DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 09 maggio 2017, n. 694

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.

Assente Il Presidente, dott. Michele Emiliano, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario responsabile della A.P. Igiene, Sanità Pubblica e ambientale, sorveglianza epidemiologica, confermata dal Dirigente del Servizio Promozione della Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro e dalla Dirigente della Sezione PSB, riferisce il Vice Presidente, dott. Antonio Nunziante:

In Puglia, negli anni più recenti, l'incidenza dell'infezione da HIV si è mantenuta pressoché stabile (nel 2015 incidenza pari a 2,6 per 100.000), mentre l'incidenza nella popolazione straniera residente in Puglia si è attestata su valori superiori a 20/100.000 abitanti, con picchi più significativi in alcuni anni.

Il dato più allarmante è tuttavia che si stima che in Italia circa un terzo dei soggetti infetti non sia a conoscenza del proprio stato di sieropositività.

I dati del sistema regionale di sorveglianza dell'HIV evidenziano come sia elevato il numero di *late presenters* e *advanced HIV disease* ovvero di quei soggetti che arrivano in ritardo alla diagnosi di infezione con una significativa compromissione del sistema immunitario; in Puglia, nel periodo 2007/2015, ne sono stati diagnosticati il 54,9% (770 soggetti) dei casi notificati, con un'età mediana di 38 anni.

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 un trattamento farmacologico.

È stato dimostrato che la conoscenza del proprio stato sierologico riduce o annulla completamente i comportamenti a rischio, mentre la mancata conoscenza della sieropositività concorre all›ulteriore diffusione dell›infezione.

È scientificamente provato che la terapia anti-retrovirale agisce sia a livello terapeutico che preventivo; il trattamento HAART, se assunto correttamente, riduce la carica virale e quindi la contagiosità del soggetto infetto, limitando la diffusione del virus.

La trasmissione di HIV è nota e si conoscono i comportamenti che aumentano la possibilità di infettarsi (comportamenti a rischio). Sulla base di questi, sono stati individuati gruppi di popolazione a rischio, ai quali l'offerta del test deve essere primariamente indirizzata.

Pertanto, un'efficace programmazione mirata all'identificazione precoce delle infezioni da HIV (cd. *early detection)* risulta oggi un intervento essenziale ed indifferibile.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1209 del 27.05.2015 e successiva Determinazione Dirigenziale n. 438 del 14.12.2015 è stato istituito il *"Gruppo di lavoro per la redazione di una proposta di strategia regionale per l'offerta del test HIV".*

Ciò premesso, tenendo conto del *pattern* epidemiologico dell'infezione nella Regione Puglia, delle raccomandazioni nazionali ed internazionali e alla luce delle innovative tecniche diagnostiche che negli anni si

sono rese disponibili, compresi i nuovi test rapidi la scrivente Sezione, d'intesa con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e il succitato gruppo di lavoro, ha ritenuto opportuno procedere al recepimento dell'Intesa tra Stato-Regioni approvata il 27 Luglio 2011 concernente il *"Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV",* parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, denominato **"ALLEGATO A".**

Questo documento si propone di ribadire la necessità di effettuare il test, proporre modalità univoche di erogazione del test stesso e della consegna dei risultati sul territorio nazionale, aprire la possibilità di sperimentare modalità diverse di offerta del test per garantirne l'accesso ed identificare programmi di intervento finalizzati a far emergere il sommerso.

In allegato alla presente deliberazione , inoltre, è stato elaborato un documento inerente all'aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV in Puglia da cui è possibile evincere l'evoluzione epidemiologica

del virus in questione, dal 2007 al 31.12.2016, costituito dall' **"ALLEGATO B",** parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Anche alla luce di quanto è emerso da questo studio, la Regione Puglia ha ritenuto opportuno, pertanto, prevedere un piano di attuazione delle politiche di offerta del test,denominato *"Politiche di promozione del test HIV in Puglia",* disponibile sia in versione completa, sia come *vademecum* per gli operatori, rispettivamente **"ALLEGATO C"** ed **"ALLEGATO D",** parti integranti della presente deliberazione. Il progetto richiama i principi generali presenti nel documento di intesa, fissa le strategie e le modalità di offerta del test, definisce i metodi diagnostici routinari e di riferimento, propone corsi di formazione per gli operatori e campagne informative, prevede collaborazione con associazioni al fine di promuovere l'esecuzione dei test rapidi al di fuori dei contesti sanitari.

COPERTURA FINANZIARIA

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 Vice Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L.R. n. 7/97 art.4, comma 4, lettera d), l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta del Vice Presidente;

- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente di Servizio e dalla Dirigente della Sezione;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

per tutto quanto sopra esposto e che qui si intende integralmente riportato

1. di recepire l'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", **Allegato A,** parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione;

2. di approvare gli **Allegati B, C e D** quali parti integranti e sostanziali del presente documento;

3. di stabilire che in ambito regionale l'attuazione delle indicazioni evidenziate nell'Intesa e nel documento operativo, Allegato C, sarà assicurata mediante successivi atti regionali sulla base delle indicazioni tecnico-scientifiche fornite dall'OER Puglia;

4. di notificare il presente provvedimento a tutti i soggetti interessati a cura della Sezione PSB;

5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

6. di pubblicare la presente Deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;

7. di darne evidenza sul portale regionale della salute.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Antonio Nunziante

ALLEGATO "A"

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E 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 Bolzano concernente "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia".

Rep. n. 134/CSR del 27 luglio 2011

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

Nell'odierna seduta del 27 luglio 2011:

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

VISTA l'Intesa sancita nel corso della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010 (Rep. Atti n. 63/CSR) sul Piano nazionale per la prevenzione 2010-2012, che individua tra gli obiettivi di salute prioritari, sui quali è opportuno elaborare progetti specifici, la prevenzione delle malattie infettive;

VISTA la nota pervenuta in data 9 maggio 2011, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini del perfezionamento di una apposita intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, il documento indicato in oggetto;

VISTA la lettera in data 16 maggio 2011, con la quale il documento di cui trattasi è stato diramato alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi in data 7 giugno 2011, le Regioni e le Province autonome hanno ritenuto accoglibile una proposta di modifica dello schema di intesa di cui trattasi avanzata dal Ministero dell'economia e delle finanze;

VISTA la nota in data 8 giugno 2011, con la quale il Ministero della salute ha inviato la versione definitiva della proposta di intesa in parola che recepisce la suddetta richiesta emendativa;

VISTA la lettera in data 9 giugno 2011, con la quale tale nuova versione è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

CONSIDERATO che la proposta di intesa in oggetto è stata iscritta all'ordine del giorno della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 23 giugno 2011 e che la stessa non ha avuto luogo;

CONSIDERATO, inoltre, che la medesima proposta di intesa è stata iscritta all'ordine del giorno della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 7 luglio 2011 e che il punto non è stato esaminato;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta di intesa in oggetto;

SANCISCE INTESA

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

Considerati:

- l'articolo 1 della legge n. 135 del 5 giugno 1990 – Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS – che assegna alla Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS compiti di studio, consulenza e proposta nell'ambito del piano di interventi diretto a contrastare la diffusione delle infezioni da HIV;
- la legge n. 3 del 18 ottobre 2001 che, nel novellare l'articolo 117 della Costituzione, annovera la "tutela della salute" tra le materie di potestà legislativa concorrente;
- il D.P.R. del 7 aprile 2006, recante il Piano sanitario nazionale 2006-2008, che fissa gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute, conseguibili nel rispetto dell'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni l'8 agosto 2001 (Rep. Atti n. 1285), come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni successivi e nei limiti e in coerenza dei programmati livelli di assistenza;
- l'obiettivo 5.8 del richiamato Piano sanitario nazionale, relativo al controllo delle malattie diffusive, e in attuazione degli obiettivi adottati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS);
- l'articolo 1, comma 4, della citata intesa sul "Piano Nazionale per la Prevenzione 2011-2012", che fa riferimento alle risorse finalizzate a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del Piano nazionale 2010-2012, lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambienti territoriali;
- che in Italia, analogamente ad altri paesi europei, vi è una proporzione consistente di persone con infezione da HIV (circa un terzo) che non è a conoscenza del proprio stato di sieropositività;
- che si rende strategico, prioritario ed urgente riconoscere l'importanza e attivare azioni di identificazione precoce (early detection) in grado di permettere il contatto e la diagnosi precoce dell'elevato numero di persone sieropositive ancora inconsapevoli del proprio stato sierologico;

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI SEGRETERIA

Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

- che, al fine di favorire la massima conoscenza dello stato sierologico per HIV, vanno promosse sperimentazioni di interventi finalizzati ad offrire attivamente il test a gruppi di popolazione che si rivolgono ai servizi sanitari anche per motivi non correlati epidemiologicamente o clinicamente all'infezione da HIV;

SI CONVIENE

sul "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia", Allegato sub A, parte integrante del presente atto, i cui contenuti saranno periodicamente aggiornati alla luce delle conoscenze tecnico-scientifiche disponibili.
Si precisa che, dalla presente intesa, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - SEGRETERIA

IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

Allegato A

DOCUMENTO DI CONSENSO SULLE POLITICHE DI OFFERTA E LE MODALITÀ DI ESECUZIONE DEL TEST PER HIV IN ITALIA

1. Introduzione

1.1 *Importanza di favorire la conoscenza dello stato sierologico per HIV*

Si stima che in Italia, analogamente ad altri paesi europei, vi sia una proporzione consistente di persone con infezione da HIV (circa un terzo) che non è a conoscenza del proprio stato di sieropositività.

È stato, peraltro, dimostrato che circa il 30% delle diagnosi di infezione da HIV viene effettuato in persone che sono già in stato avanzato di malattia (linfociti CD4 <200/mmc e/o patologie indicative di AIDS) e comunque quasi il 60% delle diagnosi di AIDS viene fatta in persone con tardivo riconoscimento dell'infezione da HIV.

Questo fenomeno determina diverse conseguenze negative.

In primo luogo la persona con HIV diagnosticata tardivamente non ha l'opportunità di iniziare nei tempi ottimali la terapia antiretrovirale ed ha, da una parte, un rischio più elevato di giungere ad una fase conclamata della malattia e, dall'altra, una ridotta probabilità di un pieno recupero immunologico una volta iniziato il trattamento farmacologico.

In secondo luogo la mancanza di consapevolezza dello stato di infezione può favorire un'ulteriore diffusione del contagio. È stato, infatti, dimostrato che le persone con infezione da HIV riducono, in parte o completamente, i comportamenti a rischio di trasmissione dell'infezione una volta informati del loro stato. Inoltre, vi sono evidenze dell'efficacia degli interventi di prevenzione della diffusione del contagio indirizzati alle persone con infezione da HIV nota.

In terzo luogo la terapia antiretrovirale, riducendo la carica virale può anche contribuire a limitare la diffusione del contagio. Infatti, una persona consapevole del proprio stato sierologico che assume una terapia efficace ha un rischio molto ridotto di trasmettere l'infezione agli altri. Dati di programmi di sorveglianza sull'incidenza di nuove infezioni in paesi sia occidentali che in via di sviluppo hanno mostrato una tendenza alla riduzione delle infezioni proporzionale all'incremento delle diagnosi e del trattamento dell'infezione.

Infine, le donne gravide consapevoli di avere l'infezione da HIV possono accedere ai programmi di profilassi materno-fetale che riducono drasticamente la trasmissione del virus al nascituro.

In considerazione dell'elevato numero di persone sieropositive ancora inconsapevoli del proprio stato sierologico si ritiene strategico, prioritario ed urgente riconoscere l'importanza e attivare azioni di identificazione precoce (early detection) in grado di permettere il contatto e la diagnosi precoce di queste persone. Un esempio di modalità efficace per identificare precocemente un alto numero di persone sieropositive ancora inconsapevoli del loro stato, è quello di coinvolgere direttamente le persone già risultate sieropositive (e quindi consapevoli del loro stato) attraverso l'offerta attiva del test HIV, da parte delle strutture sanitarie, anche ai loro partner, in quanto esse sono il gruppo di persone sicuramente a più alto rischio di infezione.

1.2 *La situazione dell'offerta del test in Italia*

I dati del "Progetto di ricerca per l'individuazione e la sperimentazione di modelli di intervento atti a migliorare l'adesione al test di screening HIV" (finanziato dal Ministero della Salute, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e realizzato con il contributo delle Associazioni facenti parte della Consulta di Lotta all'AIDS) evidenziano una situazione di estrema disomogeneità dell'offerta del test HIV oggi in Italia e, con frequenze importanti su alcuni aspetti procedurali fondamentali, il non rispetto della Legge 135/90 e la difformità da quanto suggerito dagli organismi internazionali.

A partire da una banca dati di 1.030 Centri pubblici derivati da precedenti mappature dell'ISS e integrata con elenchi forniti da alcuni Assessorati regionali, sono state effettuate 665 interviste telefoniche standardizzate a 391 responsabili di Centri Diagnostico-clinici e a responsabili di 274 di Centri Trasfusionali nel periodo settembre 2008-novembre 2009. Dei restanti, 203 servizi sono stati eliminati perché non rispondenti ai criteri di inclusione e per 162 servizi non è stato possibile entrare in contatto con il responsabile o vi è stato un rifiuto a partecipare all'intervista.

L'analisi dei dati delle 391 interviste condotte nei Centri Diagnostico-clinici ha evidenziato che nel 77,0% di questi il test HIV viene eseguito in modo gratuito, nel 38,4% è assicurato l'anonimato (completa assenza di dati della persona che effettua il test), il colloquio di counselling pre test è eseguito nel 48,1% dei casi e quello post test nel 44,7%.

In 139 Centri Diagnostico-clinici su 391, il risultato del test viene consegnato in busta chiusa. Per il 70,5% dei 139 Centri che consegnano l'esito in busta chiusa, ciò avviene in caso di esito negativo, per il 4,3% in caso di esito positivo, per il 25,2% indipendentemente dall'esito del test.

In 234 Centri il risultato del test viene consegnato dal medico, di questi il 7,3% in caso di esito negativo, il 47,4% in caso di esito positivo e il 45,3% indipendentemente dall'esito del test.

In merito all'indicazione sul periodo finestra fornita dai Centri viene confermata una sensibile varietà: il 27,7% risponde che il test deve essere effettuato dopo 6 mesi dall'ultima situazione di rischio, il 18,3% dopo 3 mesi, l'8,9% dopo un mese. Inoltre, nel 45,1% gli intervistati forniscono indicazioni diverse, ad esempio: "dopo 12 mesi", "dopo 20 giorni", "ripetuto ogni 6 mesi", "dopo 2 mesi", "dipende da caso a caso". In merito alle metodiche utilizzate risulta una proporzione limitata di centri che utilizzano test combinati (31,7%).

Per quanto riguarda i Centri Trasfusionali in 115/274 (42,0%), va sottolineato che ad essi accede talora anche la popolazione generale per effettuare il test. In questi centri, rispetto a difformità o non corrette procedure la situazione è irrilevante, probabilmente grazie alla normativa sulla donazione.

I risultati del Progetto evidenziano come, nei Centri coinvolti nell'indagine, manchi una comune modalità di esecuzione del test, in particolar modo per quanto riguarda gratuità, anonimato e colloquio di counselling pre e post test. In alcune regioni va segnalata l'oggettiva scarsità di Centri dove sia possibile accedere al test, scarsità che in alcune realtà territoriali è vicariata dall'accesso della popolazione generale ai Centri Trasfusionali.

Dati raccolti nell'ambito di un altro programma indicano che in molti casi il risultato del test non viene ritirato, in alcuni contesti fino al 25%.

La situazione nelle persone che consumano sostanze stupefacenti

In base a stime del 2010, in Italia sono circa 3.000.000 le persone che, nella fascia di età compresa tra i 15 e i 64 anni, consumano sostanze stupefacenti. Di queste, sono stimate 393.000 persone con stato di dipendenza (215.000 per oppiacei pari a 5,5/1000 residenti e 178.000 per cocaina pari a 4,5/1000 residenti) di cui circa il 60 % con uso endovenoso delle sostanze.

Ogni anno vengono assistite dai Sert circa 170.000 persone tossicodipendenti. Vi è una stabilizzazione negli ultimi quattro anni degli utenti in trattamento per uso di eroina, mentre vi è un aumento degli utenti in trattamento per uso di cocaina. I soggetti che hanno richiesto per la prima volta un trattamento sono stati 33.984 con un tempo medio di latenza stimato tra inizio uso e richiesta di primo trattamento di 5,5 anni (oscillante tra i 4 e gli 8 anni), differenziato da sostanza a sostanza. L'età media dei nuovi utenti è circa 30 anni, con un arri

più tardivo rispetto agli anni precedenti. Questo significa che vi è un aumento del tempo fuori trattamento con tutti i rischi che ne conseguono e quindi un arrivo sempre più tardivo ai servizi.
Le sostanze primarie maggiormente utilizzate risultano essere il 69% eroina, il 16% cocaina e il 9,3% cannabis. In calo l'assunzione per via iniettiva. Si osserva, inoltre, una diminuzione generalizzata dell'uso iniettivo dell'eroina, a favore dell'assunzione inalatoria e respiratoria di tale sostanza.
Le persone che consumano sostanze stupefacenti hanno un rischio aumentato di acquisizione e trasmissione di varie infezioni virali che, in termini probabilistici decrescenti sono: HCV, HBV, HIV, come anche un rischio aumentato di acquisizione e trasmissione di varie malattie trasmesse sessualmente ed in particolare Lue e Gonorrea.
Nel corso del 2010, si è potuto determinare che vi è una tendenza ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento per le principali infezioni quali quelle da HIV, HCV e HBV. La percentuale nazionale media di utenti dei Sert sottoposti al test HIV è risultata solo del 37,3% degli utenti testabili e presenti all'interno dei servizi.
A livello nazionale la prevalenza media dei soggetti testati risultati HIV positivi è risultata dell'11,5% con percentuali differenziate come segue: il 18,7% nelle femmine e il 12,3% nei maschi, nei soggetti già in carico, mentre è il 2,3% nelle femmine e il 2,0% nei maschi, nei nuovi utenti. La maggior prevalenza di HIV si è riscontrata nel genere femminile. Si è rilevata un'associazione negativa tra basso livello di utilizzo del test e percentuale di soggetti HIV positivi, sottolineando che nelle Regioni a più alta prevalenza di sieropositività si tende anche a testare meno i nuovi soggetti in entrata al servizio. Le situazioni critiche per maggior positività per HIV e contemporaneo minor uso del test sono emerse in Bolzano, Toscana, Abruzzo, Emilia Romagna, Liguria. Le regioni più colpite dall'HIV sono risultate: Sardegna, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia e Piemonte.

La situazione nelle carceri

Le carceri rappresentano un "reservoir" dell'infezione da HIV in tutto il mondo. L'elevata diffusione è riconducibile a comportamenti a rischio di una gran parte della popolazione detenuta. Tra i 45.211 detenuti che hanno fatto ingresso dal 1 gennaio 2009 al 30 giugno 2009 nei 207 Istituti penitenziari italiani, 13.292 (29,4%) sono stati sottoposti a screening per HIV. La positività al test è stata riscontrata nel 3,22% della popolazione esaminata. Con un tasso di esecuzione del test volontario dell'80%, come avvenuto in uno studio del 2005 condotto in

Istituti penitenziari in cui era "ristretto" il 14,6% della popolazione detenuta nazionale, la sieroprevalenza per anti-HIV sale al 7,5%. Osservazioni condotte in carceri non italiane documentano una incidenza/anno dell' 1,9%.

1.3 *Le iniziative delle Regioni*

Negli anni, più Regioni si sono attivate inserendo indicazioni specifiche sulla diagnostica HIV in provvedimenti riguardanti la sorveglianza e la prevenzione dell'Infezione da HIV e la lotta all'AIDS, o effettuando un riordino mirato dell'offerta del test HIV a livello locale.

1.4 *Scopo del documento*

Questo documento si propone di ribadire la necessità di effettuare il test, proporre modalità univoche di erogazione del test stesso e della consegna dei risultati sul territorio nazionale, aprire la possibilità di sperimentare modalità diverse di offerta del test per garantirne l'accesso ed identificare programmi di intervento finalizzati a far emergere il sommerso.

2. Principi generali

2.1 *Gratuità e facilità di accesso*

Il test per HIV deve essere reso disponibile gratuitamente nell'ambito di servizi pubblici che garantiscano la più ampia facilità di accesso ai cittadini.

2.2 *Consenso e garanzia di riservatezza*

L'esecuzione del test per HIV è possibile solo con il consenso della persona interessata. Tale principio, oltre a rispondere al dettato costituzionale e ai principi deontologici, è espressamente sancito della legge n. 135 del 1990.

Una eccezione prevista dalla stessa legge è rappresentata da "motivi di necessità clinica" nell'interesse del paziente stesso. Tale eccezione è tuttavia da interpretarsi come applicabile in caso di interventi d'urgenza, con riferimento ad una incapacità del paziente ad esprimere il consenso e all'esistenza di un grave pericolo. In tal caso, infatti, si può configurare per chi richiede il test senza consenso uno stato di necessità (cfr. art. 54 c.p.). Comunque, perché si realizzi lo stato di necessità occorre provare:

a. l'attualità del pericolo di danno alla vita o alla salute;

b. la gravità del danno;

c. l'assenza di altre alternative al di fuori di quella attuata in assenza di consenso;

d. la proporzionalità fra benefici ottenibili e dannosità dell'intervento posto in essere.

Inoltre, sempre a norma della legge n. 135 del 1990: "Sono consentite analisi di accertamento di infezione da HIV, nell'ambito di programmi epidemiologici, soltanto quando i campioni da analizzare siano stati resi anonimi con assoluta impossibilità di pervenire alla identificazione delle persone interessate.".

La Corte Costituzionale, con propria sentenza additiva n. 218/1994, ha stabilito l'illegittimità costituzionale dell'art.5, terzo e quinto comma, nella parte in cui non prevede accertamenti sanitari dell'assenza di sieropositività all'infezione da HIV come condizione per l'espletamento di attività che comportino rischi per la salute di terzi, perché incompatibile con l'art.32 della Costituzione Italiana.

Con la medesima pronuncia la Corte ha dichiarato, invece, superata la questione di legittimità costituzionale sollevata con riferimento all'art.6 della stessa legge; pertanto rimane valido il divieto per il datore di lavoro di svolgere indagini, anche in fase pre-assunzione, per accertare l'esistenza di uno stato di sieropositività del lavoratore, in tutti i casi nei quali l'attività lavorativa non comporti rischi per la salute di terzi.

Il medico che prescrive il test per l'HIV deve quindi ottenere un preventivo consenso scritto da parte della persona interessata.

La normativa vigente prevede inoltre una serie di garanzie a tutela della riservatezza dei risultati del test per HIV. La legge n. 135 del 1990 prescrive, infatti, che la comunicazione di risultati di accertamenti diagnostici diretti o indiretti per infezione da HIV può essere data esclusivamente alla persona alla quale tali esami sono riferiti.

La comunicazione del risultato del test ad altri operatori sanitari è ammissibile a patto che tale trasmissione di informazioni soddisfi contemporaneamente le seguenti condizioni:

a. deve effettuarsi tra soggetti tenuti al segreto professionale;

b. la finalità deve essere quella di tutelare la salute del paziente;

c. sussista il consenso di quest'ultimo.

In casi particolari, da valutare volta per volta, al fine di facilitare il ritiro del risultato del test si ritiene utile prospettare una possibilità di delega a terzi per la consegna del risultato, atteso quanto disposto dalla legge 135 del 1990. Una ipotesi di lavoro potrebbe essere quella di valutare con esperti di diritto del Ministero la possibilità di delegare con le procedure previste dalla legge 241 del 1990 ("legge Bassanini") e successive modifiche ed integrazione (copia carta

d'identità del delegante e del delegato con la richiesta e consenso esplicito del diretto interessato).

Il trattamento dei dati sensibili in ambito medico deve assicurare adeguati standard di sicurezza e il pieno rispetto della privacy a quanti si rivolgono alle diverse strutture sanitarie per finalità di controllo, prevenzione e cura delle malattie.

Secondo l'art. 11 del Codice sulla privacy, tale trattamento deve avvenire in ossequio ai principi di liceità, correttezza, esattezza e pertinenza e deve risultare compatibile e non eccedente rispetto agli scopi prefissati, anche con riferimento al periodo di conservazione dei dati stessi.

I risultati del test per HIV vanno considerati dati sensibili e, come tali, destinatari di una disciplina specifica in tema di garanzie di riservatezza, poiché la loro diffusione e comunicazione rappresenta una profonda intrusione nella vita privata dell'interessato, ammessa solo nei casi previsti dalla legge.

I suddetti dati devono, pertanto, essere custoditi e monitorati attraverso tutte quelle regole tecniche che ne assicurino in ogni momento l'integrità, preservandoli cioè da fenomeni di distruzione, perdita, accesso non autorizzato o trattamento non consentito; a tal riguardo, gli artt. 33 e 34 del Codice, il Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza e le Linee guida emanate dal Garante, dettano le misure volte ad assicurare il livello minimo necessario a garantire la riservatezza di dati ritenuti particolarmente degni di protezione. L'adozione ed il rispetto di tali misure deve essere adeguatamente documentato dalle strutture presso le quali si esegue il test per HIV.

Ad ulteriore garanzia della protezione della riservatezza della persona che si sottopone al test, i centri che lo eseguono devono garantire la possibilità di esecuzione del test in anonimato su richiesta dell'interessato, definendo una apposita procedura.

2.3 *Diritto all'informazione e gestione dei risultati*

Strettamente legato al problema del consenso è il problema di una corretta informazione.

I più recenti orientamenti giurisprudenziali hanno portato a sottolineare come l'informazione sugli interventi medici sia un diritto inalienabile del paziente. Il diritto all'informazione ha contribuito a livellare quell'asimmetria informativa che da sempre ha contraddistinto il rapporto medico-paziente. Anche nel caso del test per HIV l'informazione è dovuta, non solo con riguardo alla salute, ma soprattutto in riferimento alla libertà di autodeterminazione del soggetto.

L'effettuazione del test e la consegna del suo risultato, sia con esito negativo che positivo deve accompagnarsi all'offerta di informazioni sull'infezione da HIV (informative counselling) svolto da personale adeguatamente formato.

2.4 *L'esecuzione del test nei minori*

I minori possono essere esposti ad un rischio significativo di contrarre l'infezione da HIV anche a causa dell'inesperienza e della disattenzione legate all'età, che li può portare ad una valutazione non corretta dei rischi che corrono.

Il vantaggio di una diagnosi precoce dell'infezione è ben noto, tanto che negli Stati Uniti, l'autorità sanitaria ha raccomandato l'effettuazione del test alle persone dai 13 ai 64 anni che si presentano per qualsiasi motivo ad una struttura sanitaria.

È importante quindi favorire un accesso dei minori al test per HIV se esistono possibili situazioni di rischio, anche in considerazione del fatto che accedere ad una struttura per effettuare il test rappresenta un contatto assolutamente importante in termini non solo di diagnosi precoce, ma anche di prevenzione ed educazione sanitaria.

Come principio generale, in Italia i minori possono eseguire il test per HIV solo con il consenso dei genitori. Questo può costituire un potenziale fattore limitante della possibilità di effettuare l'accertamento da parte dei giovani dopo esposizioni a rischio.

La questione relativa alla validità del consenso all'esecuzione del test, prestato dal minorenne senza l'autorizzazione degli esercenti la potestà genitoriale o del tutore, deve allo stato essere risolta alla luce dei principi costituzionali in materia di tutela della salute, salva ovviamente l'esigenza di un intervento normativo sulla disciplina dettata dai commi 3 e 4 dell'art. 5 della legge n. 135 del 1990.

Pertanto, va comunque richiesta l'autorizzazione dei genitori o del tutore prima di procedere all'esecuzione del test HIV. Si pone quindi la necessità di definire prassi che facilitino l'accesso al test soprattutto per i grandi minori, cioè a partire dai sedici anni di età.

Nel facilitare l'accesso al test da parte dei minori deve essere assolutamente evitato che il test venga effettuato senza uno specifico colloquio che affronti sia i temi della prevenzione dell'infezione, sia il problema dell'eventuale coinvolgimento dei genitori che la possibilità di coinvolgere nel processo il giudice dei minori.

Prassi facilitate per l'accesso al test dei minori dovranno quindi essere gestite solamente in strutture con specifica competenza di counselling per giovani e che dispongono di un percorso

già codificato di collaborazione con il tribunale dei minori per la gestione delle problematiche che si presentano nei singoli casi.

3. Strutture per l'accesso al test richiesto direttamente dagli interessati

3.1 Il SSN deve rendere disponibili servizi ambulatoriali e/o punti di prelievo che garantiscano l'accesso alla diagnostica per HIV.

Tale attività deve essere organizzata in modo da rendere quanto più semplice l'accesso al test HIV. In particolare è necessario che tutti possano accedere a questi servizi senza la richiesta del medico di base. Questi servizi devono essere resi disponibili anche alle persone straniere temporaneamente presenti nel territorio (ovvero persone non italiane prive di permesso di soggiorno, richiedenti asilo, ecc.) alle stesse condizioni delle persone italiane o straniere con permesso di soggiorno e iscrizione al SSN (gratuità, riservatezza, diritto di non eseguire il test senza che il rifiuto determini discriminazione).

Il ricorso ai centri trasfusionali come servizi per l'esecuzione del test per HIV non può essere considerata una modalità corretta di offerta, in quanto implica il rischio che una afferenza di soggetti con comportamenti a rischio faccia aumentare la probabilità di casi con infezione non documentata con gli altri test di screening.

3.2 In occasione dell'esecuzione del test va svolto un colloquio di informative counselling effettuato da personale adeguatamente formato. Dovranno essere fornite informazioni sull'infezione da HIV, sul significato del test, sulla utilità di eseguirlo, sul tipo di test che verrà eseguito, sulle conseguenze di un test negativo o positivo. Dovrà, inoltre, essere offerto l'accesso ad ulteriori interventi di counselling preventivo a tutte le persone più vulnerabili rispetto al rischio di infezione e, ove necessario, l'invio ad altri servizi, quali quelli per il trattamento delle dipendenze o altre strutture di supporto (psicologico o psichiatrico). La persona dovrà avere l'opportunità di porre domande in particolare sugli aspetti preventivi anche di altre malattie a trasmissione sessuale o ematica.

Nel caso l'esame venga richiesto da un medico che non operi nelle strutture deputate all'esecuzione del test, l'informazione pre-test andrà comunque effettuata dal medico che effettua la prescrizione. Deve essere garantita altresì la riservatezza sull'identità delle persone che lo eseguono. Ogni struttura sanitaria presso la quale viene eseguito l'accertamento deve garantire la riservatezza dei dati personali.

In tutte le strutture presso le quali viene effettuato il test, deve essere garantita, in caso di richiesta della persona, la possibilità di eseguirlo in anonimato e vanno definiti specifici percorsi e protocolli per l'accesso da parte di minori. Andranno inoltre ridotti quanto più possibile i tempi di esecuzione e facilitato l'accesso per il ritiro dei referti al fine di ridurre la probabilità di mancato ritiro dei referti stessi.

3.3 Il risultato del test andrà consegnato, personalmente all'interessato identificato, da personale sanitario adeguatamente formato. *(vedi sopra, 2.2)*

La consegna dovrà essere effettuata nell'ambito di un colloquio con l'interessato. In caso di esito negativo, nel corso del colloquio dovranno essere fornite indicazioni sul significato del risultato e valutata la necessità di una eventuale ripetizione dell'esame. All'interessato dovrà essere inoltre offerta l'opportunità di ricevere ulteriori informazioni, in particolare per quanto riguarda gli aspetti di prevenzione, eventualmente indirizzandolo a strutture specializzate in questo campo.

In caso di esito positivo, nel corso del colloquio, che dovrà vedere la partecipazione del personale adeguatamente formato sulle procedure di corretta comunicazione dei risultati del test, si dovrà: spiegare chiaramente il significato del risultato, aiutare la persona a fronteggiare i problemi emotivi emergenti, prospettarle le possibilità di supporto incluso quello psicologico, fornirle indicazioni su come evitare i rischi di trasmissione ad altre persone. Inoltre, sarà necessario affrontare con la persona l'opportunità di comunicare ad altri il risultato del test, invitandola ad inviare presso le Unità di prevenzione/accesso al test per l'esecuzione dell'esame, il partner o altre persone, le quali potrebbero essere a rischio di aver contratto l'infezione. Infine, spiegare la necessità di appropriati ulteriori interventi diagnostici e terapeutici, valutando la necessità di interventi clinici urgenti e comunque avviando l'interessato alle Unità di cura e assistenza secondo protocolli predefiniti.

Alle persone sieropositive consapevoli afferenti ai centri di diagnosi e cura, andrà sistematicamente evidenziata la forte opportunità di offrire ed eseguire tempestivamente un controllo sierologico anche sui loro partner. Questa azione andrà espletata anche, se necessario, mediante supporto da parte del personale medico alla comunicazione al partner del reale rischio infettivo corso, della necessità di sottoporsi al controllo sierologico e di eseguire il test in anonimato. L'adesione a tali procedure dovrà essere totalmente volontaria e rispettosa della libera volontà del paziente che, reso pienamente consapevole della problematica

attraverso una corretta ed esaustiva informazione, non dovrà in alcun modo essere sottoposto a pressioni o condizionamenti di alcun tipo.

3.4 In caso di test eseguiti al di fuori di strutture del SSN, sarà compito del medico che effettua la richiesta fornire le informazioni sopra descritte nel colloquio pre-test. La consegna dei risultati dovrà essere effettuata da personale sanitario della struttura che esegue il test nell'ambito di un colloquio con l'interessato. In caso di test negativo, nel corso del colloquio dovrà esserne spiegato il risultato e valutata la necessità di un'eventuale ripetizione.
In caso di test positivo, nel corso del colloquio il medico, adeguatamente formato, dovrà spiegare chiaramente il significato del risultato, prospettare alla persona le possibilità di assistenza e cura disponibili nell'ambito del SSN, spiegare la necessità di appropriati ulteriori interventi diagnostici e terapeutici, avviare il paziente alle Unità Assistenziali di riferimento.

4. Offerta attiva del test a gruppi di popolazione a più elevata prevalenza di infezione che si rivolgono per altri motivi ai servizi sanitari

4.1 *Principi generali*
In caso di pazienti che presentano patologie infettive causate da agenti patogeni che hanno le stesse modalità di trasmissione di HIV o la cui comparsa può essere indice della presenza dell'infezione da HIV, il test deve essere offerto attivamente dagli operatori sanitari che hanno in cura il paziente e l'esecuzione del test va considerata come parte della procedura diagnostica standard nelle specifiche condizioni.
Il paziente va informato con un colloquio pre-test della opportunità di eseguire l'esame nell'ambito degli accertamenti motivati dalla sua condizione clinica e va informato che è nei suoi diritti rifiutare l'offerta senza che ciò pregiudichi l'accesso ad altra diagnostica o alle cure. Se la persona non rifiuta, il test viene effettuato. In ogni caso, alla persona deve essere garantita una adeguata informazione.
In caso di test negativo, nel corso del colloquio dovrà esserne spiegato il risultato e valutata la necessità di un'eventuale ripetizione dell'esame. All'interessato dovrà essere inoltre offerta l'opportunità di ricevere ulteriori informazioni, in particolare per quanto riguarda gli aspetti riguardanti i rischi di contagio con HIV.
In caso di test positivo, nel corso del colloquio (è auspicabile la presenza anche di personale medico), si dovrà fornire l'informazione descritta al punto 3.3 ed avviare la persona alle Unità

assistenziali. Alla persona con primo riscontro di positività per HIV dovrà essere offerta la possibilità di sottoporsi a visita specialistica quanto prima possibile, e comunque entro una settimana dalla comunicazione del risultato.

4.2 *Condizioni cliniche nelle quali il test va offerto attivamente*

Il test deve essere attivamente offerto in tutte le condizioni cliniche che possano essere riferite all'infezione da HIV, indipendentemente da una valutazione di rischio comportamentale incluse le patologie comprese nella definizione di caso di AIDS e patologie associate quali: linfomi, sindrome similmononucleosica, dermatite seborroica/esantemi di natura non determinata, leucocitopenia, trombocitopenia, herpes zoster multimetamerico, candidosi orofaringea, febbre di origine ignota, cancro o displasia cervicale, cancro o displasia anale.

Il test per la diagnosi di infezione da HIV deve essere, inoltre, attivamente offerto a tutte le persone che si rivolgano a strutture assistenziali per i seguenti motivi: infezioni a trasmissione sessuale, infezione da virus dell'epatite a trasmissione ematica/sessuale, tubercolosi.

4.3 *Il test nei servizi per tossicodipendenti*

Il test va offerto in maniera sistematica a tutte le persone che afferiscono ai servizi per il trattamento delle dipendenze. Allo stesso modo va loro offerta la possibilità di eseguire accertamenti per altre infezioni a trasmissione ematica e sessuale (epatiti, sifilide, etc.).

In caso di risultato negativo va consigliata e programmata la ripetizione periodica del test se persistono comportamenti a rischio.

4.4 *Il test nelle carceri*

I dati disponibili sono indicativi della necessità non solo di promuovere l'offerta di sottoporsi volontariamente al test al momento dell'ingresso in carcere ma anche periodicamente durante tutto il periodo di detenzione. L'obiettivo prioritario è di rendere concretamente accessibili e fruibili ai detenuti con HIV tutti i servizi offerti dal SSN, al quale compete, in virtù del D.P.C.M. 01.04.2008, l'assistenza sanitaria in carcere. In considerazione degli elevati tassi di prevalenza riscontrati, appare raccomandato, inoltre, estendere l'esecuzione routinaria del test. In questo modo il paziente detenuto è informato dell'esecuzione del test HIV che viene effettuato insieme ad altri esami di routine, fatto salvo l'esplicito rifiuto scritto.

I programmi di offerta del test dovranno essere collegati a programmi di riduzione del rischio di trasmissione dell'infezione e di garanzia di accesso alle cure.

4.5 *Il test in gravidanza*

Nonostante la bassa prevalenza di infezione da HIV nelle donne a termine di gravidanza in Italia, l'efficacia degli interventi di prevenzione della trasmissione verticale e le gravi conseguenze che avrebbe una mancata diagnosi di infezione in una donna in gravidanza, impongono di offrire l'esecuzione del test a tutte le donne gravide, secondo le prescrizioni già vigenti in tema di accertamenti diagnostici in gravidanza, indipendentemente da ogni valutazione di rischio.

Il test per HIV dovrebbe essere inserito tra gli eventuali accertamenti diagnostici eseguiti in epoca pre-concezionale, al momento del riscontro della gravidanza e successivamente se negativo in presenza di esposizioni a rischio. Il test dovrebbe inoltre essere sistematicamente offerto ai partner delle donne in gravidanza o che intendano iniziarne una analogamente a quanto previsto attualmente per altre infezioni a trasmissione verticale.

A tutte le donne in gravidanza il test deve comunque essere offerto dal medico che ha in cura la donna e l'esecuzione del test va considerata come parte della routine dell'assistenza prenatale. La donna va informata del fatto che il test verrà eseguito nell'ambito degli accertamenti motivati dalla cura prenatale a meno che non esprima il suo diniego all'esecuzione. Tale procedura deve sempre e comunque essere accompagnata da adeguata informazione (informative counselling).

Prima dell'esecuzione del test la donna va informata dal personale sanitario del Servizio che la assiste o dal medico che ha effettuato la richiesta del test sui rischi di trasmissione verticale dell'infezione, sul significato del test, sulle garanzie di riservatezza del risultato, e sul fatto che la donna può liberamente decidere di non sottoporsi al test o di posporre la sua esecuzione, sulla necessità di far eseguire il test anche al partner.

La consegna del test andrà eseguita con modalità analoghe a quelle descritte precedentemente.

Il personale che assiste le donne nelle strutture sede di parto deve verificare che la donna abbia eseguito un test per HIV durante la gravidanza. Qualora risulti che la donna non abbia eseguito un test, va offerto il test con le procedure sopra descritte. Il test va eseguito con procedura d'urgenza al fine di potere prendere le opportune decisioni (travaglio, etc.) sugli interventi di

profilassi incluse le modalità di espletamento del parto. Ove necessario andranno utilizzati test rapidi, il cui risultato andrà comunque confermato con metodi sierologici tradizionali.

L'efficacia del trattamento antiretrovirale nel prevenire la trasmissione verticale dell'infezione andrà chiaramente esposta nel colloquio di counselling. Questo intervento dovrà essere sempre offerto alle donne risultate positive secondo quanto previsto dalle linee-guida nazionali ed internazionali.

Il test inoltre andrebbe offerto attivamente a tutte le donne che si sottopongono ad interruzione volontaria della gravidanza nel contesto degli accertamenti di laboratorio richiesti per tale intervento.

4.6 Offerta attiva del test in altre strutture sanitarie

Al fine di favorire la massima conoscenza dello stato sierologico per HIV, vanno promosse sperimentazioni di interventi finalizzati ad offrire attivamente il test a gruppi di popolazione che si rivolgono ai servizi sanitari anche per motivi non correlati epidemiologicamente o clinicamente all'infezione da HIV. Questi interventi potranno prevedere, ad esempio, l'offerta sistematica del test a tutti i pazienti afferenti a strutture sanitarie, come i servizi di Pronto Soccorso ed i Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione.

I progetti riguardanti questi interventi dovrebbero essere disegnati prevedendo indicatori di processo e di esito, anche per potere fornire le basi razionali ad interventi diffusi a livello nazionale ed internazionale.

5. Offerta attiva del test a gruppi di popolazione a più elevata prevalenza di infezione che non vengono raggiunti dai servizi sanitari

5.1 *Effettuazione del test al di fuori dei servizi sanitari*

Non esistono ad oggi strategie validate per l'offerta del test al di fuori delle strutture sanitarie. Andrebbe, peraltro, promossa la sperimentazione di programmi finalizzati a favorire l'accesso al test e la presa in carico delle persone sieropositive rivolta a gruppi di popolazione nei quali è dimostrata una aumentata prevalenza di infezione o nei quali tale aumentato è ipotizzabile sulla base della prevalenza di comportamenti a rischio. In particolare tali interventi dovrebbero essere rivolti a gruppi di popolazione vulnerabili, e potranno prevedere l'esecuzione di prelievi e/o di test rapidi anche al di fuori delle strutture sanitarie. I progetti riguardanti questi

interventi dovrebbero essere disegnati prevedendo indicatori di processo e di esito, anche per potere fornire le basi razionali ad interventi diffusi su tutto il territorio nazionale.
La Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS promuoverà una raccolta a livello nazionale dei risultati di questi interventi al fine di definire specifiche linee di indirizzo in questo ambito.

6. Strumenti tecnici

6.1 *Procedure di effettuazione del test per HIV*
La CNA ha approvato uno specifico documento sulle procedure di effettuazione del test al quale si rimanda. Tale documento raccomanda l'impiego unicamente di test di III e IV generazione, riporta un algoritmo diagnostico, che include raccomandazioni sui test di conferma, e fissa a 3 mesi il tempo massimo del periodo finestra.

6.2 *I test rapidi*
Il già citato documento sulle procedure di effettuazione del test al quale si rimanda, riporta anche dati sull'accuratezza e sulle indicazioni d'uso dei test rapidi.

7. Promozione e revisione delle raccomandazioni

7.1 *Strategia di implementazione delle raccomandazioni*
La CNA concorderà con le Regioni strategie per favorire la conoscenza di queste raccomandazioni da parte degli operatori e la loro l'implementazione nei Servizi sanitari regionali.

7.2 *Promozione di sperimentazioni e monitoraggio dell'efficacia delle raccomandazioni*
La CNA promuoverà l'inclusione di temi riguardanti le politiche di offerta del test e la loro efficacia nell'ambito di bandi di ricerca quali il Progetto AIDS o i Progetti CCM.

7.3 *Revisione periodica delle raccomandazioni*
Le presenti raccomandazioni verranno rivalutate ed aggiornate sulla base di nuove evidenze e dei risultati delle sperimentazioni, con cadenza indicata dal Ministero della Salute.

ALLEGATO "B"

Osservatorio Epidemiologico
Regione Puglia

Regione Puglia

AGGIORNAMENTO DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV IN PUGLIA AL 31/12/2016

Il Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi/infezioni da HIV in Puglia è attivo dal 1gennaio 2009 (D.M. del 31 marzo 2008 recepito dal Prot.n. 24/16943/1 del 18/11/2008 della Regione Puglia). Sono stati raccolti, in modo retrospettivo, anche i dati relativi aglianni 2007-2008. Dal 1 aprile 2012, le nuove diagnosi/infezioni da HIV vengono segnalatedai referenti dei centri clinici mediante inserimento sul sito web dell'OER Puglia.

Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV per anno di segnalazione

Nel periodo **2007-2016** sono state segnalate complessivamente **1579 nuove diagnosi** di infezione da HIV (**Tabella 1**) con una **media di 158 casi all'anno**. Il numero di casi comprende anche i casi identificati in soggetti residenti in Puglia ma diagnosticati fuori regione fino all'anno 2015.

Tabella 1. Nuove diagnosi/infezioni da HIV in Puglia, anni 2007-2016.

	2007		2008		2009				2011		2012		2013		2014		2015		2016		TOTALE		TOTALE M e F
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Italiani Residenti	71	19	98	18	99	16	124	22	116	19	108	16	112	20	115	10	112	9	102	14	1057	163	**1220**
Stranieri Residenti	7	11	5	10	10	13	9	11	20	22	12	19	8	10	15	5	11	20	16	14	113	135	**248**
Totali	78	30	103	28	109	29	133	33	136	41	120	35	120	30	130	15	123	29	118	28	1170	298	**1468**
Totale M e F	**108**		**131**		**138**		**166**		**177**		**155**		**150**		**145**		**152**		**146**		**1468**		**1468**
Italiani non Residenti	2	0	6	0	6	1	5	1	4	1	3	0	3	0	2	0	2	0	2	0	35	3	**38**
Stranieri non Residenti	2	2	10	9	3	3	2	0	7	10	6	2	2	1	0	2	4	2	4	2	40	33	**73**
Totali	4	2	16	9	9	4	7	1	11	11	9	2	5	1	2	2	6	2	6	2	75	36	**111**
Totale M e F	6		25		13		8		22		11		6		4		8		8		111		**111**
TOTALE NOTIFICHE	**114**		**156**		**151**		**174**		**199**		**166**		**156**		**149**		**160**		**154**		**1579**		**1579**

La Tabella2 riporta il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV per provincia di residenza e anno di diagnosi. La provincia che complessivamente ha segnalato il maggior numero di casi è quella di Bari (588 casi), seguita da Taranto (237) e da Lecce (228).

Tabella 2. Numero di nuove diagnosi/infezioni da HIV per provincia di residenza e anno.

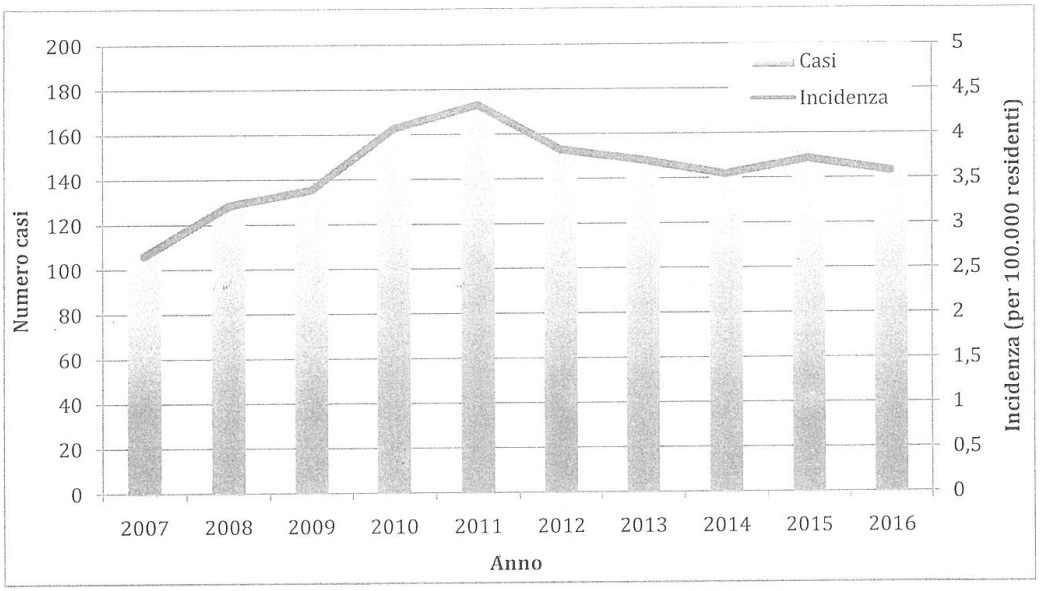
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTALE
Bari	45	69	69	56	70	70	57	44	62	46	588
Foggia	23	20	20	35	18	26	14	17	20	18	211
BAT	-	-	-	14	12	9	13	13	13	15	89
Taranto	21	21	12	20	27	17	28	29	25	37	237
Brindisi	4	8	10	17	15	12	17	15	9	8	115
Lecce	15	13	27	24	35	21	21	27	23	22	228
TOTALE	108	131	138	166	177	155	150	145	152	146	1468

* i casi della BAT negli anni 2007-2009 vengono sommati ai casi di Bari

Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV

L'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV ha raggiunto un picco massimo di 4,3casi per 100.000 residenti nel 2011(**Figura 1**).Dal 2012 sembra essere in costante lieve diminuzione.Nel 2016, l'incidenza si è attestata sui3,6 casi/100.000 residenti. Tra le regioni italiane, la Puglia si colloca tra quelle con una bassa incidenza di nuove diagnosi/infezioni da HIV. In Italia, infatti, le regioni con la più alta incidenza di nuove diagnosi/infezioni da HIV sono ilLazio (8,5 casi/100.000 nel 2015), la Lombardia (8,2 casi/100.000 nel 2015) e l'Emilia-Romagna (6,8/100.000 nel 2015).

Figura 1. Numero di casi e incidenza delle nuove diagnosi/infezioni da HIV in soggetti residenti in Puglia per anno di notifica.



Età alla diagnosi di infezione da HIV

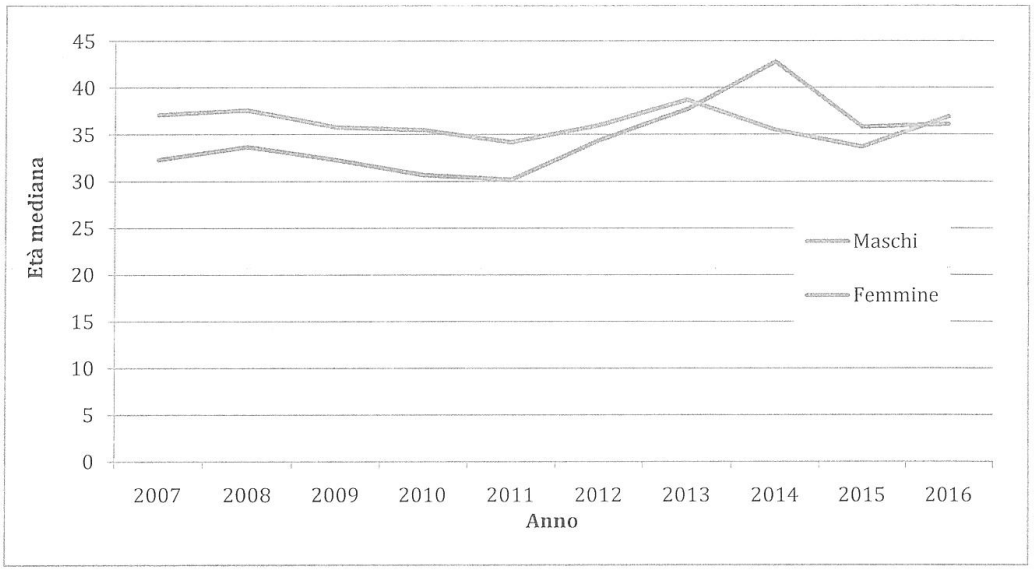
L'età mediana alla diagnosi è riportata in **Tabella 3**. È possibile osservare come questa non si sia sostanzialmente modificata nel corso dei 10 anni di sorveglianza nei maschi. Nel2007 è risultata di37 anni (IQR: 31-45 anni) così come nel 2016 (IQR: 28-43 anni). Nelle

femmine, al contrario, l'età mediana è passata da 32 anni nel 2007 (IQR: 28-43 anni) a 36 anni (IQR: 27-46) nel 2016 (**Figura 2**).

Tabella 3. Età mediana in casi residenti in Puglia per sesso e anno di notifica.

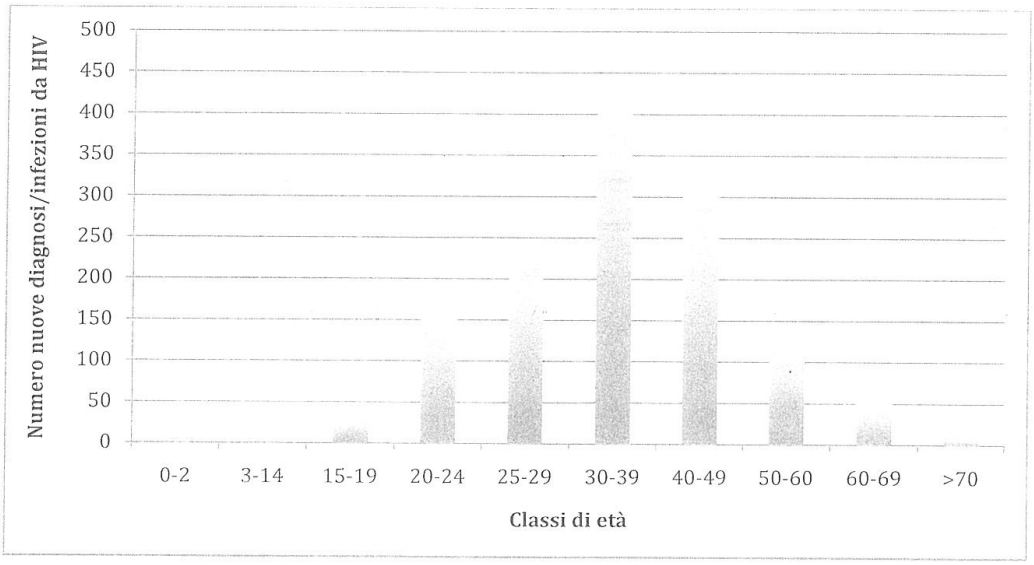
Anno	Età mediana maschi	IQR	Età mediana femmine	IQR
2007	37,1	31,9-45,1	32,3	28,2-43,1
2008	37,6	31,8-44,4	33,7	27,5-46,3
2009	35,8	28,6-43,4	32,3	26,6-34,4
2010	35,5	28,7-42,5	30,7	22,6-47,1
2011	34,2	26,6-44,5	30,2	24,2-38,5
2012	36,0	27,6-44,8	34,4	29,1-40,0
2013	38,7	27,6-48,0	37,7	29,2-44,9
2014	35,5	28,6-45,7	42,8	32,3-49,0
2015	33,7	25,7-44,1	35,8	28,6-45,0
2016	36,9	28,0-43,2	36,1	27,9-46,6

Figura 2. Andamento dell'età mediana delle nuove diagnosi/infezioni da HIV in soggetti residenti in Puglia per sesso e anno di notifica.



La **Figura 3**mostra la distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per classe di età. Le classi di età numericamente più rappresentate sono state quella di 30-39 anni (31,6%) e quella di 40-49 anni (22,4%).

Figura 3. Numero di nuove diagnosi/infezioni da HIV in residenti in Puglia per classe d'età, anni 2007-2016.



Rapporto maschi/femmine (M/F)

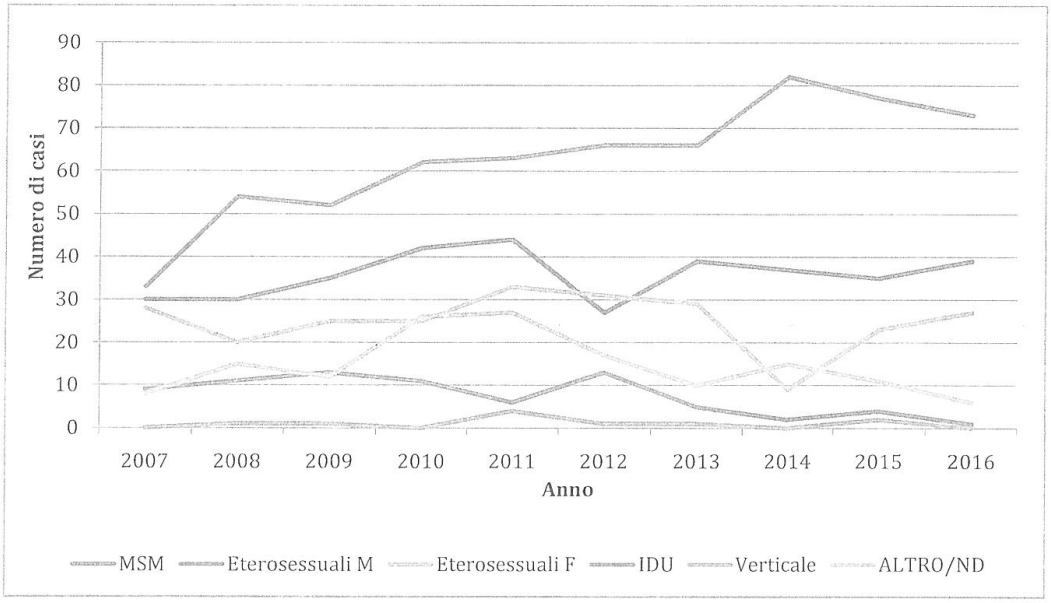
Il rapporto maschi/femmine nelle diagnosi tra i residenti nel periodo 2007-2016 è stato di 3,9 (1170 M/298 F). Il valore minimo (2,6) è stato registrato nel 2007 (78 M/30 F), mentre il valore massimo (8,7) nel 2014 (130 M/15 F).

Modalità di trasmissione

La modalità di trasmissione viene attribuita secondo un ordine gerarchico che risponde a criteri definiti a livello internazionale. In particolare le categorie di esposizione sono MSM (maschi che fanno sesso con maschi), Eterosessuali Maschi, Eterosessuali Femmine, IDU (utilizzatori di droghe per via endovenosa), Verticale, Altro/Non Determinata (Altro/ND). Ogni nuova diagnosi è classificata in un solo gruppo e coloro che presentano più di una modalità di trasmissione vengono classificati nel gruppo con rischio di trasmissione più elevato (in ordine decrescente di rischio: IDU, MSM, eterosessuali, non riportato).

In Puglia la distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione (**Figura 4**) evidenzia come la proporzione di IDU sia diminuita nel corso degli anni, mentre sono aumentati i casi attribuibili a trasmissione sessuale. In particolare, i casi attribuibili a trasmissione tra MSM dal 2007 al 2016 sono aumentati dal 30,5% al 50% (dati non mostrati).

Figura 4. Distribuzione delle nuove diagnosi/infezioni da HIV in residenti in Puglia per modalità di trasmissione, anni 2007-2016.



Numero di linfociti CD4 alla prima diagnosi di HIV e arrivo tardivo alla diagnosi.

In Italia, si stima che circa un terzo dei sieropositivi non è a conoscenza del proprio stato di sieropositività e che il 60% delle diagnosi di AIDS viene effettuata in soggetti con tardivo riconoscimento dell'infezione da HIV. La bassa percezione del rischio e la scarsa attitudine ad effettuare il test di screening hanno portato all'aumento della quota di soggetti che arriva tardivamente alla diagnosi di HIV. Si definiscono *Late Presenters* (LP) i soggetti che al momento della diagnosi presentano un numero di linfociti T CD4 <350/μL o patologie indicative di AIDS (secondo la classificazione CDC del 1993) indipendentemente dal numero di CD4, e *Advanced HIV Disease* (AHD) i soggetti che al momento della diagnosi presentano un numero di linfociti T CD4 <200/μL o patologie indicative di AIDS (secondo la classificazione CDC del 1993) indipendentemente dal numero di CD4.

Nella **Figura 5** è mostrato l'andamento percentuale dei LP per modalità di trasmissione. Nel periodo di sorveglianza, in Puglia, la proporzione delle persone arrivate ad una nuova diagnosi di infezione da HIV come LP era del 54,6%, mentre i soggetti in AHD erano il 35,8% (**Figura 6**). Dal 2007 al 2016 la proporzione dei LP e degli AHD è rimasta stabile nel tempo (dati non mostrati).I soggetti che arrivano alla diagnosi di infezione in stadio avanzato di malattia sono prevalentemente eterosessuali, sia maschi che femmine (65,1% e 60,8% rispettivamente). Per quanto riguarda gli AHD,èpossibile evidenziare come la quota maggiore di casi AHD si è avuta tra i 10 casi di infezione trasmessa per via verticale nel

periodo di sorveglianza. La proporzioneminore di AHD è stata riscontrata negli MSM (27%).

Figura 5.*Late presenters*(LP) in residenti in Puglia per modalità di trasmissione, anni 2007-2016.

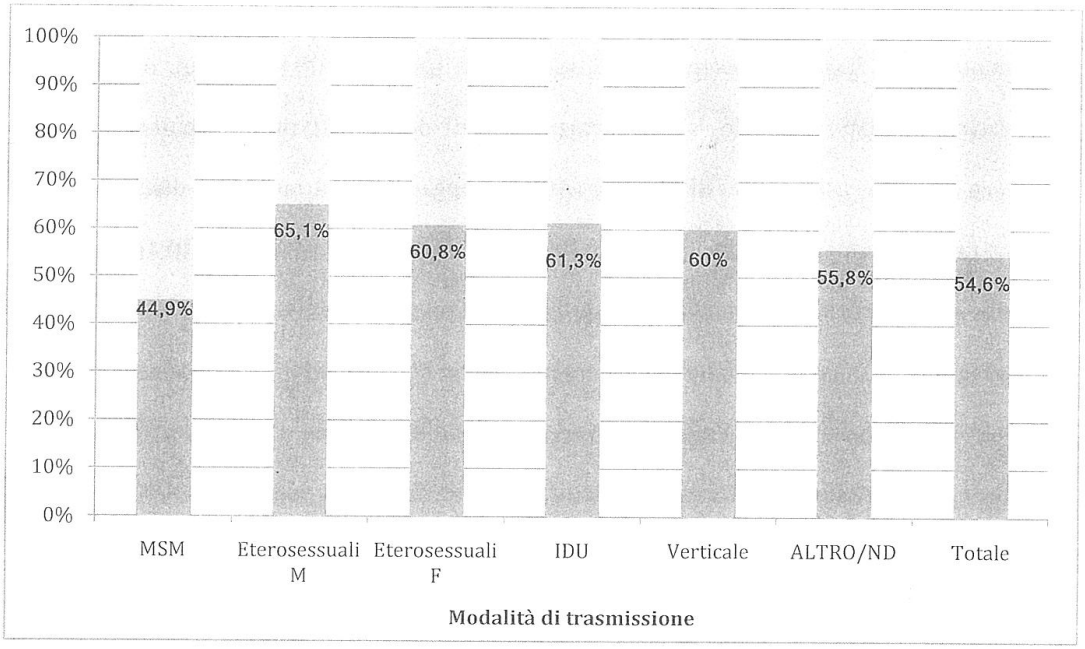
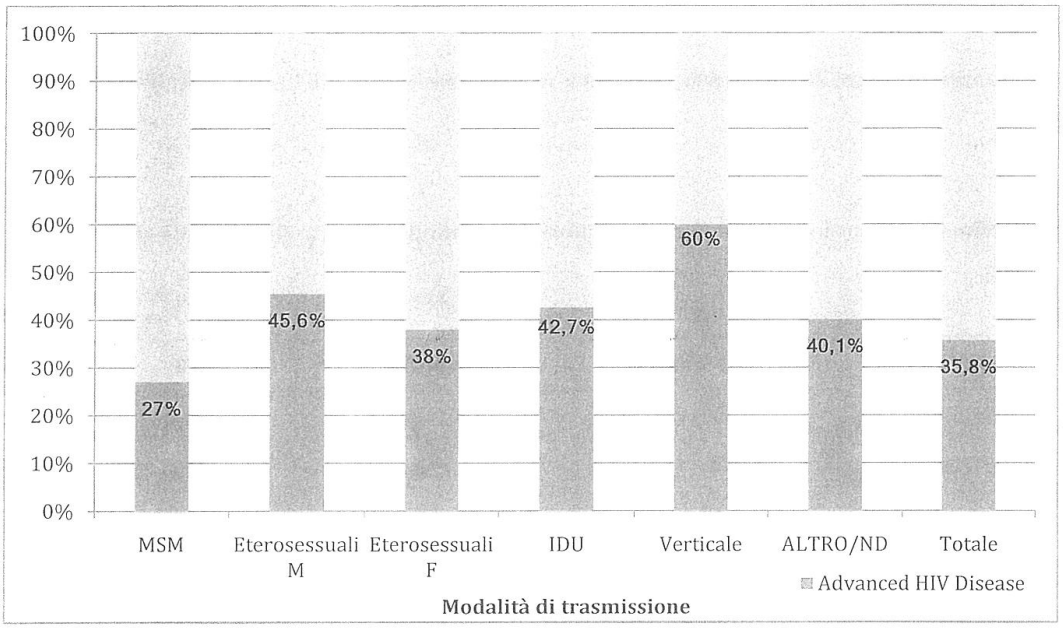


Figura 6. *Advanced HIV Disease* (AHD) in residenti in Puglia per modalità di trasmissione, anni 2007-2016.



Caratteristiche della popolazione straniera con nuova diagnosi di infezione da HIV

La proporzione delle nuove diagnosi/infezioni da HIV tra gli stranieri sul totale delle notifiche negli anni 2007-2016 è risultatacomplessivamente del 20,3%. Il valore minimo è stato registrato nel 2010 (12,6%), mentre il valore massimo nel 2011 (29,7%) (**Tabella 4**).

Tabella 4. Proporzione delle nuove diagnosi/infezioni da HIV tra gli stranieri, anni 2007-2016.

ANNO	Casi negli Stranieri	Totale Notifiche HIV	%
2007	22	114	19,3
2008	34	156	21,8
2009	29	151	19,2
2010	22	174	12,6
2011	59	199	29,7
2012	39	166	23,5
2013	21	156	13,5
2014	22	149	14,5
2015	37	160	23,1
2016	36	154	23,4

Dal 2007 al 2016 la proporzione di notifiche di nuove diagnosi in stranieri maschi rispetto al totale delle notifiche nei maschi è rimasta pressoché stabile (**Figura 7**), con un valore complessivo di 12,3%. Nelle femmine, invece,ha mostrato oscillazioni notevoli, variando dal 32,4% nel 2010 al 71% nel 2015 (**Figura8**). Complessivamente, nel periodo di sorveglianza le femmine straniere hanno rappresentato il 50,4% dei casi delle femmine totali.

Figura 7. Distribuzione delle nuove diagnosi/infezioni da HIV nei maschi, anni 2007-2016.

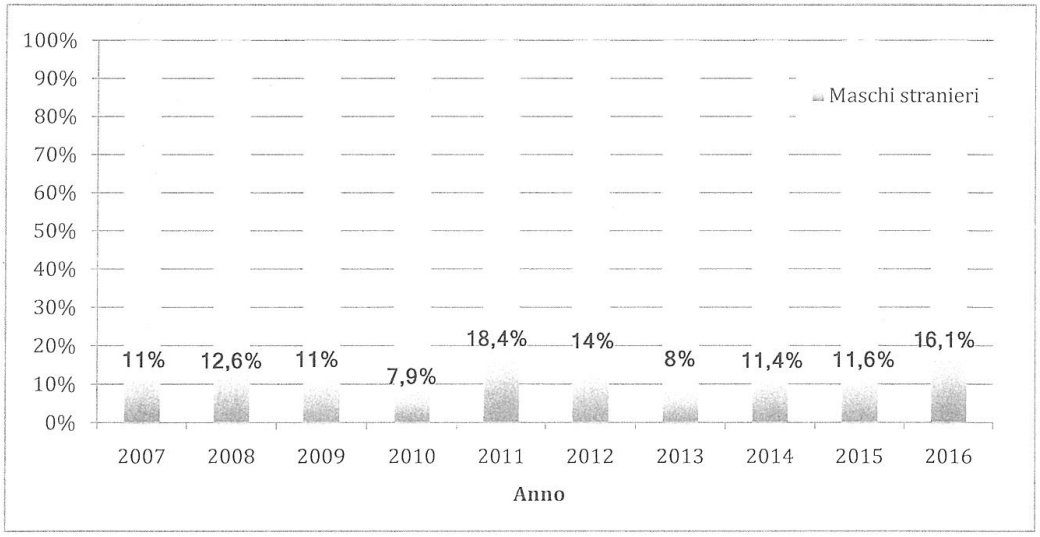
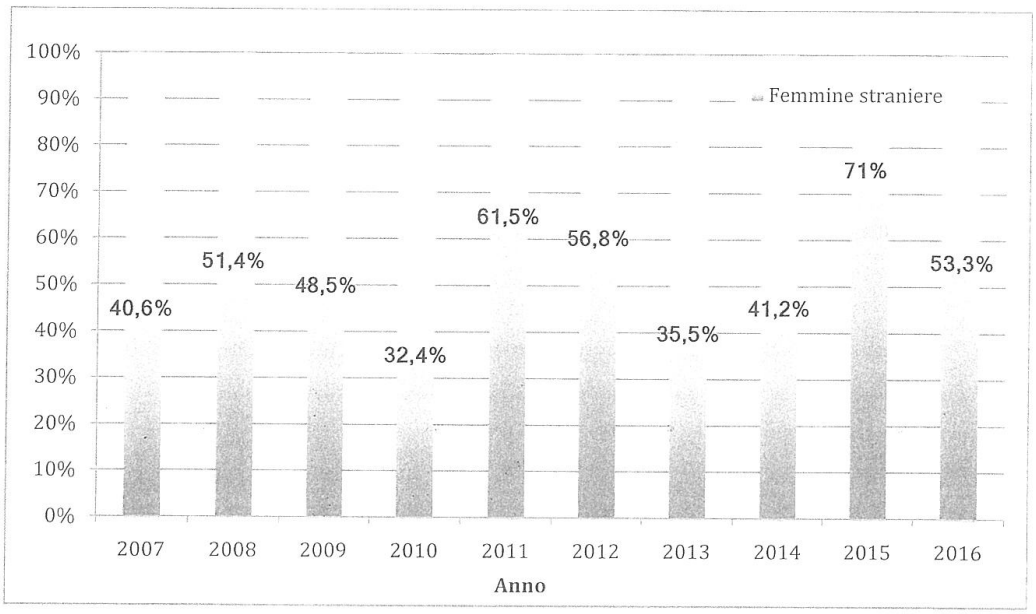
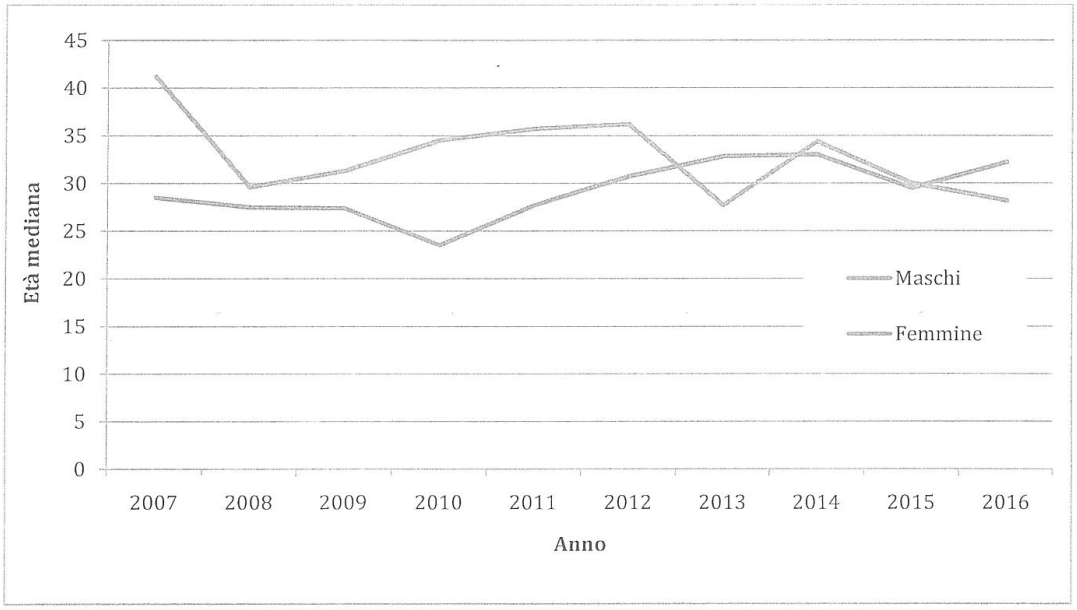


Figura 8. Distribuzione delle nuove diagnosi/infezioni da HIV nelle femmine, anni 2007-2016.



Negli anni di sorveglianza (2007-2016) il 47,7% dei casi negli stranieri era costituito da maschi e il 52,3% da femmine. L'età mediana al momento della diagnosi era di 32,7 anni (IQR 27-38) per i maschi e di 29,2 anni (IQR 24,1-35,3) per le femmine. L'andamento dell'età mediana delle nuove diagnosi/infezioni da HIV negli stranieri in Puglia per sesso e anno di notifica è riportato in **Figura 9**.

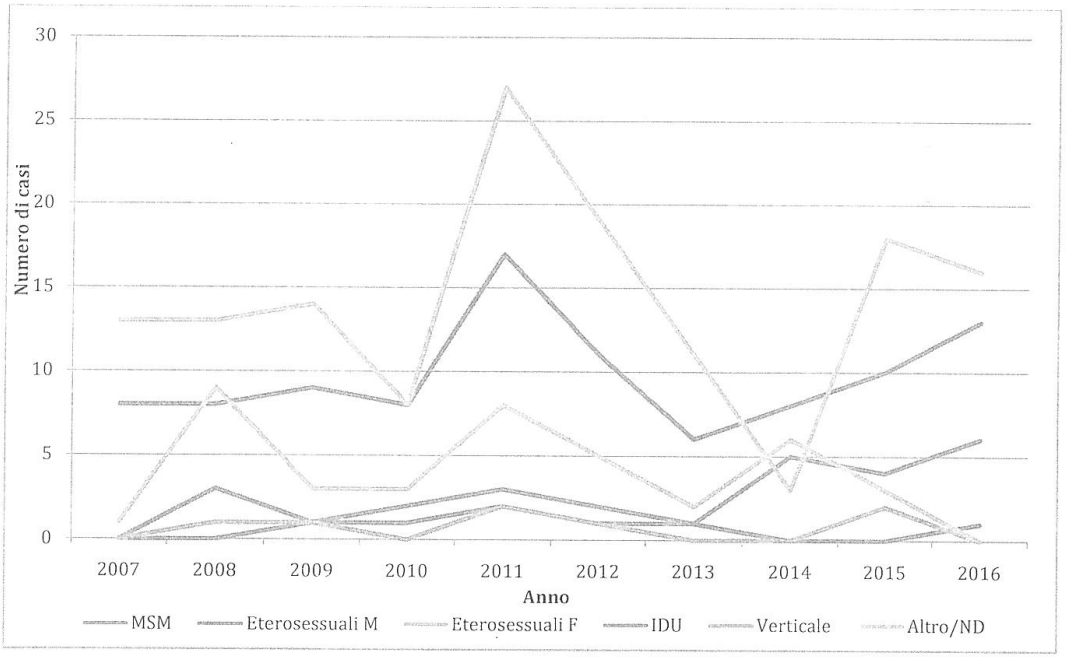
Figura 9. Andamento dell'età mediana delle nuove diagnosi/infezioni da HIV negli stranieri in Puglia per sesso e anno di notifica.



Nel periodo di sorveglianza, i rapporti eterosessuali rappresentavano la modalità di trasmissione più frequente tra gli stranieri: il 44,2% era costituito da eterosessuali femmine e il 30,5% da eterosessuali maschi. Gli MSM rappresentavano l'8,4%% e gli IDU il 2,2% del totale delle nuove diagnosi di infezione da HIV in stranieri. Per il 2,2% dei casi era riportata una trasmissione verticale e nel 12,5% dei casi una modalità diversa o non

determinata.L'andamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV negli stranieri per modalità di trasmissione e anno di diagnosi è riportato in **Figura 10**.

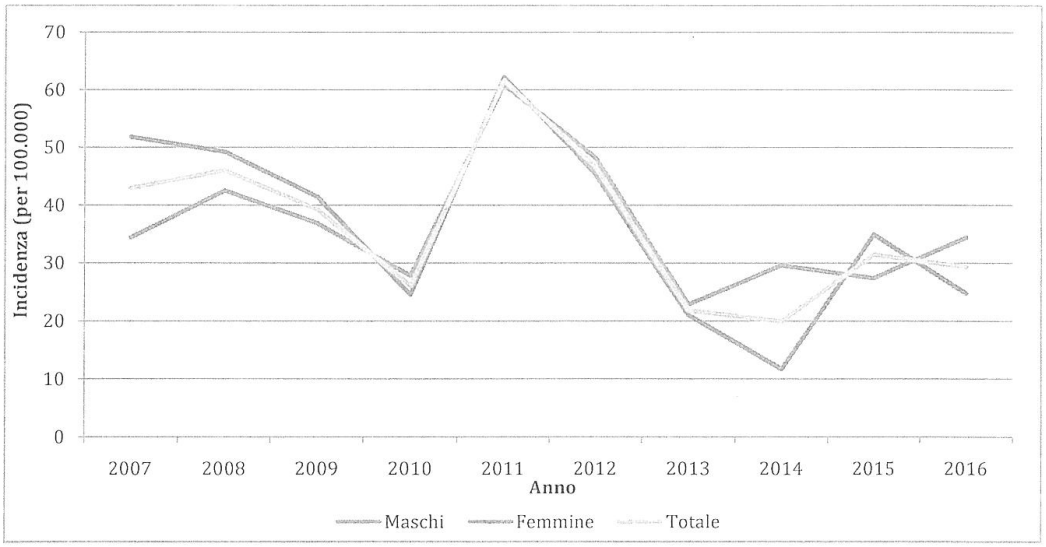
Figura 10. Andamento delle nuove diagnosi/infezioni da HIV negli stranieri per modalità di trasmissione, anni 2007-2016.



Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV nella popolazione straniera

Nel periodo 2006-2017 l'incidenza media delle nuove diagnosi di infezione da HIV negli stranieriè risultata di 36,5 nuovi casi per 100.000 stranieri residenti. L'andamento dell'incidenza negli anni è riportato in **Figura 11**. Un picco nell'incidenza si è avuto nel 2011. Va sottolineato, comunque, come il dato dell'incidenza negli stranieri sia fortemente condizionato sia dalla variabilità dei flussi migratori nella regione sia dalla variabilità degli stranieri residenti che rappresentano il denominatore per il calcolo dei dati di incidenza.

Figura 11. Andamento dell'incidenza delle nuove diagnosi/infezioni da HIV in soggetti stranieri in Puglia per sesso e anno di notifica.



Numero di linfociti CD4 alla prima diagnosi di HIV e arrivo tardivo alla diagnosi negli stranieri.

La proporzione di stranierigiunti ad una nuova diagnosi di infezione da HIV come LP era del 62,0%, mentre i soggetti in AHD erano il 44,2%. Nella **Figura 12** è mostrato l'andamento percentuale dei LP stranieri per modalità di trasmissione. I soggetti stranieri che arrivano alla diagnosi di infezione in stadio avanzato di malattia sono prevalentemente eterosessuali, sia maschi che femmine (65,3% e 62,0% rispettivamente). Nella **Figura 13** è mostrato l'andamento percentuale degli AHDper modalità di trasmissione. La quota di AHD è praticamente sovrapponibile per tutte le modalità di trasmissione.

Figura 12. *Late presenters* (LP) negli stranieri in Puglia per modalità di trasmissione, anni 2007-2016.

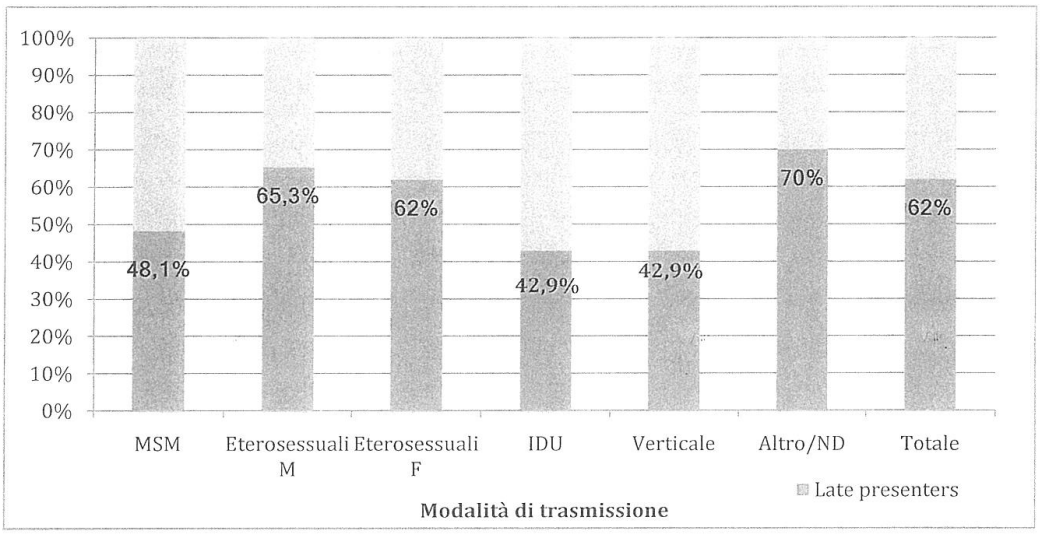
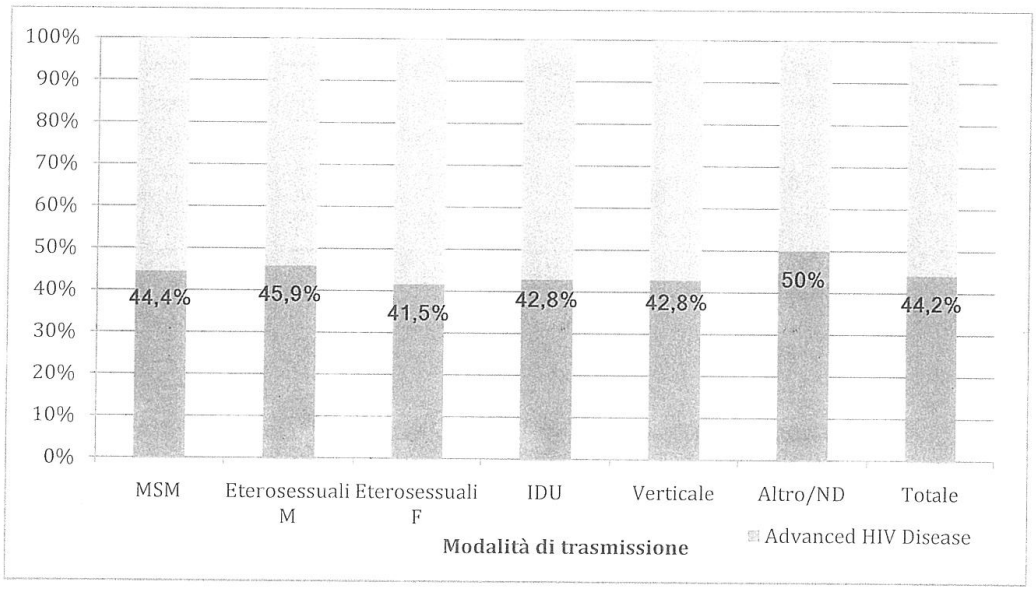


Figura 13.*Advanced HIV Disease* (AHD) negli stranieri in Puglia per modalità di trasmissione, anni 2007-2016.



Modalità di trasmissione – Confronto tra residenti italiani e residenti stranieri

Per quanto riguarda le modalità di trasmissione dell'infezione da HIV è possibile evidenziare una notevole differenza tra la popolazione residente italiana e la popolazione dei residentistranieri. In particolare, nei residenti italiani prevale nettamente la

trasmissione MSM mentre negli stranieri la trasmissione per via eterosessuale (soprattutto nelle femmine) (**Figure 14-15**).

Figura 14. Distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV negli italiani residenti in Puglia per modalità di trasmissione e anno di diagnosi.

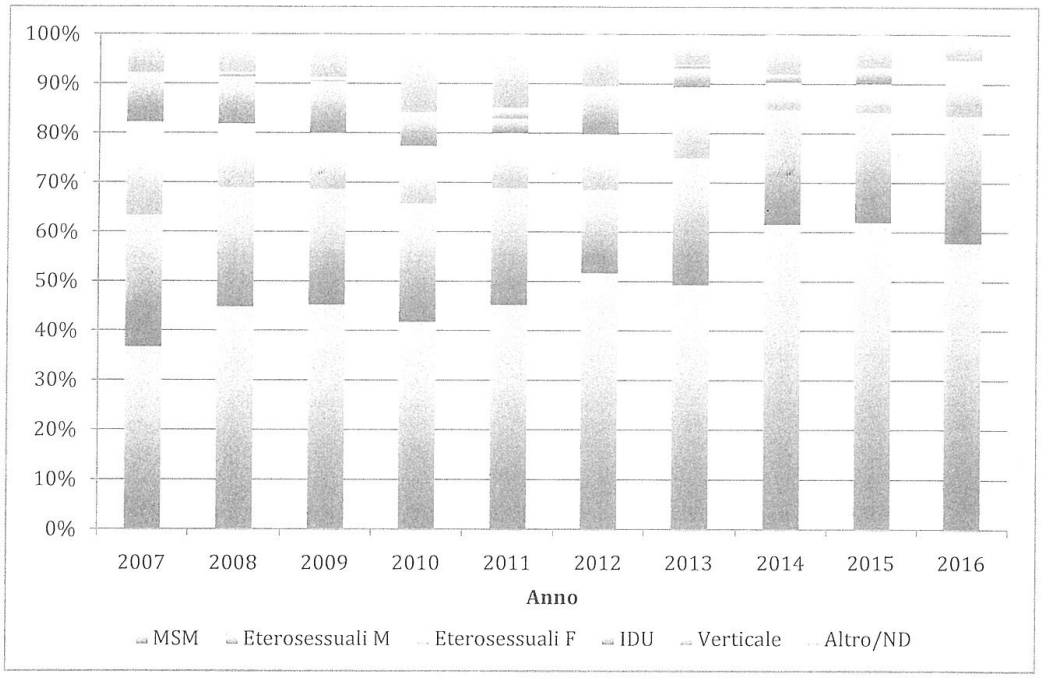
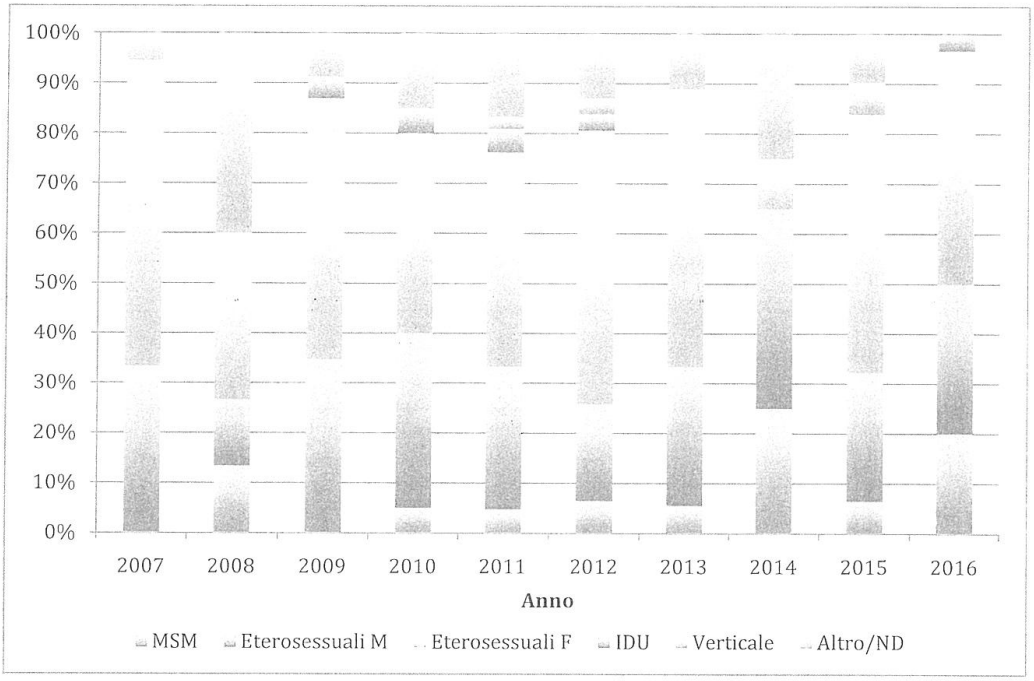


Figura 15. Distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV negli stranieri residenti in Puglia per modalità di trasmissione e anno di diagnosi.



Motivo di effettuazione del test HIV

Nel periodo 2007-2016, il 31,8% dei casi ha eseguito il test HIV per la presenza di sintomi HIV-correlati; il 16,3% in seguito a un comportamento a rischio; l'1,3% in seguito ad accertamenti per altra patologia; il 2,9% in seguito a controlli di routine eseguiti presso i Centri Accoglienza Richiedenti Asilo (CARA), Servizi per le Dipendenze/Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.D/Ser.T), strutture extrasanitarie o istituti penitenziari; il 2,4% in seguito alla diagnosi di una malattia sessualmente trasmessa (MST); l'1,9% in seguito a controlli specialistici legati alla riproduzione; il 10,3% in occasione di un ricovero ospedaliero; il 2,7% ha eseguito il test nell'ambito dello screening pre-donazione di sangue/organo/tessuto/sperma; il 16,3% per screening volontario (**Tabella 5**). Il 13,9% riferiva altri motivi o motivi non specificati.

Per gli MSM,gli eterosessuali maschi,le eterosessuali femmine e gli IDU, il motivo del test principalmente riportato è stato la presenza di sintomi suggestivi di infezione da HIV (33,9%, 33,4%, 22,0%, e 38,7%, rispettivamente).

Tabella 5. Motivo di esecuzione del test HIV, anni 2007-2016.

	Numero	%
Sintomi suggestivi di infezione da HIV	502	31.8
Comportamenti a rischio	258	16.3
Accertamenti per altra patologia	21	1.3
Test Offerto dal CARA/SerT/Istituti penitenziari	46	2.9
Test correlato a controllo per sospetta MST	38	2.4
Controlli legati alla riproduzione	30	1.9
Ricovero ospedaliero/intervento chirurgico	163	10.3
Test correlato a controllo donazioni di sangue/organo/tessuto/sperma	43	2.7
Screening	258	16.3
Altro/Non Determinato	220	13.9
Totale	**1579**	**100**

Note metodologiche

Tutti i calcoli sono stati effettuati unicamente sui residenti, sia al numeratore (es. numero di residenti in una determinata area con nuova diagnosi di infezione da HIV) che al denominatore (numero di residenti nella stessa area).

Il numero di residenti diviso per italiani e stranieri nelle singole province di residenza è riportato annualmente dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ed è disponibile online.

Per calcolare l'incidenza dell'infezione da HIV negli stranieri sono state prese in considerazione le nuove diagnosi di infezione riportate in persone straniere al numeratore e il numero di stranieri residenti in Puglia riportato dall'ISTAT al denominatore.

Documento a cura di: Maria Chironna*, Daniela Loconsole, Angela Metallo

* Responsabile del Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi/infezioni da HIV – Puglia

Centri Clinici di Malattie Infettive che aderiscono alla Sorveglianza e referenti:

- Bisceglie (Fontana T, Brindicci G)
- Bari Policlinico (Angarano G, Locaputo S, Signorile F, Saracino A, Fico C, Carbonara S, Monno L, Ladisa N)
- Triggiano (Federico DM, Iacovazzi T)
- Acquaviva delle Fonti (Longobardo V, Formoso M, Laricchia R)
- Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII (Larovere D, Giannini A)
- Foggia – SSD Malattie Infettive Emergenti AIDS (Grisorio B, Ferrara S, Tartaglia A, Sica S)
- Foggia – U.O. Malattie Infettive, OORR (Santantonio T, Fiore JR)
- Brindisi (Chiriacò P, Minniti S)
- Lecce (Congedo P)
- Galatina (Grima P, Tundo P)
- Taranto (Resta F, Cristiano L)

Riferimenti bibliografici

- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillancein Europe 2015. Stockholm: ECDC; 2016.
- Italia. Decreto Ministeriale 31 marzo 2008. Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi diinfezione da HIV. Gazzetta Ufficiale n. 175, 28 luglio 2008.
- Camoni L, Suligoi B e il gruppo SORVIH. Lo studio delle nuove diagnosi di HIV in Italia attraverso i sistemi disorveglianza regionali: caratteristiche operative e valutazione. Ann Ist Super Sanità 2005;41(4):515-21.
- Istituto Nazionale di Statistica - ISTAT. Popolazione residente (www.demo.istat.it).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Antiretroviral postexposure prophylaxis aftersexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. MMWR2005;54(RR02):1-20.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR 1987;36(Suppl. 1):1-15.

ALLEGATO "C"

Politiche di promozione del test HIV in Puglia

Marzo 2017

Sommario

IMPORTANZA DEL TEST HIV 3
SCENARIO DI PARTENZA: OFFERTA DEL TEST HIV IN PUGLIA 5
PRINCIPI GENERALI DEL TEST HIV 6
BARRIERE AL TEST: STIGMA, DISCRIMINAZIONE E PAURA 11
TEST HIV E MINORI 11
AZIONI DI PREVENZIONE DELL' INFEZIONE DA HIV: INFORMAZIONE, COMUNICAZIONE, EDUCAZIONE SANITARIA 13
MODALITA' DI OFFERTA ED EROGAZIONE DEL TEST 14
BENEFICIARI DELL'OFFERTA ATTIVA DEL TEST HIV 18
A CHI OFFRIRE IL TEST? 19
1. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE ALLE PERSONE CHE HANNO COMPORTAMENTI SESSUALI A RISCHIO 20
2. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE ALLE PERSONE CHE APPARTENGONO A GRUPPI AD ALTA PREVALENZA DI HIV 21
3. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE ALLE PERSONE CHE PRESENTANO SPECIFICHE PATOLOGIE E CONDIZIONI CLINICHE 24
4. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTE LE DONNE IN EPOCA PRE-CONCEZIONALE O IN GRAVIDANZA E AI LORO PARTNER 27
5. IL TEST HIV È OBBLIGATORIO PER TUTTI I DONATORI DI SANGUE E DI EMOCOMPONENTI, DI ORGANI E DI CELLULE 28
6. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTE LE PERSONE CON ESPOSIZIONE A FONTE POTENZIALMENTE CONTAGIOSA PER HIV NELL'AMBITO DELLE PROCEDURE DELL'OFFERTA DELLA PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE 30
7. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTE LE PERSONE IN REGIME DI DETENZIONE, COMPRESI I MINORI 31
RICONOSCIMENTO DEI FATTORI DI RISCHIO 34
VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI 35
MEDICI DI MEDICINA GENERALE 35
MEDICI SPECIALISTI 36
RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI NEL RICONOSCIMENTO DEI RISCHI E NELL'OFFERTA ATTIVA DEL TEST 36
TEST DISPONIBILI PER LO SCREENING DELL'INFEZIONE DELL'HIV E LORO INTERPRETAZIONE 37
Scheda 1: Comportamenti sessuali ad alto rischio di trasmissione di infezione da HIV 43
Scheda 2: Patologie per le quali è indicata l'offerta del test HIV 44
Scheda 3. Indicatori clinici HIV/AIDS correlati suddivisi per apparato anatomico 45
Bibliografia e sitografia 47

IMPORTANZA DEL TEST HIV

Ogni anno, circa 150 pugliesi scoprono di aver contratto l'infezione da HIV. Quest'infezione è particolarmente presente nella nostra regione e colpisce prevalentemente soggetti giovani e stranieri residenti. Nel 2015, il 16% delle nuove diagnosi ha riguardato soggetti di età inferiore ai 25 anni e l'incidenza fra gli stranieri residenti è risultata di 24,6 per 100.000stranieri residenti.

In Puglia, un altro dato allarmante è rappresentato dal numero di soggetti che arrivano tardivamente alla diagnosi di HIV. Nel 2015, il 57% dei soggetti ha scoperto di avere l'infezione con sistema immunitario già compromesso. Si tratta dei cosiddetti *Late Presenters*: soggetti che arrivano alla diagnosi di HIV con un valore di cellule T CD4+ inferiore a 350/microlitro.

La frequenza dei *Late Presenters* gioca un ruolo chiave nelle dinamiche di diffusione dell'infezione nella popolazione. Nella nostra regione, questa quota resta inaccettabilmente alta e ridurla il più possibile risulta strategico per molteplici aspetti.

Innanzitutto, una diagnosi tardiva aumenta il rischio di arrivare alla fase conclamata della malattia (AIDS) e riduce la probabilità di pieno recupero immunologico una volta intrapreso il trattamento farmacologico.

È stato dimostrato che la conoscenza del proprio stato sierologico riduce o annulla completamente i comportamenti a rischio mentre la mancata conoscenza della sieropositività favorisce la diffusione dell'infezione.

È scientificamente provato che la terapia antiretrovirale agisce sia a livello terapeutico che preventivo: il trattamento HAART, se assunto correttamente, riduce la carica virale e quindi la contagiosità del soggetto, limitando la diffusione del virus. Questa funzione è racchiusa nell'acronimo anglosassone TasP, cioè *Treatment as Prevention (Trattamento come prevenzione),* universalmente riconosciuto dalla comunità scientifica.

L'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) nel report *"The status of the HIV response in the European Union/European Economic Area, 2016 - Dublin Declaration report"* pubblicato a gennaio 2017, denuncia che i programmi

di prevenzione per HIV sono insufficienti e il loro impatto non risulta efficace. Si stima che in Europa il 17% dei soggetti sieropositivi non sia ancora giunto a diagnosi mentre il 47% delle diagnosi di infezione da HIV riguarda soggetti in fase avanzata di malattia. Per l'ECDC questi dati sono correlati ad un'insufficiente offerta del test oltre che a gaps nei servizi stessi che erogano il test. Un altro problema è la mancata percezione del rischio da parte dei soggetti, i quali non reputano opportuno sottoporsi al test HIV. Evidentemente su questi gruppi di popolazioni, anche i servizi sanitari, non sono in grado di svolgere un'efficace attività di informazione e di educazione sanitaria.

Un'efficace programmazione, mirata all'identificazione precoce delle infezioni da HIV, è oggi un intervento prioritario, essenziale e indifferibile.

La Regione Puglia intende far rientrare a pieno titolo nelle politiche di lotta all'HIV la pianificazione di una strategia di offerta del test che identifichi i comportamenti e le condizioni nelle quali è indicata, definendone standard, frequenza, luoghi e modalità, indicando le tipologie di test e procedure di counselling pre e post test e di comunicazione del referto.

SCENARIO DI PARTENZA: OFFERTA DEL TEST HIV IN PUGLIA

La Puglia, sin dall'inizio dell'epidemia AIDS nei primi anni '80, si è impegnata nella promozione di politiche di prevenzione dell'infezione HIV e nell'assistenza e cura dei soggetti infetti.

Lo scenario territoriale è risultato, tuttavia, disomogeneo e diversi sono stati i tentativi di uniformare l'offerta del test, in ottemperanza ai principi esposti nella Legge 135/90.

In Puglia, il test HIV è offerto gratuitamente in associazione al codice di esenzione B01 – "Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione da HIV (ex art. 1, comma 4 lett. b del D. Lgs. 124/1998 – prima parte)". Tale modalità non consente, tuttavia, di erogare il test in completo anonimato in quanto prevedel'associazione con il codice fiscale del soggetto.

Con D.G.R. n. 9099 del 28.10.1985 e successiva Lettera circolare Assessorato alla Sanità n. 24/40630/428/4 del 6.12.1985, l'Istituto di Igiene dell'Università di Bari fu identificato come centro di riferimento regionale per counselling, screening e sorveglianza HIV/HTLV.

Un importante contributo è stato fornito dalle Associazioni di volontariato (Arcigay, CamaLILA) che, negli anni, hanno condotto progetti e interventi anche continuativi di offerta del test HIV rapido in contesti diversi da quelli del SSR, sempre in collaborazione e raccordo con specialisti delle strutture sanitarie e accademiche.

Con l'obiettivo di recepire il Documento di Intesa Stato-Regioni, sono state stilate linee guida su come svolgere mirati interventi di prevenzione, di informazione ed educazione sanitaria. Nello specifico, sono stati richiamati i principi generali presenti nei documenti nazionali, dettagliate le modalità di offerta del test in relazione alle valutazioni epidemiologiche e identificati i metodi diagnostici di riferimento.

PRINCIPI GENERALI DEL TEST HIV

VOLONTARIETA'
CONSENSO INFORMATO
RISERVATEZZA ED ANONIMATO
GRATUITA'
ACCESSO DIRETTO
COUNSELLING

VOLONTARIETA'

Ogni persona deve decidere liberamente di eseguire il test HIV, riconoscendone l'utilità per la propria salute, secondo il principio di volontarietà e responsabilità individuale.
L'accesso al test HIV deve essere sostenuto e incoraggiato senza alcuna coercizione.
La volontarietà della decisione di accedere al test HIV deve essere espressa sempre tramite il consenso informato, presupposto di legittimità di ogni atto medico.

CONSENSO INFORMATO

L'esecuzione del test HIV è possibile solo con il consenso della persona interessata. Questo assunto, oltre a rispondere al dettato costituzionale e ai principi deontologici, è espressamente sancito della Legge n. 135 del 1990 *"Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS."*
Il test può essere eseguito senza il previsto consenso (eccezione prevista dalla Legge 135/90) solo in caso sia indispensabile per realizzare intervento clinicod'urgenza a favore del paziente, in riferimento all'incapacità del paziente di esprimere il consenso

e/o all'esistenza di un grave pericolo. Perché il test HIV sia richiesto ed effettuato senza il consenso dell'interessato, deve quindi configurarsi uno *stato di necessità*(art. 54 c.p.).

Nel caso specifico occorre provare:

- l'attualità del pericolo di danno alla vita o alla salute;
- la gravità del danno;
- l'impossibilità di ottenere il consenso;
- la proporzionalità fra benefici ottenibili e il danno dell'intervento posto in essere.

RISERVATEZZA ED ANONIMATO

L'infezione da HIV, dalle sue origini, è stata gravata da stigma sociale importante. Questo fa sì che il soggetto eviti di sottoporsi al test per paura di discriminazione a seguito di risultato positivo.

La legislazione vigente prevede garanzie a tutela della riservatezza dei risultati del test per HIV.

La legge 135 del 1990 prevede che i risultati siano comunicati solo ed esclusivamente al diretto interessato e considera i risultati del test per HIV come dati sensibili e, come tali, destinatari di una disciplina specifica in tema di garanzie di riservatezza, seguendo le indicazioni del Codice sulla privacy. L'adozione ed il rispetto delle misure di riservatezza devono essere documentate dalle strutture erogatrici del test.

Al fine di facilitare il percorso diagnostico ed aumentare la *compliance* dei soggetti, i servizi deputati al counselling e al test HIV, che devono essere attivi in tutte le province, devono garantire l'esecuzione del test in anonimato su richiesta dell'interessato. La normativa non stabilisce le procedure utili a garantire l'anonimato, ma demanda il compito alle strutture erogatrici. Al fine di uniformare le procedure, la Regione Puglia disponeuna modifica del codice di esenzione B01, permettendo l'associazione dei dati del paziente con un codice criptato e/o fittizio, svincolandolo dall'associazione al codice fiscale. Ciò al fine di garantire pienamente l'anonimato.

GRATUITA'

Il ricorso al testHIV si scontra, non di rado, con ostacoli giuridici e finanziari. A tal fine, la Regione Puglia offre gratuitamente il test HIV in tutte le strutture pubbliche e private accreditate.

A livello nazionale la gratuità del test HIV è prevista dal Decreto ministeriale del 1 febbraio 1991 e confermata nell'Intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 27 luglio 2011 *Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia.*

In Puglia, il test è erogato gratuitamente presso i centri clinici deputati, utilizzando l'apposito codice di esenzione (B01).

ACCESSO DIRETTO

Il SSR rende disponibili servizi ambulatoriali e punti di prelievo dedicati alla diagnostica HIV. La Regione Puglia intende potenziare questi servizi e garantire un accesso al test semplice e senza necessità di prescrizione medica.

L'accesso e la gratuità del test HIV devono essere garantiti a tutti coloro che si rivolgono alle strutture pubbliche regionali e richiedono l'esecuzione del test, anche solo verbalmente, senza presentare una prescrizione medica.

Se la persona che si rivolge a una Struttura pubblica regionale per l'esecuzione del test HIV non dispone di prescrizione medica, questa potrà essere sostituita, per esigenze amministrative e contabili, da una impegnativa emessa direttamente dalla Struttura, con modalità che dovranno essere chiarite attraverso una successiva nota regionale.

COUNSELLING

Ogni persona che esegue il test HIV deve essere facilitata e guidata a una scelta consapevole dell'esecuzione dell'esame. L'esecuzione del test HIV, infatti, non può prescindere da un'attenta, corretta e sistematica attività di counsellingarticolata in due momenti (pre e post-test). Il counselling deve essere effettuato da personale sanitario adeguatamente formato.

Nella fase pre-test è indispensabile che la persona che richiede o a cui è offerto il test HIV sia messa nelle condizioni di decidere con consapevolezza di sottoporsi all'esame.

Inoltre bisogna fornire informazioni chiare su:
- infezione da HIV, modalità di trasmissione, periodo finestra e prevenzione del rischio;
- utilità del test HIV, tipo di test utilizzato;
-significato di un risultato positivo o negativo del test HIV;
-confidenzialità delle informazioni fornite durante il colloquio;
- centri clinicia cui rivolgersi nel caso di diagnosi confermata di infezione da HIV.

Dovrà, inoltre, essere suggerito l'accesso a ulteriori interventi di counselling preventivo a tutte le persone più vulnerabili rispetto al rischio di infezione e, ove necessario, l'invio ad altri servizi, quali centri per il trattamento delle dipendenze e/o altre strutture di supporto (psicologico o psichiatrico).
Nella fase post-test, ovvero al momento del ritiro del risultato, il counselling sarà strutturato in base all'esito del test.
Le persone con test HIV positivo devono ricevere un counselling mirato sulle implicazioni comportamentali (in particolare la necessità di evitare rapporti sessuali senza uso del preservativo), psico-sociali e mediche dell'infezione. Per queste persone, inoltre, deve essere valutata l'eventuale necessità di ricevere immediata assistenza medica e/o sostegno psico-sociale e, se necessario, di garantire che vengano tempestivamente avviate ai servizi di cura e assistenza e informate sulla opportunità di accedere a servizi di supporto forniti da strutture pubbliche o di volontariato. In questa fase si ritiene fondamentale svolgere anche interventimirati di sanità pubblica al fine di interrompere la catena di trasmissione (*contact tracing, partner notification)*, in accordo e nel rispetto del soggetto sieropositivo. Nessuna iniziativa in questo senso dovrà essere intrapresa senza il consenso libero ed informato della persona interessata.
Per le persone con esito negativo, il counselling dev'essere finalizzato alla prevenzione e all'informazione sui comportamenti a rischio e all'eventuale necessità di ripetere il test (periodo finestra).

HIV E LAVORO

Come espressamente sancito della Legge 135/1990 *"Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS"*, l'accertata infezione da HIV non può costituire motivo di discriminazione, in particolare per l'iscrizione a scuola, per lo svolgimento di attività sportive, per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro.

La Corte costituzionale, con sentenza 23 maggio - 2 giugno 1994, n. 218, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 5, terzo e quinto comma, della Legge 5 giugno 1990, n. 135 nella parte in cui non prevede accertamenti sanitari dell'assenza di sieropositività da HIV come condizione per l'espletamento di attività che comportino rischi per la salute di terzi. Rimane però valido il divieto per il datore di lavoro di svolgere indagini, anche in fase pre-assunzione, sullo stato di sieropositività da HIV del lavoratore in tutti i casi in cui l'attività lavorativa non comporti rischi per la salute di terzi.

UNIVERSALITA' DELL'OFFERTA

L'accesso e la gratuità del test HIV devono essere garantiti a tutte le persone presenti sul territorio regionale indipendentemente dallo stato giuridico. L'effettuazione del test non deve essere vincolata alla dichiarazione o esplicitazione della propria condizione di rischio da parte della persona che ne fa richiesta.

Le persone straniere, anche se prive di permesso di soggiorno, possono effettuare il test alle stesse condizioni dei cittadini italiani come previsto dal Decreto legislativo n. 286 del 25/07/1998 *"Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero."* (G.U. Serie Generale, n. 191 del 18 agosto 1998)

L'Intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 27/07/2011 *"Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia"* stabilisce che possano accedere al test HIV anche le persone straniere temporaneamente presenti sul territorio (ovvero persone non italiane prive di permesso di soggiorno, richiedenti asilo, ecc.) alle stesse condizioni delle persone italiane o straniere con permesso di soggiorno e iscrizione al SSN (gratuità, riservatezza, diritto di non eseguire il test senza che il rifiuto determini discriminazione).

BARRIERE AL TEST: STIGMA, DISCRIMINAZIONE E PAURA

Lo stigma, le paure e i pregiudizi legati ad HIV, non ancora sufficientemente scardinati, sono una barriera al ricorso al test HIV, un freno in grado di operare a livello individuale, di comunità e anche tra gli operatori sanitari stessi al momento della proposta del test ai propri assistiti. È prioritario normalizzare anche il test HIV, facendolo diventare una prestazione equiparabile agli altri test diagnostici.

Il test HIV deve essere considerato un elemento chiave nella diagnosi dell'infezione ed essere offerto con le appropriate procedure nei programmi e nei protocolli regionali finalizzati, quali:

- promozione della salute sessuale;
- tutela della salute riproduttiva;
- uso di sostanze illecite;
- assistenza sanitaria alla popolazione migrante;
- gestione di patologie o indicative di AIDS o più frequenti in persone HIV positive o che richiedono una gestione diversa per i pazienti co-infetti (malattie sessualmente trasmesse, epatiti virali, tubercolosi e altre malattie associate all'infezione da HIV)

TEST HIV E MINORI

I minori sono esposti al rischio di contrarre l'infezione da HIV, anche a causa dell'inesperienza e dell'inconsapevolezza legate all'età, che possono portare ad una inadeguata percezione del rischio. I dati pubblicati dal Centro Operativo AIDS (COA)dimostrano che, in Italia, dal 2010 al 2016 sono state 61 le nuove diagnosi di HIV in adolescenti (15-17 anni). Nel 2015 gli adolescenti hanno rappresentato l'1,8% delle nuove diagnosi da HIV e una larga proporzione è giunta a diagnosi tardivamente.

Il vantaggio di una diagnosi precoce dell'infezione è ben noto e perciò è importante favorire l'accesso al test anche dei minori. Il contatto con le strutture sanitarie che erogano il test, per questa fascia d'età, oltre a permettere una diagnosi precoce, può permettere anche un intervento di prevenzione ed educazione sanitaria.

Come principio generale, in Italia i minori possono eseguire il test per HIV solo con il consenso dei genitori e questo può costituire un fattore limitante. Nello stesso *Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia* si propone di definire delle prassi specifiche che facilitino l'accesso al test soprattutto per i grandi minori, cioè a partire dai sedici anni. Inoltre, anche nel Documento "Conferenza di Consenso sul test HIV: Quesiti e Risposte" del 2013, la Commissione Nazionale AIDSribadisce l'importanza del test HIV anche ai minori (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1265_listaFile_itemName_6_file.pdf.

La Regione Puglia intende favorire l'offerta e l'accesso al test da parte dei soggetti giovani-adulti, minori compresi. In caso di grandi minori (15-17 anni) verrà eseguito un test salivare rapido, che non prevede l'esecuzione di un prelievo ematico. Nel caso in cui il test risulti positivo,devono essere contattati i soggetti che esercitano la patria potestà sul minore per garantire il completamento dell'algoritmo diagnostico e, in caso di infezione accertata, il percorso clinico-terapeutico. Le strutture che erogano il test ai grandi minori devono avere una specifica competenza di counselling per i giovani adulti, essere in grado di valutarela maturità del soggetto, la sua capacità di autodeterminazione, le implicazioni psico-sociali, le ragioni che limitano il coinvolgimento dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà. L'offerta del test al minore rappresenta un importante momento per attività d'informazione ed educazione sanitaria del minore stesso.

COMUNICARE, INFORMARE, PREVENIRE

AZIONI DI PREVENZIONE DELL' INFEZIONE DA HIV: INFORMAZIONE, COMUNICAZIONE, EDUCAZIONE SANITARIA

L'offerta del test HIV si configura come una strategia di prevenzione secondaria, finalizzata ad individuare eventuali soggetti positivi in uno stadio iniziale della malattia, prima che si instauri l'immunodeficit correlato all'infezione.

Per prevenire l'infezione da HIV, invece, è necessario attuare opportune strategie volte alla corretta informazione sull'infezione, sulle modalità di trasmissione della stessa e sui comportamenti utili a prevenirla. A questo scopo è necessario promuovere strategie di educazione sanitaria con interventi, rivolti al singolo o alla comunità, mirati a far conoscere, accettare ed acquisire dei comportamenti utili a mantenere e migliorare il proprio stato di salute. L'educazione sanitaria, infatti, secondo l'OMS, "ha lo scopo di aiutare la popolazione ad acquisire la salute attraverso i propri comportamenti ed i propri sforzi ".

Il raggiungimento di quest'obiettivo, in questo contesto, non può che realizzarsi attraverso una comunicazione mirata, che deve essere rivolta sia a gruppi o soggetti con comportamenti a rischio sia a soggetti con compiti istituzionali (operatori sanitari, associazioni di volontariato, soggetti che operano nel sociale), che entrano in contatto od operano con gruppi vulnerabili.

ORGANIZZARE

MODALITA' DI OFFERTA ED EROGAZIONE DEL TEST

MODALITA'

Il principale vantaggio nell'eseguire il test HIV è l'accesso immediato alle cure in caso di esito positivo. Una presa in carico tempestiva consente di iniziare il trattamento specifico e di ricevere il necessario sostegno psicologico e sociale. Questo approccio migliora la prognosi della malattia e contribuisce alla prevenzione della trasmissione dell'infezione nella popolazione.

Il ricorso al test HIV può avvenire principalmente secondo due modalità e tenendo conto di queste si deve organizzare l'offerta a livello regionale.

1. L'iniziativa di sottoporsi al test parte dal diretto interessato. Il test viene eseguito su richiesta della persona, secondo il principio del *voluntary counselling and testing* (VCT).

2. Il test è offerto attivamente da operatori sanitari in relazione a specifiche condizioni di rischio o a patologie indicative di HIV*(PICT – provider-initiated HIV testing and counselling)*

STANDARD QUALITATIVI

In base ai principi enunciati dalla Legge 135/90 e alle indicazioni del *"Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia"* dell'Intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 27/07/2011, il test HIV deve essere erogato rispettando alcuni standard imprescindibili. Il test deve essere gratuito, in accesso diretto, garantire la riservatezza e, ove richiesto, l'anonimato del soggetto e dev'essere sempre accompagnato da counselling pre e post-test.

CENTRI PUBBLICI EROGATORI

Le strutture che offrono il test devono essere in grado di erogarlo in modo gratuito, ad accesso diretto (senza obbligo di prescrizione medica), garantendo la confidenzialità dell'esito e delle informazioni fornite dal soggetto, ovvero consentendo l'anonimato ove richiesto dal soggetto. Il test deve essere sempre accompagnato da counselling pre e post test, momento fondamentale nella prevenzione dell'infezione HIV e nella corretta gestione dell'utenza.
Bisogna chiarire che il ricorso ai centri trasfusionali come servizi per l'esecuzione del test HIV non può essere considerato una modalità corretta di offerta come dichiarato dallo stesso *Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia.*

A tal proposito la Regione Puglia intenderibadire che Centri e/o Ambulatori che già erogano il test HIV sul territorio regionale devono garantire in maniera imprescindibile gli standard qualitativi. La presenza degli ambulatori dovrà essere uniforme su tutto il territorio regionale (almeno un ambulatorio per ASL). Nelle ASL sprovviste di ambulatorio HIV dedicato, il servizio potrà essere organizzato nell'ambito dei Centri Clinici di Malattie Infettive.
Al fine del raggiungimento dello standard minimo di qualità, il personale che opererà in questi ambulatori dovrà partecipare a specifici corsi di formazione.
Nell'ambito dei programmi di formazione del personale previsti dalla Legge 135/90 e dal Decreto Ministeriale 30 ottobre del 1990 e s.m.i., sarà previsto uno specifico modulo

dedicato prevalentemente alle tecniche di counselling, fruibile da operatori sanitari impiegati negli ambulatori di counselling e screening HIV del territorio pugliese.

NUOVI SETTING PER IL TESTING

La necessità da parte di alcuni soggetti di poter eseguire il test HIV al di fuori dei centri deputati, ha portato alla recente introduzione in commercio dei self-test HIV reperibili in farmacia. L'esecuzione dei test rapidi per l'HIV porta un vantaggio in termini di *compliance* del soggetto (test salivari o su sangue periferico) e rapidità di risposta (20-30 minuti). L'utilizzo di questi test da parte degli utenti autonomamente e senza il counselling, tuttavia, rischia di generare risultati falsamente negativi per mancanza di informazioni sul periodo finestra o generare allarmismi per eventuali false positività che l'utente da solo non sarebbe in grado di gestire. La mancanza di counselling, inoltre, porta alla perdita della fase di educazione sanitaria utile a favorire la modifica dei comportamenti a rischio.

L'offerta attiva del test rapido al di fuori degli ambienti ospedalieri/sanitari (es. presso associazioni), ma sempre accompagnato dal counselling pre- e post-test da parte di operatori sanitari adeguatamente formati, potrebbe rappresentare un'alternativa valida per la corretta gestione dell'utente e interpretazione del risultato. Il test rapido può essere gestito in questi contesti in completo anonimato (utilizzo di un codice criptato che identifichi il campione) o con l'utilizzo di pseudonimi senza il rilascio di un referto scritto e, in caso di esito positivo, con invio tempestivo presso i centri deputati alla diagnosi di conferma.

Riassumendo...

- ⇨ **OFFERTA ATTIVA DEL TEST HIV DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI** DEL SSR, PARTICOLARE COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

⇨ LE STRUTTURE DEL SSR CHE OFFRONO IL TEST HIV DEVONO ASSICURARE: **GRATUITA', MASSIMA CONFIDENZIALITA', ACCESSO DIRETTO, COUNSELLING PRE E POST-TEST, ANONIMATO OVE RICHIESTO**

⇨ IL TEST DOVRA' ESSERE OFFERTO IN MANIERA UNIFORME SUL TERRITORIO REGIONALE, PREVEDENDO LA PRESENZA DI **ALMENO UN AMBULATORIO DI COUNSELLING E SCREENING HIV IN OGNI ASL**

⇨ LE STRUTTURE DEL SSR CHE OFFRONO IL TEST HIV DEVONO GARANTIRE DIRETTAMENTE, O INDIRETTAMENTE, TRAMITE IL RACCORDO CON CENTRI SPECIALIZZATI, PROCEDURE DIAGNOSTICHE APPROPRIATE, ATTIVITÀ DI PREVENZIONE, TRATTAMENTO E CURA, FACILITANDO LA PRESA IN CARICO TEMPESTIVA IN CASO DI POSITIVITÀ

⇨ È INDICATA LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI PREVENZIONE CHE PREVEDANO **L'OFFERTA DEL TEST RAPIDO** IN CONTESTI STRATEGICI, SEMPRE IN PRESENZA DI PERSONALE SANITARIO ADEGUATAMENTE FORMATO, AL FINE DI AUMENTARE LE DIAGNOSI PRECOCI E RAGGIUNGERE LE PERSONE CHE CON PIÙ DIFFICOLTÀ UTILIZZANO I SERVIZI SANITARI

⇨ L'OFFERTA ATTIVA DEL TEST HIV RAPIDO, PROMOSSA DA ORGANIZZAZIONI CHE OPERANO AL DI FUORI DEL SSR (ASSOCIAZIONI, TERZO SETTORE), DEVE PREVEDERE IL COINVOLGIMENTO DI CENTRI SPECIALISTICI IDENTIFICATI (MALATTIE INFETTIVE, CENTRI PER MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI, U.O.C. IGIENE DEL POLICLINICO DI BARI)

RICONOSCERE

BENEFICIARI DELL'OFFERTA ATTIVA DEL TEST HIV

Il test HIV non deve essere offerto indiscriminatamente, bensì identificando soggetti o gruppi di popolazione maggiormente a rischio in modo che l'offerta risulti efficace e sistematica.

La strategia di offerta del test HIV attuata in Puglia prevede un'articolazione su più binari. Sono destinatari dell'offerta attiva del test HIV le persone più esposte all'infezione perché hanno comportamenti sessuali a rischio, fanno parte di gruppi con elevata prevalenza di HIV, presentano specifiche condizioni cliniche o si trovano in specifiche situazioni di esposizione al rischio.

Secondo l'UNAIDS, il nostro Paese è colpito da un'epidemia di HIV concentrata. Vale a dire che la prevalenza dell'HIV nella popolazione generale è inferiore all'1% mentre è maggiore in alcuni sottogruppi (costantemente superiore al 5%). I dati del Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV della Puglia confermano questo quadro.

1. COMPORTAMENTI SESSUALI A RISCHIO
2. GRUPPI AD ALTA PREVALENZA HIV
    a. Soggetti in carico ai SERT o DDP (Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche)
    b. Soggetti che hanno fatto uso anche saltuario o che fanno uso di droghe per via iniettiva
    c. Soggetti provenienti da aree endemiche per HIV
3. SOGGETTI CON PATOLOGIE E CONDIZIONI CLINICHE CORRELATE AD HIV/AIDS
4. DONNE IN EPOCA PRECONCEZIONALE O IN GRAVIDANZA
5. DONATORI DI SANGUE, EMOCOMPONENTI, ORGANI E CELLULE
6. ESPOSIZIONE ACCIDENTALE PER LA QUALE SIA OPPORTUNO EFFETTUARE LA PPE
7. SOGGETTI IN REGIME DI DETENZIONE (compresi i minori)

1. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE ALLE PERSONE CHE HANNO COMPORTAMENTI SESSUALI A RISCHIO

A livello europeo, così come nel nostro Paese, l'infezione HIV è attualmente aprevalente trasmissioneper via sessuale. Sebbene tutti coloro che hanno rapporti sessuali non protetti possono essere esposti all'infezione da HIV, ci sono determinati comportamenti sessuali che per frequenza, tipologia, condizioni di contesto risultano a maggior rischio.
In Puglia, la principale via di trasmissione di HIV sono i rapporti sessuali non protetti, questa modalità rappresenta nel 2015 oltre il 90% delle nuove diagnosi di infezione. Nello specifico, fra i pugliesi residenti, la maggior parte delle infezioni riguarda soggetti omosessuali, mentre negli stranieri residenti la via di trasmissione prevalente è rappresentata da rapporti eterosessuali. È chiaro che alla base della diffusione del virus vi è il mancato utilizzo del condom.È scientificamente provato poi che le M.S.T. (Malattie Sessualmente Trasmissibili) aumentano il rischio di contrarre anche l'infezione da HIV.
È opportuno ribadire che sono determinati comportamenti sessuali a configurare una situazione di rischio di infezione da HIV. Al contrario, l'orientamento sessuale di per sé non èda considerarsi un fattore di rischio per l'infezione.

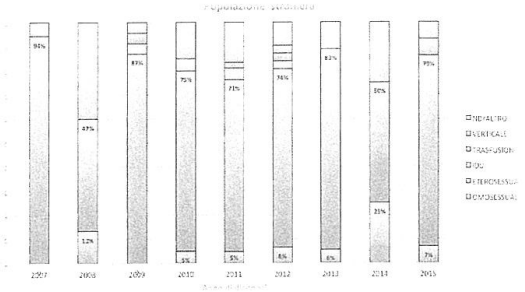
Riassumendo...

- ⇨ TUTTE LE PERSONE CHE HANNO COMPORTAMENTI SESSUALI AD ALTO RISCHIO PER INFEZIONE DA HIV (SCHEDA 1) DOVREBBERO EFFETTUARE IL TEST SECONDO IL PRINCIPIO DI RESPONSABILITÀ INDIVIDUALE

- ⇨ TUTTI GLI OPERATORI DEL SSR CHE VENGONO IN CONTATTO CON PERSONE CHE HANNO COMPORTAMENTI SESSUALI AD ALTO RISCHIO DI INFEZIONE DI HIV (SCHEDA 1) DEVONO PROPORRE SISTEMATICAMENTE IL TEST HIV

⇨ A TUTTE LE PERSONE CHE SI RIVOLGONO AI CENTRI MST REGIONALI DEVE ESSERE OFFERTO ATTIVAMENTE E SISTEMATICAMENTE IL TEST HIV

⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTE LE PERSONE CHE HANNO SUBITO UNA VIOLENZA SESSUALE SECONDO I CRITERI, I TEMPI E LE MODALITÀ PREVISTI DAI PROTOCOLLI PER L'OFFERTA DELLA PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE

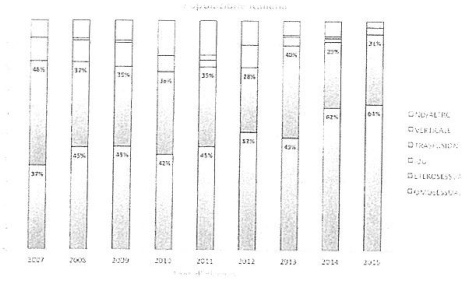


2. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE ALLE PERSONE CHE APPARTENGONO A GRUPPI AD ALTA PREVALENZA DI HIV

L'UNAIDS definisce Paese in cui vi è epidemia generalizzata di HIV quello in cui l'infezione permane stabile nella popolazione generale. Vi sono sottopopolazioni ad alto rischio che possono continuare a contribuire in modo significativo alla diffusione del virus HIV e comunque la trasmissione sessuale nella popolazione generale è diffusa tanto da poter sostenere l'epidemia a prescindere dal contributo dato dalle sottopopolazioni a più alto rischio di infezione.

Nei Paesi come il nostro, dove l'epidemia di HIV è definita concentrata, è presente una prevalenza alta di HIV in uno o più sottopopolazioni: in questi gruppi la promozione del test HIV risulta prioritaria.

MODALITA' DI TRASMISSIONE NELLA POPOLAZIONE RESIDENTE PUGLIESE



UTENTI SERT ED IDU

In Puglia, dal 2007 sono diminuite le diagnosi nei consumatori di droghe per via endovenosa (3% nel 2015).

Come indicato nelle *Nuove Linee di indirizzo per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze nei Servizi per le Dipendenze* (anno 2016), promosso e finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero per la Cooperazione e l'Integrazione - Dipartimento Politiche Antidroga (redatto a cura del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate dell'Istituto Superiore di Sanità) lo screening per l'infezione da HIV dovrebbe essere proposto, nei SerT e nei DDP, a tutti gli utenti che fanno uso di droghe iniettive e non iniettive nella fase di prima accoglienza; a coloro che presentano sintomi suggestivi di infezione acuta da HIV o compatibili e comunque a tutti gli utenti in carico, indipendentemente dai comportamenti a rischio riferiti, ogni 6-12 mesi.

MIGRANTI DA AREE AD ALTA PREVALENZA

La prevalenza di infezione da HIV nei migranti provenienti da Paesi ad alta endemia non è facile da stimare con precisione. Nell'anno 2015 l'incidenza fra gli stranieri residenti in Puglia si è attestata al 24,6 per 100.000. Un dato molto rilevante se rapportato al panorama nazionale. Alcuni paesi stranieri, grazie alle stime dell'UNAIDS, sono definiti ad elevata prevalenza,fra questi l'Africa subsahariana e alcuni paesi asiatici (es. Thailandia). Tra i migranti, inoltre, frequentemente la presenza di infezione si somma a

situazioni di particolare vulnerabilità (barriere linguistiche, culturali, economiche, giuridiche) determinando un aggravamento della condizione di rischio.

In Puglia, attualmente sono attivi tre Centri di Accoglienza per Richiedenti Asilo Politico (Bari Palese, Foggia Borgo Mezzanone, Brindisi Restinco) e un centro di Identificazione ed Espulsione (C.I.E.), sito in Bari, oltre a diverse realtà abitative (case-famiglia) di minore recettività diffuse sul territorio regionale. La presenza di soggetti immigrati pertanto èuna realtà diffusa sul territorio regionale da considerare nella stesura di politiche di offerta del test.

Ai soggetti provenienti da aree ad elevata endemia di HIV, il test andrebbe offerto all'ingresso e nei successivi controlli ai quali sono sottoposti. In quest'ottica, la Regione Puglia ha già avviato una collaborazione con l'U.O.C. Igiene dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico Bari.Nell'ambito della Sorveglianza sindromica e profilassi immunitaria nelle strutture di accoglienza degli immigrati (D.G.R. 565 del 2/4/2014) è inserito anche lo screening per HIV che attualmente viene effettuato dall'U.O.C. Igiene solo per i richiedenti asilo presenti presso il C.A.R.A. Bari – Palese.

Riassumendo...

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO ATTIVAMENTE E SISTEMATICAMENTE A TUTTE LE PERSONE CHE HANNO FATTO O FANNO USO, ANCHE SALTUARIO, DI DROGHE PER VIA INIETTIVA E NON INIETTIVA

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO A TUTTI GLI UTENTI IN CARICO AI SERT E DDP

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO ATTIVAMENTE E SISTEMATICAMENTE A TUTTE LE PERSONE ORIGINARIE DI PAESI AD ALTA ENDEMIA DI HIV (PREVALENZA >1% - RIFERIMENTO ALLE STIME UNAIDS) ALLA PRIMA OCCASIONE IN CUI SI RIVOLGONO ALLE STRUTTURE DEL SSR O A SERVIZI

DEDICATI ALLA TUTELA DELLA LORO SALUTE, INDIPENDENTEMENTE DAI COMPORTAMENTI A RISCHIO RIFERITI

⇨ **È NECESSARIO PREVEDERE UNO SCREENING DEI SOGGETTI OSPITATI PRESSO I C.A.R.A. DELLA REGIONE PUGLIA IN COLLABORAZIONE CON GLI OSPEDALI PIU' VICINI CHE ESEGUONO DIAGNOSTICA HIV**

3. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE ALLE PERSONE CHE PRESENTANO SPECIFICHE PATOLOGIE E CONDIZIONI CLINICHE

Il progressivo peggioramento dell'immunità cellulo-mediata della persona che ha contratto l'infezione da HIV si accompagna generalmente alla comparsa di infezioni opportunistiche o di alcune forme di tumori. Alcune possono presentarsi in qualunque stadio dell'infezione da HIV mentre quelle definite "maggiori" rappresentano l'evoluzione dell'infezione da HIV verso la malattia (AIDS). Specifiche patologie **(scheda 2)** o condizioni cliniche sono associate a una prevalenza di HIV non diagnosticata >0,1%, valore per il quale l'offerta attiva del test HIV risulta costo-efficace. Si tratta o di patologie infettive che condividono la stessa via di trasmissione dell'HIV o di malattie o condizioni cliniche il cui instaurarsi è facilitato dal caratteristicoimmunodeficit associato all'infezione da HIV.

Al momento della loro diagnosi o evidenza è necessario che venga proposto il test. Sono tutt'altro che infrequenti i casi di persone con diagnosi tardiva di HIV o in AIDS con sintomi, infezioni o patologie associate all'HIV in anamnesi, che non hanno mai eseguito il test HIV in passato.

Una quota variabile di pazienti con recente infezione da HIV, manifesta, nelle prime settimane dopo il contagio, una sintomatologia contraddistinta da febbre e sintomi di un'infezione virale non specifica. L'alta probabilità che la sintomatologia sia causata da infezione di altra natura, ma anche perché frequentemente il medico non pensa all'eventualità dell'HIV, il test non è proposto e le infezioni acute da HIV spesso non sono diagnosticate. In questa fase le persone che hanno contratto il virus sono da 25 a 30 volte più contagiose rispetto alla fase di infezione cronica successiva, poiché presentano viremia elevata. Una diagnosi di infezione acuta da HIV tempestiva è quindi strategica anche in termini di salute pubblica.

Riassumendo...

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTI I PAZIENTI CHE PRESENTANO SINTOMATOLOGIA SUGGESTIVA DI INFEZIONE ACUTA DA HIV

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO A TUTTI I PAZIENTI CHE PRESENTANO PATOLOGIE O CONDIZIONI CLINICHE ASSOCIATE ALL'INFEZIONE DA HIV (SCHEDA 2). L'OFFERTA DEL TEST IN QUESTI CASI È FORTEMENTE RACCOMANDATA E DEVE ESSERE SISTEMATICA

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO A TUTTI I PAZIENTI CHE PRESENTANO PATOLOGIE COMPRESE NELLA DEFINIZIONE DI AIDS (SCHEDA 2). L'OFFERTA DEL TEST IN QUESTI CASI È FORTEMENTE RACCOMANDATA E DEVE ESSERE SISTEMATICA

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTI I PAZIENTI CHE PRESENTANO UNA CONDIZIONE O PATOLOGIA LA CUI GESTIONE PUÒ ESSERE INFLUENZATA DALLA CONOSCENZA DELLO STATO SIEROLOGICO PER HIV (SCHEDA 2)

⇨ L'OFFERTA DEL TEST HIV GIUSTIFICATA DA SPECIFICHE CONDIZIONI CLINICHE VA CONSIDERATA COME PARTE DELLA PROCEDURA DIAGNOSTICA STANDARD ED EFFETTUATA INDIPENDENTEMENTE DALLA CONDIZIONE DI RISCHIO

⇨ **È IMPORTANTE LA DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO IN SCHEDA3 SOPRATTUTTO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E AGLI SPECIALISTIDELLE BRANCHE ALLE QUALI TALI MALATTIE AFFERISCONO,** PERCHE' L'OFFERTA DEL TEST HIV DIVENTI PUNTO CRUCIALE DELLA DIAGNOSTICA CLINICA

4. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTE LE DONNE IN EPOCA PRE-CONCEZIONALE O IN GRAVIDANZA E AI LORO PARTNER

Sebbene in Italia e nella nostra regione la prevalenza di HIV nelle donne a termine di gravidanza sia bassa, l'efficacia degli interventi di prevenzione della trasmissione verticale disponibili e le gravi conseguenze che avrebbe una mancata diagnosi in una donna in gravidanza in termini di rischio di infezione del neonato, impongono di offrire il test HIV a tutte le donne gravide.

L'offerta del test HIV deve rientrare tra gli accertamenti diagnostici prescritti in gravidanza indipendentemente da ogni valutazione di rischio, così come già attualmente previsto e indicato dai protocolli regionali (D.G.R. n.413/2015).
Sarebbe opportuno prevedere un'offerta attiva del test anche ai partner delle donne in gravidanza o delle donne in epoca pre-concezionale.

⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO A TUTTE LE DONNE IN EPOCA PRE-CONCEZIONALE, AL MOMENTO DEL RISCONTRO DELLA GRAVIDANZA E SUCCESSIVAMENTE DURANTE LA GESTAZIONE, SE SI VERIFICANO CONDIZIONI DI RISCHIO. L'OFFERTA DEL TEST IN QUESTI CASI È FORTEMENTE RACCOMANDATA E DEVE ESSERE SISTEMATICA.

⇨ L'OFFERTA DEL TEST HIV RIVOLTA ALLE DONNE IN EPOCA PRE-CONCEZIONALE O IN GRAVIDANZA VA CONSIDERATA COME PARTE DELLA PROCEDURA DIAGNOSTICA STANDARD ED EFFETTUATA INDIPENDENTEMENTE DALLA CONDIZIONE DI RISCHIO.

⇨ IL PERSONALE SANITARIO CHE ASSISTE LE DONNE AL PARTO DEVE VERIFICARE CHE SIA STATO ESEGUITO IL TEST HIV DURANTE LA GRAVIDANZA. SE QUESTO NON È AVVENUTO, DOVRÀ ESSERE OFFERTO IL TEST CON PROCEDURA D'URGENZA AL FINE DI POTERE PRENDERE LE OPPORTUNE DECISIONI SUGLI INTERVENTI DI PROFILASSI DA METTERE IN ATTO, INCLUSE LE MODALITÀ DI ESPLETAMENTO DEL PARTO.

5. IL TEST HIV È OBBLIGATORIO PER TUTTI I DONATORI DI SANGUE E DI EMOCOMPONENTI, DI ORGANI E DI CELLULE

In Italia il livello di sicurezza degli emocomponenti e dei farmaci plasmaderivati rispetto al rischio di trasmissione di infezioni tra le quali HIV, HCV e HBV è, da molti anni, estremamente elevato. Ne sono garanzia il sistema basato sulla donazione volontaria, periodica, anonima, responsabile e non remunerata, l'utilizzo di una diagnostica di alta qualità in termini di sensibilità dei test utilizzati e l'accurata selezione dei donatori di sangue.

Attualmente, il rischio residuo di contrarre un'infezione a seguito di una trasfusione di sangue in Puglia, così come nel resto dell'Italia, è prossimo allo zero. Con riferimento specifico all'infezione da HIV il rischio è stimato in circa 0,8 casi per milione di donazioni. Nel nostro Paese, da oltre dieci anni, non sono state segnalate infezioni da HIV post-trasfusionali.

Ormai da decenni per obbligo normativo, di cui l'ultimo aggiornamento è il DM del 2 novembre 2015 *Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti* (GU Serie Generale n.300 del 28-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 69), il donatore a ogni donazione, a qualunque uso essa sia destinata, uso clinico o produzione di farmaci emoderivati, viene obbligatoriamente sottoposto agli esami di laboratorio volti a escludere la positività degli indicatori di principali agenti trasmissibili con il sangue, tra cui rientra l'infezione da HIV.

Il percorso che porta alla valutazione di idoneità del potenziale donatore di organi e tessuti è quello riportato nei Protocolli e procedure in essere per la sicurezza del processo donazione-trapianto discendenti delle Linee Guida per la valutazione di idoneità del donatore, allegato tecnico al Decreto Ministeriale del 2 agosto 2002 relativo ai *Criteri e modalità per la certificazione dell'idoneità degli organi prelevati a scopo di trapianto*, pubblicato in G.U. n. 258 del 4 novembre 2002.

Il percorso prevede che vengano attuate misure diagnostiche finalizzate alla identificazione di eventuali patologie o di possibili fattori di rischio nel potenziale donatore di organi e tessuti. Le attuali procedure di valutazione dei potenziali donatori prevedono la valutazione sierologica relativa all'infezione da HIV (anticorpi).

Spesso i soggetti si rivolgono ai centri trasfusionali per effettuare indagini diagnostiche piuttosto chesotto la spinta di un vero senso di solidarietà. Bisogna ribadire il concetto, già presente nel *Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia*, che il ricorso ai centri trasfusionali non è da considerarsi assolutamente prassi corretta.

Riassumendo...

- ⇨ IL TEST HIV È OBBLIGATORIO PER TUTTI I DONATORI DI SANGUE O EMOCOMPONENTI, DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE

- ⇨ IL TEST HIV PRESSO I CENTRI TRASFUSIONALI DEVE ESSERE ACCOMPAGNATO DA COUNSELLING PRE E POST-TEST E DEV'ESSERE COMPLETATO L'ALGORITMO DIAGNOSTICO

6. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTE LE PERSONE CON ESPOSIZIONE A FONTE POTENZIALMENTE CONTAGIOSA PER HIV NELL'AMBITO DELLE PROCEDURE DELL'OFFERTA DELLA PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE

Si possono verificare situazione di rischio di acquisizione dell'infezione da HIV che possono prescindere da comportamenti adottati dalla persona (esposizione accidentale a materiale infetto ed esposizione sessuale ad alto rischio), per le quali, se sussistono condizioni specifiche, è indicata la valutazione della prescrizione della profilassi con farmaci antiretrovirali.

La profilassi post-esposizione (PPE) con antiretrovirali è parte integrante del complesso delle misure disponibili per ridurre il rischio di infezione da HIV e, tra gli esami di base e i controlli dell'esposto previsti dalle procedure, rientra il test HIV.

Riassumendo...

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE SISTEMATICAMENTE OFFERTO A TUTTE LE PERSONE CON ESPOSIZIONE ACCIDENTALE PERCUTANEA (FERITE DA TAGLIO, DA PUNTA, CONTAMINAZIONI MUCOSE E/O DI CUTE NON INTEGRA) ED ESPOSIZIONE SESSUALE AD ALTO RISCHIO, A MATERIALE POTENZIALMENTE INFETTO SECONDO I CRITERI, I TEMPI E LE MODALITÀ PREVISTI DAI PROTOCOLLI PER LA PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE A HIV.

7. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTE LE PERSONE IN REGIME DI DETENZIONE, COMPRESI I MINORI

L'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga ed il crimine (UNODC) pone l'accento, da alcuni anni, sull'elevata diffusione di HIV fra i detenuti di tutto il mondo.
In Estonia, alcuni studi, hanno rilevato una prevalenza che oscilla tra l'8,8 e il 23,9%, mentre in Europa occidentale la prevalenza si attesta al 2%. In linea con questo dato, un recente studio multicentrico condotto in Italiaha registrato una prevalenza dell'HIV del 2% nella popolazione detenuta .
Come per le altre infezioni, il possibileuso di siringhe non sterili, i tatuaggi effettuati con strumentiinadeguati e il mancato o scorretto utilizzo del condom, rendono il carcere un ambiente ad alto rischio per la trasmissione dell'infezione. A questo si aggiunge il sovraffollamento, le scarse condizioni igienico-sanitari, la carenza di politiche sanitarie realmente efficaci.
I soggetti in regime di detenzione possono essere infetti già all'ingresso ma le caratteristiche del contesto carcerario appena descritte favoriscono la diffusione dell'infezione all'interno della struttura.
È assolutamente necessario avviare dei seri programmi di prevenzione e di educazione sanitaria anche all'interno degli istituti penitenziari pugliesi, orientati all'offerta attiva del test HIV e adattività di informazione sull'infezione da HIV/AIDS, sui rischi della convivenza intramuraria e di alcuni comportamenti sessuali e non (scambio di siringhe, tatuaggi).

In linea con le raccomandazioni del *Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia*, la Regione Puglia si pone l'obiettivo di offrire il test a tutta la popolazione detenuta, compresi i minori. Il test HIV deve essere proposto come esame diagnostico da effettuare all'ingresso, indipendentemente dal fattore di rischio, e dev'essere ripetuto eventualmente durante la permanenza.
L'offerta del test, secondo la Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS, è obbligo anche etico dei Medici Incaricati e del S.I.A.S. (Servizio Integrativo di Assistenza

Sanitaria).La Regione Puglia, perciò, prevede un raccordo con questi soggetti al fine di favorire l'offerta e l'esecuzione del test nelle strutture penitenziarie presentisul territorio regionale.

Il test offerto ai soggetti in regime di detenzione dovrà sempre rispettare le modalità di offerta ed esecuzione previste dalla normativa vigente e qui più volte sottolineate. A tal proposito è importante che l'attività di counselling sia strutturata tenendo conto della condizione nella quale il soggetto detenuto viene a trovarsi.

In nessun caso il test HIV potrà essere eseguito senza il consenso del soggetto detenuto.

In caso di positività al test, al soggetto dovrà essere garantito l'intero percorso diagnostico-terapeutico.

Riassumendo...

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE SISTEMATICAMENTE OFFERTO A TUTTE LE PERSONE IN REGIME DI DETENZIONE, MINORI COMPRESI.
- ⇨ LE MODALITA' DI OFFERTA ED EROGAZIONE DEL TEST DEVONO RISPETTARE I PRINCIPI DELLA NORMATIVA VIGENTE.
- ⇨ E' NECESSARIO PREVEDEREATTIVITA' DI INFORMAZIONE ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE PENITENZIARIE.
- ⇨ I MEDICI INCARICATI HANNO L'OBBLIGO ETICO DI OFFRIRE IL TEST HIV AI SOGGETTI DETENUTI.

SINTESI: A CHI DA CHI OFFRIRE QUANDO E COME

A CHI		DA CHI	QUANDO	COME
PERSONECHEHANNO RAPPORTISESSUALINON PROTETTI	ad alto rischio	operatori sanitari, inparticolare: MMG, Consultori familiari, Centri IST, Centri Medicina dei Viaggi, Ginecologia, Dermatologia, Malattieinfettive, Urologia,Andrologia, Proctologia, Pronto Soccorso, Centri SVS	A distanza di 40 giorni o 3 mesi dal rischio a seconda del test utilizzato Eventuale ripetizione del test ogni 3 o 6 mesi	Counselling Offerta attiva sistematica Valutazioni condizioni di rischio
		Operatori non appartenenti al SSR ma coordinati con i centri clinici specializzati (associazioni)		
PERSONECHE APPARTENGONO AGRUPPI AD ALTA PREVALENZA DI HIV	Popolazione originaria da Paesi ad elevata endemia di HIV	operatorisanitari, inparticolare: C.A.R.A., Ambulatori dedicati alla tutela della salutepopolazionestraniera, Centri Medicina dei Viaggi, MMG.	Al primo contatto con il SSR e Servizi dedicati	Counselling Offerta attiva sistematica Valutazioni condizioni di rischio
		Operatori non appartenenti al SSR ma coordinati con i centri clinici specializzati (associazioni)		
	Persone che fanno uso o che hanno fatto uso di droghe per via iniettiva e non iniettiva	Operatori sanitari: SerD, MMG	Al primo contatto con il SerD ed eventualmente ripetizione ogni 6 o 12 mesi a seconda dell'esposizione a rischio	Counselling Offerta attiva sistematica
		Operatori non appartenenti al SSR ma coordinati con i centri clinici specializzati (associazioni)		
PERSONECHE PRESENTANOSPECIFICHE PATOLOGIE ECONDIZIONI CLINICHE	• sintomatologia suggestiva diinfezione acutada HIV confattoredi rischio; • patologiecompresenella definizione di AIDS; • patologieo condizioni cliniche associatea una prevalenza di HIV non diagnosticata>0,1%; • patologieperlequali il nonidentificare l'HIV può influenzarela gestione clinica della malattia	operatori sanitari, inparticolare:MMG Neurologia, Pneumologia, Dermatologia, Urologia, Gastroenterologia, Oncologia, Ginecologia, Infettivologia, Ematologia, Reumatologia, Oculista, Otorino laringoiatra, Nefrologia, Medicina di urgenza, Odontostomatologia,	Alla diagnosi della patologia o all'instaurarsi della condizione clinica	Counselling Offerta attiva sistematica
COPPIE CHE PIANIFICANO UNA GRAVIDANZA O CHE HANNO CONCEPITO	Donne in epoca pre concezionale o in gravidanza (ed eventualmente i loro partner)	operatori sanitari, inparticolare: Consultori familiari, Ginecologia, Ostetricia, Medicina generale, Centrifertilità		Counselling Offerta attiva sistematica
DONATORIDISANGUE O EMOCOMPONENTI, DI CELLULE E TESSUTI		Servizi trasfusionali	ad ogni donazione	Offerta attiva sistematica ed esclusione dalla donazione in caso di rifiuto all'esecuzione del test Secondo procedure previste dai protocolli vigenti
		Laboratori delle strutture di prelievo (donatori di organi e tessuti) come da protocolli vigenti		
PERSONECON ESPOSIZIONE AFONTE POTENZIALMENTE CONTAGIOSAPER HIV		Malattie infettive, PS	Secondo quanto previsto dai protocolli per la profilassi post-esposizione a HIV	Secondo quanto previsto dai protocolli per la profilassi post-esposizione
PERSONESOTTOPOSTE A REGIME DI DETENZIONE, MINORI COMPRESI		Medici incaricati, S.I.A.S.	All'ingresso ed eventuale ripetizione durante la permanenza	Counselling Offerta attiva sistematica

RICONOSCIMENTO DEI FATTORI DI RISCHIO

L'identificazione del rischio è tappa fondamentale nell'offerta del test ai soggetti che effettivamente ne possono beneficiare.

L'identificazione del rischio può essere articolata su duelivelli:

- Valutazione del rischio da parte degli operatori sanitari che entrano in contatto con il soggetto
- Supporto di associazioni nel promuovere il test e nell'informare sugli eventuali fattori di rischio connessi all'infezione da HIV.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI

L'adesione convinta del personale sanitario al progetto rappresenta una componente centrale. Un approccio partecipativo alla promozione del test HIV da parte degli operatori sanitari gioca un ruolo decisivo sulla scelta di accettare o meno il test. Pertanto occorre promuovere l'attenzione rispetto alle situazioni e condizioni in cui è opportuna l'offerta del test, accrescere le conoscenze aggiornate sull'infezione, motivare sull'importanza dell'offerta attiva e sistematica del test HIV. La promozione del test nell'ottica del *PICT – provider-initiated HIV testing and counselling*, fa sì che gli operatori sanitari siano coinvolti come protagonisti nelle politiche di offerta al test. Il loro ruolo è determinante anche nel riconoscimento degli eventuali comportamenti a rischio e delle patologie indicative di HIV/AIDS (scheda 2), al fine di promuovere il test ai soggetti che potrebbero effettivamente beneficiarne.

MEDICI DI MEDICINA GENERALE

I Medici di Medicina Generale (MMG) assumono un ruolo fondamentale dato che rappresentano il primo contatto con l'utenza in caso di problemi sanitari e conoscono i loro assistiti. I Medici di Medicina Generale, se necessario, dovranno proporre attivamente il test HIV ai loro assistiti, possibilmente indirizzandoli nel percorso (individuazione del centro erogatore, contatto col centro, etc.). Ai Medici di Medicina Generale spetta anche il compito di "normalizzare" il test HIV, facendolo rientrare nei comuni esami diagnostici in caso di patologie o condizioni suggestive di infezione (schede 2 e 3) o anche solo come esame routinario in relazione a particolari fattori di rischio (sessuali, lavorativi, etc.) svincolandolo dalle barriere e dallo stigma che spesso ne impediscono l'offerta da parte dei medici e l'esecuzione da parte degli utenti.
Inoltre, nella sala d'attesa dello studio del MMG potrebbero essere affisse locandine informative per consentire anche a tutti gli assistiti di avere informazioni utili su HIV.

MEDICI SPECIALISTI

Le patologie indicative di HIV presenti nella scheda 2 sono spesso condizioni che richiedono il ricovero del soggetto. A fronte di ciò, vi deve essere una particolare attenzione da parte dei medici delle varie branche specialistiche che diagnosticano le patologie elencate nella tabella. È importante una sensibilizzazione degli stessi perché propongano il test HIV in regime di ricovero, al fine digarantire una corretta gestione clinico-diagnostica del soggetto.

Le branche specialistiche maggiormente coinvolte e le patologie correlate sono presentate nella Scheda 3.

RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI NEL RICONOSCIMENTO DEI RISCHI E NELL'OFFERTA ATTIVA DEL TEST

Le associazioni di volontariato che si occupano di HIV/AIDS spesso rappresentano un punto di riferimento per soggetti che raramente si rivolgono alle strutture sanitarie. La mission delle associazioni è proprio quella di fornire informazione e supporto e, grazieall'atmosfera informale, non è infrequente che il soggetto preferisca fare riferimentoa queste per palesare i propri dubbi e le proprie preoccupazioni.

Di questo aspetto bisogna tenere conto nella fase di programmazione e realizzazione di politiche mirate a promuovere il test, in quanto queste realtà andranno coinvolte e formate al fine di promuovere il test HIV in maniera corretta in questi contesti e all'utenza che ne fa riferimento.

Il loro coinvolgimento attivo sarà punto cruciale nelle strategie di promozione ed offerta del test, anche con iniziative nei luoghi delle associazioni (ad es. test rapidi – cfr. paragrafi successivi).

TESTING

TEST DISPONIBILI PER LO SCREENING DELL'INFEZIONE DELL'HIV E LORO INTERPRETAZIONE

TEST SIEROLOGICIDI 3a E 4a GENERAZIONE

La diagnosi di laboratorio dell'infezione da HIV si basa sulla ricerca di anticorpi specifici con test immunometrici di I livello (o di screening) di 3a generazione.

I test immunometrici di 4a generazione, che rivelano la presenza sia di anticorpi sia dell'antigene p24 del virus HIV, sono più sensibili e in grado di ridurre il periodo finestra di circa 8-10 giorni rispetto ai test di 3a generazione.

I soggetti che si sottopongono al test devono essere informati anche sul tipo di test utilizzato. A tal fine assume importanza il counselling che fornirà informazioni utili sul test e quindi sul relativo periodo finestra.

Come esplicitato nel modulo del consenso informato, l'utente deve sempre essere a conoscenza del fatto che l'indagine diagnostica può prevedere uno o più prelievi successivi di campioni di sangue indipendentemente dall'esito finale.

Un risultato positivo allo screening necessita di test supplementare di conferma. La sola positività allo screening non deve essere considerata diagnostica per infezione da HIV.

Riassumendo...

- ⇨ I TEST IMMUNOMETRICI DI 4a GENERAZIONE (TEST DI I LIVELLO) SONO I TEST DI SCELTA INDICATI PER LA DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV IN PARTICOLARE PER I CASI DI SOSPETTO DI INFEZIONE ACUTA O RECENTE E SE IL TEST VIENE ESEGUITO PER LA DONAZIONE D'ORGANO E DI EMOCOMPONENTI.

- ⇨ DEVONO ESSERE UTILIZZATI TEST IMMUNOMETRICI CHE RICERCANO SIA ANTICORPI DIRETTI CONTRO HIV1 CHE HIV2 E CHE SIANO SENSIBILI AL SOTTOGRUPPO O DI HIV-1.

- ⇨ I RISULTATI POSITIVI O DUBBI AI TEST DI I LIVELLO DEVONO SEMPRE ESSERE CONFERMATI MEDIANTE WESTERNBLOT/IMMUNOBLOTTING (TEST DI II LIVELLO O DI CONFERMA) E/O HIV RNA.

- ⇨ NEL CASO I RISULTATI DEI TEST SIEROLOGICI NON SIANO CONCLUSIVI RISULTA DETERMINANTE LA RICERCA DI HIV RNA EFFETTUABILE PRESSO I LABORATORI DI RIFERIMENTO.

- ⇨ I LABORATORI PUBBLICI CHE ESEGUONO TEST SIEROLOGICI ANTI-HIV DEVONO PREFERENZIALMENTE UTILIZZARE LA PROVETTA MADRE, INSERIRE ALL'INTERNO DI CIASCUNA SEDUTA UN CONTROLLO DI QUALITÀ INTERNO E PARTECIPARE AD UN PROGRAMMA DI VALUTAZIONE ESTERNA DI QUALITÀ (VEQ) SU BASE REGIONALE, NAZIONALE O INTERNAZIONALE.

INTERPRETAZIONE DEL RISULTATO E REFERTAZIONE DEL TEST SIEROLOGICO

Il risultato negativo del test di screening indica assenza di anticorpi specifici e quindi è suggestivo di assenza di infezione da HIV. Il valore predittivo negativo del test sierologico è molto elevato in assenza di fattori di rischio e non va ripetuto. Se invece si sospetta un'esposizione recente il test dev'essere ripetuto a distanza di almeno un mese.
Nel caso di sospetta infezione acuta da HIV, il test di scelta è HIV RNA (fase "finestra" in cui gli anticorpi possono essere ancora non identificabili).
Il risultato del test di screening indica la presenza di infezione da HIV solo dopo che il test supplementare di conferma risulta concordemente positivo. Nel caso di risultati discordanti è sempre indicata la ricerca di HIV RNA (positivo nella fase "finestra").
Il referto va consegnato esclusivamente alla persona a cui l'esame si riferisce e sempre solo a conclusione dell'interoiter diagnostico.
Nel caso il laboratorio identificato dal progetto non esegua il test di conferma Western Blot/Immunoblottingè necessario l'invio tempestivo del campione di siero al centro più vicino in grado di completare l'algoritmo diagnostico (test di conferma e/o HIV-RNA).

Riassumendo...

- ⇨ IL RISULTATO NEGATIVO DEL TEST IMMUNOMETRICO DI I LIVELLO (SCREENING) INDICA ASSENZA DI INFEZIONE DA HIV SE ESEGUITO DOPO ALMENO 3 MESI DALL'ULTIMA ESPOSIZIONE POTENZIALMENTE A RISCHIO.

- ⇨ IN CASO DI REATTIVITÀ DEL TEST IMMUNOMETRICO DI I LIVELLO, DEVE ESSERE SEMPRE ESEGUITO IL TEST DI CONFERMA WESTERN BLOT E/O HIV RNA (TEST DI II LIVELLO).

- ⇨ NEL CASO DI RISULTATI DISCORDANTI (TEST I LIVELLO REATTIVO/WESTERN BLOT/IMMUNOBLOT NEGATIVO O INDETERMINATO) È INDICATA L'ESECUZIONE HIV RNA TRAMITE L'INVIO DEL CAMPIONE PRESSO I CENTRI IN GRADO DI COMPLETARE L'ALGORITMO DIAGNOSTICO. NEL CASO DI SOSPETTA INFEZIONE ACUTA DA HIV, IL TEST DI SCELTA È HIV RNA (FASE "FINESTRA").

- ⇨ IL REFERTO DEVE RIPORTARE IL RISULTATO DEL TEST COME "POSITIVO"/"REATTIVO" O "NEGATIVO"/"NON REATTIVO" INSIEME ALLE INFORMAZIONI SUL METODO UTILIZZATO PER L'ESECUZIONE DEI TEST (ELISA, CHEMILUMINESCENZA, ETC.).

- ⇨ LA REFERTAZIONE DI UN RISULTATO "POSITIVO"/"REATTIVO" DEVE ESSERE EFFETTUATA SOLO DOPO CONFERMA DEL RISULTATO AL TEST IMMUNOMETRICO DI I LIVELLO CON IL TEST DI CONFERMA WESTERN BLOT/IMMUNOBLOTTING E/O HIV RNA.

- ⇨ I TEMPI DI REFERTAZIONE DELL'ALGORITMO DIAGNOSTICO DEVONO ESSERE CONTENUTI DI NORMA ENTRO UNA SETTIMANA.

- ⇨ OGNI REFERTO DI POSITIVITÀ/REATTIVITÀ PER HIV DEVE ESSERE CONSEGNATO ESCLUSIVAMENTE ALLA PERSONA A CUI L'ESAME SI RIFERISCE, CON COUNSELLING POST TEST E CONTATTO CON CENTROCLINICO DI MALATTIE INFETTIVE PER INVIO DEL PAZIENTE.

TEST RAPIDI

Nell'ambito delle strategie di facilitazione dell'offerta del test HIV, i test rapidi possono giocare un ruolo strategico, per la loro facilità di esecuzione e rapidità di

interpretazione, sia in contesti sanitari (UOC Igiene, Centro di Malattie Infettive, Centri MST, SerT, DDP) sia nell'ambito di interventi di prevenzione promossi da organizzazioni non appartenenti al SSR (CAMA-Lila, Arcigay, Terzo settore).

Nel caso dell'utilizzo di questi test in contesti diversi da quelli dei centri del SSR è indispensabile prevedere il raccordo con i Laboratori, i Centri di Malattie Infettivedelle ASL e l'UOC di Igiene del Policlinico di Bari. È indispensabile elaborare procedure specifiche per il loro corretto uso e per l'interpretazione dei risultati, soprattutto per quelli dubbi e positivi.

Il vantaggio dei test rapidi è rappresentato dalla maggiore rapidità nell'ottenere il risultato (20-30 minuti), dalla possibilità di utilizzare procedure semplici e ben accette (test salivari), dal fatto di poter garantire il completo anonimato senza il rilascio di un referto scritto e dalla possibilità di poter gestire il test in contesti non sanitari, andando ad intercettare soggetti a rischio che, però, difficilmente si rivolgerebbero a strutture sanitarie.

I test rapidi per HIV, pur avendo raggiunto un elevato livello tecnologico in termini di sensibilità e specificità, devono essere offerti da operatori sanitari formati prevedendo l'effettuazione di una valutazione del rischio per HIV della persona che vi si sottopone, in particolare, in considerazione della "fase finestra" e della matrice biologica su cui i test rapidi vengono applicati.

L'uso dei test rapidi per HIV presenta, infatti, limitazioni relativamente all'interpretazione dei risultati negativi nel caso di infezioni acute da HIV e durante il "periodo finestra" (più lungo rispetto ai test convenzionali).

Il risultato positivo richiede sempre l'esecuzione di un test di conferma, secondo le procedure precedentemente indicate, e la persona che vi si sottopone deve sempre essere a conoscenza del fatto che l'analisi può prevedere uno o più prelievi successivi di campioni di sangue in base all'esito della reattività e che è previsto un percorso di presa in carico da parte delle strutture del SSR per l'effettuazione del test sierologico di primo e secondo livello.

Bisogna anche tener conto che la recente introduzione di self-test per HIV venduti in farmacia supporta la necessità da parte dell'utenza di un test rapido e gestito in maniera autonoma. Questo, d'altra parte, fa sì che venga persa la fase di counselling con il soggetto, utile anche a scopo preventivo ed educativo. Il soggetto, inoltre, è lasciato da solo a gestire un test che di per sé genera ansie e tensione ed anche il relativo risultato

con le implicazioni di natura psicologica, medica e di sanità pubblica. La possibilità di offrire gratuitamente il test rapido in ambiti non usuali (associazioni e terzo settore) consente di garantire le esigenze dell'utenza e di esplicare le funzioni di informazione, educazione sanitaria e supporto identificate nel counselling e testing HIV.

Riassumendo...

- ⇨ L'OPERATORE SANITARIO OPPORTUNAMENTE FORMATO, CHE OFFRE IL TEST RAPIDO PER HIV DEVE EFFETTUARE LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI ACQUISIZIONE DELL'INFEZIONE DELLA PERSONA CHE SI SOTTOPONE AL TEST.

- ⇨ IL RISULTATO DEL TEST RAPIDO PER HIV DEVE ESSERE COMUNICATO VERBALMENTE DURANTE UN COLLOQUIO E VA CONTESTUALIZZATO IN BASE ALLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI ACQUISIZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV DELLA PERSONA CHE SI SOTTOPONE AL TEST. QUANDO LA PERSONA HA RIFERITO ESPOSIZIONI DUBBIE O NOTE NEI TRE MESI PRECEDENTI L'ESECUZIONE DEL TEST, L'OPERATORE DEVE PROPORRE L'INVIO DELLA PERSONA A UN CENTRO SPECIALIZZATO ED EVENTUALMENTE LA RIPETIZIONE DEL TEST

- ⇨ LA POSITIVITÀ DI UN TEST RAPIDO DEVE ESSERE SEMPRE CONFERMATA CON ALTRE METODICHE DI RIFERIMENTO,SECONDO GLI ALGORITMI PROCEDURALI PREVISTI PER IL TEST CONVENZIONALE DI SCREENING (I LIVELLO)

- ⇨ IL RISULTATO REATTIVO DEL TEST RAPIDO PUÒ ESSERE INTERPRETATO COME "PRELIMINARMENTE POSITIVO", MA NECESSITA SEMPRE E COMUNQUE DELL'ESECUZIONE DI UN TEST DI CONFERMA SU CAMPIONE EMATICO E LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA DA PARTE DI CENTRO SPECIALIZZATO

Scheda 1: Comportamenti sessuali ad alto rischio di trasmissione di infezione da HIV

COMPORTAMENTI SESSUALI AD ALTO RISCHIO DI TRASMISSIONE DI INFEZIONE DA HIV IN ASSENZA DI USO DEL CONDOM
RAPPORTI SESSUALI ANALI O CON PARTNER CHE HA ANALOGO COMPORTAMENTO
RAPPORTI SESSUALI CON PARTNER MULTIPLI (PIÙ DI DUE IN SEI MESI) O CON PARTNER CHE HA ANALOGO COMPORTAMENTO
RAPPORTI SESSUALI AD ALTO RISCHIO DI SCAMBIO DI SANGUE O CON PARTNER CHE HA ANALOGO COMPORTAMENTO
SCAMBIO DI SESSO PER DENARO, DROGA, RIPARO O CIBO O CON PARTNER CHE HA ANALOGO COMPORTAMENTO
RAPPORTI SESSUALI CON PARTNER CON MST O CON SINTOMI DI MST, COMPRESO HIV
RAPPORTI SESSUALI CON USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE (DROGHE/O ALCOL)
RAPPORTI SESSUALI CON PARTNER ORIGINARIO DI PAESI A ENDEMIA GENERALIZZATA DI HIV
RAPPORTI SESSUALI CON PARTNER ANONIMO O CON PARTNER CHE HA ANALOGO COMPORTAMENTO

Scheda 2: Patologie per le quali è indicata l'offerta del test HIV

Tabella 1: Definizioni di patologie indicatrici e raccomandazioni per il test HIV

Offerta del test fortemente raccomandata:

2a. Patologie associate a una prevalenza di HIV non diagnosticato ≥0,1%

- Infezioni a trasmissione sessuale
- Linfoma maligno
- Cancro/displasia anale
- Displasia della cervice
- Herpes zoster
- Epatite B o C (acuta o cronica)
- Linfoadenopatia di origine ignota
- Sindrome simil-mononucleosidica
- Polmonite comunitaria
- Leucocitopenia/trombocitopenia di origine ignota > 4 settimane
- Dermatite seborroica/esantema
- Infezione invasiva da pneumococco
- Febbre di origine ignota
- Candidemia
- Leishmaniosi viscerale
- Gravidanza (implicazioni per il nascituro)

Offerta del test:

2b. Altre patologie con probabile prevalenza di HIV non diagnosticato > 0,1%

- Tumore polmonare primitivo
- Meningite linfocitaria
- Leucoplachia orale villosa
- Psoriasi grave o atipica
- Sindrome di Guillain–Barre
- Mononeurite
- Demenza sottocorticale
- Sindrome simil-sclerosi multipla
- Neuropatia periferica
- Calo ponderale da causa non definita
- Candidosi orale di origine ignota
- Diarrea cronica di origine ignota
- Insufficienza renale cronica da causa non definita
- Epatite A
- Candidasi

Offerta del test condizionata:

3. Patologie in cui la mancata identificazione della presenza di infezione da HIV può ripercuotersi negativamente sulla gestione clinica del soggetto

- Patologie che richiedono aggressiva terapia di immunosoppressione:
  - Cancro
  - Trapianto
  - Malattia autoimmune trattata con terapia immunosoppressiva
- Lesione cerebrale primitiva occupante spazio
- Porpora trombocitopenica idiopatica/trombotica

Neoplasie:
- Carcinoma della cervice uterina
- Linfoma non-Hodgkin
- Sarcoma di Kaposi

Infezioni batteriche
- Mycobacterium tubercolare, polmonare o extrapolmonare
- *Mycobacterium avium* complex (MAC) o *Mycobacterium Kansasii*, disseminato o extrapolmonare
- *Mycobacterium, altre specie o specie non identificate, disseminato o extrapolmonare*
- Polmonite ricorrente (2 o più episodi in 12 mesi)
- Setticemia ricorrente da Salmonella

Infezioni virali
- Retinite da citomegalovirus
- Altre malattie da citomegalovirus (eccetto localizzazione epatica, splenica, linfonodale)
- Herpes simplex, ulcerale(e) > 1 mese/bronchite/polmonite
- Leucoencefalopatia multifocale progressiva

Infezioni parassitarie
- Toxoplasmosi cerebrale
- Criptosporidiosi intestinale cronica, > 1 mese
- Isosporiasi, > 1 mese
- Leismaniasi disseminata atipica
- Riattivazione di tripanosomiasi americana (meningoencefalite o miocardite)

Infezioni fungine
- Polmonite da pneumocystis carinii
- Candidosi esofagea
- Candidosi bronchiale/tracheale/polmonare
- Criptococcosi extrapolmonare
- Istoplasmosi, disseminata/extrapolmonare
- Coccidiomicosi, disseminata/extrapolmonare
- Penicilliosi disseminata

* In base al sistema di classificazione CDC e OMS

Scheda3. Indicatori clinici HIV/AIDS correlati suddivisi per apparato anatomico

Apparati	Condizione AIDS definenti	Altre condizioni nelle quali il test HIV dev'essere offerto
Apparato respiratorio	Tubercolosi	Polmoniti batteriche
	Polmonite da Pneumocystis	Aspergillosi
Apparato neurologico	Toxoplasmosi cerebrale	Ascessi cerebrali
	Linfoma cerebrale primitivo	Lesioni occupanti spazio sconosciute
	Meningite da Criptococco	Sindrome di Guillan-Barrè
	Leuconcefalite multifocale progressiva	Mielite trasversa
		Neuropatia periferica
		Demenza
		Leuconcefalopatia
Cute ed annessi	sarcoma di Kaposi	Dermatite seborroica severa
		Psoriasi severa
		Herpes zoster multimetamerico
Apparato gastroenterico	Criptosporidiosi	Candidosi orale
		Oral hairy leucoplachia
		Diarrea cronica da cause ignote
		Perdita di peso da cause ignote
		Infezioni da Salmonella, Shigella o Campylobacter
		Epatite B
		Epatite C
Apparato genitale femminile	Cancro cervice	Neoplasia vaginale intraepiteliale
		Neoplasia cervice intraepiteliale grado 2 o

		superiore
Oncologia	linfoma Non-Hodgkin	cancro anale o displasia intraepiteliale
		Neoplasie del polmone
		Seminoma
		Neoplasie della testa e del collo
		Hodgkin's linfoma
		Malattia di Castleman
Apparato ematopoietico		Qualsiasi discrasia ematica inspiegabile quali: • trombocitopenia • neutropenia • linfopenia
Apparato oculare	Retinite da Cytomegalovirus	Retiniti infettive (Toxoplasma, Herpes)
		Altre retinopatie non definite
Apparato linfonodale		Linfoadenopatia da cause non note
		Parotite cronica
		Cisti parotidea linfoepiteliale
Altre patologie		Sindrome simil-mononucleosica (infezione primaria da HIV)
		Febbre di origine sconosciuta
		Malattie sessualmente trasmesse

Bibliografia e sitografia

- Notiziario Istituto Superiore di Sanità 2016;29(9, Suppl. 1):3-51
- ECDC. Evidence brief: HIV testing in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015.
- Castel AD et al. Comparing Cost-Effectiveness of HIV Testing Strategies: Targeted and Routine Testing in Washington, DC, PLOS ONE,doi:10.1371/journal.pone.0139605 October 14, 2015
- Consolidated guidelines on HIV testing services. WHO July 2015
- Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. (G.U. Serie Generale, n. 191 del 18 agosto 1998)
- Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV. Ministero della Salute (GU Serie Generale n.191 del 18-8-2011)
- ECDC GUIDANCE. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. December 2010
- ECDC Guidance: Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs (2011)
- ECDC TECHNICAL REPORT. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. May 2014
- HIV Indicator Conditions: Guidance for Implementing HIV Testing in Adults in Health Care Settings. October 2012. https://issuu.com/kandrup/docs/chip_guidance?e=4233206/1998749
- HIV testing in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Progress report. February 2004
- HIV/AIDS Epi Update - Chapter 13: HIV/AIDS in Canada among people from countries where HIV is endemic Centre for Communicable Diseases and Infection Control Public Health Agency of Canada http://www.phac- aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/chap13-eng.php

- UNODC, UNAIDS. HIV and Prisons in Sub-Saharan Africa: Opportunities for Action, 2007
- Deliberazione della Giunta Regionale 02 aprile 2014, n. 565, B.U.R.P. n. 52 del 16-04-2014 *Decreto del Ministro della Sanità 15 dicembre 1990 "Sistema informativo Malattie infettive", Piano regionale di sorveglianza Speciale Malattie Infettive diffusive nella Regione Puglia.*
- Deliberazione della Giunta Regionale 11 marzo 2015, n. 413, B.U.R.P. n. 50 del 10-04-2015, Recepimento delle linee guida *"Gravidanza fisiologica" del sistema nazionale Linee guida ed indicazioni per l'accesso alle prestazioni a tutela della maternità in regione Puglia. Avvio dell'agenda della gravidanza.*
- Semaille C et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy.Euro Surveill. 2013 Jul 11;18(28). pii:20524. PubMed PMID: 23870097
- La salute dei detenuti in Italia: risultati di uno studio multicentrico, Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; n. 83, Aprile 2015.
- Istituto Superiore di Sanità. *DATI HIV E AIDS* - Notiziario ISS volume 27, n.9 suppl 1. Novembre 2014.
- Ministero della Salute-Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS, *Aggiornamento delle conoscenze sulla terapia dell'infezione da HIV – Documento complementare su specifiche materie,*febbraio 2008.
- Legge 5 giugno 1990, n. 135. Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 8 giugno 1990, n. 132.
- Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1. 17 Dicembre 2015
- Meulbroeck M et al. BCN Checkpoint, a community-based centre for men who have sex with men in Barcelona, Catalonia, Spain, shows high efficiency in HIV detection and linkage to care. British HIV Association, HIV Medicine 2013, supl. 3 25-28 DOI: 10.1111/hiv.12054
- Lorente N et al. Expanding Access to Non-Medicalized Community-Based Rapid Testing to Men Who Have Sex with Men: An Urgent HIV Prevention Intervention (The ANRS-DRAG Study), Plos One April 2013 vol.8 issue 4
- Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili2011–2017 (PNHI). Ufficio federale della sanità pubblica. Confederazione Svizzera, dicembre 2010.

- Tavs Quist et al. High Linkage to Care in a Community-Based Rapid HIV Testing and Counseling Project Among Men Who Have Sex With Men in Copenhagen, Sexually Transmitted Diseases & Volume 41, Number 3, March 2014
- http://newsite.hiveurope.eu/Finalised-Projects/Guidance-HIV-Indicator-Conditions
- http://aidsinfo.unaids.org/

ALLEGATO "3"

Politiche di promozione del test HIV in Puglia

Vademecum per gli operatori

Marzo 2017

Sommario

IMPORTANZA DEL TEST HIV 3
PRINCIPI GENERALI DEL TEST HIV 5
STANDARD QUALITATIVI DEL TEST HIV 5
TEST HIV E MINORI 6
AZIONI DI PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV: INFORMAZIONE, COMUNICAZIONE, EDUCAZIONE SANITARIA 7
MODALITA' DI OFFERTA ED EROGAZIONE DEL TEST 8
BENEFICIARI DELL'OFFERTA ATTIVA DEL TEST HIV 10
A CHI OFFRIRE IL TEST HIV? 10
1. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE ALLE PERSONE CHE HANNO COMPORTAMENTI SESSUALI A RISCHIO 12
2. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE ALLE PERSONE CHE APPARTENGONO A GRUPPI AD ALTA PREVALENZA DI HIV 12
3. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE ALLE PERSONE CHE PRESENTANO SPECIFICHE PATOLOGIE E CONDIZIONI CLINICHE 14
4. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTE LE DONNE IN EPOCA PRE-CONCEZIONALE O IN GRAVIDANZA E AI LORO PARTNER 15
5. IL TEST HIV È OBBLIGATORIO PER TUTTI I DONATORI DI SANGUE E DI EMOCOMPONENTI, DI ORGANI E DI CELLULE 16
6. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTE LE PERSONE CON ESPOSIZIONE A FONTE POTENZIALMENTE CONTAGIOSA PER HIV NELL'AMBITO DELLE PROCEDURE DELL'OFFERTA DELLA PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE 16
7. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTE LE PERSONE IN REGIME DI DETENZIONE, COMPRESI I MINORI 17
SINTESI: A CHI, DA CHI, QUANDO E COME 18
RICONOSCIMENTO DEI FATTORI DI RISCHIO 19
VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI 20
MEDICI DI MEDICINA GENERALE 20
MEDICI SPECIALISTI 21
RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI NEL RICONOSCIMENTO DEI RISCHI E NELL'OFFERTA ATTIVA DEL TEST 21
TEST DISPONIBILI PER LO SCREENING DELL'INFEZIONE DELL'HIV E LORO INTERPRETAZIONE 22
Scheda 1: Comportamenti sessuali ad alto rischio di trasmissione di infezione da HIV 26
Scheda 2. Patologie AIDS definenti o correlate ad HIV suddivise per apparato anatomico 27
Bibliografia e sitografia 29

IMPORTANZA DEL TEST HIV

Ogni anno, circa 150 pugliesi scoprono di aver contratto l'infezione da HIV. Quest'infezione è particolarmente presente nella nostra regione e colpisce prevalentemente soggetti giovani e stranieri residenti. Nel 2015, il 16% delle nuove diagnosi ha riguardato soggetti di età inferiore ai 25 anni e l'incidenza fra gli stranieri residenti è risultata di 24,6 per 100.000.

In Puglia, un altro dato allarmante è rappresentato dal numero di soggetti che arrivano tardivamente alla diagnosi di HIV. Nel 2015, il 57% dei soggetti ha scoperto di avere l'infezione con sistema immunitario già compromesso. Si tratta dei cosiddetti *Late Presenters*: soggetti che arrivano alla diagnosi di HIV con un valore di cellule T CD4+ inferiore a 350/microlitri.

La frequenza dei *Late Presenters* gioca un ruolo chiave nelle dinamiche di diffusione dell'infezione nella popolazione. Nella nostra regione, questa quota resta inaccettabilmente alta e ridurla il più possibile risulta strategico per molteplici aspetti.

Innanzitutto, una diagnosi tardiva aumenta il rischio di arrivare alla fase conclamata della malattia (AIDS) e riduce la probabilità di pieno recupero immunologico una volta intrapreso il trattamento farmacologico.

È stato dimostrato che la conoscenza del proprio stato sierologico riduce o annulla completamente i comportamenti a rischio mentre la mancata conoscenza della sieropositività favorisce la diffusione dell'infezione.

È scientificamente provato che la terapia antiretrovirale agisce sia a livello terapeutico che preventivo: il trattamento HAART, se assunto correttamente, riduce la carica virale e quindi la contagiosità del soggetto, limitando la diffusione del virus. Questa funzione è racchiusa nell'acronimo anglosassone TasP, cioè *Treatment as Prevention (Trattamento come prevenzione),* universalmente riconosciuto dalla comunità scientifica.

L'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) nel report *"The status of the HIV response in the European Union/European Economic Area, 2016 - Dublin Declaration report"* pubblicato a gennaio 2017, denuncia che i programmi di prevenzione per HIV sono insufficienti e il loro impatto non risulta efficace. Si

stima che in Europa il 17% dei soggetti sieropositivi non sia ancora giunto a diagnosi mentre il 47% delle diagnosi di infezione da HIV riguarda soggetti in fase avanzata di malattia. Per l'ECDC questi dati sono correlati ad un'insufficiente offerta del test oltre che a gaps nei servizi stessi che erogano il test. Un altro problema è la mancata percezione del rischio da parte dei soggetti, i quali non reputano opportuno sottoporsi al test HIV. Evidentemente su questi gruppi di popolazioni, anche i servizi sanitari, non sono in grado di svolgere un'efficace attività di informazione e di educazione sanitaria.

Un'efficace programmazione, mirata all'identificazione precoce delle infezioni da HIV, è oggi un intervento prioritario, essenziale ed indifferibile.

La Regione Puglia intende far rientrare a pieno titolo nelle politiche di lotta all'HIV la pianificazione di una strategia di offerta del test che identifichi i comportamenti e le condizioni nelle quali è indicata, definendone standard, frequenza, luoghi e modalità, indicando le tipologie di test e procedure di

PRINCIPI GENERALI DEL TEST HIV

STANDARD QUALITATIVI DEL TEST HIV

1. VOLONTARIETA'
2. CONSENSO INFORMATO
3. RISERVATEZZA ED ANONIMATO
4. GRATUITA'
5. ACCESSO DIRETTO
6. COUNSELLING PRE E POST-TEST

Focus on...

1. HIV E LAVORO

Come espressamente sancito della Legge 135/1990 *"Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS"*, l'accertata infezione da HIV non può costituire motivo di discriminazione, in particolare per l'iscrizione a scuola, per lo svolgimento di attività sportive, per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro.
Gli accertamenti sanitari di assenza di sieropositività per HIV sono richiesti solo per l'espletamento di attività che comportano rischi per la salute di terzi.

2. UNIVERSALITA' DELL'OFFERTA

L'accesso e la gratuità del test HIV devono essere garantiti a tutte le persone presenti sul territorio regionale indipendentemente dallo stato giuridico.L'Intesa Stato, Regioni e

Province Autonome del 27/07/2011 *"Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia"*stabilisce che possano accedere al test HIV anche le persone straniere temporaneamente presenti sul territorio (ovvero persone non italiane prive di permesso di soggiorno, richiedenti asilo, ecc.) alle stesse condizioni delle persone italiane o straniere con permesso di soggiorno e iscrizione al SSN (gratuità, riservatezza, diritto di non eseguire il test senza che il rifiuto determini discriminazione).

TEST HIV E MINORI

Indicazioni

- ⇨ PROMOZIONE DELL'OFFERTA E DELL'ACCESSO AL TEST AI GIOVANI ADULTI, MINORI COMPRESI
- ⇨ TEST SALIVARE RAPIDO PER I GRANDI MINORI (15-17 ANNI)
- ⇨ IN CASO DI ESITO POSITIVO AL TEST RAPIDO, SARANNO CONTATTATI I SOGGETTI CHE ESERCITANO LA PATRIA POTESTA' PER GARANTIRE IL COMPLETAMENTO DELL'ALGORITMO DIAGNOSTICO E IL PERCORSO CLINICO-TERAPEUTICO
- ⇨ STRUTTURE CHE EROGANO IL TEST AI MINORI DEVONO AVERE SPECIFICA COMPETENZA DI COUNSELLING

COMUNICARE, INFORMARE, PREVENIRE

AZIONI DI PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV: INFORMAZIONE, COMUNICAZIONE, EDUCAZIONE SANITARIA

Indicazioni

- ⇨ PREVENZIONE PRIMARIA ATTRAVERSO OPPORTUNE STRATEGIE DI EDUCAZIONE SANITARIA
- ⇨ COMUNICAZIONE MIRATA RIVOLTA AI SOGGETTI/GRUPPI CON COMPORTAMENTI A RISCHIO E ALLE ISTITUZIONI CHE ENTRANO IN CONTATTO O CHE OPERANO CON GRUPPI VULNERABILI

ORGANIZZARE

MODALITA' DI OFFERTA ED EROGAZIONE DEL TEST

Indicazioni

- ⇨ OFFERTA ATTIVA DEL TEST HIV DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI DEL SSR, PARTICOLARE COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE
- ⇨ LE STRUTTURE DEL SSR CHE OFFRONO IL TEST HIV DEVONO ASSICURARE: GRATUITA', MASSIMA CONFIDENZIALITA', ACCESSO DIRETTO, COUNSELLING PRE E POST-TEST, ANONIMATO OVE RICHIESTO
- ⇨ IL TEST DOVRA' ESSERE OFFERTO IN MANIERA UNIFORME SUL TERRITORIO REGIONALE, PREVEDENDO LA PRESENZA DI ALMENO UN AMBULATORIO DI COUNSELLING E SCREENING HIV IN OGNI ASL
- ⇨ LE STRUTTURE DEL SSR CHE OFFRONO IL TEST HIV DEVONO GARANTIRE DIRETTAMENTE, O INDIRETTAMENTE, TRAMITE IL RACCORDO CON CENTRI SPECIALIZZATI, PROCEDURE DIAGNOSTICHE APPROPRIATE, ATTIVITÀ DI PREVENZIONE, TRATTAMENTO E CURA, FACILITANDO LA PRESA IN CARICO TEMPESTIVA IN CASO DI POSITIVITÀ
- ⇨ È INDICATA LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI PREVENZIONE CHE PREVEDANO L'OFFERTA DEL TEST RAPIDO IN CONTESTI STRATEGICI, SEMPRE IN PRESENZA DI PERSONALE SANITARIO ADEGUATAMENTEFORMATO, AL FINE DI AUMENTARE LE DIAGNOSI PRECOCI

E RAGGIUNGERE LE PERSONE CHE CON PIÙ DIFFICOLTÀ UTILIZZANO I SERVIZI SANITARI

⇨ L'OFFERTA ATTIVA DEL TEST HIV RAPIDO, PROMOSSA DA ORGANIZZAZIONI CHE OPERANO AL DI FUORI DEL SSR (ASSOCIAZIONI, TERZO SETTORE), DEVE PREVEDERE IL COINVOLGIMENTO DI CENTRI SPECIALISTICI IDENTIFICATI (MALATTIE INFETTIVE, CENTRI PER MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI, U.O.C. IGIENE DEL POLICLINICO DI BARI)

RICONOSCERE

BENEFICIARI DELL'OFFERTA ATTIVA DEL TEST HIV

Il test HIV non deve essere offerto indiscriminatamente, bensì identificando soggetti o gruppi di popolazione maggiormente a rischio in modo che l'offerta risulti efficace e sistematica.

1. COMPORTAMENTI SESSUALI A RISCHIO
2. GRUPPI AD ALTA PREVALENZA HIV
    a. Soggetti in carico ai SERT o DDP (Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche)
    b. Soggetti che hanno fatto uso anche saltuario o che fanno uso di droghe per via iniettiva
    c. Soggetti provenienti da aree endemiche per HIV

3. SOGGETTI CON PATOLOGIE E CONDIZIONI CLINICHE CORRELATE AD HIV/AIDS
4. DONNE IN EPOCA PRECONCEZIONALE O IN GRAVIDANZA
5. DONATORI DI SANGUE, EMOCOMPONENTI, ORGANI E CELLULE
6. ESPOSIZIONE ACCIDENTALE PER LA QUALE SIA OPPORTUNO EFFETTUARE LA PPE
7. SOGGETTI IN REGIME DI DETENZIONE (compresi i minori)

1. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE ALLE PERSONE CHE HANNO COMPORTAMENTI SESSUALI A RISCHIO

Indicazioni

- ⇨ TUTTE LE PERSONE CHE HANNO COMPORTAMENTI SESSUALI AD ALTO RISCHIO PER INFEZIONE DA HIV (SCHEDA 1) DOVREBBERO EFFETTUARE IL TEST SECONDO IL PRINCIPIO DI RESPONSABILITÀ INDIVIDUALE

- ⇨ TUTTI GLI OPERATORI DEL SSR CHE VENGONO IN CONTATTO CON PERSONE CHE HANNO COMPORTAMENTI SESSUALI AD ALTO RISCHIO DI INFEZIONE DI HIV (SCHEDA 1) DEVONO PROPORRE SISTEMATICAMENTE IL TEST HIV

- ⇨ A TUTTE LE PERSONE CHE SI RIVOLGONO AI CENTRI MST REGIONALI DEVE ESSERE OFFERTO ATTIVAMENTE E SISTEMATICAMENTE IL TEST HIV

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTE LE PERSONE CHE HANNO SUBITO UNA VIOLENZA SESSUALE SECONDO I CRITERI, I TEMPI E LE MODALITÀ PREVISTI DAI PROTOCOLLI PER L'OFFERTA DELLA PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE

2. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE ALLE PERSONE CHE APPARTENGONO A GRUPPI AD ALTA PREVALENZA DI HIV

L'UNAIDS definisce Paese in cui vi è epidemia generalizzata di HIV quello in cui l'infezione permane stabile nella popolazione generale. Vi sono sottopopolazioni ad alto rischio che possono continuare a contribuire in modo significativo alla diffusione del virus HIV e comunque la trasmissione sessuale nella popolazione generale è diffusa tanto da poter sostenere l'epidemia a prescindere dal contributo dato dalle sottopopolazioni a più alto rischio di infezione.

Nei Paesi come il nostro, dove l'epidemia di HIV è definita concentrata, è presente una prevalenza alta di HIV in uno o più sottopopolazioni: in questi gruppi la promozione del test HIV risulta prioritaria.

UTENTI SERT ED IDU

Indicazioni

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO ATTIVAMENTE E SISTEMATICAMENTE A TUTTE LE PERSONE CHE HANNO FATTO O FANNO USO, ANCHE SALTUARIO, DI DROGHE PER VIA INIETTIVA E NON INIETTIVA

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO A TUTTI GLI UTENTI IN CARICO AI SERT E DDP

In Puglia, dal 2007 sono diminuite le diagnosi nei consumatori di droghe per via endovenosa (3% nel 2015).

MIGRANTI DA AREE AD ALTA PREVALENZA

Indicazioni

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO ATTIVAMENTE E SISTEMATICAMENTE A TUTTE LE PERSONE ORIGINARIE DI PAESI AD ALTA ENDEMIA DI HIV (PREVALENZA >1% - RIFERIMENTO ALLE STIME UNAIDS) ALLA PRIMA OCCASIONE IN CUI SI RIVOLGONO ALLE STRUTTURE DEL SSR O A SERVIZI DEDICATI ALLA TUTELA DELLA LORO SALUTE, INDIPENDENTEMENTE DAI COMPORTAMENTI A RISCHIO RIFERITI

- ⇨ È NECESSARIO PREVEDERE UNO SCREENING DEI SOGGETTI OSPITATI PRESSO I C.A.R.A. DELLA REGIONE PUGLIA IN COLLABORAZIONE CON GLI OSPEDALI PIU' VICINI CHE ESEGUONO DIAGNOSTICA HIV

3. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE ALLE PERSONE CHE PRESENTANO SPECIFICHE PATOLOGIE E CONDIZIONI CLINICHE

Indicazioni

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTI I PAZIENTI CHE PRESENTANO SINTOMATOLOGIA SUGGESTIVA DI INFEZIONE ACUTA DA HIV (SCHEDA 2)

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO A TUTTI I PAZIENTI CHE PRESENTANO PATOLOGIE O CONDIZIONI CLINICHE ASSOCIATE ALL'INFEZIONE DA HIV (SCHEDA 2). L'OFFERTA DEL TEST IN QUESTI CASI È FORTEMENTE RACCOMANDATA E DEVE ESSERE SISTEMATICA

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO A TUTTI I PAZIENTI CHE PRESENTANO PATOLOGIE COMPRESE NELLA DEFINIZIONE DI AIDS (SCHEDA 2). L'OFFERTA DEL TEST IN QUESTI CASI È FORTEMENTE RACCOMANDATA E DEVE ESSERE SISTEMATICA

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTI I PAZIENTI CHE PRESENTANO UNA CONDIZIONE O PATOLOGIA LA CUI GESTIONE PUÒ ESSERE INFLUENZATA DALLA CONOSCENZA DELLO STATO SIEROLOGICO PER HIV (SCHEDA 2)

- ⇨ L'OFFERTA DEL TEST HIV GIUSTIFICATA DA SPECIFICHE CONDIZIONI CLINICHE VA CONSIDERATA COME PARTE DELLA PROCEDURA DIAGNOSTICA STANDARD ED EFFETTUATA INDIPENDENTEMENTE DALLA CONDIZIONE DI RISCHIO

- ⇨ È IMPORTANTE LA DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO IN SCHEDA 2 SOPRATTUTTO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E AGLI SPECIALISTI DELLE BRANCHE ALLE QUALI TALI MALATTIE AFFERISCONO, PERCHE' L'OFFERTA DEL TEST HIV DIVENTI PUNTO CRUCIALE DELLA DIAGNOSTICA CLINICA

4. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTE LE DONNE IN EPOCA PRE-CONCEZIONALE O IN GRAVIDANZA E AI LORO PARTNER

Indicazioni

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE OFFERTO A TUTTE LE DONNE IN EPOCA PRE-CONCEZIONALE, AL MOMENTO DEL RISCONTRO DELLA GRAVIDANZA E SUCCESSIVAMENTE DURANTE LA GESTAZIONE, SE SI VERIFICANO CONDIZIONI DI RISCHIO. L'OFFERTA DEL TEST IN QUESTI CASI È FORTEMENTE RACCOMANDATA E DEVE ESSERE SISTEMATICA.

- ⇨ L'OFFERTA DEL TEST HIV RIVOLTA ALLE DONNE IN EPOCA PRE-CONCEZIONALE O IN GRAVIDANZA VA CONSIDERATA COME PARTE DELLA PROCEDURA DIAGNOSTICA STANDARD ED EFFETTUATA INDIPENDENTEMENTE DALLA CONDIZIONE DI RISCHIO.

- ⇨ IL PERSONALE SANITARIO CHE ASSISTE LE DONNE AL PARTO DEVE VERIFICARE CHE SIA STATO ESEGUITO IL TEST HIV DURANTE LA GRAVIDANZA. SE QUESTO NON È AVVENUTO, DOVRÀ ESSERE OFFERTO IL TEST CON PROCEDURA D'URGENZA AL FINE DI POTERE PRENDERE LE OPPORTUNE DECISIONI SUGLI INTERVENTI DI PROFILASSI DA METTERE IN ATTO, INCLUSE LE MODALITÀ DI ESPLETAMENTO DEL PARTO.

5. IL TEST HIV È OBBLIGATORIO PER TUTTI I DONATORI DI SANGUE E DI EMOCOMPONENTI, DI ORGANI E DI CELLULE

Indicazioni

- ⇨ IL TEST HIV È OBBLIGATORIO PER TUTTI I DONATORI DI SANGUE O EMOCOMPONENTI, DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE
- ⇨ IL TEST HIV PRESSO I CENTRI TRASFUSIONALI DEVE ESSERE ACCOMPAGNATO DA COUNSELLING PRE E POST-TEST E DEV'ESSERE COMPLETATO L'ALGORITMO DIAGNOSTICO

6. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTE LE PERSONE CON ESPOSIZIONE A FONTE POTENZIALMENTE CONTAGIOSA PER HIV NELL'AMBITO DELLE PROCEDURE DELL'OFFERTA DELLA PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE

Indicazioni

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE SISTEMATICAMENTE OFFERTO A TUTTE LE PERSONE CON ESPOSIZIONE ACCIDENTALE PERCUTANEA (FERITE DA TAGLIO, DA PUNTA, CONTAMINAZIONI MUCOSE E/O DI CUTE NON INTEGRA) ED ESPOSIZIONE SESSUALE AD ALTO RISCHIO, A MATERIALE POTENZIALMENTE INFETTO SECONDO I CRITERI, I TEMPI E LE MODALITÀ PREVISTI DAI PROTOCOLLI PER LA PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE A HIV.

7. IL TEST HIV È OFFERTO ATTIVAMENTE A TUTTE LE PERSONE IN REGIME DI DETENZIONE, COMPRESI I MINORI

Indicazioni

- ⇨ IL TEST HIV DEVE ESSERE SISTEMATICAMENTE OFFERTO A TUTTE LE PERSONE IN REGIME DI DETENZIONE, MINORI COMPRESI.
- ⇨ LE MODALITA' DI OFFERTA ED EROGAZIONE DEL TEST DEVONO RISPETTARE I PRINCIPI DELLA NORMATIVA VIGENTE.
- ⇨ È NECESSARIO PREVEDEREATTIVITA' DI INFORMAZIONE ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE PENITENZIARIE.
- ⇨ I MEDICI INCARICATI HANNO L'OBBLIGO ETICO DI OFFRIRE IL TEST HIV AI SOGGETTI DETENUTI.

A CHI		DA CHI	QUANDO	COME
PERSONECHEHANNO RAPPORTISESSUALINON PROTETTI	ad alto rischio	operatori sanitari, inparticolare: MMG, Consultori familiari, Centri IST, Centri Medicina dei Viaggi, Ginecologia, Dermatologia, Malattieinfettive, Urologia,Andrologia, Proctologia, Pronto Soccorso, Centri SVS	A distanza di 40 giorni o 3 mesi dal rischio a seconda del test utilizzato Eventuale ripetizione del test ogni 3 o 6 mesi	Counselling Offerta attiva sistematica Valutazioni condizioni di rischio
		Operatori non appartenenti al SSR ma coordinati con i centri clinici specializzati (associazioni)		
PERSONECHE APPARTENGONO AGRUPPI AD ALTA PREVALENZA DI HIV	Popolazione originaria da Paesi ad elevata endemia di HIV	operatorisanitari, inparticolare: C.A.R.A., Ambulatori dedicati alla tutela della salutepopolazionestraniera, Centri Medicina dei Viaggi, MMG.	Al primo contatto con il SSR e Servizi dedicati	Counselling Offerta attiva sistematica Valutazioni condizioni di rischio
		Operatori non appartenenti al SSR ma coordinati con i centri clinici specializzati (associazioni)		
	Persone che fanno uso o che hanno fatto uso di droghe per via iniettiva e non iniettiva	Operatori sanitari: SerD, MMG	Al primo contatto con il SerD ed eventualmente ripetizione ogni 6 o 12 mesi a seconda dell'esposizione a rischio	Counselling Offerta attiva sistematica
		Operatori non appartenenti al SSR ma coordinati con i centri clinici specializzati (associazioni)		
PERSONECHE PRESENTANOSPECIFICHE PATOLOGIE ECONDIZIONI CLINICHE	• sintomatologia suggestiva diinfezione acutada HIV confattoredi rischio; • patologiecompresenella definizione di AIDS; • patologieo condizioni cliniche associatea una prevalenza di HIV non diagnosticata>0,1%; • patologieperlequali il nonidentificare l'HIV può influenzarela gestione clinica della malattia	operatori sanitari, inparticolare:MMG Neurologia, Pneumologia, Dermatologia, Urologia, Gastroenterologia, Oncologia, Ginecologia, Infettivologia, Ematologia, Reumatologia, Oculista, Otorino laringoiatra, Nefrologia, Medicina di urgenza, Odontostomatologia.	Alla diagnosi della patologia o all'instaurarsi della condizione clinica	Counselling Offerta attiva sistematica
COPPIE CHE PIANIFICANO UNA GRAVIDANZA O CHE HANNO CONCEPITO	Donne in epoca pre concezionale o in gravidanza (ed eventualmente i loro partner)	operatori sanitari, inparticolare: Consultori familiari, Ginecologia, Ostetricia, Medicina generale, Centrifertilità		Counselling Offerta attiva sistematica
DONATORIDISANGUE O EMOCOMPONENTI, DI CELLULE E TESSUTI		Servizi trasfusionali	ad ogni donazione	Offerta attiva sistematica ed esclusione dalla donazione in caso di rifiuto all'esecuzione del test Secondo procedure previste dai protocolli vigenti
		Laboratori delle strutture di prelievo (donatori di organi e tessuti) come da protocolli vigenti		
PERSONECON ESPOSIZIONE AFONTE POTENZIALMENTE CONTAGIOSAPER HIV		Malattie infettive, PS	Secondo quanto previsto dai protocolli per la profilassi post-esposizione a HIV	Secondo quanto previsto dai protocolli per la profilassi post-esposizione
PERSONESOTTOPOSTE A REGIME DI DETENZIONE, MINORI COMPRESI		Medici incaricati, S.I.A.S.	All'ingresso ed eventuale ripetizione durante la permanenza	Counselling Offerta attiva sistematica

RICONOSCIMENTO DEI FATTORI DI RISCHIO

L'identificazione del rischio è tappa fondamentale nell'offerta del test ai soggetti che effettivamente ne possono beneficiare.

L'identificazione del rischio può essere articolata su duelivelli:

- Valutazione del rischio da parte degli operatori sanitari che entrano in contatto con il soggetto
- Supporto di associazioni nel promuovere il test e nell'informare sugli eventuali fattori di rischio connessi all'infezione da HIV.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI

L'adesione convinta del personale sanitario al progetto rappresenta una componente centrale. Un approccio partecipativo alla promozione del test HIV da parte degli operatori sanitari gioca un ruolo decisivo sulla scelta di accettare o meno il test. La promozione del test nell'ottica del *PICT – provider-initiated HIV testing and counselling*, fa sì che gli operatori sanitari siano coinvolti come protagonisti nelle politiche di offerta al test. Il loro ruolo è determinante anche nel riconoscimento degli eventuali comportamenti a rischio e delle patologie indicative di HIV/AIDS (scheda 2), al fine di promuovere il test ai soggetti che potrebbero effettivamente beneficiarne.

MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Indicazioni

- ⇨ I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DEVONO PROPORRE ATTIVAMENTE IL TEST HIV AI LORO ASSISTITI, INDIRIZZANDOLI NEL PERCORSO (INDIVIDUAZIONE DEL CENTRO, CONTATTO DEL CENTRO, ETC.)

- ⇨ I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DEVONO "NORMALIZZARE "IL TEST HIV, FACENDOLO RIENTRARE NELLA DIAGNOSTICA DI PATOLOGIE (SCHEDA 2) O PROPORLO IN RELAZIONE A FATTORI DI RISCHIO

- ⇨ I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DEVONO ED ATTUARE STRATEGIE DI EDUCAZIONE SANITARIA E OFFRIRE INFORMAZIONI, ANCHE ATTRAVERSO MATERIALE DIVULGATIVO ALL'INTERNO DEL LORO STUDIO

MEDICI SPECIALISTI

Indicazioni

- ⇨ I MEDICI SPECIALISTI CHE OPERANO NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE DEVONO SAPER RICONOSCERE LE PATOLOGIE CORRELATE AD HIV CHE SPESSO PORTANO AL RICOVERO DEL SOGGETTO(SCHEDA 2)

- ⇨ I MEDICI SPECIALISTI DEVONO PROPORRE IL TEST HIV IN REGIME DI RICOVERO PER LA CORRETTA GESTIONE CLINICO-DIAGNOSTICA

RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI NEL RICONOSCIMENTO DEI RISCHI E NELL'OFFERTA ATTIVA DEL TEST

Indicazioni

- ⇨ COINVOLGIMENTO DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO CHE SI OCCUPANO DI HIV/AIDS NELLE STRATEGIE DI PROMOZIONE DEL TEST

- ⇨ SUPPORTO AD INIZIATIVE DI OFFERTA DEL TEST RAPIDO DA PARTE DI ASSOCIAZIONI IN COLLABORAZIONE CON OPERATORI SANITARI IN SETTING NUOVI

TESTING

TEST DISPONIBILI PER LO SCREENING DELL'INFEZIONE DELL'HIV E LORO INTERPRETAZIONE

TEST SIEROLOGICI

Indicazioni

- ⇨ I TEST IMMUNOMETRICI DI 4a GENERAZIONE (TEST DI I LIVELLO) SONO I TEST DI SCELTA INDICATI PER LA DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV IN PARTICOLARE PER I CASI DI SOSPETTA INFEZIONE ACUTA O RECENTE E SE IL TEST VIENE ESEGUITO PER LA DONAZIONE D'ORGANO E DI EMOCOMPONENTI

- ⇨ I RISULTATI POSITIVI O DUBBI AI TEST DI I LIVELLO DEVONO SEMPRE ESSERE CONFERMATI MEDIANTE WESTERNBLOT/IMMUNOBLOTTING (TEST DI II LIVELLO O DI CONFERMA) E/O HIV RNA.

- ⇨ NEL CASO I RISULTATI DEI TEST SIEROLOGICI NON SIANO CONCLUSIVI RISULTA DETERMINANTE LA RICERCA DI HIV RNA EFFETTUABILE PRESSO I LABORATORI DI RIFERIMENTO

- ⇨ I LABORATORI PUBBLICI CHE ESEGUONO TEST SIEROLOGICI ANTI-HIV DEVONO PREFERENZIALMENTE UTILIZZARE LA PROVETTA MADRE,

INSERIRE ALL'INTERNO DI CIASCUNA SEDUTA UN CONTROLLO DI QUALITÀ INTERNO E PARTECIPARE AD UN PROGRAMMA DI VALUTAZIONE ESTERNA DI QUALITÀ (VEQ) SU BASE REGIONALE, NAZIONALE O INTERNAZIONALE

INTERPRETAZIONE DEL RISULTATO E REFERTAZIONE DEL TEST SIEROLOGICO

Indicazioni

- IL RISULTATO NEGATIVO DEL TEST IMMUNOMETRICO DI I LIVELLO (SCREENING) INDICA ASSENZA DI INFEZIONE DA HIV SE ESEGUITO DOPO ALMENO 3 MESI DALL'ULTIMA ESPOSIZIONE POTENZIALMENTE A RISCHIO.

- IN CASO DI REATTIVITÀ DEL TEST IMMUNOMETRICO DI I LIVELLO, DEVE ESSERE SEMPRE ESEGUITO IL TEST DI CONFERMA WESTERN BLOT E/O HIV RNA (TEST DI II LIVELLO).

- NEL CASO DI RISULTATI DISCORDANTI (TEST I LIVELLO REATTIVO/WESTERN BLOT/IMMUNOBLOT NEGATIVO O INDETERMINATO) È INDICATA L'ESECUZIONE HIV RNA TRAMITE L'INVIO DEL CAMPIONE PRESSO I CENTRI IN GRADO DI COMPLETARE L'ALGORITMO DIAGNOSTICO. NEL CASO DI SOSPETTA INFEZIONE ACUTA DA HIV, IL TEST DI SCELTA È HIV RNA (FASE "FINESTRA")

- IL REFERTO DEVE RIPORTARE IL RISULTATO DEL TEST COME "POSITIVO"/"REATTIVO" O "NEGATIVO"/"NON REATTIVO" INSIEME ALLE INFORMAZIONI SUL METODO UTILIZZATO PER L'ESECUZIONE DEI TEST (ELISA, CHEMILUMINESCENZA, ETC.).

- LA REFERTAZIONE DI UN RISULTATO "POSITIVO"/"REATTIVO" DEVE ESSERE EFFETTUATA SOLO DOPO CONFERMA DEL RISULTATO AL TEST

IMMUNOMETRICO DI I LIVELLO CON IL TEST DI CONFERMA WESTERN BLOT/IMMUNOBLOTTING E/O HIV RNA.

- ⇨ I TEMPI DI REFERTAZIONE DELL'ALGORITMO DIAGNOSTICO DEVONO ESSERE CONTENUTI DI NORMA ENTRO UNA SETTIMANA.

- ⇨ OGNI REFERTO DI POSITIVITÀ/REATTIVITÀ PER HIV DEVE ESSERE CONSEGNATO ESCLUSIVAMENTE ALLA PERSONA A CUI L'ESAME SI RIFERISCE, CON COUNSELLING POST TEST E CONTATTO CON CENTROCLINICO DI MALATTIE INFETTIVE PER INVIO DEL PAZIENTE.

TEST RAPIDI

Indicazioni

- ⇨ L'OPERATORE SANITARIO OPPORTUNAMENTE FORMATO, CHE OFFRE IL TEST RAPIDO PER HIV DEVE EFFETTUARE LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI ACQUISIZIONE DELL'INFEZIONE DELLA PERSONA CHE SI SOTTOPONE AL TEST.

- ⇨ IL RISULTATO DEL TEST RAPIDO PER HIV DEVE ESSERE COMUNICATO VERBALMENTE DURANTE UN COLLOQUIO E VA CONTESTUALIZZATO IN BASE ALLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI ACQUISIZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV DELLA PERSONA CHE SI SOTTOPONE AL TEST. QUANDO LA PERSONA HA RIFERITO ESPOSIZIONI DUBBIE O NOTE NEI TRE MESI PRECEDENTI L'ESECUZIONE DEL TEST, L'OPERATORE DEVE PROPORRE L'INVIO DELLA PERSONA A UN CENTRO SPECIALIZZATO ED EVENTUALMENTE LA RIPETIZIONE DEL TEST

- ⇨ LA POSITIVITÀ DI UN TEST RAPIDO DEVE ESSERE SEMPRE CONFERMATA CON ALTRE METODICHE DI RIFERIMENTO,SECONDO GLI ALGORITMI

PROCEDURALI PREVISTI PER IL TEST CONVENZIONALE DI SCREENING (I LIVELLO)

⇨ IL RISULTATO REATTIVO DEL TEST RAPIDO PUÒ ESSERE INTERPRETATO COME "PRELIMINARMENTE POSITIVO", MA NECESSITA SEMPRE E COMUNQUE DELL'ESECUZIONE DI UN TEST DI CONFERMA SU CAMPIONE EMATICO E LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA DA PARTE DI CENTRO SPECIALIZZATO

Scheda 1: Comportamenti sessuali ad alto rischio di trasmissione di infezione da HIV

COMPORTAMENTI SESSUALI AD ALTO RISCHIO DI TRASMISSIONE DI INFEZIONE DA HIV IN ASSENZA DI USO DEL CONDOM
RAPPORTI SESSUALI ANALI CON PARTNER CHE HA ANALOGO COMPORTAMENTO
RAPPORTI SESSUALI CON PARTNER MULTIPLI (PIÙ DI DUE IN SEI MESI) O CON PARTNER CHE HA ANALOGO COMPORTAMENTO
RAPPORTI SESSUALI AD ALTO RISCHIO DI SCAMBIO DI SANGUE O CON PARTNER CHE HA ANALOGO COMPORTAMENTO
SCAMBIO DI SESSO PER DENARO, DROGA, RIPARO O CIBO O CON PARTNER CHE HA ANALOGO COMPORTAMENTO
RAPPORTI SESSUALI CON PARTNER CON MST O CON SINTOMI DI MST, COMPRESO HIV
RAPPORTI SESSUALI CON USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE (DROGHE/O ALCOL)
RAPPORTI SESSUALI CON PARTNER ORIGINARIO DI PAESI A ENDEMIA GENERALIZZATA DI HIV
RAPPORTI SESSUALI CON PARTNER ANONIMO O CON PARTNER CHE HA ANALOGO COMPORTAMENTO

Scheda2. Patologie AIDS definenti o correlate ad HIV suddivise per apparato anatomico

Apparati	Condizione AIDS definenti	Altre condizioni nelle quali il test HIV dev'essere offerto
Apparato respiratorio	Tubercolosi	Polmoniti batteriche
	Polmonite da Pneumocystis	Aspergillosi
Apparato neurologico	Toxoplasmosi cerebrale	Ascessi cerebrali
	Linfoma cerebrale primitivo	Lesioni occupanti spazio sconosciute
	Meningite da Criptococco	Sindrome di Guillan-Barrè
	Leuconcefalite multifocale progressiva	Mielite trasversa
		Neuropatia periferica
		Demenza
		Leuconcefalopatia
Cute ed annessi	sarcoma di Kaposi	Dermatite seborroica severa
		Psoriasi severa
		Herpes zoster multimetamerico
Apparato gastroenterico	Criptosporidiosi	Candidosi orale
		Oral hairy leucoplachia
		Diarrea cronica da cause ignote
		Perdita di peso da cause ignote
		Infezioni da Salmonella, Shigella o Campylobacter
		Epatite B
		Epatite C
Apparato genitale femminile	Cancro cervice	Neoplasia vaginale intraepiteliale

		Neoplasia cervice intraepiteliale grado 2 o superiore
Oncologia	linfoma Non-Hodgkin	cancro anale o displasia intraepiteliale
		Neoplasie del polmone
		Seminoma
		Neoplasie della testa e del collo
		Hodgkin's linfoma
		Malattia di Castleman
Apparato ematopoietico		Qualsiasi discrasia ematica inspiegabile quali: • trombocitopenia • neutropenia • linfopenia
Apparato oculare	Retinite da Cytomegalovirus	Retiniti infettive (Toxoplasma, Herpes)
		Altre retinopatie non definite
Apparato linfonodale		Linfoadenopatia da cause non note
		Parotite cronica
		Cisti parotidea linfoepiteliale
Altre patologie		Sindrome simil-mononucleosica (infezione primaria da HIV)
		Febbre di origine sconosciuta
		Malattie sessualmente trasmesse

Bibliografia e sitografia

- Notiziario Istituto Superiore di Sanità 2016;29(9, Suppl. 1):3-51
- ECDC. Evidence brief: HIV testing in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015.
- Castel AD et al. Comparing Cost-Effectiveness of HIV Testing Strategies: Targeted and Routine Testing in Washington, DC, PLOS ONE, doi:10.1371/journal.pone.0139605 October 14, 2015
- Consolidated guidelines on HIV testing services. WHO July 2015
- Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. (G.U. Serie Generale, n. 191 del 18 agosto 1998)
- Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV. Ministero della Salute (GU Serie Generale n.191 del 18-8-2011)
- ECDC GUIDANCE. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. December 2010
- ECDC Guidance: Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs (2011)
- ECDC TECHNICAL REPORT. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. May 2014
- HIV Indicator Conditions: Guidance for Implementing HIV Testing in Adults in Health Care Settings. October 2012. https://issuu.com/kandrup/docs/chip_guidance?e=4233206/1998749
- HIV testing in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Progress report. February 2004
- HIV/AIDS Epi Update - Chapter 13: HIV/AIDS in Canada among people from countries where HIV is endemic Centre for Communicable Diseases and Infection Control Public Health Agency of Canada http://www.phac- aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/chap13-eng.php

- UNODC, UNAIDS. HIV and Prisons in Sub-Saharan Africa: Opportunities for Action, 2007
- Deliberazione della Giunta Regionale 02 aprile 2014, n. 565, B.U.R.P. n. 52 del 16-04-2014 *Decreto del Ministro della Sanità 15 dicembre 1990 "Sistema informativo Malattie infettive", Piano regionale di sorveglianza Speciale Malattie Infettive diffusive nella Regione Puglia.*
- Deliberazione della Giunta Regionale 11 marzo 2015, n. 413, B.U.R.P. n. 50 del 10-04-2015, Recepimento delle linee guida *"Gravidanza fisiologica" del sistema nazionale Linee guida ed indicazioni per l'accesso alle prestazioni a tutela della maternità in regione Puglia. Avvio dell'agenda della gravidanza.*
- Semaille C et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. Euro Surveill. 2013 Jul 11;18(28). pii:20524. PubMed PMID: 23870097
- La salute dei detenuti in Italia: risultati di uno studio multicentrico, Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; n. 83, Aprile 2015.
- Istituto Superiore di Sanità. *DATI HIV E AIDS* - Notiziario ISS volume 27, n.9 suppl 1. Novembre 2014.
- Ministero della Salute-Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS, *Aggiornamento delle conoscenze sulla terapia dell'infezione da HIV – Documento complementare su specifiche materie,* Febbraio 2008.
- Legge 5 giugno 1990, n. 135. Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 8 giugno 1990, n. 132.
- Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1. 17 Dicembre 2015
- Meulbroeck M et al. BCN Checkpoint, a community-based centre for men who have sex with men in Barcelona, Catalonia, Spain, shows high efficiency in HIV detection and linkage to care. British HIV Association, HIV Medicine 2013, supl. 3 25-28 DOI: 10.1111/hiv.12054
- Lorente N et al. Expanding Access to Non-Medicalized Community-Based Rapid Testing to Men Who Have Sex with Men: An Urgent HIV Prevention Intervention (The ANRS-DRAG Study), Plos One April 2013 vol.8 issue 4
- Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili 2011–2017 (PNHI). Ufficio federale della sanità pubblica. Confederazione Svizzera, dicembre 2010.

- Tavs Quist et al. High Linkage to Care in a Community-Based Rapid HIV Testing and Counseling Project Among Men Who Have Sex With Men in Copenhagen, Sexually Transmitted Diseases & Volume 41, Number 3, March 2014
- http://newsite.hiveurope.eu/Finalised-Projects/Guidance-HIV-Indicator-Conditions
- http://aidsinfo.unaids.org/