce effetti negativi sulla qualità della vita delle persone con HIV e sulla gestione comunitaria e consapevole del rischio.

#### SINTESI CRITICITÀ

Nonostante gli MSM siano universalmente riconosciuti come una popolazione chiave, poco viene fatto per rispondere ai suoi bisogni di prevenzione. Se sul piano strutturale gli MSM hanno a-priori un livello di esposizione al rischio più alta, sul piano del comportamento individuale c'è spazio per ridurre lo svantaggio iniziale. Secondo EMIS su 16680 MSM in Italia, il 44,0% ha fatto sesso con uomini prima dei 18 anni, il 45% sesso anale prima dei 20 anni, il 34,3% sesso occasionale con più di 10 uomini nell'ultimo anno e il 40,4% di coloro che avevano avuto partner occasionali nell'ultimo anno non aveva sempre usato il preservativo nel sesso anale. Lo stesso rapporto con i servizi è critico, e la frammentazione dei servizi di Testing HIV-IST e la mancanza di un approccio di salute sessuale non aiutano, il 28,5% non aveva mai fatto un test HIV, solo il 41,2% lo aveva fatto nell'ultimo anno, il 58,3% di coloro che aveva fatto un test era insoddisfatto del *counselling* e il 43,1% non aveva potuto parlare di sesso, meno del 30% aveva fatto controlli per IST diverse dall'HIV nell'ultimo anno e poco più del 50% dichiarava di essere vaccinato per epatite B. I programmi di prevenzione sono assenti. Secondo SIALON 2, solo il 35,9% è stato raggiunto da programmi di prevenzione nell'ultimo anno, percentuale che scende al 27,7% tra gli under 25. In generale, gli MSM under 25 sono meno raggiunti da programmi di prevenzione, usano meno il preservativo o fanno meno il Test.

#### INTERVENTI PROPOSTI

1. Favorire l'*empowerment* e coinvolgimento attivo degli MSM tramite la comunità gay organizzata, nel processo di elaborazione e implementazione di politiche, programmi e azioni di prevenzione.
2. Favorire programmi di riduzione dello stigma  
• Omofobico, nella popolazione generale e tra gli operatori sanitari;

#### INDICATORI DI RISULTATO

- Numero e tipologie di azioni per il coinvolgimento attivo della comunità gay organizzata.
- Monitoraggio. Numero di programmi di riduzione dello stigma.
- Monitoraggio. Numero di campagne informative e di preservativi e lubrificanti.

26





## 2.2 Persone che utilizzano sostanze

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Il 52,8% del totale dei casi di AIDS segnalati tra il 1982 e il 2013 è attribuibile alle pratiche associate all'uso di droghe per via iniettiva. In questi anni i Servizi (pubblici e del privato sociale), attraverso i programmi di Riduzione del Danno (RDD) e i trattamenti (sia di scopo sia cART), hanno svolto un ruolo determinante nella prevenzione dell'HIV tra gli *Injecting Drug Users* (IDU). Si veda il trend in diminuzione delle diagnosi di AIDS 61,4% nel 2001, 12,3% nel 2014 così come la prevalenza delle diagnosi di infezione da HIV che, nel 2014, scesa al 2,3%. Tuttavia, va sottolineato che la quota dei testati nei SerD nel 2014 è stata solo del 38,7% e che tale percentuale è pressoché costante dal 2010. Altro dato da evidenziare è la percentuale di detenuti tossicodipendenti presenti in carcere al 31 dicembre 2014 pari al 22%.

### SINTESI CRITICITÀ

Negli ultimi anni sono mutati i modelli di assunzione e i contesti: l'eroina non è l'unica sostanza utilizzata per via iniettiva e, nel contempo, si registra un significativo aumento di modalità di assunzione non endovenosa di sostanze: nuove sostanze psicoattive sono disponibili sul mercato e si diffondono pratiche quali il "chemsex". L'uso di droghe può comportare altri comportamenti a rischio, fra i quali una maggiore frequenza di rapporti sessuali non protetti che rappresentano un rilevante rischio di contrarre HIV, HBV, HCV, sifilide, e che possono compromettere l'aderenza ad eventuali terapie (PI P o cART). Si registra, inoltre, una certa riluttanza da parte dei giovani assuntori di rivolgersi a servizi istituzionali percepiti come stigmatizzanti e non appropriati ai loro bisogni. Riguardo alle conoscenze degli IDU, esiste un unico studio condotto dall'ISS nel 2012, svolto in servizi per la cura delle dipendenze SerD e in servizi di Riduzione del Danno. Secondo lo studio, solo il 47,9% degli IDU conosce le corrette modalità di trasmissione dell'infezione da HIV, percentuale che scende al 37,5% nei consumatori per via non iniettiva.

A livello internazionale, la RDD è la strategia di intervento raccomandata per contrastare la diffusione delle infezioni correlate all'uso di droghe sia per via iniettiva che per via non iniettiva. In particolare si raccomanda la distribuzione di siringhe e di altri strumenti (paraphernalia) in base al contesto specifico del consumo e alle modalità di assunzione. Vengono altresì raccomandati interventi di prevenzione dell'HIV nelle carceri.

In Italia lo scenario degli interventi di RDD, come emerge dalla Relazione al Parlamento 2015 (DPA) presenta aree di criticità: geografia diseguale, intermittenza delle prestazioni/finanziamenti, differenze di disparità tra i sistemi regionali. L'inclusione della RDD nei LEA, recentemente approvati, rappresenta un'opportunità per il superamento di questi limiti.

### INTERVENTI PROPOSTI

- 1) Favorire l'implementazione programmi di Riduzione Danno-Rischio (iniettivo, sessuale e igienico-sanitario), in linea con i documenti internazionali, previsti dai LEA recentemente approvati.
- 2) Favorire l'*empowerment* e coinvolgimento attivo delle Associazioni e realtà organizzate di persone che utilizzano sostanze (PWUD).
- 3) Favorire la promozione campagne informative HIV e IST mirate.

### INDICATORI DI RISULTATO

- 1) Monitorare e verificare del numero di programmi e distribuzione geografica RDD (con n. di siringhe, preservativi, IDU coinvolti, IDU con OST).
- 2) Monitoraggio. Numero, tipologie di azioni e modalità di coinvolgimento attivo delle Associazioni e PWUD.
- 3) Monitoraggio. Numero campagne attivate (quantità di materiale informativo).

28





## 2.3 Detenuti

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Le persone detenute che nel 2015 sono transitate all'interno degli Istituti penitenziari italiani sono state 103 810. Sulla base di numerosi studi di prevalenza puntuale, si stima possano essere circa 5 000 le persone sieropositive per HIV, di cui circa la metà non noti o non dichiaratisi tali ai servizi sanitari penitenziari. Per il SSS, che dal 2008, ha in carico l'assistenza sanitaria alle persone detenute, il periodo della detenzione rappresenta un momento unico per avvicinare ai propri servizi un cluster di persone altrimenti difficilmente raggiungibili. Nel 2012 la Conferenza Stato Regioni ha approvato un documento di Indirizzo "Infezione da HIV e Detenzione" che indica gli interventi necessari alla gestione delle problematiche dell'infezione da HIV nel contesto detentivo.

### SINTESI CRITICITÀ

Non sono stati condotti in Italia studi relativi all'incidenza di nuove infezioni e non è quindi noto il tasso annuo di siero-conversione ad anti-HIV in carcere, pur essendo stati riportati singoli casi di siero-conversione durante detenzioni ininterrotte. Ugualmente, è noto come pratiche "a rischio" per la trasmissione del virus HIV quali rapporti sessuali non protetti, utilizzo di aghi usati e tatuaggi siano tuttora comuni all'interno delle prigioni. È necessario disporre di dati epidemiologici ufficiali e certi in base ai quali individuare le criticità sanitarie intramoenia ed allocare gli opportuni interventi.

### INTERVENTI PROPOSTI

1. Creazione di un Osservatorio Nazionale sulla Salute in Carcere, presso l'Istituto Superiore di Sanità, in grado di coordinare i già previsti "Osservatori regionali per la tutela della salute in carcere" fornendo dati epidemiologici accreditati ed aggiornati sia a livello locale che nazionale.
2. Attivare programmi di formazione specifici riguardanti tutto il personale sanitario e di polizia penitenziaria.
3. Proposta normativa che preveda la "presa in carico" del detenuto, con l'obbligo per i Servizi Sanitari di offrire, reiteratamente nel tempo, un counselling adeguato e un accesso volontario e libero ai test di screening d'ingresso, il tutto reiterato nel tempo. Adeguamento della proposta formativa a tutto il personale sanitario, con l'adozione di un codice di condotta.
4. Promozione di programmi ad ampio raggio, ossia con il coinvolgimento di tutti gli attori, di educazione sanitaria della popolazione detenuta. Elaborazione e distribuzione di materiale specifico.
5. Promozione di programmi di prevenzione con preservativi e siringhe/aghi sterili (riduzione del danno). Tali sperimentazioni andranno congiuntamente autorizzate dai Ministeri della Giustizia e della Salute.

Assistenza alle persone con HIV - Promuovere la garanzia della continuità terapeutica, attraverso

### INDICATORI DI RISULTATO

1. Verifica dell'attuazione. Monitoraggio.
2. Verifica dell'attuazione. Monitoraggio.
3. Verifica dell'attuazione. Numero di Counselling e Test in ingresso e in follow-up. Verifica della creazione del codice di condotta e attuazione dello stesso. Monitoraggio.
4. Numero di programmi attuati. Numero Istituti. Monitoraggio.
5. Numero di programmi attuati. Numero Istituti. Monitoraggio.

• Indicazioni fornite, modalità, canali. Monitoraggio

76  
30



indicazioni a tutti gli Istituti attraverso le modalità normative ritenute idonee: 1) mediante la consegna ai pazienti liberanti di una quantità di farmaco non inferiore ai sette giorni successivi e, 2) in caso di trasferimento in altro istituto penitenziario, garantire il trasferimento dei farmaci in uso del paziente all'Istituto che lo riceve. Favorire al massimo l'inserimento nel *continuum of care* assistenziale del paziente in via di liberazione.

**Riferimenti**

Comitato Nazionale di Bioetica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. *La salute dentro le mura*. 11/10/2011. pp. 1-27. Available and accessed August 27, 2016 at <http://www.gov.it/bioetica/pdf/01a2e23badeb127996709420a20a20a20a.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control. *From Data to Action: Improving surveillance of HIV in Europe and Africa*. Stockholm: ECDC; 2014. November 2014. Available and accessed August 27, 2016 at <http://ecdc.europa.eu/en/pub/rapid-publications/dublin-agree-the-city-HIV-surveillance-2014-2016.pdf>

WHO. HIV 2014. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. 2015 update. Available and accessed August 27, 2016 at <http://www.who.int/publications/WHO-HIV-2014-2016.pdf>

Wong R, Baruch A, O'Mara E. Routine testing for blood-borne viruses in prisons: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2014;24(1):27. Available and accessed August 27, 2016 at <http://pub.oxfordjournals.org/abstract/doi/10.1093/ejpub/cku134>

World Health Organization. United Nations Office on Drugs and Crime. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Interventions to address HIV in prisons: HIV care, treatment and support*. Geneva: World Health Organization; 2017. Available and accessed August 27, 2016 at [http://globalhiv.unaids.org/publications/2017/8/24/45789\\_gm201708](http://globalhiv.unaids.org/publications/2017/8/24/45789_gm201708)

Farrers R, Bill A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons. *Emerg Infect Dis*. 2016; 22(6):1035-44.

Meyer JP, Cepeda J, Wu T, Frenn CB, Ruffalo P, and Springer SA. *Optimizing HIV Treatment for Incarcerated Prisoners: A Systematic Review of the Efficacy of the Prisons (PAPAS) in Med Aff*. 2014; 34(12):2172-79.

31



## 2.4 Lavoratori e lavoratrici del sesso (sex workers)

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Il sex work è considerato uno dei fattori di alto rischio per la diffusione dell'HIV. Evidenze internazionali mostrano come le persone che lo praticano devono essere considerate fondamentali per la lotta alla diffusione dell'infezione. Il fenomeno del sex work sta aumentando dentro casa, i siti dedicati ed i social network contribuiscono all'aumento esponenziale delle prestazioni. Le e le Sex Worker (SW) di strada sono prevalentemente non italiane, spesso forzate al sex work, sprovviste di regolare permesso di soggiorno, senza tessera sanitaria, talvolta minorenni, alcune con vissuti di politossicodipendenza problematica. Il sex work è fenomeno a macchia di leopardo tra città metropolitane o capoluoghi di regione e piccoli centri di provincia, non sempre monetarizzato. Si stima che in Italia ci siano circa 70.000 SW e le prestazioni sessuali consumate si aggirino sui 9-10 milioni.

### SINTESI CRITICITÀ

Mancano dati italiani recenti. Non si conosce l'incidenza dell'HIV nei SW in Italia, né dati relativi all'accesso ai test o all'uso del condom. Una ricerca del 2014 del Cndacons stima il sex work outdoor al 60% e che il rimanente 40% indoor sia attribuibile alla crisi economica e al sempre più diffuso utilizzo delle chat e del web che stanno determinando il progressivo spostamento delle attività dalla strada al chiuso. Una ricerca intervento svolta dal 2008 al 2014 ha evidenziato l'alta vulnerabilità dei lavoratori indoor incluse le pressioni economiche dei clienti per evitare l'uso di condom. Mancano inoltre ricerche ed interventi sul sex work maschile e si ignorano totalmente gli aspetti professionali registrando tali rapporti come relazioni omisessuali. Le diverse culture da cui provengono i SW rendono difficili campagne uniformi, mirate. La povertà economica, l'irregolarità giuridica, l'essere forzati alla prostituzione, la violenza, lo stigma, sono ostacoli che alzano la soglia dell'accesso alla diagnosi ed al trattamento sanitario, favorendo il sommerso dell'infezione da HIV. Non considerare il sex work un vero e proprio lavoro depotenzia il ruolo dei SW nella pianificazione e negli interventi di programmi di informazione, formazione, ricerca e prevenzione. La pesante discriminazione subita, la criminalità che sfrutta il loro lavoro, l'aggressività anche fisica a cui sono spesso sottoposte rendono difficile la visibilità necessaria per la nascita di un attivismo formato e consapevole.

### INTERVENTI PROPOSTI

1. Promuovere la costituzione di un di gruppo di lavoro Inter Ministeriale finalizzato all'attivazione di un sistema di raccolta in grado di fornire dati epidemiologici accreditati ed aggiornati sia a livello locale che nazionale.
2. Favorire l'empowerment e coinvolgimento attivo dei SW (tramite le realtà organizzate di SW), nel processo di elaborazione e implementazione di politiche, programmi e azioni di prevenzione.
3. Promuovere interventi di formazione rivolti ad operatori socio sanitari, di polizia, leader religiosi e di comunità straniere finalizzati ad abbattere lo stigma nei confronti dei SW.
4. Promuovere programmi di prevenzione e *peer-education* e programmi di distribuzione gratuita di preservativi e lubrificanti.

### INDICATORI DI RISULTATO

1. Verifica dell'attuazione. Monitoraggio.
2. Verifica dell'attuazione. Numeri di programmi attivati. Monitoraggio.
3. Verifica dell'attuazione. Numero di interventi attivati. Monitoraggio.
4. Numero di programmi attuati. Monitoraggio.





## 2.5 Persone Transgender

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Si stima che in Italia ci siano circa 50.000 persone Transgender, ma si ritiene che il dato sia sottostimato. Non conosciamo dati specifici relativi ai migranti transgender, sappiamo solo che la maggior parte proviene dal Brasile, Colombia, Perù e spesso si tratta di persone soggette a mobilità intra e transnazionale. Le persone transgender pagano diversi fattori di vulnerabilità: stigmatizzazione, precarietà sociale e sanitaria. Questi fattori sono presenti in maniera amplificata nelle donne transgender (MtoF) Sex Worker.

### SINTESI CRITICITÀ

Sono pochi gli studi e i dati a disposizione per le persone transgender. Da uno studio di meta-analisi risulta in Italia una prevalenza del 24,5% per le donne transgender. Anche le informazioni sui meccanismi di trasmissione in questa popolazione sono limitate. Il sesso penetrativo e ricettivo anale rimane un fattore biologico importante, ma sono carenti le informazioni sul rischio trasmissione per le transgender che hanno avuto l'intervento di vaginoplastica o per le donne transgender che hanno partner femminili (anche se meno frequente).

Contribuiscono ad aumentare il rischio di trasmissione, a ostacolare l'accesso alla diagnosi, al trattamento e al mantenimento in cura anche altri fattori

- Transfobia che provoca discriminazione, emarginazione, violenza sessuale e, in alcuni casi, omicidio (in particolare per le donne transgender SW)
- Fragilità sociale;
- Scarsità di campagne di prevenzione specifiche al target.
- Personale sanitario non formato sulle problematiche mediche relative alla transessualità.
- Infine, il quadro generale dell'epidemiologia dell'infezione da HIV in questa popolazione rimane ancora complicato e confuso: 1) negli studi condotti su MSM non sempre sono comprese le persone transgender; 2) nella sorveglianza HIV e Aids le persone Transgender non rappresentano un target specifico: i dati sono compresi in parte negli MSM, in parte tra gli IDU e in parte tra i migranti.

### INTERVENTI PROPOSTI

1. Promozione di studi di prevalenza e di studi sui fattori di rischio.
2. Inclusione nella sorveglianza HIV e Aids del target transgender in particolare per MtoF.
3. Promuovere la formazione per gli operatori sanitari in ambito di counselling e su aspetti medici legali alla transessualità.
4. Favorire l'empowerment e coinvolgimento attivo della comunità organizzata trans-transgender nel processo di elaborazione e implementazione di politiche, piani, strumenti e azioni di prevenzione dell'HIV e delle altre IST. Nel rispetto della cultura di appartenenza.
5. Favorire programmi di riduzione dello stigma (anche verso le transgender con HIV), della transfobia. Nel rispetto della cultura di appartenenza.
6. Promuovere campagne informative HIV e IST mirate al target, programmi di prevenzione e peer-education e programmi di distribuzione gratuita di preservativi e lubrificanti sia nei luoghi di ritrovo per

### INDICATORI DI RISULTATO

1. Verifica dell'attuazione. Monitoraggio
2. Verifica dell'attuazione. Monitoraggio
3. Verifica dell'attuazione. Numero di interventi attivati. Monitoraggio
4. Numero di programmi attuati. Monitoraggio
5. Numero di programmi attuati. Monitoraggio.
6. Numero di campagne attuate. Numero di preservativi. Monitoraggio.

30  
34



persone transgender, e per transgender sex worker (servizi di Unità di strada), sia nelle strutture sanitarie da loro frequentate. Il tutto, nel rispetto della cultura di appartenenza.

7. Promuovere interventi di "prevenzione combinata" attraverso il sostegno dei servizi sanitari e le organizzazioni transgender che includano PI P, PrEP e TasP nell'offerta del pacchetto di prevenzione mirata, nonché la somministrazione di test rapidi HIV (e possibilmente anche altre IST) a "bassa soglia" secondo programmi community based, nei luoghi di incontro o in checkpoint, anche in contesti di particolare vulnerabilità (transgender con dipendenze, donne transgender SW). Il tutto, nel rispetto della cultura di appartenenza.

7. Numero di interventi Numero di preservativi e Test Monitoraggio.

35



## 2.6 Persone che afferiscono ai Centri IST

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Sia i dati del Mds, per sifilide e gonorrea, che quelli del sistema sentinella per le IST indicano un aumento delle diagnosi confermate di IST nell'ultimo decennio. Aumentano in modo significativo i casi di condilomatosi ano-genitale e di inf. da *Chlamydia trachomatis*; per quest'ultima, si osserva la più alta prevalenza nelle giovani donne tra i 15 e i 24 anni. Tra gli MSM persiste l'elevata diffusione di sifilide e gonorrea iniziata dopo il 2000. Le donne straniere mostrano un'elevata frequenza di sifilide latente.

A queste evidenze si associa una prevalenza di HIV tra le persone con IST confermata che nel 2014 era 9,5%, circa cinquanta volte più alta di quella stimata nella popolazione generale italiana, con un trend chiaramente in aumento dopo il 2008 (4,7% nel 2008, 9,5% nel 2014). Le prevalenze più elevate si riscontrano tra i soggetti con sifilide sintomatica e latente; l'aumento temporale più evidente è tra gli MSM.

### SINTESI CRITICITÀ

I sistemi delle criticità che contribuiscono ad alimentare la trasmissione di HIV ed il sommerso di infezione da HIV tra i soggetti con IST, la mancanza di linee guida nazionali per il management diagnostico-assistenziale delle persone con IST che raccomandino la proposta del test HIV in queste persone, l'assenza di un piano nazionale pluriennale per la prevenzione, diagnosi e trattamento delle IST (che includa la prevenzione e l'early detection di HIV in tale popolazione); la carenza di politiche di screening per le IST, da prevedere per lo meno in alcuni sottogruppi di popolazione.

### INTERVENTI PROPOSTI

Premesso che ogni attività di prevenzione delle IST si traduce in una prevenzione diretta e indiretta dell'infezione da HIV, si propongono i seguenti obiettivi:

- Promuovere la proposta e l'effettuazione del test HIV tra le persone con una IST confermata attraverso un *counselling* mirato
- Migliorare la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario sulle IST
- Migliorare le informazioni sulla presentazione clinica, le modalità di trasmissione e le complicanze delle IST nella popolazione generale
- Incrementare le attività di educazione alla salute sessuale, in particolare tra i giovani
- Favorire la prevenzione delle IST attraverso vaccinazione (HBV e HPV)
- Incrementare l'offerta del test per sifilide tra i maschi che fanno sesso con maschi (MSM) e tra le donne straniere
- Accrescere nella popolazione generale la consapevolezza del ruolo delle IST nella

### INDICATORI DI RISULTATO

- Aumentare la percentuale di test HIV effettuati in persone con una IST
- Ridurre la prevalenza e l'incidenza HIV tra le persone con una IST
- Ridurre la proporzione di infezioni recenti HIV in persone con IST
- Ridurre incidenza e prevalenza delle singole IST

36



|   |  |
|---|--|
| <p>trasmissione/acquisizione dell'infezione da HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ottimizzare il percorso diagnostico-assistenziale delle persone con sospetta IST</li> <li>• Agevolare il pagamento del ticket per IST</li> <li>• Aumentare i centri di riferimento per le IST</li> <li>• Elaborare un piano nazionale pluriennale per la prevenzione delle IST</li> <li>• Attivare programmi di sorveglianza dei comportamenti</li> </ul> |  |
|---|--|

**Riferimenti**

Sette. L. n. 16 del 28 settembre 2010, articolo 26 - documento 2 - 11/10/10 - provincia di Bari - 11/10/10 - 11/10/10 - 11/10/10 - 11/10/10 - 11/10/10

37



## Popolazioni vulnerabili

### 3.1 Migranti

#### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Gli stranieri regolarmente residenti in Italia sono poco più di 5 milioni (circa l'8% della popolazione totale residente in Italia); di questi, il 52,4% proviene dall'Europa (di cui 1,5 milioni da Paesi UE), il 20,5% dall'Africa, il 19,3% dall'Asia ed il 7,7% dall'America. A questi vanno aggiunte una quota di immigrati regolari non iscritti all'anagrafe (circa 400.000) e una quota, attualmente difficilmente stimabile, di irregolari. Ogni anno più di 100.000 stranieri acquisiscono la cittadinanza italiana. Complessivamente appartengono a 200 differenti nazionalità, provengono da percorsi migratori profondamente diversi e da aree con differenti tassi di sieroprevalenza e sottotipi di HIV. Spesso si tratta di persone soggette ad elevata mobilità intra e transnazionale.

#### SINTESI CRITICITÀ

L'incidenza di nuove diagnosi di HIV, corretta per età e genere, pur se diminuita negli anni, è circa 4 volte più alta tra gli stranieri rispetto agli italiani; oltre il 60% acquisisce l'infezione con rapporti eterosessuali e di questi 2/3 sono donne. Nel 25,8% la diagnosi di infezione da HIV è stata posta in fase avanzata di malattia. Il mero riscontro di un'alta percentuale di persone provenienti da paesi ad alta endemia non permette di trarre conclusioni certe sul luogo e il tempo di acquisizione dell'infezione. Le violenze subite nel percorso migratorio, le condizioni di vita e i comportamenti a rischio vissuti post-migrazione giocano un ruolo non secondario. Dati italiani attestano l'infezione post-migrazione nel 23%-30% dei migranti. Riguardo alle conoscenze della popolazione straniera esiste un unico studio condotto dall'ISS nel 2012. Secondo questo studio solo il 32% delle persone intervistate conosce le corrette modalità di trasmissione dell'infezione da HIV e che circa il 60% dei rispondenti dichiara di aver avuto difficoltà di accesso ai servizi sanitari nel nostro paese.

Tutto ciò rende evidente la necessità di aumentare gli sforzi volti a ridurre la circolazione di HIV, tenendo ben presente l'estrema eterogeneità di questa popolazione, i livelli di integrazione, la conoscenza dei diritti fruibili, i comportamenti a rischio messi in atto.

#### INTERVENTI PROPOSTI

1. Promuovere campagne d'informazione e prevenzione "mirate" a facilitare la diagnosi precoce e a ridurre il tasso di *late presenter* progettate con le comunità e non per le comunità (implementando reti territoriali tra servizi, terzo settore e migranti, in primis gli opinion leader delle comunità, adeguando i messaggi volti a modificare i comportamenti a rischio attraverso l'uso di strategie di comunicazione specifiche per target, nel rispetto delle diverse culture di appartenenza; con attenzione alle competenze linguistiche - messaggi in lingua - non solo scritti, mediatori) e che includano indicazioni su possibilità di accesso al Test, anche rapido, e ai servizi sanitari indipendentemente dallo status amministrativo del singolo. Da non trascurare elementi di lotta allo stigma e alla discriminazione.
2. Promuovere servizi sanitari ad accesso diretto con operatori formati all'approccio transculturale, sia

#### INDICATORI DI RISULTATO

1. Verifica dell'attuazione. Monitoraggio. Riferirsi alla Dublin Declaration.
2. Verifica dell'attuazione. Monitoraggio.

38





### 3.2 Persone che vivono con HIV e loro partner

#### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

La trasmissione di HIV all'interno di coppia con partner sierodiscordanti è stata estesamente studiata sia per quanto riguarda la determinazione del rischio (per singolo atto e in base al grado di rischio del rapporto), sia per quanto riguarda le strategie di riduzione del rischio stesso (condom e *treatment as prevention* in particolare).

Il solo uso del condom è in grado di ridurre dell'80% il rischio di trasmissione, il che comporta risultati efficaci nei rapporti anali insertivi, vaginali insertivi e vaginali ricettivi (0.08-0.2/1.000 esposizioni), ma non sufficientemente efficaci nei rapporti anali ricettivi, dove l'incidenza (2.8/1.000 esposizioni) rimane superiore a quella osservata, in assenza di qualsiasi presidio preventivo, nelle altre modalità di rapporto.

L'inizio precoce della terapia antiretrovirale nel partner positivo riduce significativamente (93%) il rischio di trasmissione in coppie sierodiscordanti eterosessuali, e la condizione di soppressione virale stabile nel partner riduce in misura significativa (stima del rischio zero; limite superiore dell'intervallo di confidenza al 95% pari a 0.30/100) il rischio di trasmissione in coppie sierodiscordanti (eterosessuali e MSM) con frequente abitudine di rapporti sessuali non protetti. Nessuna infezione *linked* (confermata da analisi filogenetica virale) è stata documentata nei partner sieronegativi di soggetti con viremia stabilmente soppressa. L'impiego combinato di ART e condom nei rapporti anali ricettivi, riduce il rischio a 0.1/1.000 esposizioni, rispetto al 2.8/1.000 esposizioni del solo condom e allo 0.6/1.000 esposizioni della sola ART.

Le raccomandazioni attuali in tutte le linee-guida internazionali sull'inizio precoce della terapia, anche al fine di riduzione del rischio di trasmissione, pongono un crescente problema di informazione, definizione dei rischi e raccomandazione sui comportamenti, in merito alla scelta di avere rapporti non protetti all'interno della coppia sierodiscordante in caso di soppressione virologica stabile del partner sieropositivo.

#### SINTESI CRITICITÀ

##### *Elementi persistenti di criticità*

- Limitato fattore di protezione del solo uso del condom nei rapporti anali ricettivi;
- Accesso non costante alla terapia precoce in tutti i soggetti con una nuova diagnosi e CD4 elevati (>500 cellule/mm<sup>3</sup>);
- Soppressione virologica incompleta nei primi 6 mesi dall'inizio del trattamento (ipoteticamente più prolungata in caso di infezione primaria nel partner positivo);
- Rischio di trasmissione non determinato per rapporti non protetti in caso di rebound viremico nel partner positivo;
- Aderenza al trattamento e possibilità di interruzione temporanea della terapia ancora non ottimali nel 10-20% dei soggetti, anche in considerazione del maggior rischio di bassa aderenza in chi inizia con CD4 elevati;
- Generalizzabilità al momento non totalmente conosciuta dei risultati ottenuti in coppie sierodiscordanti eterosessuali (HPV IN 052) anche alle coppie stabili MSM;
- Rischi legati alla trasmissione da rapporti non protetti con partner al di fuori della coppia (che interessa dal 4% al 30% dei partner sieronegativi);
- Accettabilità dell'uso del condom in coppie stabili con partner positivo con soppressione virologica stabile;
- Grado di informazione del partner negativo sullo stato di soppressione virologica del partner positivo come fattore condizionante la scelta dei rapporti e del ricorso alla protezione degli stessi.

#### INTERVENTI PROPOSTI

- Accesso immediato e universale alla terapia dopo la diagnosi di infezione da HIV;
- Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni nazionali e internazionali in tema di inizio immediato della terapia, al fine di verificare la discordanza dalle raccomandazioni e i fattori predittivi della mancata applicazione delle linee-guida;
- Implementazione di programmi di counselling alla diagnosi e pre-terapia sui rischi legati ai differenti rapporti, sulla efficacia di riduzione di terapia ARV e condom, sulla

#### INDICATORI DI RISULTATO

- Aumento di soggetti con CD4 >500/mm<sup>3</sup> con inizio immediato di terapia;
- Riduzione di incidenza e prevalenza di HIV all'interno di coppie sierodiscordanti;
- Aumento dell'aderenza alla terapia in soggetti che iniziano precocemente e per riduzione del rischio di trasmissione al partner sieronegativo;
- Aumento dei programmi di counselling e prevenzione della trasmissione all'interno della coppia sierodiscordante.

36/40



potenziale inefficacia del fattore protettivo della ART nei primi 6 mesi dopo l'inizio del trattamento, sui rischi di trasmissione legati alla ripresa della replicazione virale in corso di fallimento virologico;

- Valutazione di specifici cambiamenti della frequenza del monitoraggio della viremia in soggetti HIV all'interno di coppia stabile sierodiscordante;
- Promozione di programmi di controllo dell'aderenza alla terapia antiretrovirale, anche con coinvolgimento del partner sieronegativo della coppia;
- Implementazione di programmi di informazione self-reported dei risultati dei controlli virologici del partner positivo al partner negativo della coppia;
- Interventi informativi e di counseling sul rischio di rapporti non protetti al di fuori della coppia stabile.

41



## **Presa in carico, cura e assistenza. quadro normativo. situazioni cui porre attenzione**

### **Introduzione**

Il Servizio Sanitario Nazionale Italiano ha disciplinato le modalità di assistenza per la infezione da HIV attraverso la legge n.135 del 5/06/1990 che individua nei reparti di Malattie Infettive le strutture deputate alla gestione del paziente con infezione da HIV.

Il modello assistenziale previsto dalla Legge è articolato in:

- Ricovero ospedaliero in degenza e diurno (*day hospital*) per pazienti con quadri clinici acuti;
- Ambulatorio per pazienti con infezione cronica stabile;
- Assistenza domiciliare integrata con l'assistenza territoriale e case alloggio per pazienti che necessitano di supporto sia per motivi clinici che economico-sociale.

Tale impostazione necessita di integrazioni in relazione all'evoluzione dell'epidemia e all'emergere di nuove condizioni clinico/epidemiologiche. In particolare, viene ravvisata la necessità di intervenire con integrazioni sui seguenti temi:

1. Continuità di cura. Accesso alla terapia antiretrovirale, aderenza e mantenimento in cura
2. Nuove necessità di cura e di assistenza associate all'invecchiamento della popolazione assistita.
3. Interventi sulla popolazione con infezione HIV-HCV
4. Prevenzione attraverso i vaccini
5. Interventi in merito alla gravidanza.
6. Interventi a favore dei minori con infezione da HIV.
7. Inquadramento degli interventi integrativi proposti dal Piano Nazionale AIDS nei LEA.

136  
42



## 1. Continuità di cura, Inizio della terapia antiretrovirale, aderenza e mantenimento in cura

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

La continuità di cura (*continuum of care*) descrive un percorso costituito dalla *diagnosi*, la presa in carico nel progetto di cura (*linkage to care*), l'inizio della terapia e l'aderenza ai farmaci (*engagement in care*), il mantenimento in cura (*retention to care*). Essa richiede l'erogazione di assistenza per un periodo indefinito; in particolare, *l'inizio della terapia cART, l'aderenza ai farmaci e il mantenimento in cura sono fasi cruciali sia per garantire il benessere delle persone con HIV sia per limitare la diffusione dell'epidemia*. In conseguenza, *l'engagement in care e la retention to care* possono essere considerate importanti misure di qualità dell'assistenza erogata.

### SINTESI CRITICITÀ

Secondo le stime disponibili, delle circa 120.000 persone con HIV/AIDS diagnosticate, *il 15% non è stato inserito o mantenuto in cura*. In particolare, delle 134.000 persone viventi con HIV, nel nostro paese sarebbe in trattamento il 74% delle persone (99.160) e *la soppressione virale sarebbe riscontrata nel 52% (69.680)*. In particolare, la soppressione virologica è stata ottenuta nell'87,7% delle persone in terapia cART.

*È quindi cruciale che si pongano in essere strategie specifiche, attraverso indicatori sia "di sistema" (quali strumenti interni ad ogni singolo centro che verifichino specifici parametri), sia personalizzati sul singolo paziente, al fine di garantire l'inizio della terapia. L'adesione alla cura (la sua mancanza è correlata all'assenza di soppressione virologica) e il mantenimento nel percorso di cura e l'azzeramento della carica virale.*

Le nuove tecnologie (piattaforme informatiche, *smartphone*, *app* dedicate), si pongono come naturali candidate per l'implementazione delle strategie, così come è cruciale l'avvalersi di operatori sanitari di altre specializzazioni e/o di associazioni operanti sul territorio, nonché di una rete di supporto sociale.

In particolare, è necessario porre maggiore attenzione alle popolazioni fragili, talvolta peculiari per condizione. In particolare (ma non esaustivamente) si segnalano le seguenti condizioni o situazioni: genere femminile, giovane età, gravidanza e periodo *post-partum*, uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa, patologie di abuso, violenza domestica, malattie psichiatriche, detenzione (attuale e/o progressa), persone senza fissa dimora e/o emarginate, condizioni stigmatizzanti (es: MSM, transgender, stranieri, ecc.)

### INTERVENTI PROPOSTI

Con l'obiettivo di azzerare la viremia in tutte le persone con HIV/AIDS, attraverso strategie mirate, i centri di cura per l'HIV devono potere essere dotati di sistemi di monitoraggio che consentano di essere costantemente a conoscenza: 1) del numero delle persone con HIV/AIDS non ancora in cART e delle ragioni che non hanno consentito di iniziare la terapia; 2) del tasso di aderenza alle cure prescritte; 3) del tasso di presenza alle visite di controllo programmate; 4) dei trasferimenti da centro di cura ad altro centro di cura.

A tal fine occorre:

- Formare il personale sanitario del centro clinico sulla rilevanza della *continuità di cura*, sulle strategie di monitoraggio e sulle azioni volte a favorirlo.

### INDICATORI DI RISULTATO

- Monitoraggio della % di pazienti naïve versus % di pazienti in trattamento, con tensione alla drastica diminuzione del tempo che intercorre tra la diagnosi e l'inizio del trattamento
- % dei pazienti con viremia plasmatica azzerata
- % di successo degli interventi favorevoli l'aderenza alla cART e alla terapia complessiva del paziente
- % delle persone con HIV che entrano in cura nel corso dell'anno e che vi rimangono anche l'anno successivo
- % delle persone con HIV seguite in un anno e che vi rimangono l'anno successivo
- % delle persone migranti da centro di cura a centro di cura
- % di successo degli interventi extra-ospedalieri, divisa per strategia intrapresa, al fine di valutarne e confrontarne l'efficacia

39  
43



- Monitorare la percentuale dei pazienti naive presente in ogni centro, al fine di favorire, tramite strategie mirate, l'inizio della terapia cART.
- Porre in essere o implementare in ogni centro clinico programmi strutturati e specifici al fine di favorire l'aderenza alla cART
- Porre in essere strategie favorevoli l'obiettivo dell'azzeramento della viremia plasmatica, segmentate per tipologia, non escludendo l'utilizzo di reti nazionali che contemplino l'eventuale invio del paziente a ridotte opzioni terapeutiche in centri specializzati
- Porre in essere, nei singoli centri, sistemi di registrazione e verifica della regolarità delle visite, dell'esecuzione degli esami di laboratorio, del rispetto degli appuntamenti e del ritiro dei farmaci, della ripresa in carico del paziente eventualmente perso, dell'invio di pazienti a ridotte possibilità terapeutiche in centri specializzati. I dati generati da tali sistemi dovrebbero confluire in un database nazionale, utile a monitorare la situazione e proporre strategie correttive d'insieme.
- Favorire, attraverso protocolli d'intervento dedicati, la collaborazione anche strutturata tra centri clinici e associazioni di pazienti e/o reti territoriali e/o comunità colpite, secondo le specificità delle stesse, nei possibili settori d'intervento lungo tutto il *continuum of care*.

#### Riferimenti

- 1 INSIGHT START Study Group. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *N Engl J Med*. Jul 20 2015.
- 2 Temprano ANRS 12136 Study Group. A trial of early antiretrovirals and isoniazid preventive therapy in Africa. *N Engl J Med*. Jul 20 2015.
- 3 M. Cohen, Y. Chen, M. McCauley. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *N Engl J Med* 2016; 375:830-839
- 4 Brennan A, Browne JP, et al. A systematic review of health service interventions to improve linkage with or retention in HIV care. *AIDS Care* 2014; 26(6):812.
- 5 Thomson MA, Mugavero et al. Guidelines for improving entry into and retention in care and antiretroviral adherence for persons with HIV: evidence-based recommendations from an International Association of Physicians in AIDS Care panel. *Ann Intern Med*. 2012; 156:817-833.
- 6 Chiaro G, Poelli P, Scappaticci L, et al. ICAR 2016: Activities to support Retention in Care (RiC) conducted by associations and NGOs involved in HIV-1 survey. *Abstr 208*
- 7 Mammone A, Pezzati P, Camoni L, et al. ICAR 2016: An estimate of the continuation of HIV care in Italy in 2014 using surveillance and cohort data. *Abstr 93*
- 8 Ramundo M, Camoni L, Urcioli R, and CARPHA study group. ICAR 2016: Second national census among people diagnosed with HIV and in care in Italy in 2014. *Abstr 82*
- 9 ICOSA 2014. <http://www.fondazioneicosa.org/icsa/>
- 10 Mammone A, Pezzati P, Regine V, et al. How many people are living with undiagnosed HIV infection? An estimate for Italy, based on surveillance data. *AIDS* 2016; 30:1131-1136
- 11 Zosa S, Lazzaretti C, Borghi V, et al. ICAR 2016: Characteristics of HIV infected patients not retained in care in three cohorts of Italy. *Abstr 110*
- 12 Camoni L, Regine V, Stareckie K, et al. Estimate of the number of people living with HIV in Italy. *Bull Med Res Intern*. 2014; 14:1-4.

46  
44



## 2. Nuove necessità di cura e di assistenza

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Dopo l'introduzione della terapia antiretrovirale di combinazione (cART) il modello assistenziale definito dalla legge 135/90 ha dovuto subire nella pratica corrente profonde modificazioni dovute alla progressiva variazione nella distribuzione quantitativa degli accessi in seguito alla riduzione della mortalità e della morbilità acuta e alla "cronicizzazione" della infezione.

Obiettivi prioritari della cura rimangono

1. la riduzione della mortalità per AIDS, delle patologie opportunistiche associate e delle giornate di degenza ad esse conseguenti
2. l'inquadramento diagnostico-clinico del paziente, la prescrizione della cART e la gestione delle patologie HIV correlate sia in forma acuta che cronica, che restano nella pertinenza specialistica dei centri per l'assistenza delle persone con infezione da HIV.

Tuttavia, l'allungamento della aspettativa di vita ed il conseguente invecchiamento della popolazione HIV si è associato a un aumento delle comorbidità. L'immuno-infiammazione che persiste nella persona con HIV anche nei casi in cui replicazione virale è bloccata dalla terapia contribuisce ad anticipare l'invecchiamento e l'insorgenza delle comorbidità stesse. L'evoluzione della situazione clinico-epidemiologica prospetta pertanto la necessità di individuare e sviluppare nuove linee di intervento.

### SINTESI CRITICITÀ

Sime dell'Istituto Superiore di Sanità nel 2013 indicano come più del 33% delle persone che vivono con HIV/AIDS hanno superato i 50 anni, la coorte olandese ATHENA stima che nel 2030 il 73% delle persone con HIV avrà più di 50 anni e l'80% di questi presenterà almeno una comorbidità. Ciò comporta la necessità di estendere la valutazione clinica deve andare oltre gli aspetti strettamente HIV correlati, includendo la gestione di comorbidità cardiovascolari, ossee, renali, epatiche, metaboliche, neurologico/cognitive, psichiatriche, dei tumori, delle patologie genito-urinarie, di quelle geriatriche, come dettagliato nella Linee Guida di riferimento (di seguito "comorbidità"). In questo contesto emergono con evidenza le problematiche gestionali, con particolare riferimento ai politrattamenti e alle condizioni di fragilità/disabilità e marginalità sociale.

### INTERVENTI PROPOSTI

- Porre in atto una rilevazione/indagine prospettica del fenomeno "nuova malattia da HIV", finalizzata alla raccolta di dati di popolazione italiana aggiornati, che possano anche guidare rispetto all'insorgenza delle nuove necessità assistenziali.
- Favorire protocolli diagnostico-terapeutici omogenei sul territorio nazionale, dedicati alla prevenzione delle comorbidità e/o alla loro cura/gestione. In questo contesto, porre in atto strategie assistenziali polispecialistiche, che consentano, con la regia dell'infettivologo curante, di porre in essere percorsi assistenziali integrati e coordinati, anche attraverso la ricognizione di modelli già esistenti.
- Favorire percorsi di integrazione con l'assistenza extra-ospedaliera (riabilitativa, domiciliare e/o in casa alloggio/diurno), al fine di garantire la continuità di cura delle persone

### INDICATORI DI RISULTATO

- Valutare la % delle singole comorbidità nella popolazione con HIV versus la % degli interventi di successo/insuccesso in merito allo stato di benessere della persona.
- Rilevare la % di soddisfazione del personale sanitario e dei pazienti in merito al modello assistenziale proposto, attraverso survey opportunamente dedicati e miranti ad evidenziare eventuali criticità, al fine di potere porre correttivi.
- Monitorare, a seguito di interventi specifici, la % di riduzione della dispersione dei pazienti dal continuum of care, con particolare focus su popolazione anziana, con fragilità/disabilità e

45



|                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
|                              | con disabilità/fragilità (compresa la marginalità sociale e l'isolamento)  | con tensione alla marginalità sociale e all'isolamento. |
| <b>Attori da coinvolgere</b> | Centri per l'assistenza delle persone con HIV/AIDS, ISS, Commissioni Regionali AIDS, Assessorati Regionali Sanità, Associazioni, Società Scientifiche (SIMIT), Sezioni L e M del Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute.                  |   |
| <b>Tempistica suggerita</b>  | Censimento e coinvolgimento degli Attori entro 12 mesi dalla data di esecutività del Piano; definizione delle strategie e dei percorsi entro 18 mesi, completamento dell'acquisizione dei dati richiesti entro 24 mesi; attività a regime entro 36 mesi. |   |

#### Riferimenti

1. Legge 5 giugno 1991 n. 135 - G.U. n. 132 del 06/09/91
2. Wawrzyniak AJ, Rodriguez AB, Falco AJ et al. The association of individual and systemic barriers to optimal medical care in patients living with HIV/AIDS (PLWHA) in Miami-Dade County. *J AIDS* 2015;6(1):S63-S72
3. Kendall CE, Taljaard M, Jounger J et al. A population-based study comparing patterns of care delivery and the quality of care for persons living with HIV in Ontario. *BMJ Open* 2015;5:e007428
4. Raimondo M, Cimoni L, Regine V et al. Caratteristiche delle persone che vivono con l'HIV e con l'AIDS in Italia. *Notiziario per Sanità* 2013;26(7):813-6
5. Smith M, Brakman K, Geerlings S et al for the ATHENA cohort. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. *Lancet Infect Dis* 2015; 15:R10-15

46



### 3. COINFEZIONE HIV/HCV

#### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Un'extrapolazione dai dati della corte ICONA consente di stimare che in Italia circa il 28% dei portatori dell'infezione da HIV sia anche HCV positivo. La percentuale di portatori d'infezione da HCV attiva va però riducendosi in seguito al decesso di pazienti della prima ondata epidemica (in maggioranza tossicodipendenti ad alto tasso di coinfezione HIV/HCV), per la riduzione dell'incidenza di nuove infezioni da HCV dovute a scambio di siringa e per l'incremento dei casi in cui il virus è stato eradicato da terapie antivirali. Mentre nel 1997 tra nuovi arruolati in ICONA i coinfeetti superavano il 55%, nel 2015 erano circa l'8%. Si può quindi dedurre che dei circa 4000 nuovi casi di infezione da HIV diagnosticati annualmente i coinfeetti siano circa 300. La stima dei coinfeetti con infezione da HCV attiva tuttora viventi in Italia è di circa 15000, per oltre due terzi con grado di fibrosi F0-F2.

L'infezione da HCV comporta, del tutto o in parte indipendentemente dalla progressione della malattia epatica, l'incremento dell'incidenza di diabete, di malattie renali e della malattia aterosclerotica cardiaca e cerebrovascolare. Per converso, è stato dimostrato che l'eradicazione di HCV riduce l'incidenza di diabete e delle sue complicanze e delle malattie renali, mentre mancano ancora dati a sostegno di un effetto favorevole dell'eradicazione sull'incidenza e progressione della malattia aterosclerotica. Non sorprende, quindi, che sia stata documentata, nel coinfeetto HIV-HCV, una maggiore incidenza di eventi cardiovascolari, di insufficienza renale cronica, di sindrome metabolica ed in particolare di diabete, di fratture patologiche secondarie a osteoporosi, di disturbi cognitivi e di tumori rispetto alla popolazione sana o di pazienti con singola infezione da HIV o HCV. La patologia epatica è ancora una delle prime cause di morte nelle persone che vivono con HIV, nelle quali il tasso di eradicazione di HCV è maggiore, e la progressione verso la cirrosi, lo scompenso epatico e lo sviluppo dell'epatocarcinoma accelerati. È inoltre documentato un controllo della replicazione di HIV meno efficiente in corso di terapie anti HIV.

#### SINTESI CRITICITÀ

I dati sopra descritti costituiscono il presupposto per cui le società scientifiche Europee e Statunitensi (EASL European Association for the Study of the Liver ed AASLD American Association for the Study of Liver Diseases, rispettivamente), pur riconoscendo che il trattamento anti HCV debba essere offerto a tutte le persone con infezione, sottolineano un'alta priorità al trattamento nei pazienti coinfeetti HIV-HCV anche con un grado modesto di fibrosi epatica. Anche le Linee Guida italiane di riferimento hanno assunto questa posizione.

Nonostante ciò, i criteri di priorità indicati dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per il trattamento dell'epatite C con i nuovi farmaci antivirali continuano a non includere la coinfezione da HIV. Ad oggi, quindi, il paziente coinfeetto può essere trattato solamente con gli stessi criteri previsti per il paziente mono-infecto da HCV.

Va ricordato a questo proposito che, secondo i dati di letteratura oggi disponibili, il trattamento di 8000 coinfeetti HIV/HCV con fibrosi F2 è in grado di prevenire 376 morti e 504 transizioni verso lo scompenso epatico nei prossimi 5 anni.

#### INTERVENTI PROPOSTI

- Estensione del trattamento con antivirali ad azione diretta (nuovi farmaci anti-HCV) a tutte le persone HIV positive con coinfezione attiva da HCV.
- Implementazione di interventi di educazione e prevenzione diretti alla popolazione HIV positiva MSM, al fine di limitare la trasmissione sessuale e delle reinfezioni da HCV, a fronte dei recenti focolai di HCV segnalati dalla letteratura e dalle autorità sanitarie competenti in questa popolazione.

#### INDICATORI DI RISULTATO

1. Eradicazione della coinfezione da HCV nel 90% delle persone con HIV con coinfezione attiva da HCV.
2. Riduzione del 60% delle nuove infezioni da HCV e delle reinfezioni in un gruppo identificato di centri clinici rappresentativi della realtà nazionale.

45  
47



|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Attori da coinvolgere</b> | Centri per l'assistenza delle persone con HIV/AIDS, AIFA, Commissioni Regionali AIDS, Assessorati Regionali Sanità, Associazioni, Società Scientifiche (SIMIT), Sezioni L e M del Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute.  |
| <b>Tempistica suggerita</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In merito al punto 1, conseguimento del risultato entro tre anni dall'entrata in vigore del presente piano.</li> <li>2. In merito al punto 2, stesura del disegno dello studio e inclusione dei Centri partecipanti entro sei mesi dalla data di esecutività del Piano; sistematizzazione della raccolta dei dati entro 12 mesi; operatività degli interventi di prevenzione entro 12 mesi; conseguimento del risultato entro 36 mesi.</li> </ol> |

#### Riferimenti

1. <http://www.fundazioneicon.it>
2. Ioannou GN, Hryson CL, Weiss NS, et al. The prevalence of cirrhosis and hepaticellular carcinoma in patients with HIV infection. *Hepatology* 2013; 58: 249-257
3. Peters L, Gant D, Lundgren JD, et al. Hepatitis C virus viremia increases the incidence of chronic kidney disease in HIV-infected patients. *AIDS* 2012; 26: 2917-26
4. Gant D, Peters L, Rakmanya A, et al. 3 Liver-related death among HIV/HCV coinfectd individuals: implications for the era of directly acting antivirals. 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, March 4-6, 2014, Boston, MA, USA
5. Potter M, Chae-ungbu A, Yang, et al. Impact of hepatitis C viral replication on CD4<sup>+</sup> T-lymphocyte progression in HIV-HCV coinfection before and after antiretroviral therapy. *AIDS* 2010; 24:1487-65
6. De Luca A, Hugarini R, Lepri AC, et al. Coinfection con hepatitis viruses and outcome of initial antiretroviral regimens in previously naive HIV-infected subjects. *Arch Intern Med* 2002; 162: 2125-32
7. Yu Re Y 3rd, Volk J, Newcomb CW, Yang YN, et al. Risk of hip fracture associated with hepatitis C virus infection and hepatitis C human immunodeficiency virus coinfection. *Hepatology* 2012; Nov; 56(5): 1688-98
8. Bun A, Chew, KW, Currier J, et al. Hepatitis C (HCV) Viremia and the Risk of Acute Myocardial Infarction at Various Lipid Levels. 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, March 4-6, 2014, Boston, MA, USA
9. Howard AA, Hoover DR, Anastis K. The effects of opiate use and hepatitis C virus infection on risk of diabetes mellitus in the Women's Interagency HIV Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; 54: 152-9
10. Berenguer J, Rodriguez E, Miralles P. Sustained virological response to interferon plus ribavirin reduces non-liver-related mortality in patients coinfectd with HIV and Hepatitis C virus. *Clin Infect Dis* 2012; 55: 728-36
11. Berenguer J, Zamora FX, Carrero A, et al. Effects of Sustained Viral Response in Patient Coin HIV and Chronic Hepatitis C and Nonadvanced Liver Fibrosis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2014 Jul; 68(3): 260-7
12. Masías J, Manceta M, Márquez M, Merino D, Tellez F, Rivera A, von Wichertzen MA, Lopez-Cortés LF, Melchiorre N, Santos J, Barrio M, Pérez-Pérez M, Camacho A, Iribarren JA, Pineda JA. Low risk of liver decompensation among human immunodeficiency virus/hepatitis C virus-coinfectd patients with mild fibrosis in the short term. *Hepatology* 2013 May; 61(5): 1501-11

44  
48



#### 4. Interventi a favore dell'implementazione della prevenzione delle infezioni attraverso i vaccini

##### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Le raccomandazioni relative alle vaccinazioni nelle persone con HIV/AIDS non si discostano in generale da quelle riservate ad altre categorie di pazienti. Vanno tuttavia considerati sia i possibili rischi associati alla condizione di immunodepressione, sia la possibile influenza della stessa sulla risposta ai vaccini, che potrebbe rivelarsi meno efficiente e quindi meno protettiva rispetto a quanto osservato nell'ospite normoergico, e necessitare la somministrazione di dosi aggiuntive di vaccino o tempi più ravvicinati per le rivaccinazioni o i richiami. Inoltre, per quanto concerne la sicurezza, in particolare sull'effetto generale della stimolazione del sistema immunitario, è ben noto come l'attivazione dei linfociti T CD4+ li renda più suscettibili all'infezione da parte di HIV e ne favorisca la replicazione, anche a seguito di uno stimolo vaccinale. In realtà, proprio per il carattere transitorio dell'immunostimolazione da vaccino e per l'efficacia attuale dei regimi cART, tale rischio sembra attualmente del tutto marginale nelle persone in trattamento che presentino una soppressione della replicazione virale.

##### SINTESI CRITICA

- I vaccini vivi attenuati in persone con HIV con T CD4+ < 200 cellule/ $\mu$ L permangono controindicati in modo assoluto. Il loro impiego può essere considerato in caso di necessità in persone in trattamento con cART quando sia stato raggiunto un livello di CD4+ al di sopra di tale soglia o, preferibilmente, tra 400 e 500 cellule/ $\mu$ L.
- Per pazienti con basso nadir di T CD4+ e sospetto di incompleta immunoricostruzione o che presentino condizioni riconosciute associabili ad una ulteriore immunosoppressione (ad esempio pazienti in chemioterapia antineoplastica, radioterapia, sottoposti a trapianti, trattati con steroidi) è opportuno postporre la vaccinazione o attendere il modificarsi della condizione clinica.
- Il tasso di aderenza di applicazione delle Linee Guida per le vaccinazioni degli adulti con HIV/AIDS da parte di medici e pazienti non è noto e potrebbe essere assai difforme sul territorio nazionale.
- I dati sull'offerta e l'organizzazione dell'accesso alle vaccinazioni per gli adulti con HIV/AIDS sono in sostanza inesistenti.

##### INTERVENTI PROPOSTI

- Applicare il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccini (PNPV), nonché delle Linee Guida SIMIT sulla materia per le persone con HIV, ad esso coerenti.
- Porre in atto una rilevazione/indagine coinvolgente un campione significativo di centri di malattie infettive (ovvero strutture di competenza locali) volta a determinare il tasso di somministrazione delle principali vaccinazioni e le criticità nell'offerta e nell'accesso alle stesse da parte dei pazienti (in collaborazione con SIMIT).
- Promuovere, attraverso le strutture di competenza territoriali, specifici programmi vaccinali personalizzati per le persone con HIV, ponendo in essere, laddove applicabile, protocolli di collaborazione specifici tra le malattie infettive e i centri territoriali deputati alla materia. È da valutare la possibile esportazione a livello nazionale di modelli locali/regionali di maggior efficienza.

##### INDICATORI DI RISULTATO

1. Recepimento delle indicazioni del PNPV e delle coerenti Linee Guida SIMIT nei piani vaccinali regionali e ottenimento dell'offerta agevolata/gratuità delle vaccinazioni previste per le persone con HIV nel PNPV.
2. Completamento dell'indagine/rilevazione sul tasso e sulle criticità nella somministrazione delle vaccinazioni entro 18 mesi.
3. Attuazione del 70% delle vaccinazioni irrinunciabili in tutti i centri di cura delle persone con HIV/AIDS e/o nelle strutture territoriali competenti entro 21 mesi.

48  
49



|   |   |
|---|---|
| <p>Particolare attenzione andrà data alle popolazioni fragili/vulnerabili e ai partner delle persone con HIV in merito a specifiche vaccinazioni.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promuovere un'omogeneizzazione nazionale dell'offerta agevolata/gratuità di tutte le vaccinazioni per le persone con HIV presenti nel PNPV.</li> </ul> |   |
| <p><b>Attori da coinvolgere</b></p>   | <p>Centri per l'assistenza delle persone con HIV/AIDS, AIFA, Commissioni Regionali AIDS, Assessorati Regionali Sanità, Associazioni, Società Scientifiche (SIMIT), Sezioni L e M del Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute.</p> |
| <p><b>Tempistica suggerita</b></p>  | <p>1: entro 12 mesi dall'approvazione del presente piano<br/> 2: entro 18 mesi dall'approvazione del presente piano<br/> 3: entro tre anni dall'approvazione del presente piano.</p>  |

**Riferimenti**

1. Koenig S, Launay O, Turbelin C, Banneux F, Hanslik I, Boelle PY. Long-term immune responses to vaccination in HIV-infected patients: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2014 Apr;58(8):1133-9.
2. Stanley SK, Ostrowski MA, Justement JS, et al. T helper immunization with a coronavirus all antigen on viral expression in patients infected with human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med*. 1996 May 9;34(19):222-9.
3. Kalber MA, Gahr AH, De La Rosa A et al. Genotypic analysis of plasma HIV-1 RNA after influenza vaccination of patients with previously undetectable viral loads. *AIDS* 2002; 16: 537-542.

48  
50



## 5. Interventi a favore dell'assistenza alla gravidanza nelle donne con HIV/AIDS

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

La trasmissione verticale di HIV in Italia è attualmente evenienza infrequente. Nel 2014, tuttavia, si sono verificati ancora 11 casi di infezione da HIV in bambini di età compresa tra 0 e 2 anni (0,3% di tutti i casi di nuova infezione da HIV diagnosticati nel 2014).

La procreazione per via naturale senza rischio di trasmissione è possibile anche in coppie discordanti purché la viremia del partner positivo rimanga costantemente soppressa dalla cART regolarmente assunta. Analogamente la soppressione della replicazione virale indotta dalla terapia nella madre abbatte il rischio di trasmissione verticale madre-figlio (si vedano in proposito le Linee Guida SIMT di riferimento).

### SINTESI CRITICITÀ

L'Italia è uno dei pochi paesi dell'Unione Europea in cui il test per HIV non è reso obbligatorio durante la gravidanza. Le gravide che non hanno facile accesso ai precorsi di maternità sicura (es.: immigrate) o che si rivolgono esclusivamente a circuiti privati sono più a rischio di diagnosi mancata o tardiva, con conseguente maggior rischio di trasmissione al bambino. Nei Paesi ad alto reddito anche una sola trasmissione verticale per mancanza di screening è oggi considerata inaccettabile.

### INTERVENTI PROPOSTI

- Attenersi alle Linee Guida e alla normativa vigente secondo le quali all'inizio della gravidanza vanno attuati lo screening per HIV per le altre malattie a trasmissione sessuale (HCV, Sifilide, HCV) e del complesso Torsh.
- Introdurre in routine, promuovendone l'inserimento nelle Linee Guida raccomandazioni di competenza di tutte le specialità mediche coinvolte. La ripetizione del test per HIV in caso di sospetta malattia acuta da HIV in gravidanza all'inizio del 3° trimestre per donne che hanno avuto dei rapporti a rischio o in altre situazioni a rischio di infezione da HIV (tossicodipendenza materna, prostituzione, partner HIV positivo, partner occasionale).
- Incentivare la promozione di protocolli gestionali specifici che contemplino un approccio multidisciplinare integrato (ginecologo-obstetrico-pediatra, con l'aggiunta eventuale di psicologo e mediatore culturale laddove necessari, al fine di garantire un corretto e completo supporto e controllo della donna gravida e del nascituro relativamente alle problematiche cliniche e psicologiche, anche favorendo un successivo inserimento nel continuum of care.
- Mantenere le attente rilevazioni già in essere sulla materia, e promuoverne l'estensione nelle realtà territoriali ove risultassero carenti.

### INDICATORI DI RISULTATO

1. Rilevazione dello stato dell'arte a livello nazionale dei protocolli gestionali multidisciplinari specifici e contemporanea promozione degli stessi attraverso gli strumenti e i canali ritenuti idonei.
2. Rilevazione continuativa del numero di donne gravide riscontrate HIV positive/anno e numero di neonati infetti/anno nel 100% del territorio nazionale.
3. Applicazione del provvedimento di obbligatorietà dello screening all'inizio della gravidanza per HIV, infezioni sessualmente trasmissibili e infezioni trasmissibili al feto in gravidanza nel 100% del territorio nazionale, con valutazione annuale del tasso di applicazione.

SI



|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Attori da coinvolgere</b> | Centri per l'assistenza delle persone con HIV/AIDS, ISS, Commissioni Regionali AIDS, Assessorati Regionali Sanità, Associazioni, Società Scientifiche (SIMI), ginecologi, neonatologi), Sezioni L e M del Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute. |
| <b>Tempistica suggerita</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entro 12 mesi dall'entrata in vigore del piano</li> <li>2. Entro 12 mesi dall'entrata in vigore del piano</li> <li>3. Entro 36 mesi dall'entrata in vigore del piano</li> </ol>  |

**Riferimenti**

1. Notiziario ISS volume 25, n° 9 suppl.: Novembre 2015
2. DeHonde J et al HIV testing in Europe: mapping policy. Health Policy 2012; 95: 101-110 2011

52



## 6. INTERVENTI A FAVORE DELL'ASSISTENZA DEI MINORI CON HIV/AIDS

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Nonostante la trasmissione verticale dell'infezione da HIV sia ormai un'evenienza rara nel nostro paese, sono stati negli ultimi anni segnalati nuovi casi di infezione in bambini soprattutto stranieri (Registro Italiano per l'Infezione da HIV) arrivati nel nostro paese con le loro famiglie da aree ad alta prevalenza di infezione. Attualmente in Italia vivono circa 800 pazienti che hanno contratto l'infezione per via verticale e di questi circa 500 di età inferiore ai 18 anni. La maggior parte sono adolescenti o giovani adulti che hanno contratto il virus alla nascita e nel periodo post-natale.

### SINTESI CRITICITÀ

- Le problematiche sono diverse in base alle fasce di età:
- **alla nascita** è necessario implementare la diagnosi precoce per poter iniziare la terapia antiretrovirale non appena possibile.
  - Mancano ancora le formulazioni pediatriche dei farmaci antiretrovirali soprattutto nei bambini di età < a 12 anni e spesso è difficile utilizzare le formulazioni dell'adulto per difficoltà ad ottenere il dosaggio ottimale.
  - La mancanza di formulazioni pediatriche, la difficoltà nella gestione terapeutica degli adolescenti sono aspetti che aumentano considerevolmente il rischio di resistenza. La maggior parte di ragazzi o giovani adulti con infezione acquisita alla nascita sono stati trattati per anni in maniera non ottimale e presentano una multi-resistenza in età adulta.
  - La comunicazione della diagnosi è scarsa e complessa. Gli operatori non sono preparati ed esiste un grosso rischio che la terapia venga interrotta una volta comunicata la diagnosi, soprattutto nel caso di ragazzi stranieri. Inoltre la comunicazione del proprio stato al partner è raro negli adolescenti.
  - Il passaggio della cura dalla struttura pediatrica ai reparti di Malattie Infettive è ancora infrequente e spesso non ottimale.

### INTERVENTI PROPOSTI

- Introdurre in routine, promuovendone l'inserimento nelle Linee Guida/raccomandazioni di competenza, il follow up dei neonati nati da madre HIV positiva in collaborazione tra ostetrici e pediatri e infettivologi.
- Incentivare la gestione multidisciplinare dei bambini nati da madre HIV positiva, con la partecipazione di pediatri, infettivologi, ostetrici (anche per i casi di gravidanza in ragazze che hanno contratto l'infezione dalla madre), psicologi, assistenti sociali e mediatore culturale.
- Creare gruppi di lavoro per gli adolescenti (anche tra pari) in grado di affrontare le problematiche specifiche connesse con l'età e l'infezione da HIV. In particolare andrebbe favorito il trasferimento graduale degli adolescenti o dei giovani adulti nei reparti di Malattie Infettive.

### INDICATORI DI RISULTATO

- Rilevazione dello stato dell'arte a livello nazionale dei protocolli gestionali multidisciplinari specifici e contemporanea promozione degli stessi attraverso gli strumenti e i canali ritenuti idonei.
- Rilevazione delle modalità di comunicazione della diagnosi di infezione da HIV.
- Rilevazione del numero di pazienti pediatrici con infezione da HIV e numero di neonati infetti anno nel 100% del territorio nazionale.
- Creazioni di gruppi multidisciplinari nei principali centri italiani per favorire la transizione dei casi alle Malattie Infettive.
- Valutazione sia in termini quantitativi che qualitativi dei programmi di formazione multidisciplinari per il supporto agli adolescenti HIV positivi. Particolare attenzione ai migranti e agli stranieri.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Attori da coinvolgere | Centri per l'assistenza delle persone con HIV/AIDS, ISS, reparti di pediatria e di ostetricia, Associazioni   |
| Tempistica suggerita  | 1. Entro 12 mesi dall'entrata in vigore del piano<br>2. Entro 12 mesi dall'entrata in vigore del piano<br>3. Entro 36 mesi dall'entrata in vigore del piano |

#### Riferimenti

- 1) Registro Italiano per l'Infezione da HIV in pediatria. [www.aidspg.it/registri/2017/](http://www.aidspg.it/registri/2017/)
- 2) PENIA Guidelines HIV Medicine 2015, 1, 1-16.

49/53



## 7. Inquadramento degli interventi integrativi proposti dal Piano Nazionale AIDS nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Nello schema di Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri sulla nuova definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria (LEA), in base al testo approvato dalla Conferenza delle Regioni nella seduta del 07.07.2016 e in attesa di approvazione da parte del MFF, nell'art. 57, ai sensi della legge 5 giugno 1990 n. 135, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce alle persone con infezione da HIV/AIDS le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ospedaliere, ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali previste dalla medesima legge e dal progetto obiettivo AIDS dell'8 marzo 2000.

Inoltre, nel Capo VI, relativo all'assistenza specifica a particolari categorie, sono elencate le specifiche tutele garantite dal SSN ad alcune categorie di cittadini secondo quanto previsto dalla normativa vigente. In particolare, per le persone con infezioni da HIV/AIDS sono confermati gli interventi previsti dalla legge n. 135 del 1990.

Il trattamento a domicilio delle persone con HIV è regolato dalla specifica legislazione, alla quale si rimanda. Per quanto riguarda i pacchetti prestazionali, in base al nomenclatore, per l'infezione da HIV (codici 020.042; 079.53; V08), sono previste le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della condizione e per la prevenzione delle eventuali complicanze.

Inoltre, in merito alle prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile - escluse dalla partecipazione al costo in funzione pre-concezionale - è inserito il test combinato anticorpi e antigene p24, incluso l'eventuale immunoblotting (91.23.F), qualora detto test non sia stato eseguito nei tre mesi precedenti.

Infine, in base all'art. 14 sull'erogazione di prodotti dietetici, il SSN garantisce ai nati da madri sieropositive per HIV, fino al compimento del sesto mese di età, l'erogazione dei sostituti del latte materno.

### SINTESI CRITICITÀ

Il mantenimento del diritto all'esenzione - per tutte le comorbosità/complicanze e la loro prevenzione, nonché per la pianificazione della gravidanza e la maternità responsabile - appare indispensabile per mantenere elevata la salute delle persone con HIV, la qualità di gestione clinica e migliorare i dati di morbidità e mortalità.

Il mantenimento dell'attuale quadro legislativo sull'assistenza a domicilio delle persone con HIV, pur con gli adeguamenti delle prestazioni da erogare resi necessari dall'evoluzione dello scenario clinico e assistenziale della malattia, è da considerare requisito fondamentale in termini di tutela dei diritti di salute e di efficacia di intervento sanitario.

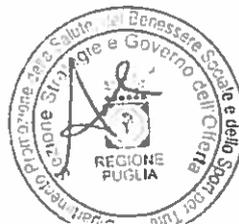
### INTERVENTI PROPOSTI

- Proporre alle valutazioni della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale:
  - 1) l'inserimento nei LEA degli interventi proposti dal presente piano, al fine di consentirne l'attuazione mediante i fondi di dotazione previsti per gli stessi
  - 2) il monitoraggio dell'esenzione totale dal pagamento del ticket, per le prestazioni legate all'infezione da HIV e alle sue comorbosità/complicanze. Pare utile raccomandare a livello centrale un

### INDICATORI DI RISULTATO

- Indagine preliminare sulla applicazione nelle diverse Regioni di quanto previsto dalla legge 135/90
- Applicazione sul territorio nazionale degli interventi del Piano come parte integrante dei LEA

50 Su



elenco, da aggiornarsi con periodicità annuale, specificatamente dedicato alle comorbidità infettive e non-infettive, da inquadrarsi come complicanze essenziali della attuale fase della storia naturale di HIV.

- 3) Il monitoraggio del mantenimento dell'attuale quadro di riferimento legislativo sanitario in materia di trattamento a domicilio e/o nelle strutture residenziali delle persone con infezione da HIV/AIDS.
- 4) L'adeguamento e monitoraggio del mantenimento delle agevolazioni in merito alle prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile e dei prodotti dietetici ai nati da madre sieropositiva per HIV.
- 5) Il monitoraggio del mantenimento dell'esenzione e gratuita per il cittadino del test HIV.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Attori da coinvolgere | Commissione Nazionale per l'aggiornamento del P.L.A. e la Promozione dell'appropriatezza del SSN, Commissioni Regionali AIDS, Assessorati Regionali Sanità, Associazioni, Sezioni I e M del Comitato Tecnico Sanitario Ministero della Salute |
| Tempistica suggerita  | 1 Entro 6 mesi dall'entrata in vigore del piano   |
|                       | 2 Entro 36 mesi dall'entrata in vigore del piano  |

Riferimenti

- 1 DM del 13 settembre 1991 - Approvazione degli schemi tipo di convenzione per la disciplina dei rapporti presenti al trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate
- 2 DPR del 14 settembre 1992 - Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per l'attuazione dei servizi a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate - GU 13 settembre 1992, n. 219

SS



## Stigma e lotta alla discriminazione

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

Lo stigma in relazione all'HIV è l'insieme di "credenze, sentimenti e atteggiamenti" negativi nei confronti delle persone che vivono con l'HIV (1).  
 Analizzare puntualmente e contrastare efficacemente i fenomeni di stigma verso chi vive con l'HIV e le loro comunità è elemento fondamentale di ogni politica di contrasto all'HIV.  
 Attraverso la declinazione di precisi indicatori di stigma, si punta a favorire una comunità priva di pregiudizio, di paura e di discriminazione, promuovendo la conoscenza.  
 In particolare, lo stigma si rafforza quando incontra i giudizi sociali, ad esempio sul sesso, e i pregiudizi nei confronti di gruppi specifici (persone LGBT, utilizzatori di droghe, sex worker, stranieri, ecc.).

### SINTESI CRITICITÀ

1. Nonostante l'esistenza di leggi a tutela delle persone con HIV(2), lo stigma nei confronti loro e delle persone a loro vicine è ancora profondamente presente. Questo rende necessario affiancare azioni di informazione e sensibilizzazione adeguate.
2. Recenti episodi con vasta risonanza mediatica riguardanti infezioni dolose hanno contribuito ad incrementare la diffidenza nei confronti delle persone sieropositive. Gli aspetti riguardanti il reato doloso in questo campo (3,4) sono trattati nella sezione di competenza del presente piano.
3. Come emerso da analisi recenti (5) la "realtà stigma" nasce e si costruisce a partire da tutte le voci di una comunità, incluse quelle degli esperti di settore, con cui è necessario lavorare nella direzione di una comunicazione relativa alla vita delle persone con HIV che eviti il giudizio.
4. Debita considerazione merita la gestione del dato sensibile in ambito sanitario. È necessario che le persone con HIV possano contare sulla piena applicazione delle normative che garantiscono la tutela della privacy, andando oltre il semplice ricorso al codice di esenzione per patologia.
5. I settori principali di intervento sono il sanitario, il lavorativo, il formativo/scolastico, il legislativo/giudiziario e l'assicurativo(6).

### INTERVENTI PROPOSTI

Definire gli indicatori di stigma da utilizzare nel disegno e nella valutazione di ogni intervento.  
 Precedenti ricerche(5) hanno individuato 5 gruppi principali di indicatori:

1. autoattribuzione di stigma;
2. eteroattribuzioni di stigma da parte di esperti e del senso comune;
3. discriminazione e suoi effetti pragmatici;
4. competenze di gestione della discriminazione misurabile rispetto alla pervasività che l'evento HIV possiede in ciascuna singola persona;
5. configurazione normativa.

### INDICATORI DI RISULTATO

Utilizzazione dei criteri di definizione dello stigma come riferimento a cui attenersi per la riduzione massimale dello stigma nella realizzazione della totalità degli interventi previsti dal presente Piano.

Favorire il pieno coinvolgimento delle persone con HIV e della comunità nello sviluppo della strategia di riduzione dello stigma, nell'elaborazione di misure appropriate e nella loro attuazione e valutazione (7).

Presenza attiva documentata di rappresentanti delle persone con HIV all'interno di ogni gruppo di lavoro.

Dar vita a una campagna nazionale (triennale) di lotta allo stigma verso le persone con HIV.

Esecutività della campagna con verifica annuale dell'impatto mediante strumenti validati di rilevazione.

Aggiornamento degli indicatori di stigma ogni 3 anni mediante rilevazioni con strumenti strutturati di indagine rivolti alle popolazioni chiave e alla popolazione generale.

Pubblicazione dei risultati della ricerca.

56



|  |   |
|--|---|
| Indagine sul livello di stigma HIV in ambito lavorativo  | Publicazione dei risultati della ricerca  |
| Istituzione di un Osservatorio Nazionale contro le Discriminazioni verso le persone con HIV/AIDS.  | Publicazione di un report annuale sullo stato delle discriminazioni verso le persone con HIV/AIDS in Italia   |
| Formazione degli operatori sia sanitari sia amministrativi delle ASL che gestiscono i dati sanitari ed efficace informativa agli utenti circa le opzioni offerte dalla vigente normativa per l'oscuramento dei dati ed il trattamento degli stessi. Previsione di meccanismi di verifica del funzionamento delle procedure da attivare in ossequio alla normativa in materia di trattamento dei dati sanitari (D.P.C.M. 29.09.2015 n. 178) | Estensione dell'attività di formazione a livello nazionale  |
| Attori da coinvolgere  | Associazioni, Centri per l'assistenza delle persone con HIV/AIDS, ISS, Commissioni Regionali AIDS, Assessorati Regionali Sanità, Associazioni, Società Scientifiche, Sezioni I e M del Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute.   |
| Tempistica suggerita   | Organizzazione e attuazione delle nuove campagne entro 12 mesi dall'entrata in vigore del piano.<br>Attivazione dei gruppi di lavoro per l'elaborazione degli strumenti di rilevazione previsti dagli interventi entro 12 mesi dall'entrata in vigore del piano.<br>Completamento della prima fase di rilevazione e pubblicazione dei dati entro 18 mesi. Attività a regime entro 36 mesi dall'entrata in vigore del piano. |

**Referimenti**

- Reduction of HIV-related stigma and discrimination. J AIDS 2014
- [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20140401aidsstigmaanddiscrimination\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140401aidsstigmaanddiscrimination_en.pdf)
- Ad esempio la legge 135/90
- Ending overt and criminalization of HIV non-disclosure, exposure and transmission: critical scientific, medical and legal considerations. SAIDS 2013 [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20130330\\_Ending\\_overt\\_and\\_criminalization.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20130330_Ending_overt_and_criminalization.pdf)
- Orbin E. Criminal law and public health practice are the Canadian HIV disclosure laws an effective HIV prevention strategy? Sex Res Soc and Social Policy 2012; 9(1): 70-79
- Per paralizzare il progetto nazionale "Lo Stigma: discriminazioni socialmente trasmissibili" realizzato tra il 2009 e il 2010 in collaborazione con il Ministero della salute, in collaborazione tra il Dipartimento di Psicologia Applicata dell'Università degli Studi di Padova e il volontariato della comunità per la lotta contro l'AIDS
- Il SAIDS ha identificato 10 settori di discriminazione:
  - I Salute
  - II Lavoro
  - III Giustizia
  - IV Amministrazione
  - V Sicurezza sociale
  - VI Alloggio
  - VII Educazione
  - VIII Vita familiare e riproduzione
  - IX Assicurazioni e prestazioni finanziarie
  - X Accesso ad altri servizi pubblici (per esempio servizi funerari)
- SAIDS (2010) Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV
- L'idea che le esperienze personali delle persone colpite dall'HIV possano e debbano essere utilizzate per organizzare la risposta all'epidemia di HIV è stata formalmente accettata nel Paris AIDS Summit del 1994, quando 12 Paesi hanno dichiarato i loro "Greater Involvement of People Living with HIV and AIDS (GIPA)" e un criterio per la pianificazione di attività etiche ed efficaci all'art. 20 (1).

57



## Formazione degli Operatori sanitari e per la prevenzione

### Introduzione

La formazione permanente delle figure deputate a gestire gli interventi previsti per la lotta all'HIV/AIDS e la gestione socio-sanitaria della malattia rappresenta un punto centrale a garanzia dell'efficacia e praticabilità degli interventi di piano nazionale AIDS. Il modello formativo sulle problematiche HIV/AIDS e sulle IST deve porre attenzione alla componente cognitiva, pragmatico-operativa ed affettivo-relazionale ed è finalizzato all'insegnamento-apprendimento del bagaglio conoscitivo e dei comportamenti operativi, nonché all'acquisizione di performance, di abilità relazionali e di strategie comunicative, affiancate dalla consapevolezza dei propri personali stili interattivi.

Alla data dell'entrata in vigore del presente piano, la formazione in ambito HIV/AIDS è disciplinata dalla Legge 135/90 (oggi in fase di revisione) e dai Decreti attuativi successivi. La formazione continua deve essere inoltre estesa a ulteriori figure che giocano ruoli chiave di mediazione sia nelle azioni di prevenzione e di accesso al test, sia nel mantenimento in cura (mediatori culturali, operatori pari). Anche al fine di favorire l'emersione del sommerso e la tempestività della diagnosi, è altresì opportuno estendere le attività di formazione ad altre figure quali i medici di medicina generale, gli operatori dei SerD, gli operatori dei centri MTS, i medici dei DEA, gli operatori degli Istituti penitenziari e del Terzo settore.

Fondamentale inoltre la formazione dei formatori (insegnanti, educatori tra pari) in contesto scolastico e giovanile, per cui si rimanda alla sezione del piano che tratta l'argomento.

### DESCRIZIONE DELL'ARGOMENTO

La formazione continua degli operatori socio-sanitari impegnati nella prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della persona coinvolta nelle problematiche legate all'infezione da HIV, all'AIDS e, in più in generale, alle IST è prevista dalle linee guida e dai piani di intervento delle agenzie internazionali a cui il presente piano si allinea. A tal fine, gli interventi previsti dalla legge 135/90 meritano una revisione ed un significativo adeguamento alle nuove necessità, con il coinvolgimento di tutte le professionalità coinvolte e degli operatori anche non appartenenti alle professioni sanitarie della rete CBICT.

### SINTESI CRITICITÀ

- Le esperienze formative previste ex lege 135/90 non hanno potuto raggiungere un carattere di sistematicità e di omogeneità in tutte le Regioni e le Province Autonome e sono state ridimensionate fino alla completa sospensione in varie aree del paese.
- Le incentivazioni previste, associate alla frequenza ai corsi, che hanno certamente contribuito a favorire la permanenza e l'adesione alla formazione di personale sanitario non solo medico nei centri deputati all'assistenza di HIV/AIDS, sono andate riducendosi in alcune regioni, fino a scomparire del tutto.
- L'attività formativa specificamente rivolta al personale infermieristico ha consentito il consolidamento di nuove professionalità, il permanere delle quali nel tempo è messo in discussione dalla rarefazione delle iniziative.
- Non sono previste attività di formazione rivolte a professionalità sanitarie e non, quali quelle elencate in introduzione, che devono essere necessariamente coinvolte nella realizzazione del piano per quanto attiene all'ambito della prevenzione, dell'accesso al test, della continuità delle cure.
- Non sono disponibili dati, né sono stati definiti indicatori di efficacia degli interventi formativi pregressi o in corso.
- Non sono specificamente previsti nell'attività formative in atto interventi volti a combattere lo stigma verso le persone HIV+ (vedi la sezione di pertinenza del presente piano).

54  
50



| INTERVENTI PROPOSTI  | INDICATORI DI RISULTATO  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conferma, implementazione e adeguamento degli interventi di formazione previste dalla legge 135/90 per le categorie professionali direttamente coinvolte nell'assistenza clinica delle persone con infezione da HIV, preceduta da una revisione della programmazione e durata dei corsi rivolti alle diverse specificità professionali e dalla definizione degli indicatori di efficacia</li> <li>• Estensione degli interventi di formazione continua/aggiornamento alle diverse figure professionali socio-sanitarie individuate in introduzione (compreso il Terzo settore) coinvolte nella prevenzione, diagnosi (incluso Community-Based Voluntary Counselling and Testing) e cura dell'HIV nei differenti settori (sanitario, carcerario, dell'accoglienza...) e verso le popolazioni chiave</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmazione uniforme e condivisa a livello nazionale con la più ampia partecipazione possibile di Regioni e Province Autonome</li> <li>• Ridefinizione dei programmi per ciascuna diversa professionalità coinvolta e degli indicatori di risultato, con valutazione dell'aumento delle conoscenze e delle competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali anche in ambito interculturale</li> <li>• Nr di ore di formazione erogate/regione/anno</li> <li>• Nr operatori coinvolti/professionalità-ruolo/anno</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi di formazione/aggiornamento rivolti a figure non direttamente afferenti a servizi di area HIV (medici di base, operatori dei SerD, operatori dei centri MTS, medici dei DLA...)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nr di ore di formazione erogate/regione/anno</li> <li>• Nr operatori coinvolti/professionalità-ruolo/anno</li> <li>• Valutazione dell'aumento delle conoscenze e delle competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erogazione di moduli formativi di base, omogenei su scala nazionale, utili all'acquisizione e all'aggiornamento di conoscenze e competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali rivolti a mediatori culturali, operatori sociali, operatori alla pari</li> <li>• Coinvolgimento su base territoriale degli Atenei per la programmazione di Corsi di Perfezionamento da realizzarsi in collaborazione con le Regioni e le Associazioni, al fine di utilizzare razionalmente le competenze disponibili sul territorio e di attribuire agli operatori coinvolti attestazioni certificate del livello formativo conseguito</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nr moduli attivati/regione/anno</li> <li>• Nr operatori coinvolti/professionalità-ruolo/anno</li> <li>• Valutazione dell'aumento delle conoscenze e delle competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali</li> <li>• Numero di corsi realizzati e di partecipanti agli stessi che hanno conseguito la certificazione finale</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserimento in tutti gli interventi formativi di tematiche volte all'abbattimento dello stigma (vedi sezione relativa)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica dell'inserimento secondo programma</li> </ul>  |
| Attori da coinvolgere  | Centri per l'assistenza delle persone con HIV/AIDS, ISS, Commissioni Regionali AIDS, Assessorati Regionali Sanità, Associazioni, Società Scientifiche, Sezioni I e M del Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute, Centri Universitari  |
| Tempistica suggerita   | Ridefinizione dei programmi, coinvolgimento delle Università e accettazione delle attività da parte delle Regioni entro 12 mesi dall'entrata in vigore del piano<br>Coinvolgimento delle altre categorie professionali individuate e attivazione dei primi corsi ad esse rivolti entro 18 mesi dall'entrata in vigore del piano<br>Attività a regime entro 36 mesi dall'entrata in vigore del piano  |

5/59



James

## Componenti del gruppo di lavoro ed esperti

**CTS:** Ranieri Guerra, Massimo Galli, Francesco Maraglino, Anna Caraglia, Francesco Menichetti, Giustino Parruti, Maria Stagnitta, Massimo Farinella

**Società scientifiche:** Antonio Chirianni, Adriano Lazzarin, Massimo Androni, Maria Carla Re, Guido Antonelli, Giuseppe Ippolito

**Esperti:** Andrea Antinori, Giovanni Rezza.

### Gruppo di supporto:

**CTS:** Ada Moznich, Anna Maria Colombani, Antonio Boschini, Barbara Cortellesi, Barbara La Russa, Bruno Marchini, Fabio Patrino, Filippo von Schloesser, Gianpaolo Rossi, Giovanni Gaiera, Laura Rancilio, Marco Malfatto, Margherita Errico, Maria Di Benedetto, Massimo Oldrini, Michele Breveglieri, Ottavia Voza, Roberto Raggi, Tommaso Pilato

**ISS:** Anna Maria Luzi, Barbara Suligoi, Matteo Schwarz.

**Esperti esterni:** Antonella D'Armino Monforte, Carlo Giacinto, CRISTINA Mussini, Del Bene, Enrico Girardi, Francesca Manfredi, Francesco Castelli, Giulio Maria Corbelli, Lella Cosmaro, Pia Covre, Vincenzo Puro, Sergio Babudieri, Simone Marcotullio, Tullio Prestileo

56  
60





Allegato unico alla deliberazione  
n. 410 del 7-3-2019  
composta da n. 61 fasciate (sessantuno)

Il Segretario della G.R.

Dot. Roberta Vennari

