



1° Dicembre 2018

**GIORNATA MONDIALE
LOTTA ALL'AIDS**

a cura del CeSDA

Azienda USL Toscana Centro

CeSDA

Centro Studi su Dipendenze e AIDS

Via S. Salvi, 12 – 50135 Firenze

Tel. 055/6933315

www.cesda.net

Responsabile

Paola Trotta

Staff

Andrea Cagioni

Silvia Ritzu

Alba Russo

Si ringrazia per la preziosa collaborazione:

Monia Puglia e Fabio Voller - Osservatorio di Epidemiologia - Agenzia Regionale di Sanità

Mariella Orsi, consulente scientifico CeSDA

copertina di R.F. e L.M.



Contenuti Dossier 2017

UNAIDS - Estratto Rapporto edizione 2018 a cura di Andrea Cagioni

COA - Estratto Rapporto edizione 2018 a cura di Alba Russo

HIV/AIDS in Toscana. Aggiornamento al 31 dicembre 2017 a cura di Monia Puglia e Fabio Voller - Osservatorio di epidemiologia - Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Notizie pubblicate su www.cesda.net dal 1 dicembre 2017 al 30 novembre 2018 a cura di Alba Russo, Andrea Cagioni e Mariella Orsi

Notizie pubblicate su www.retecedro.net dal 1 dicembre 2017 al 30 novembre 2018 a cura di Alba Russo, Andrea Cagioni e Mariella Orsi

CeSDANEWS dicembre 2018 a cura di Alba Russo, Andrea Cagioni e Mariella Orsi

Sitografia su tematiche HIV/ AIDS. Aggiornamento al 30 novembre 2018 a cura di Silvia Ritzu



REPORT UNAIDS 2018

Introduzione al report 2018 a cura di Michel Sidibé, Direttore esecutivo di UNAIDS

Quando incontro persone che vivono con l'HIV, ascolto sempre più spesso l'importanza che i test HIV siano liberamente accessibili da tutti coloro che vogliono conoscere il loro status HIV. E sto sentendo quanto importante sia di mantenere l'HIV soppresso.

Avere una carica virale non rilevabile –un livello di HIV nel sangue della persona così basso da non essere rilevabile– è vitale. Migliora la salute delle persone che vivono con l'HIV e riduce le morti. Le persone con carica virale non rilevabile non hanno effettivamente nessun rischio di trasmissione sessuale dei virus al partner che è HIV negativo.

Ho visto i successi. Un buon 75% di persone che vivono con HIV conoscono il loro status nel 2017, contro il 66% del 2015 –in soli tre anni il numero di persone che vivono con HIV che non conoscono il loro status è sceso da un terzo a un quarto. In tutto il mondo, la percentuale di persone che vivono con HIV e che sono negative dal punto di vista virale è incrementata in modo significativo, dal 38% del 2015 al 47% del 2017. Ma l'accesso varia. In alcune parti del mondo, fare un test della carica virale è semplice –è pienamente integrato nel regime di trattamento della persona–, ma in altri luoghi è quasi impossibile, essendoci solo una macchina per la carica virale disponibile nell'intero paese.

Per raggiungere gli obiettivi 90-90-90, incluso l'obiettivo che il 90% delle persone in trattamento abbiano una carica virale soppressa, dobbiamo raddoppiare i nostri sforzi per raggiungere i milioni di persone che non sono a conoscenza del loro status HIV e raggiungere i milioni di persone che non hanno una carica virale soppressa.

Per raggiungere le milioni di persone che non conoscono il loro status, abbiamo bisogno di rendere universale l'accesso ai servizi di test HIV –il test dell'HIV dovrebbe essere disponibile ampiamente, come lo sono i test di gravidanza. Per raggiungere le milioni di persone che non hanno una carica virale soppressa, abbiamo bisogno di monitorare la carica virale tanto a Lilongwe che a Londra. Il test dell'HIV e il test della carica virale dovrebbero essere universali.

Negli anni scorsi, abbiamo visto incredibili innovazioni diventare disponibili, e come ciò stia aiutando a rivoluzionare le risposte all'AIDS. Il kit di self-test dell'HIV permette alle persone di fare il test in modo riservato, espandendo il tasso di test fra le popolazioni di più difficile accesso. L'HIV self-testing sta raggiungendo sempre più persone, giovani e popolazioni bersaglio –omosessuali, sex worker, transgender, persone che fanno uso infettivo di droghe, detenuti e altre persone e migranti incarcerati. E macchine di test per la carica virale stanno portando il test virale alle persone che ne hanno bisogno.

Ma la tecnologia da sola non è sufficiente per assicurarsi che le persone possano accedere ai servizi di test dell'HIV che necessitano. Stigma, discriminazione e abusi dei diritti umani rimangono le maggiori barriere per la fruizione dei vari servizi HIV, inclusi i test. Stigma e discriminazione devono essere combattuti quando accadono. I diritti umani, incluso uno

dei più fondamentali, il diritto alla salute, devono essere messi in pratica se vogliamo raggiungere l'obiettivo della fine dell'AIDS.

I test dell'HIV danno alle persone la conoscenza che necessitano per fare una scelta – la scelta sull'opzione giusta per il trattamento e per la prevenzione. La conoscenza è davvero potere. Il potere delle persone di determinare le opzioni giuste per restare sani. E il potere di stare bene e di vivere lunghe e produttive esistenze. Facciamo in modo che tutti abbiamo questo potere.

Statistiche globali 2017 HIV e AIDS Nel 2017:

- 36.9 milioni [31.1–43.9 milioni] di persone sono affette di HIV su scala globale nel 2017.
- 21.7 milioni [19.1–22.6 milioni] di persone hanno avuto accesso a terapia antiretrovirali nel 2017.
- 1.8 milioni [1.4–2.4 milioni] di persone hanno contratto l'infezione dell'HIV nel 2017.
- 940 000 [670.000–1.3 milioni] di persone sono morte a causa di malattie collegate all'AIDS nel 2017.
- 77.3 milioni [59.9–100 milioni] di persone hanno contratto, dall'inizio dell'epidemia, l'HIV.
- 35.4 milioni [25.0–49.9 milioni] di persone sono morte, dall'inizio dell'epidemia, per malattie collegate all'AIDS.

Persone che vivono con l'HIV

- Nel 2017, vi erano 36.9 milioni [31.1–43.9 milioni] di persone affette di HIV.
 - 35.1 milioni [29.6–41.7 milioni] di adulti.
 - 1.8 milioni [1.3–2.4 milioni] di bambini (<15 anni).
- 75% [55–92%] di tutte le persone affette di Hiv, hanno appreso il loro status di sieropositivi nel 2017.
- Circa 9.4 milioni di persone non sanno che sono affette da HIV.

Persone che vivono con l'HIV con accesso alle terapie antiretrovirali

- Nel 2017, 21.7 milioni [19.1–22.6 milioni] di persone che vivono con HIV hanno accesso alle terapie antiretrovirali, un incremento di 2.3 milioni dal 2016 e di 8 milioni dal 2010.

- Nel 2017, 59% [44–73%] di tutte le persone che vivono con HIV, avevano accesso a terapie antiretrovirali.
 - il 59% [44–73%] degli adulti di età superiore a 15 anni con HIV hanno avuto accesso al trattamento, così come il 52% [37–70%] dei bambini sotto i 15 anni.
 - il 65% [49–80%] delle donna adulte ha avuto accesso al trattamento, contro solo il 53% [38–66%] dei maschi adulti .
- Nel 2017, 80% [61– >95%] delle donna incinte con HIV ha avuto accesso alle medicine antiretrovirali per prevenire la trasmissione al loro bambino.

Nuove infezioni da HIV

- Le nuove infezioni da HIV sono state ridotte del 47% rispetto al picco del 1996.
 - Nel 2017, vi erano 1.8 milioni [1.4–2.4 milioni] nuove infezioni da HIV, rispetto a 3.4 milioni [2.6–4.4 milioni] nel 1996.
- Dal 2010, le nuove infezioni da HIV negli adulti sono diminuite di circa il 16%, da 1.9 milioni a 1.6 milioni nel 2017.
 - Dal 2010, le nuove infezioni da HIV nei bambini sono diminuite del 35%, da 270000 [170.000–400.000]nel 2010 a 180.000 [110.000–260.000] nel 2017.

Morti collegate all'AIDS

- Le morti collegate all'AIDS si sono ridotte di più del 51% dal picco del 2004.
 - Nel 2017, 940.000 [670.000–1.3 milioni] di persone sono morte per malattie collegate all'AIDS, rispetto a 1.9 milioni [1.4–2.7 milioni] nel 2004 e a 1.4 milioni [1–2 milioni] nel 2010.

90–90–90

- Nel 2017, tre persone su quattro (75%) conoscono il loro status.
- Fra le persone consapevoli del loro status, quattro su cinque (79%) avevano accesso al trattamento.
- Fra le persone che avevano accesso al trattamento, quattro su cinque(81%) avevano la carica virale soppressa.
- Il 47% di tutte le persone con HIV hanno la carica virale soppressa.

Donne

- Ogni settimana, circa 7.000 giovani donne di età compresa 15–24 anni diventano affette da HIV.

- Nell’Africa subsahariana, tre nuove infezioni su quattro negli adolescenti di età compresa 15-19 anni sono relative a ragazze. Le giovani donne fra i 15 e i 24 anni hanno il doppio di probabilità di contrarre l’HIV rispetto agli uomini.
- Più di un terzo (35%) delle donne su scala globale sono state vittime di violenza fisica e/o sessuale nel corso della loro vita.
 - In alcune regioni, le donne che subiscono violenza, hanno una volta e mezza di probabilità in più di contrarre l’HIV.

Popolazioni bersaglio

- Le popolazioni bersaglio e i loro partner rappresentano:
 - il 47% delle nuove infezioni su scala globale.
 - il 95% delle nuove infezioni nell’Europa dell’Est, nell’Asia centrale e nell’Africa meridionale.
 - il 16% delle nuove infezioni nell’Africa dell’est e del sud.
- Il rischio di contrarre l’HIV è:
 - 27 volte più alto per uomini che fanno sesso con uomini.
 - 23 volte più alto per coloro che fanno uso di droghe per via iniettiva.
 - 13 volte più alto per donne sex worker.
 - 13 volte più alto per donne transgender.

HIV/Tubercolosi (TB)

- TB rimane la causa principale di morte fra le persone con HIV, rappresentando circa 1/3 delle morti collegate all’AIDS.
- Nel 2016, 10.4 milioni di persone hanno contratto TB, 1.2 milioni convivono con HIV.
 - Le persone che vivono con HIV senza sintomi di TB necessitano una terapia preventiva per TB, che riduce il rischio di sviluppare TB e riduce i tassi di mortalità di TB/AIDS del 40%.
- È stimato che il 49% delle persone che vivono con HIV e TB sono inconsapevoli della loro infezione e perciò non ricevono cure appropriate.

Investimenti

- Alla fine del 2017, US\$ 21.3 bilioni erano disponibili nei paesi a basso e medio reddito.
 - Circa il 56% delle risorse totali per HIV nei paesi a basso e a medio reddito erano risorse nazionali.
- UNAIDS stima che serviranno US\$ 26.2 bilioni per la risposta all’AIDS nel 2020.



REPORT COA (Centro Operativo AIDS) 2018

Istituto superiore di Sanità

Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da Hiv e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2017

Il Ministero della salute, con il DM del 31 marzo 2008 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 175 del 28/07/08), ha istituito il sistema di sorveglianza nazionale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, provvedendo ad aggiungere l'infezione da Hiv all'elenco della Classe III delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria. Fino al 2008, infatti, solo l'Aids era sottoposto a notifica obbligatoria, mentre l'infezione da Hiv (in fase pre-Aids) non lo era.

La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da Hiv, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test Hiv per la prima volta, è stata attivata in tutte le regioni italiane. Dal 2012 i dati sulla sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV sono disponibili per tutte le regioni italiane.

Il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e il Registro Nazionale Aids costituiscono due basi di dati dinamiche, permanentemente aggiornate dall'afflusso continuo delle segnalazioni inviate dalle regioni e dai centri segnalatori al **Centro Operativo Aids (COA)** dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

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

Gli ultimi dati sulle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di Aids in Italia al 31 dicembre 2017 sono pubblicati sul **Notiziario Istisan volume 31 - n. 9 supplemento 1 - 2018** redatto con il contributo dei componenti del *Advisory Board* sulla Sorveglianza delle infezioni da Hiv/Aids del Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute, in occasione della Giornata mondiale di lotta all'Aids, che si celebra ogni anno il 1° dicembre.

Nuove infezioni da Hiv

Nel 2017 sono state segnalate **3.443 nuove diagnosi di infezione da HIV** pari a 5,7 nuovi casi per 100.000 residenti.

L'incidenza italiana è simile all'incidenza media osservata tra le nazioni dell'Unione Europea (5,8 nuovi casi per 100.000).

L'incidenza (casi/popolazione) delle nuove diagnosi di Hiv mostra **una leggera diminuzione tra il 2012 e il 2015**, con un **andamento pressoché stabile dopo il 2015**.

L'andamento dell'incidenza negli ultimi tre anni è simile per tutte le modalità di trasmissione.

Nel 2017 l'incidenza maggiore di infezione da HIV è nella **fascia di età 25-29 anni**. La modalità di trasmissione principale tra le nuove diagnosi HIV è attraverso rapporti eterosessuali.

Tra i maschi, **la maggior parte delle nuove diagnosi Hiv è in MSM** (maschi che fanno sesso con maschi).

Negli ultimi anni **rimane costante il numero di donne con nuova diagnosi di Hiv**.

Dal 2012 al 2017 il numero di nuove diagnosi di **infezione da Hiv in stranieri** rimane sostanzialmente stabile; al contrario, negli italiani si osserva una costante diminuzione.

Nel 2017, il 34,3% delle persone con una nuova diagnosi di HIV era di nazionalità straniera. Tra gli stranieri, il 64,0% di casi era costituito da eterosessuali (eterosessuali femmine 36,5%; eterosessuali maschi 27,5%).

Nel periodo 2010-2017 è rimasta invariata la quota delle persone con una nuova diagnosi di infezione da Hiv in fase clinica avanzata (bassi CD4 o presenza di sintomi).

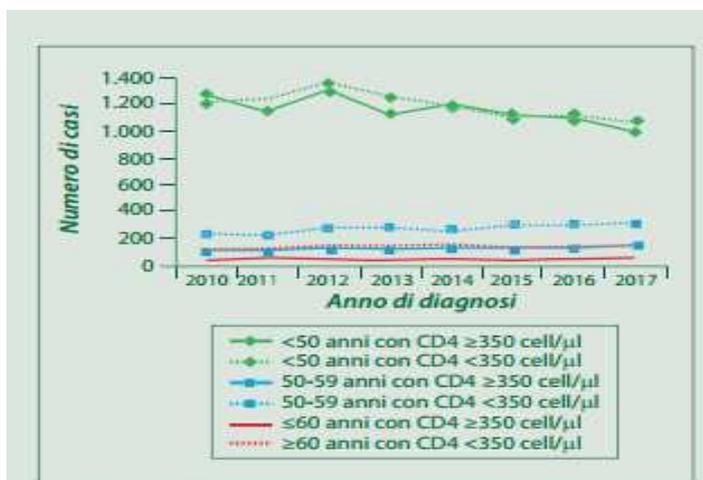


Figura 22 - Numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV per età, numero di CD4 e anno di diagnosi, 2010-2017

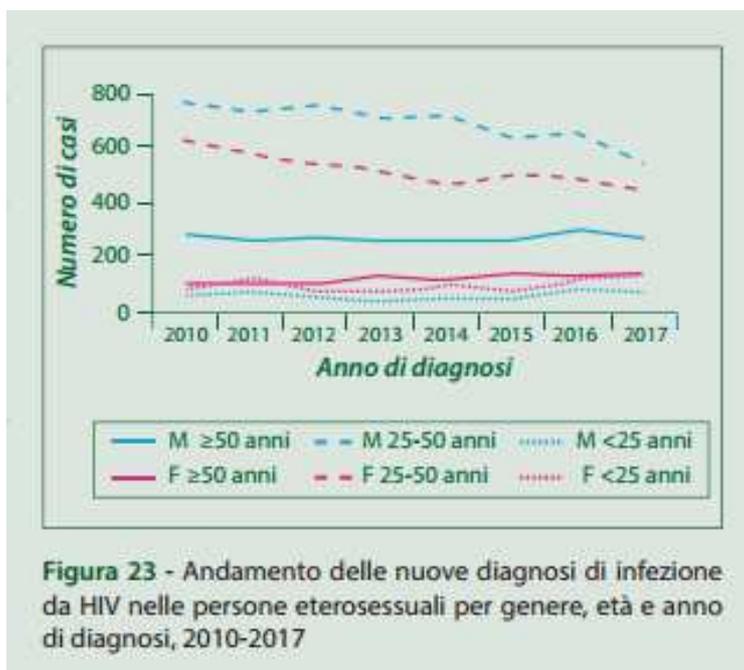
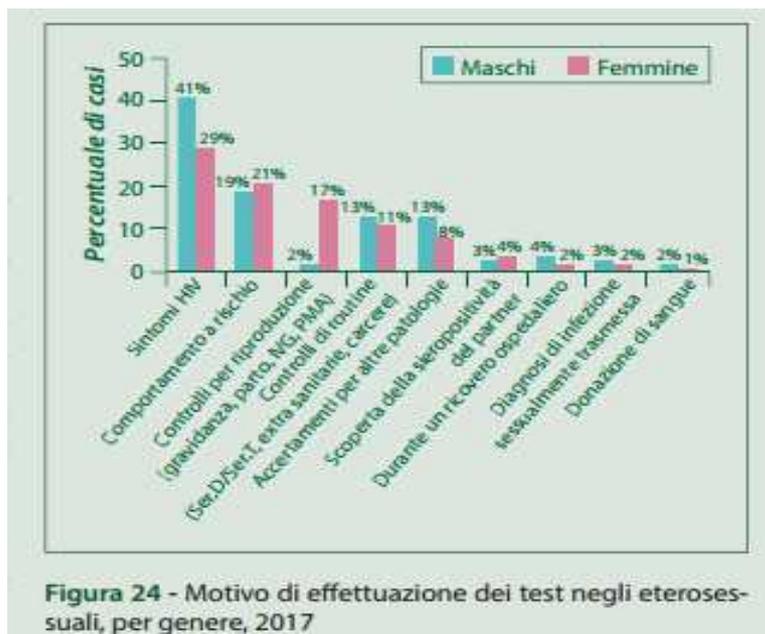


Figura 23 - Andamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV nelle persone eterosessuali per genere, età e anno di diagnosi, 2010-2017



Fonte: Istituto superiore di Sanità, Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da Hiv e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2017, p. 17.

Nuove diagnosi di Aids

Si osserva **un lieve decremento delle nuove diagnosi di Aids.**

Il numero di decessi in persone con Aids rimane stabile. Rimane costante nell'ultimo quinquennio la proporzione delle persone con nuova diagnosi di Aids che scopre di essere Hiv positiva nei pochi mesi precedenti la diagnosi di Aids.

Tabella 1 - Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV, per regione di segnalazione e percentuale di copertura del Sistema di sorveglianza (2010-2017)

Regione	Anno inizio raccolta dati	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Piemonte	1999	324	295	280	325	285	248	259	253	2.269
Valle d'Aosta	2008	9	10	8	6	7	3	7	4	54
Liguria	2009	95	101	107	75	95	113	114	107	807
Lombardia	2009	870	936	1.098	988	870	868	763	675	7.068
Provincia Autonoma di Trento	1985	29	30	39	23	24	15	33	24	217
Provincia Autonoma di Bolzano	1985	22	29	17	18	20	15	19	15	155
Veneto	1988	329	253	312	277	278	268	221	234	2.172
Friuli Venezia Giulia	1985	69	64	63	64	74	35	43	40	452
Emilia-Romagna	2006	437	425	436	345	375	323	329	303	2.973
Toscana	2009	343	294	282	317	319	283	322	263	2.423
Umbria	2009	37	61	67	57	61	56	55	58	452
Marche	2007	99	74	84	57	87	71	115	91	678
Lazio	1985	657	695	645	618	622	554	583	512	4.886
Abruzzo	2006	63	39	46	58	64	54	53	65	442
Molise	2010	4	7	3	7	12	10	12	27	82
Campania	2008	210	189	243	190	180	201	187	226	1.626
Puglia	2007	149	172	130	132	120	145	168	180	1.196
Basilicata	2009	15	7	13	5	14	16	16	16	102
Calabria	2009	114	17	9	12	24	30	17	11	234
Sicilia	2009	143	197	185	198	229	232	279	278	1.741
Sardegna	2012	nd ^a	nd ^a	88	60	63	58	54	61	384
Totale		4.018	3.895	4.155	3.832	3.823	3.598	3.649	3.443	30.413
Percentuale di copertura del Sistema di sorveglianza (%)		97,8	97,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Incidenza per 100.000 residenti (calcolata sulle popolazioni residenti per regione)		6,8	6,6	7,0	6,4	6,3	5,9	6,0	5,7	

(a) nd = non disponibile

Tabella 2 - Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV, per regione di segnalazione e regione di residenza. Incidenza per regione di residenza (2017)

Regione	2017				
	Segnalati	% sul totale	Residenti	% sul totale	Incidenza per 100.000 residenti
Piemonte	253	7,3	257	7,5	5,9
Valle d'Aosta	4	0,1	4	0,1	3,2
Liguria	107	3,1	102	3,0	6,5
Lombardia	675	19,6	603	17,6	6,0
Provincia Autonoma di Trento	24	0,7	26	0,8	4,8
Provincia Autonoma di Bolzano	15	0,4	15	0,4	2,9
Veneto	234	6,8	232	6,7	4,7
Friuli Venezia Giulia	40	1,2	39	1,1	3,2
Emilia-Romagna	303	8,8	274	8,0	6,2
Toscana	263	7,6	235	6,8	6,3
Umbria	58	1,7	60	1,7	6,7
Marche	91	2,6	93	2,7	6,0
Lazio	512	14,9	441	12,8	7,5
Abruzzo	65	1,9	46	1,3	3,5
Molise	27	0,8	31	0,9	10,0
Campania	226	6,6	247	7,2	4,2
Puglia	180	5,2	190	5,5	4,7
Basilicata	16	0,5	18	0,5	3,2
Calabria	11	0,3	17	0,5	0,9
Sicilia	278	8,1	276	8,0	5,5
Sardegna	61	1,8	65	1,9	3,9
Residenza estera			82	2,4	
Residenza non riportata			90	2,6	
Totale	3.443	100,0	3.443	100,0	

Fonte: Istituto superiore di Sanità, Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da Hiv e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2017, p. 21.

Per approfondimenti: Notiziario Istisan volume 31 - n. 9 supplemento 1 - 2018
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3557_listaFile_itemName_o_file.pdf

HIV/AIDS in Toscana

Aggiornamento al 31 dicembre 2017

Monia Puglia e Fabio Voller

Osservatorio di epidemiologia - Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

In Italia, la raccolta sistematica dei dati sui casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) è iniziata nel 1982 e nel giugno 1984 è stata formalizzata in un sistema di sorveglianza nazionale attraverso il quale vengono segnalati i casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche del Paese. Con il Decreto Ministeriale del 28 novembre 1986 (Gazzetta Ufficiale n. 288 del 12 Dicembre 1986), l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria, ovvero è sottoposta a notifica speciale mediante la compilazione di un'apposita scheda che il medico segnalatore compila e trasmette sia all'Assessorato alla Sanità della Regione sia al Centro Operativo AIDS dell'ISS.

Il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è stato istituito con il Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 (Gazzetta Ufficiale n. 175 del 28 luglio 2008). In seguito alla pubblicazione del Decreto, molte regioni italiane hanno istituito un sistema di sorveglianza di questa infezione, unendosi ad altre regioni e province che già da vari anni si erano organizzate in modo autonomo e avevano iniziato a raccogliere i dati. Dal 2012, tutte le regioni italiane hanno attivato un Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV raggiungendo così una copertura del Sistema di sorveglianza del 100%.

Il Decreto Ministeriale affida al COA il compito di raccogliere le segnalazioni, gestire e analizzare i dati e assicurare il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute. I dati vengono raccolti in prima istanza dalle regioni che, a loro volta, li inviano al COA.

Al Sistema di sorveglianza vengono notificati i casi in cui viene posta per la prima volta la diagnosi di infezione da HIV, a prescindere dalla presenza di sintomi AIDS-correlati.

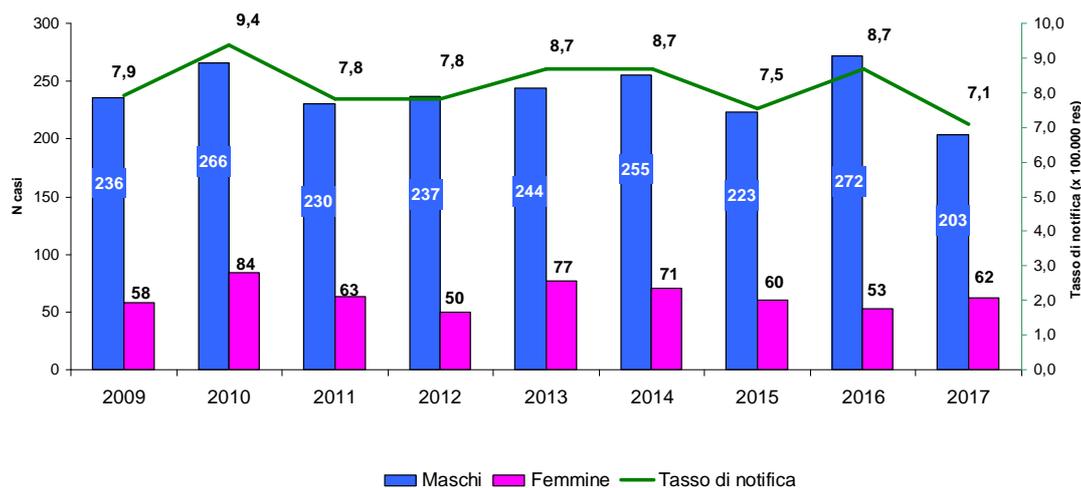
In Toscana il sistema di sorveglianza di entrambe le patologie è affidato all'Agenzia regionale di sanità, che dal 2004 gestisce il Registro Regionale AIDS (RRA) e dal 2009 la notifica delle nuove diagnosi di HIV.

HIV

In Toscana, come nella maggior parte delle regioni italiane, l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV presenta un andamento stabile dal 2009, tuttavia nel 2017 si è verificato il valore più basso dell'intero periodo. L'incidenza per area geografica mostra valori più elevati al Centro seguita dalle regioni del Nord e infine dal Sud e Isole. La Toscana, secondo gli ultimi dati pubblicati dall' ISS¹, continua ad avere un tasso di incidenza maggiore rispetto a quello nazionale (6,3 per 100.000 vs 5,7 per 100.000 residenti) e si colloca al quinto posto tra le regioni, preceduta da Molise (10,0 per 100.000), Lazio (7,5 per 100.000), Umbria (6,7 per 100.000) e Liguria (6,5 per 100.000).

Nell'intero periodo sono state notificate in Toscana 2.744 nuove diagnosi di infezione da HIV (265 con un tasso di notifica di 7,1 per 100.000 residenti nel 2017) (**Figura 1**). Il 76,6% dei casi notificati riguarda il genere maschile (rapporto maschi/femmina 3,3:1; incidenza maschi: 11,3 per 100.000; femmine: 3,2 per 100.000).

Figura 1 Numero di nuove diagnosi di HIV in Toscana e tasso di notifica (per 100.000 residenti) per genere ed anno di diagnosi. Anni 2009-2017



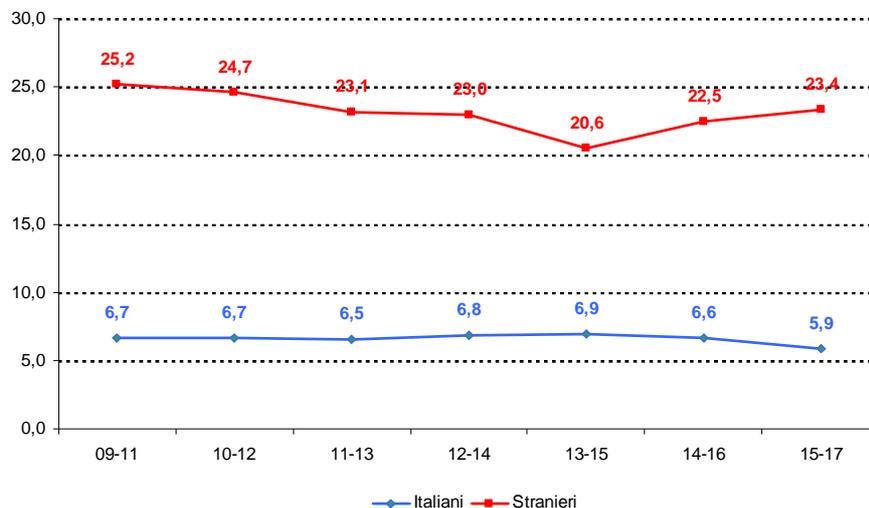
L'età mediana è di 41 anni per i maschi e di 37 anni per le femmine. La classe più rappresentata è quella 30-39 con un'incidenza di 17,7 (per 100.000 res.). Sono in aumento i pazienti che scoprono la sieropositività dopo i 50 anni (incidenza: 4,6 per 100.000). L'età minima, escludendo i casi a trasmissione verticale, è di 17 anni. I casi pediatrici, che presentano quasi tutti modalità di trasmissione verticale tra madre e figlio, sono divenuti eventi rari, grazie alla terapia antiretrovirale somministrata alla madre sieropositiva e all'introduzione del test per HIV tra gli esami previsti nel libretto di gravidanza. Nell'intero periodo di sorveglianza i casi pediatrici sono stati 8. Nessun caso è stato segnalato negli ultimi 2 anni.

Gli stranieri, che costituiscono nel triennio 2015-2017 il 32,1% delle nuove diagnosi di HIV, hanno un'incidenza quasi quattro volte superiore a quella degli italiani e un andamento nuovamente in

¹ COA (Centro Operativo Aids). Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2017. Volume 31, Numero 9, Supplemento 1 del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 2018, Roma.

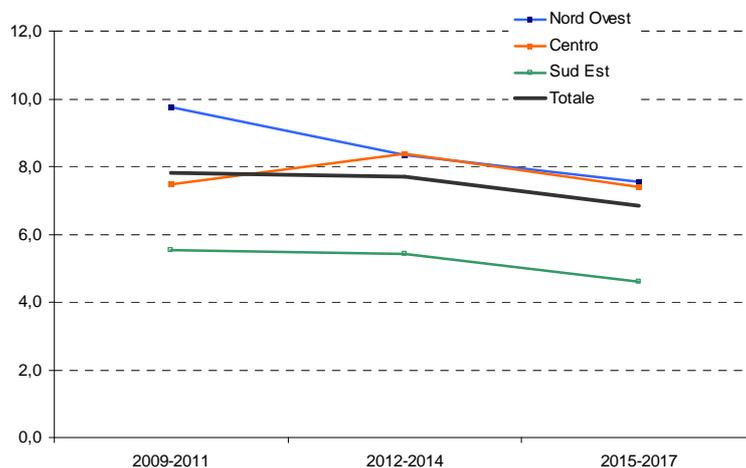
aumento (**Figura 2**). Le nazionalità straniere più frequenti sono Brasile, Nigeria e Romania per i maschi; Nigeria e Romania per le femmine.

Figura 2 Tasso di notifica (per 100.000 residenti) di HIV per cittadinanza ed anno di diagnosi. Anni 2009-2017



Nel periodo 2009-2017 le diagnosi relative ai residenti toscani adulti sono state 2.498; di queste, 98 sono state segnalate in strutture fuori regione. I residenti nella AUSL Sud-Est hanno sempre presentato i tassi di incidenza più bassi (**Figura 3**).

Figura 3 Tasso di incidenza di HIV (per 100.000 residenti) per AUSL di residenza. Anni 2009-2017

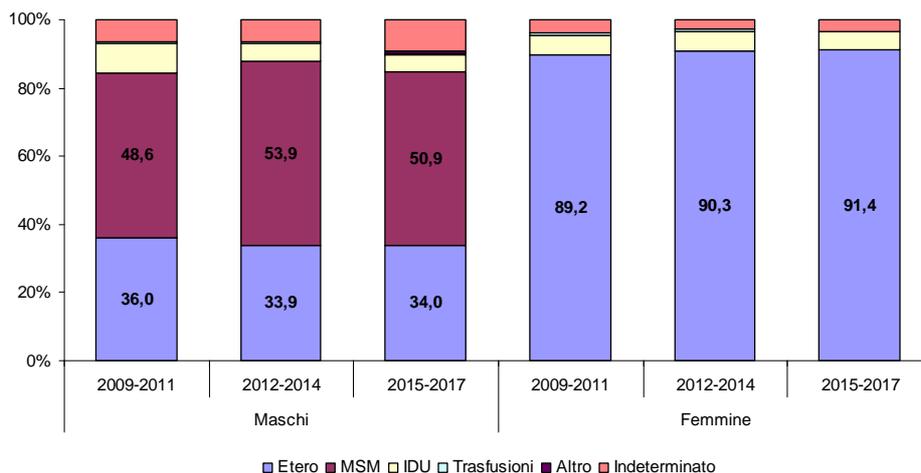


La modalità di trasmissione viene attribuita secondo un ordine gerarchico che risponde a criteri definiti a livello internazionale². Ogni nuova diagnosi è classificata in un solo gruppo e coloro che presentano più di una modalità vengono classificati nel gruppo con rischio di trasmissione più elevato (in ordine decrescente di rischio: IDU, MSM, eterosessuali, non riportato).

²Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. MMWR 2005;54(RR02):1-20.

La maggioranza delle infezioni da HIV è attribuibile a rapporti sessuali non protetti che costituiscono l'86,1% di tutte le segnalazioni, a sottolineare l'abbassamento del livello di guardia e la bassa percezione del rischio nella popolazione, soprattutto eterosessuale. Le persone che si sono infettate a causa dell'uso di droghe iniettive sono invece intorno al 5%. **(Figura 4)**. La modalità di trasmissione eterosessuale è la modalità più frequente per gli ultra cinquantenni.

Figura 4 Modalità di trasmissione dei casi adulti di HIV notificati in Toscana per genere. Anni 2009-2017



MSM: Maschi che fanno sesso con maschi; IDU: (Injection Drug Users) Uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa; Altro: ha ricevuto fattori della coagulazione/trasfusione, cellule staminali, contatto accidentale con sangue, ecc

Una quota importante di pazienti si presenta tardi alla prima diagnosi di sieropositività, evidenziando già un quadro immunologico compromesso. Una diagnosi tardiva dell'infezione HIV comporta, oltre ad un conseguente ritardo dell'inizio del percorso terapeutico, una ridotta efficacia della terapia, in quanto è più probabile che il paziente presenti infezioni opportunistiche che rischiano di compromettere l'effetto della terapia. Inoltre nei pazienti con infezione avanzata, il virus tende a replicarsi più velocemente, determinando un aumento della carica virale e un conseguente rischio di infezione.

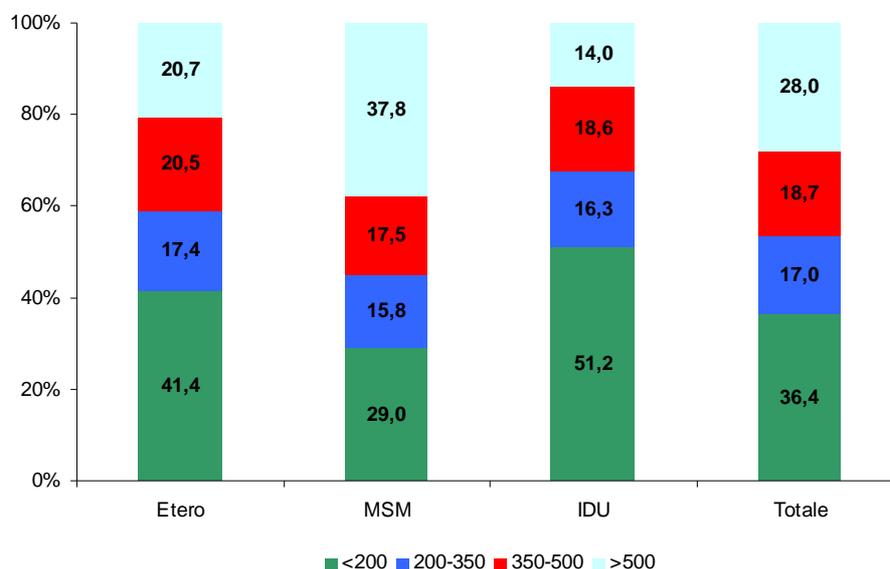
La consapevolezza da parte del paziente del proprio stato di sieropositività è un elemento molto importante in quanto permette di accedere tempestivamente alla terapia antiretrovirale e di ridurre la probabilità di trasmissione dell'infezione legata a comportamenti a rischio.

Un caso di HIV su 5 è già in AIDS conclamato al momento della diagnosi di sieropositività. La proporzione delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV diagnosticate con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/μL è del 36,4%, mentre quella di coloro con un numero di CD4 inferiore a 350 cell/μL è del 53,4%, valori in linea con quelli medi nazionali.

Le persone che scoprono di essere HIV positive in ritardo sono più frequentemente maschi, stranieri, hanno un'età più avanzata ed hanno contratto l'infezione prevalentemente attraverso contatti eterosessuali. Il 41,4% degli eterosessuali riporta un numero di linfociti CD4 inferiore a 200

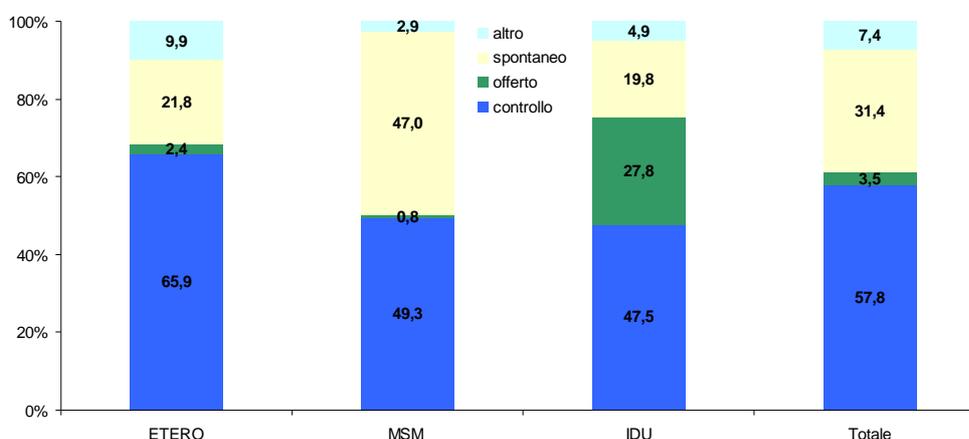
cell/ μ L, viceversa il 37,8 degli MSM riporta un numero di linfociti CD4 maggiore a 500 cell/ μ L (**Figura 5**).

Figura 5 Quadro clinico ed immunologico dei casi adulti di HIV notificati in Toscana per modalità di trasmissione del virus. Anni 2015-2017



La scheda di segnalazione rileva anche il motivo per cui è eseguito il test HIV. Il 52,5% dei pazienti effettua il test nel momento in cui vi è il sospetto di una patologia HIV-correlata o una sospetta malattia a Trasmissione Sessuale (MTS) o un quadro clinico di infezione acuta e solo il 29,1% lo effettua spontaneamente per percezione di rischio, a confermare la bassa percezione del rischio. Nelle femmine oltre a queste due motivazioni, si aggiunge una quota importante di donne che ha eseguito il test durante un controllo ginecologico in gravidanza (16,0%). Si conferma per gli uomini omosessuali una maggior percezione del rischio rispetto agli eterosessuali, effettuando il test spontaneamente per percezione del rischio nel 47,0% dei casi (21,8% negli etero) (**Figura 6**).

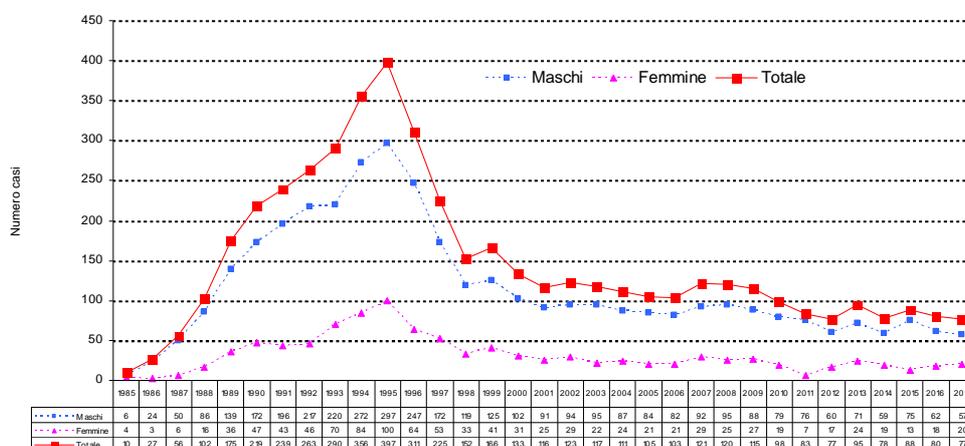
Figura 6 Motivo di esecuzione del test dei casi adulti di HIV notificati in Toscana per modalità di trasmissione del virus. Anni 2009-2017



AIDS

L'andamento dei casi di AIDS in Toscana (**Figura 7**) è analogo a quello nazionale: si evidenzia un incremento dell'incidenza dall'inizio dell'epidemia sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione dal 1996 fino al 2000 e da una successiva costante lieve diminuzione che si è assestata nell'ultimo quinquennio a circa 80 nuovi casi l'anno, 77 nel 2017. L'incidenza per area geografica mostra in Italia la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro paese, come risulta dall'incidenza che è mediamente più bassa nelle regioni meridionali. La Toscana, secondo gli ultimi dati pubblicati dall'ISS³, continua ad avere un tasso di incidenza maggiore rispetto a quello nazionale (1,8 per 100.000 vs 1,1 per 100.000 residenti) e si colloca al secondo posto tra le regioni, preceduta dalla Liguria (2,5 per 100.000).

Figura 7 Numero di casi di AIDS notificati in Toscana per anno di diagnosi e genere - Anni 1985-2017



In Toscana, dall'inizio dell'epidemia al 31 dicembre 2017, sono stati notificati 4.828 nuovi casi di AIDS. I casi pediatrici risultavano 55: 52 casi registrati prima del 2001, 1 nel 2011, 1 nel 2012 e un caso nel 2015. Nessun caso è stato registrato negli ultimi 2 anni. Ci si ammala di AIDS in età sempre più avanzata: l'età mediana alla diagnosi presenta, nel corso degli anni, un aumento progressivo sia per i maschi che per le femmine sino a raggiungere 48 anni nei primi e 47 nelle seconde, e mantenendosi sempre più elevata per i maschi.

L'asestamento delle nuove diagnosi è una conseguenza dell'allungamento del tempo di incubazione dell'AIDS dovuto all'effetto della terapia antiretrovirale combinata. A fronte di una stabilizzazione dei casi notificati si contrappone un forte incremento dei casi prevalenti⁴ (2.132 al 31/12/2017), legato all'aumento della sopravvivenza (**Figura 8**).

Sono 543 i soggetti di cittadinanza non italiana ai quali è stata notificata l'AIDS, l'82,7% dei quali risiede in Toscana. La proporzione di stranieri tra i pazienti con AIDS è aumentata passando dal 3,7% nel 1990 al 29,9% nel 2017. Dall'inizio dell'epidemia al 31.12.2017 sono stati 543 i soggetti di cittadinanza non italiana ai quali è stata notificata l'AIDS: l'82,7% dei quali risiede nella regione. Le

3 COA (Centro Operativo Aids). Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2017. Volume 31, Numero 9, Supplemento 1 del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 2018, Roma.

4 Il dato della mortalità può essere leggermente sottostimato in quanto si basa unicamente sulle segnalazioni di decesso dei reparti di malattie infettive, segnalazione che non è obbligatoria.

nazionalità maggiormente rappresentate sono Brasile (121 maschi e 9 femmine), Nigeria (28 maschi e 45 femmine) e Senegal (26 maschi e 1 femmina). Il tasso di notifica della popolazione straniera, risulta nettamente superiore rispetto a quello della popolazione italiana (5,1 per 100.000 residenti vs l'1,8 nel triennio 2015-2017), sebbene in quindici anni si è più che dimezzato (**Figura 9**).

Figura 8 Tassi di notifica e prevalenza di AIDS (per 100.000 residenti) notificati in Toscana – Anni 1988-2017

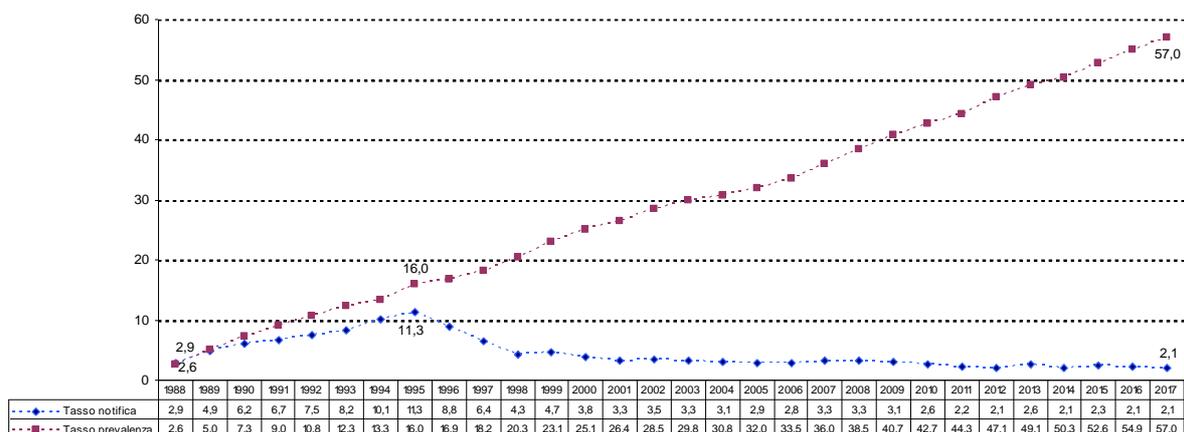
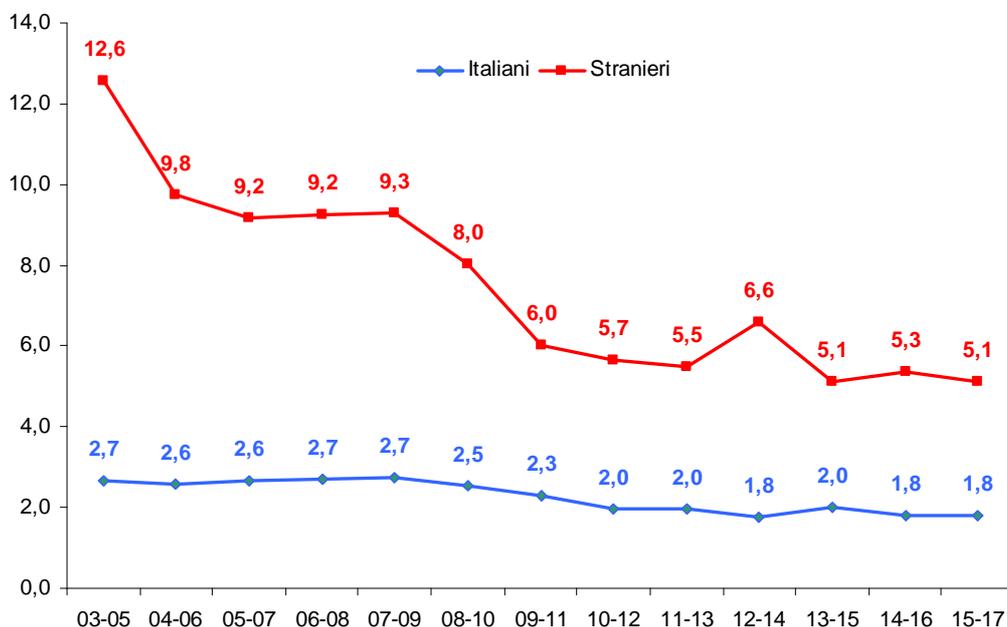
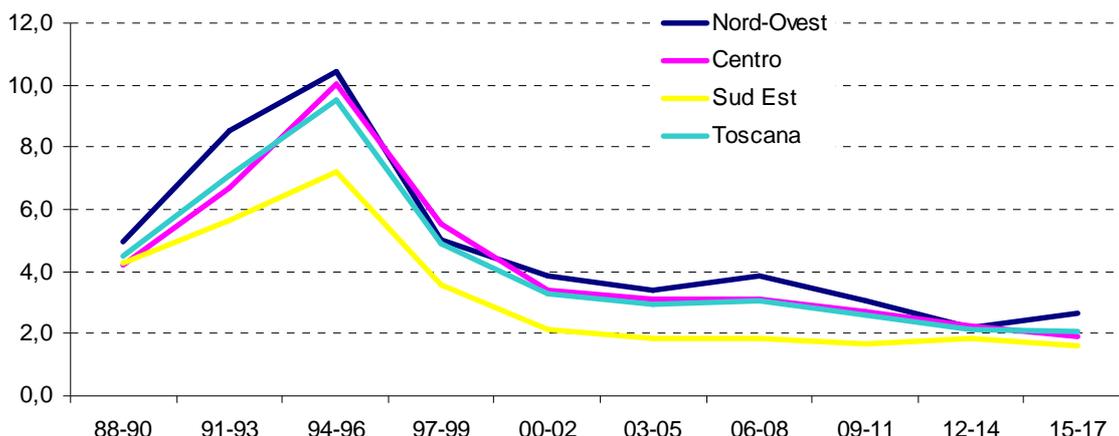


Figura 9 Tasso di notifica (per 100.000 residenti) di AIDS per cittadinanza ed anno di diagnosi. Anni 2013-2017



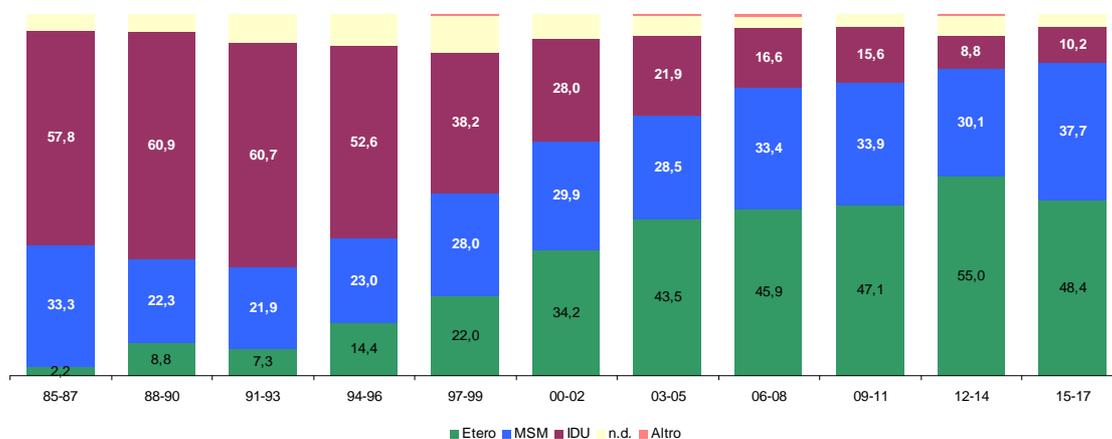
Dall'inizio dell'epidemia a oggi le diagnosi relative ai residenti toscani sono state 4.624. Di queste, 245 sono state segnalate fuori Toscana. La AUSL Sud-Est ha presentato in tutti gli anni i tassi di incidenza minori (**Figura 10**).

Figura 10 Tasso di incidenza di AIDS (per 100.000 residenti) per AUSL di residenza. Anni 1988-2017



La modalità di trasmissione del virus HIV ha subito nel corso degli anni un'inversione di tendenza: il maggior numero di infezioni non avviene più, come agli inizi dell'epidemia per la tossicodipendenza ma è attribuibile a trasmissione sessuale, soprattutto eterosessuale. Queste due ultime categorie di trasmissione rappresentano nell'ultimo triennio l'86,1% dei nuovi casi adulti di AIDS e, in particolare, il 48,4% è relativo a rapporti eterosessuali (**Figura 11**).

Figura 11 Modalità di trasmissione dei casi adulti di AIDS notificati in Toscana. Anni 1985-2017

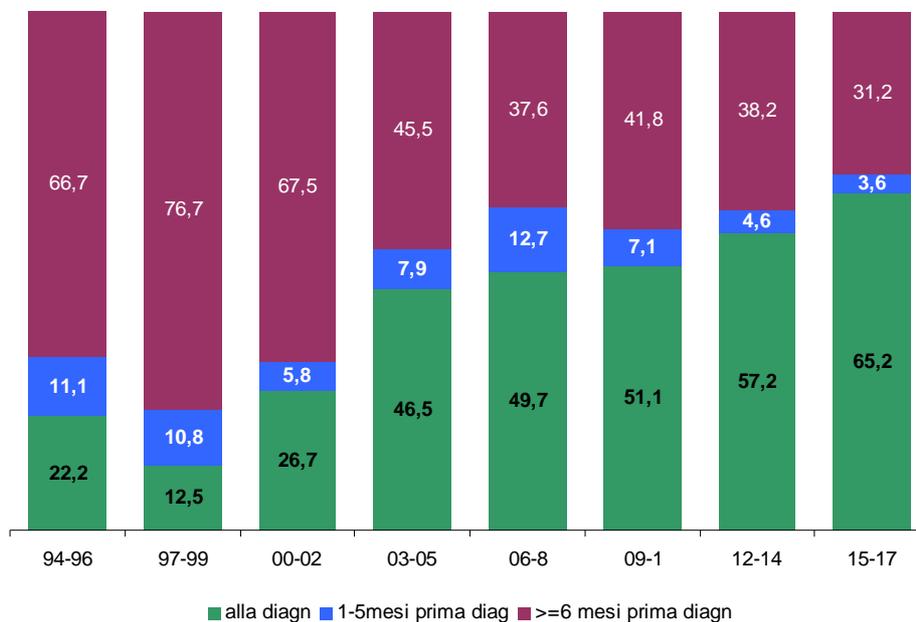


MSM: Maschi che fanno sesso con maschi; IDU: (Injection Drug Users) Uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa; Altro: ha ricevuto fattori della coagulazione/trasfusione, cellule staminali, contatto accidentale con sangue, ecc

Questo dato sottolinea l'abbassamento del livello di guardia nella popolazione generale: gli eterosessuali non si ritengono soggetti "a rischio" ed invece rappresentano la categoria che più ha bisogno di informazione. Molti dei nuovi sieropositivi, che hanno contratto il virus attraverso rapporti sessuali non protetti, non sanno di esserlo e continuano a diffondere la malattia senza avere coscienza del rischio. Si osserva che la proporzione di pazienti con una diagnosi di sieropositività vicina (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è in costante aumento nel tempo ed è

più elevata tra coloro che hanno come modalità di trasmissione i rapporti eterosessuali (**Figura 12**).

Figura 12 Tempo intercorso tra la diagnosi di HIV e la diagnosi di AIDS dei casi adulti di AIDS notificati in Toscana. Anni 1994-2017



In conclusione, si conferma, come per gli scorsi anni, la scarsa consapevolezza della possibilità di contagio da parte della popolazione, soprattutto eterosessuale che viene a conoscenza della propria sieropositività in fase avanzata di malattia ed effettua il test solo quando vi è il sospetto di una patologia HIV correlata. Questo comportamento porta alla diffusione anche inconsapevole dell'infezione e ad un ritardo nell'accesso alle cure. Iniziare la terapia antiretrovirale precocemente è un vantaggio sia in termini di sopravvivenza che di qualità della vita. Si continua a presentare, come è stato ribadito negli scorsi anni, la necessità di una maggiore informazione sulle malattie a trasmissione sessuale rivolta a tutta la popolazione, non solo ai giovani e di incrementare e facilitare l'accesso ai test.



Di seguito sono riportati, in ordine cronologico, gli articoli pubblicati sul sito www.cesda.net. I contenuti degli articoli riguardano report di ricerche, abstract di pubblicazioni di riviste scientifiche, segnalazione di iniziative di prevenzione di interesse generale. Per una lettura più esaustiva sul tema HIV/AIDS si rimanda alla sezione tematica del sito Cesda.



REPORT EMCDDA SUL MONITORAGGIO DELL'USO DI SOSTANZE

Publicato il 29 novembre 2018 da redazione

La settimana scorsa EMCDDA ha diffuso un report sullo stato dell'arte in Europa riguardo il monitoraggio dell'uso di sostanze nei contesti ricreazionali. Il report esamina in quali modi (specie per quanto attiene alla parte metodologica) **sono raccolti i dati sull'uso di sostanze in contesti ricreazionali**, suggerendo in particolare di migliorare la standardizzazione dei dati al fine di un miglioramento della comparabilità fra i dati. Fra le tendenze messe in rilievo, **spicca l'aumento di indagini basate sulle dichiarazioni riportate dai consumatori e di indagini svolte su piattaforme online**. "Il report mostra come droghe specifiche, i gruppi che consumano droghe e i setting ricreazionali sono al centro delle indagini, mentre altri temi tendono a essere ignorati. **Le ricerche si focalizzano largamente sui luoghi di divertimento notturni come club e bar, determinando un gap di conoscenze sull'uso di droghe in altri contesti ricreazionali (come feste private e rave)**. Va sottolineato che l'uso di droghe si svolge sia in contesti ricreazionali pubblici che privati e che **le indagini devono essere maggiormente mirate su popolazioni diverse (e in precedenza nascoste) per includere spazi, luoghi e tempi rilevanti sotto-indagati in Europa**. Infatti, è stato argomentato che coloro che usano droghe ricreazionali non rappresentano un gruppo omogeneo e che i dati statistici ivi raccolti possono illustrare questa diversità, permettendo di studiare in modo più accurato interventi centrati sul target". Un ultimo dato significativo messo in evidenza dal report è che **assumono sempre più importanza le indagini condotte su dati biomedici, analisi delle acque reflue e drug-checking**.

Link al report (inglese): http://www.emcdda.europa.eu/news/2018/monitoring-drug-use-recreational-settings-across-europe_en



MIGRANTI E HIV: DATI ITALIANI

Publicato il 27 novembre 2018 da redazione

Durante il 31esimo convegno nazionale di **Anlaids Onlus**, tenutosi a **Genova** in vista della **Giornata Mondiale sull'Aids**, sono stati diffusi interessanti dati sull'**incidenza di HIV nei migranti residenti nel nostro paese**. **I fattori di rischio durante il viaggio migratorio e le condizioni di vita e di sfruttamento** a cui sono sottoposti molti migranti e richiedenti protezione internazionale, fanno sì che la probabilità di contagio aumenti in queste fasi cruciali. "Secondo i dati del **Piano Nazionale Aids 2017-19**, l'incidenza di nuove diagnosi di infezione da Hiv, pur se diminuita negli anni, è circa **4 volte più alta tra i migranti** rispetto agli italiani e spesso riguarda le donne. Pur se spesso provenienti da paesi africani in cui la malattia è molto diffusa, in realtà il contagio dei migranti avviene nella metà dei casi una volta partiti verso il vecchio continente.

I dati sono contenuti nello studio condotto nell'ambito del progetto **aMASE (advancing Migrant Access to health Services in Europe)** in 57 strutture per il trattamento dell'Hiv di 9 paesi europei, tra cui l'Italia, su oltre 2200 migranti adulti con infezione. I risultati mostrano che il 50% dei migranti che vive con Hiv in Europa si è infettato nel Paese di arrivo, con un **tasso di infezione** va dal 32% al 64% a seconda del Paese ospitante". Nell'iniziativa, è stato anche messo in luce come, durante il viaggio migratorio, esiste un fattore di rischio molto preciso: **la permanenza in Libia**. La durezza delle condizioni di vita dei migranti in Libia, spesso sottoposti a periodi di detenzione molto lunghi e a forme di grave sfruttamento sessuale e lavorativo, aumenta di almeno quattro volte il rischio di infezione, soprattutto nelle donne, a causa di **torture e abusi**.



EUROPEAN HIV/HCV TESTING WEEK 22-30 novembre 2018

Publicato il 27 novembre 2018 da redazione

Firenze, Scandicci e Pistoia saranno sede della sesta edizione di **European Testing Week** grazie all'impegno delle amministrazioni comunali e delle associazioni Lila Toscana, Caritas Firenze/Associazione Niccolò Stenone, Ireos, Associazione Insieme, C.A.T Cooperativa Sociale Onlus e MEDU Medici per i Diritti Umani che hanno aderito alla più importante iniziativa europea di prevenzione finalizzata all'immediato accesso alle cure per chi si scopre positivo al test Hiv.

"Lavoriamo col mondo del volontariato e con le aziende sanitarie. Ringrazio anche l'assessore Funaro, l'assessore Fratini e la direzione sociale che hanno dato un grande contributo per la realizzazione delle iniziative. Siamo tutti coinvolti – ha sottolineato il presidente della Commissione politiche sociali e della salute, sanità e servizi sociali Nicola Armentano – sulla prevenzione all'Hiv. Ci rivolgiamo sia ai giovanissimi che ai giovani ma le azioni, se fatte, possono preservare la salute di tutti i cittadini". "L'idea di coinvolgere i giovani universitari è utile ed intelligente – ha aggiunto il presidente della Commissione lavoro e istruzione e consigliere delegato dal sindaco per le politiche giovanili Cosimo Guccione – per far conoscere a tutti gli strumenti da utilizzare come il test salivale. Si potrà fare il test direttamente all'università, il 28 novembre, coinvolgendo tutta la comunità studentesca".

"Un problema complesso che va risolto con un lavoro di squadra. Questo è un tema estremamente delicato – ha ricordato Serena Perini – perché oggi non c'è più consapevolezza di quanto può essere pericolosa e invalidante questa malattia. Non si parla mai abbastanza di prevenzione ed è per questo che abbiamo costituito un tavolo consapevoli di essere responsabili della salute dei nostri cittadini". Una settimana importante per promuovere l'accesso facilitato al test rapido per l'Hiv e, da quest'anno anche Hcv (Epatite C), uno strumento a risposta rapida, semplice ed efficace, oltre che anonimo e gratuito, per verificare se si è contratto il virus Hiv o Hcv.

L'European Testing Week è una iniziativa promossa da "Hiv in Europe", network di enti governativi, operatori sanitari e realtà della società civile che giunge quest'anno alla sua sesta edizione e che rappresenta uno dei più importanti eventi su scala mondiale nella prevenzione dell'Hiv/Aids. L'edizione 2018 ha come tema "Know Your Status", ossia "Conosci il tuo stato" una campagna che punta a rendere consapevole del proprio stato sierologico tutta la popolazione mondiale e che vede nell'espansione dell'accesso al test uno strumento cruciale per porre fine all'Aids entro il 2030, così come prescritto dagli stessi obiettivi Onu per uno sviluppo sostenibile.

Per vincere questa importante battaglia **gli Stati membri sono chiamati già entro il 2020 a realizzare l'obiettivo intermedio noto come "90-90-90" che punta a diagnosticare il 90% di tutti i casi di Hiv, ad assicurare almeno al 90% di tutte le persone diagnosticate l'accesso alle cure farmacologiche e far sì che il 90% delle persone in trattamento raggiunga la soppressione della carica virale**. Ricordiamo che una persona con Hiv, in trattamento, che raggiunge la soppressione virale, non è in grado di trasmettere il virus.

Secondo Unaid non è consapevole almeno una persona con Hiv su quattro.

In Italia, in particolare **le diagnosi tardive sono oltre la metà di quelle registrate annualmente: ben il 56% (dati del Dipartimento delle Malattie infettive dell'Istituto Superiore della Sanità)**. Da due anni il Coordinamento Fiorentino delle Associazioni che si occupano di Hiv/Aids (Lila Toscana, Caritas Firenze/Associazione Niccolò Stenone, Ireos, Associazione Insieme, CNCA) in collaborazione con La Direzione Servizi Sociali, l'Assessorato Welfare e Sanità, l'Assessorato Città Metropolitana e Decentramento, le Commissioni 4 e 7 e 9 del Comune di Firenze, i Ser.D ASL Centro Città di Firenze, UFC Promozione della Salute Azienda USL Toscana Centro, l'Agenzia Regionale Diritto allo Studio Universitario, le Farmacie Comunali e gli operatori del terzo settore che operano direttamente sul territorio come C.A.T. Cooperativa Sociale Onlus e altre associazioni (MEDU), partecipano all'European testing week ottenendo risultati positivi.

E dalla collaborazione fra le Associazioni che offrono regolarmente durante l'anno il test rapido salivare Hiv/Hcv e gli ambulatori di malattie infettive della ASL Centro e A.O.U. Careggi, è stato possibile definire un protocollo di invio per le persone reattive ai test aumentando così il numero di persone consapevoli del proprio stato sierologico, garantire un rapido accesso ai trattamenti, fornire informazioni sulle infezioni sessualmente trasmissibili finalizzate alla modifica dei comportamenti a rischio e prevenire il consumo di sostanze stupefacenti.

L'edizione 2018 vede aggiungersi a Firenze e Scandicci come sede dei test anche Pistoia ma non solo. Aumentano le date nel calendario e, per la prima volta, anche l'Università di Firenze, il Polo di Scienze Sociali, sarà per un giorno sede del test.

Ricordiamo che è possibile effettuare il test rapido Hiv e Hcv in forma anonima e gratuita: il test consiste in un prelievo salivare con risultato in 20 minuti. (s.spa.)

Programma European Testing Week 2018

dal 26 al 30 novembre – Ambulatori Stenone – Caritas, Via del Leone 35. Dalle ore 14,30 alle 17,30

22 novembre – Insieme Centro Porte Aperte, Associazione Insieme, Via del Romito 19. Dalle ore 18,00 alle 21,00

24 novembre – Farmacia Comunale 20 c/o Le Piagge, offerto da Lila Toscana e Ireos. Dalle ore 18,00 alle 20,00

25 novembre – Lila Toscana Via Delle Casine 12r. Dalle ore 18,30 alle 20,30

26 novembre – Pistoia, Via XX Settembre, 7/9 offerto da Lila Toscana in collaborazione con Arci Pistoia. Dalle ore 20,00 alle 21,30

26 novembre – Ireos, Via de' Serragli 3. Dalle ore 18,00 alle 20,00

27 novembre – Centro Java, C.A.T. Cooperativa Sociale Onlus, Via Pietrapiana angolo via Fiesolana. Dalle ore 17,00 alle 20,00

27 novembre – Scandicci, Farmacia Comunale 7, via Monti 18 offerto da Lila Toscana. Dalle ore 17,00 alle ore 19,30

28 novembre – Università Polo Scienze Sociali di Novoli (davanti alla Biblioteca) offerto da Lila Toscana, Medu e Unità di strada "Outsiders" (di C.A.T. Cooperativa Sociale Onlus). Dalle ore 12.30 alle 15.00 (nello stesso giorno le tovaglie della mensa universitaria saranno personalizzate con il tema del World AIDS Day e con lo slogan **UNAIDS "Know your status"**, grazie alla collaborazione di ARDSU Azienda Regionale per il Diritto allo Studio)

29 novembre – Lila Toscana Via Delle Casine 12r. Dalle ore 18,30 alle 20,30

29 novembre – Insieme Centro Porte Aperte, Associazione Insieme, Via del Romito 19. Dalle ore 18,00 alle 21,00

30 novembre – Scandicci, Farmacia Comunale 4, via Aleardi 2 offerto da Lila Toscana. Dalle ore 17,00 alle 19,30

4 dicembre – Scandicci, Farmacia Comunale 4, via Aleardi 2 offerto da Lila Toscana. Dalle ore 17,00 alle 19,30

In occasione del **1 dicembre: World Aids Day 2018 (trentennale) "Know Your Status"** in Piazza Sant'Ambrogio dalle ore 19,30 alle 23,00. Animazione, musica con Dj set e offerta del test HIV/HCV rapido salivare. Testimonial i **"Team Avengers Toscana"** gruppo di Artisti che personificano i supereroi della Marvel, veri miti contemporanei, dèi che camminano tra gli umani, provano emozioni umane e commettono errori umani e disumani.



INDUMENTI INFETTI E HIV: LA DISINFORMAZIONE CHE VEICOLA I PREGIUDIZI

Publicato il 22 novembre 2018 da redazione

Sul Quotidiano della Sanità è stato pubblicato un duro comunicato stampa di **Margherita Errico, Presidente Nps**, in merito ad alcuni articoli di giornale profondamente scorretti che assocerebbero **lo smaltimento illegale di indumenti infetti, avvenuto sulla nave umanitaria Aquarius, al pericolo di infezioni da TB, meningite, scabbia e persino HIV**. "Apprendiamo con sgomento che numerose testate giornalistiche on line oggi, hanno titolato e scritto nei loro articoli delle cose inaudite in merito alla modalità di trasmissione dell'HIV, **cose che non si sarebbero lette nemmeno negli anni '80. Si legge che a largo delle coste italiane la nave Aquarius carica di migranti avrebbe smaltito rifiuti infetti, ma soprattutto indumenti infetti. Vengono associate tre/quattro (Tb, Hiv, meningite, scabbia) infezioni nello specifico che hanno modalità di trasmissione diverse tra loro senza alcuna attenzione alla diffusione di una informazione scientifica corretta,**

informazione volta come al solito a fare un titolo scandalistico che attiri il più possibile l'attenzione del pubblico e null'altro. **Questa speculazione strumentale in ambito di HIV non trova altro fine se non quello di aumentare il pregiudizio già esistente sull'infezione da HIV per di più associandola alla questione migranti**, tanto calda in Italia, criminalizzandoli al solo scopo populistico, creando così un doppio stigma. Tutto ciò è assolutamente inaccettabile (...) "E' importante che l'inchiesta entri nel merito di fatti specifici. I messaggi non devono in nessun modo essere strumentalizzati. **E' evidente che l'HIV non si trasmette tramite i vestiti. Altra cosa è il rispetto delle corrette pratiche sanitarie.** Lo smaltimento di materiale infetto deve rispondere a regole stringenti che devono essere rigorosamente rispettate, ha ben specificato il Prof. **Andrea Gori**, Direttore dell'UO di Malattie Infettive, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico.

Sono indignata anche di questo sensazionalismo speso sulla pelle delle persone con HIV, perché scrivere che l'HIV si può trasmettere anche attraverso gli indumenti è qualcosa di inaudito, nonché di scientificamente errato, come appena specificato dal prof. Gori, che ci fa sprofondare nel baratro dell'ignoranza e della discriminazione verso noi persone con Hiv mai visto in trent'anni di storia di questa infezione. Cosa distinta e diversa è la trasmissibilità della scabbia, per esempio, attraverso gli indumenti dalla trasmissibilità del virus dell'HIV: non possono essere assolutamente essere messe sullo stesso piano! Gli indumenti non trasmettono l'HIV.

Resta ben inteso che devono essere sempre osservate e rispettate le corrette pratiche sanitarie. Abbiamo già in passato, e in altre occasioni in cui si è parlato di HIV in modo scorretto e stigmatizzante, richiamato i giornalisti e l'ordine dei giornalisti rifacendoci al loro codice deontologico e non smetteremo di farlo, perché il nostro è un osservatorio permanente sulla corretta comunicazione in ambito di HIV".



PREVENZIONE MTS, EDUCAZIONE E SALUTE SESSUALE

Publicato il 13 novembre 2018 da redazione

La Regione Toscana dà il prima via a un **piano di educazione per la salute sessuale e riproduttiva.**

Con la delibera "Interventi regionali per l'educazione alla salute sessuale e riproduttiva e per l'accesso alla contraccezione gratuita", approvata ieri sera dalla giunta su proposta dell'assessore al Diritto alla salute e al sociale **Stefania Saccardi vengono infatti programmate una serie di importanti azioni.** Fra le misure proposte, rientrano **programmi per l'educazione alla salute e l'educazione sessuale nelle scuole, campagne informative per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e dell'Hiv, rafforzamento dei consultori** per la contraccezione e la prevenzione delle Ivg (interruzioni volontarie di gravidanza), **erogazione gratuita dei metodi contraccettivi.**

La popolazione target a cui sono rivolti gli interventi è composta da tre categorie: – giovani dai 14 ai 25 anni; – donne tra i 26 e i 45 anni, con codice di esenzione E02, E90, E91, E92, E93 o con fascia economica ERA/EIA; – donne tra i 26 e i 45 anni che abbiano scelto la contraccezione nel puerperio e comunque entro 12 mesi dal parto, oppure a seguito di una interruzione della gravidanza, comunque entro 24 mesi dall'intervento. Gli interventi sono stati presentati dall'assessora Stefania Saccardi per rafforzare azioni di sensibilizzazione e di prevenzione, e mirate alla diminuzione di infezioni di Hiv e di MTS. È infatti emerso, in un recente studio Edit dell'Ars (<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6835037.pdf>)

(Agenzia regionale di sanità) Toscana, che il preservativo lo si usa meno con il crescere dell'età e del numero dei partner: il 41,6% dei ragazzi di età compresa tra i 14 e i 19 anni ha già avuto un rapporto sessuale completo, ma soltanto il 56,3% utilizza il profilattico (il suo uso si è ridotto di 9 punti percentuali nel corso degli ultimi 7 anni).

Link all'articolo: http://www.quotidianosanita.it/toscana/articolo.php?articolo_id=67820



L'HIV IN CARCERE

Risultati di una ricerca-intervento in dieci carceri italiane

Publicato il 5 ottobre 2018 da redazione

L'articolo presenta i risultati di una **ricerca-intervento finalizzata ad indagare la conoscenza dell'HIV nelle carceri italiane**, realizzata tra settembre 2016 e settembre 2017 **nell'ambito del progetto Free to live well with HIV in prison.**

Il progetto è stato realizzato dalla Società italiana di medicina e sanità penitenziaria (SIMPSE), dall'Università Ca' Foscari di Venezia e NPS Italia onlus.

Sono state coinvolte le Case Circondariali maschili di Ancona, Bari, Genova, Palermo, Pesaro, Rieti, Roma, le Case Circondariali femminili di Ancona e Roma, nonché il Carcere minorile di Casal del Marmo di Roma.

La ricerca ha coinvolto 677 detenuti di cui 29 donne e 75 minori, 107 agenti di polizia penitenziaria, 122 operatori sanitari, 70 educatori e personale amministrativo, 28 volontari.

La ricerca ha evidenziato che anche all'interno del carcere **l'HIV sta progressivamente perdendo quella caratterizzazione terrorizzante che aveva assunto negli anni Ottanta e Novanta**, tuttavia ciò non significa che vi sia una migliore o maggiore informazione, né sulle caratteristiche della malattia e del virus che la cagiona, né sui modi di evitare il contagio o di affrontare le eventuali conseguenze. Nonostante la diffusione dell'HIV tra i detenuti, **oggi la convivenza con le persone HIV+ genera meno timori e meno stigma di un tempo.**

La possibilità di contrarre l'HIV in carcere fa abbastanza paura, sia ai detenuti sia agli operatori, tuttavia spesso i timori sono legati ad aspetti che nulla hanno a che vedere con l'HIV o che derivano dal possesso di informazioni sbagliate.

Rispetto alla conoscenza tra i detenuti e il personale carcerario dei reali rischi di trasmissione del virus, la ricerca ha innanzitutto messo in evidenza come, **nelle carceri, sia decisamente sottostimato il problema della pericolosità delle risse rispetto al possibile contagio da HIV.** I detenuti, in quasi il 60% dei casi, ritengono che picchiarsi non sia pericoloso, nonostante l'uscita di sangue da piccole o grandi ferite in questi casi sia la norma. Scarsa consapevolezza di questo problema è stata registrata anche da parte dei sanitari e degli educatori, tra gli agenti di polizia penitenziaria è emersa una situazione contraddittoria: molti hanno risposto dando poca importanza alla possibilità di contagio nel contatto fisico con i detenuti durante le risse, mentre durante gli incontri formativi, una parte di essi ha raccontato della propria paura di infettarsi durante gli interventi volti a sedare le risse.

La ricerca ha quindi evidenziato **come oggi l'HIV in carcere sia vissuto con minore apprensione, ciò probabilmente per la minore pressione mediatica sui pericoli dell'infezione, oggi ben curabile con le terapie antiretrovirali disponibili.**

La minor paura, tuttavia non deriva da una maggiore conoscenza di come si può contrastare la malattia, né da maggiori conoscenze sulla sostanziale innocuità del virus nella convivenza quotidiana, che invece genera ancora timori per ragioni del tutto errate.

Il fatto che in questi anni non si sia più parlato di HIV e AIDS ha soltanto allontanato il problema, lasciando sottotraccia vecchi timori e pregiudizi.

Iniziative come il progetto Free to live with HIV in prison dovrebbero diventare la norma in ogni carcere, sia per dare corso alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sia per incidere su una tipologia di popolazione particolarmente esposta al rischio di contagio.



LA TERAPIA DA HCV NEI PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI

Publicato il 30 settembre 2018 da redazione

Si segnala, sul sito di FederSerD, che è liberamente accessibile un numero speciale di "FederSerD informa", intitolato **"La terapia della infezione da HCV nei pazienti tossicodipendenti"**.

Nel numero sono presenti vari articoli e contributi che mettono al centro i **diversi aspetti connessi all'eradicazione della infezione da HCV.** Vi si trovano così approfondimenti sulle più recenti linee guida dell'AIFA; una review sul disturbo da uso di sostanze con una lettura delle più recenti conoscenze nel campo delle neuroscienze e del loro impatto sulla clinica; la storia della terapia della infezione da HCV a Milano; una review sulla terapia attuale per l'infezione da HCV con DAAs; la gestione della motivazione alla terapia della infezione, la integrazione ospedale - territorio con l'operatività tra SerD e reparti di epatologia/infettivi/gastroenterologia; il ruolo delle agenzie regionali e aziendali per la promozione e la gestione della terapia per la infezione da HCV nei pazienti in cura presso i SerD.; la narrazione di un medico infettivologo SerT sull'Epatite C che offre una contestualizzazione delle possibilità, delle risorse disponibili, e soprattutto della maturità e della crescita dei nostri sistemi di cura per le dipendenze per arrivare ad affermarne il ruolo fondamentale.

Link all'articolo: <http://www.federserd.it/index.cfm/E'-online-il-nuovo-numero-di-FeDerSerD-Inforna-La-terapia-della-infezione-da-HCV-nei-pazienti-tossicodipendenti/?fuseaction=skdnovita&id=196>



XXII CONFERENZA INTERNAZIONALE AIDS 2018

Publicato il 28 agosto 2018 da redazione

LILA Onlus - Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids, in collaborazione con NAM, ha reso disponibile la copertura scientifica ufficiale on-line della **XXII Conferenza Internazionale sull'AIDS - AIDS 2018**, tenutasi ad Amsterdam dal 23 al 27 luglio

2018.

AIDS 2018 - Bollettino Conclusivo: <http://www.lila.it/it/nel-mondo/117-aids-2018/1094-aids2018-05>

Sul sito di Fuoriluogo sono presenti **tutte le relazioni**, oltre a materiali video, **tenute durante il convegno nazionale sulla riduzione del danno di Torino**. Gli interventi affrontano i principali aspetti della riduzione del danno in Italia e in Europa, dalla storia degli interventi alla loro attuale diffusione nei vari paesi, dal quadro normativo alle prassi nelle regioni italiane.

Tutte le relazioni sono leggibili e scaricabili: <http://www.cesda.net/?p=13706>



EPATITI E HIV NELLA POPOLAZIONE MIGRANTE

Pubblicato il 19 giugno 2018 da redazione

Epatiti e Hiv nella popolazione migrante. **“Visitate oltre 2.600 persone.**

L’obiettivo è eradicare epatite C tra i migranti”.

Intervista a Prestileo (Arnas Civico Palermo). A Palermo, un team dedicato grazie alla sinergia tra Arnas Civico, Policlinico e Asp 6. Obiettivo del progetto è la **presa in carico dei migranti, attraverso lo screening, la cura ed il follow-up.**

“La nostra esperienza mette in evidenza la possibilità, attraverso specifiche metodologie, di garantire alla popolazione migrante un’effettiva fruizione dei servizi sanitari e, dunque, la **tutela del diritto alla salute** del singolo migrante e, di conseguenza, dell’intera collettività”.

L’obiettivo di rispondere ai bisogni di salute della popolazione migrante africana che giunge in Sicilia, con particolare riferimento alla presa in carico, allo screening e al percorso di cura per le più frequenti patologie infettive, come l’infezione da HIV e da virus dell’epatite B (HBV) e C (HCV), è al centro di un progetto di diagnosi e cura avviato tre anni fa, in linea con l’attenzione sollecitata dall’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) verso i migranti in quanto popolazione vulnerabile.

Si tratta di una **sinergia metodologica e assistenziale tra l’Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specialità (ARNAS) di Palermo**, grazie all’UOC di **Malattie Infettive e Medicina per le popolazioni migranti e vulnerabili**; la **Sezione di Gastroenterologia e Epatologia del Policlinico Universitario** e l’**ASP 6 di Palermo**. I referenti ed ideatori del progetto, Tullio Prestileo, Ornella Dino, Antonio Craxì e Vito Di Marco, puntano a verificare il peso di queste patologie tra la popolazione migrante presente nel territorio di Palermo, Trapani ed Agrigento e offrire un’assistenza qualificata al pari della popolazione locale, in ossequio al dettato Costituzionale. Un progetto reso possibile grazie ad un team di medici dedicati ed alla collaborazione di alcune organizzazioni no profit e dei Centri di accoglienza.

Il progetto

La presa in carico dei migranti, attraverso lo screening, la cura ed il follow-up. Nel 2015, afferma il dr Prestileo, all’Ospedale Civico di Palermo, abbiamo messo a punto una metodologia disegnata sul bisogno di salute del migrante avvalendoci del supporto dei mediatori culturali, figure indispensabili nell’approccio alla persona straniera. La nostra esperienza mette in evidenza la possibilità, attraverso specifiche metodologie, di garantire alla popolazione migrante un’effettiva fruizione dei servizi sanitari e, dunque, la tutela del diritto alla salute del singolo migrante e, di conseguenza, dell’intera collettività.

Come funziona il meccanismo

Il nostro team opera in stretta connessione, con l’ASP 6 di Palermo, i centri di accoglienza presenti sul territorio e con alcune organizzazioni no profit (ONG). Dopo circa 4-6 settimane dal loro arrivo presso i centri, i migranti vengono sottoposti a screening per l’infezione da HIV, HBV (Epatite B) e HCV (Epatite C). **La presa in carico di ogni singolo paziente è sempre supportata dalla presenza di un mediatore culturale.** Nei soggetti in cui è stata riscontrata una patologia infettiva viene offerto un programma di cura e assistenza, ancora una volta attraverso l’intervento di mediazione trans-culturale, indispensabile per fornire tutte le informazioni necessarie e condividere la strategia terapeutica.

I migranti coinvolti

Nell’ultimo triennio sono stati osservati, complessivamente, **2.639 migranti**: 618 nel 2015; 945 nel 2016; 1.077 nel 2017. Migranti di sesso femminile nel 28% dei casi e di sesso maschile nel rimanente 72%. **I soggetti erano maggiorenni nel 62% (età media anni 24).** Per contro, **i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) hanno rappresentato il 38% della popolazione osservata.** I migranti provenivano per il 74% dei casi da 7 Paesi: Gambia, Nigeria, Senegal, Costa d’Avorio, Ghana, Senegal e Mali. La quasi totalità ha trascorso un variabile periodo di permanenza in Libia.

I risultati diagnostici ottenuti sul fronte dell’infezione HIV

quasi 130 mila persone vivono con Hiv, ne consegue che, di questi, **circa 13-15 mila non avrebbero la minima idea di aver contratto il virus.**

Inoltre, tra chi viene diagnosticato, quasi uno su 2 (40%) non è consapevole di essersi esposta all'Hiv. Questi alcuni dei dati e dei temi presentati in occasione del Congresso annuale Icar (Italian Conference on AIDS and Antiviral Research), a Roma.

Centrale il tema delle nuove terapie in grado anche di rendere il paziente “non infettivo”, ma di eradicazione si parla ancora? Avremo ancora nuovi farmaci? “La ricerca è più che mai attiva”, afferma **Andrea Antinori, Direttore Sanitario I.N.M.I. Lazzaro Spallanzani**, Roma e presidente della X edizione del Congresso annuale di Icar.

“Oggi abbiamo ottenuto un controllo stabile, cronico, a lungo termine dell’infezione, il passaggio successivo è quello di eradicare la malattia o ottenere quella che si chiama ‘cura funzionale’, dove è possibile sospendere la terapia e il paziente, a quel punto, controlla spontaneamente l’infezione”.

Attualmente, infatti, se viene sospesa la terapia in un soggetto che è in trattamento anche da 15 anni con viremia soppressa, dopo alcune settimane il virus torna a replicarsi e l’immunità ricomincia a scendere: “Questo è il grande problema che ci costringe a somministrare vita natural durante i farmaci”, afferma l’esperto.

“I progetti di cura ci sono, non sono ovviamente esclusivamente basati su terapia antiretrovirale perché per poter realizzare obiettivi di quel tipo servono situazioni terapeutiche molto più complesse – spiega Antinori – Il vero problema è il virus di deposito. Esiste, infatti, una quota di virus circolante che in terapia non replica o replica a bassissimo livello, ma **il problema è la quota di virus che è latente nelle cellule di deposito, prevalentemente linfociti, e non è raggiungibile dagli antiretrovirali perché gli antiretrovirali colpiscono il virus quando il virus si replica**”.

Alcuni di questi approcci pionieristici di eradicazione mirano a riattivare il virus di deposito per poterlo far emergere dai serbatoi naturali e in modo da poterlo aggredire con gli antiretrovirali, ma “i risultati sono ancora molto preliminari, siamo ancora un po’ lontani da questa soluzione, sono ancora studi Proof of Concept, non regolativi”.

Tra le varie strategie in ballo “alcune possono utilizzare vaccini nel senso di vaccino-terapia, non di profilassi, altre utilizzano altri farmaci che intervengono sulle fasi di latenza. Non è chiaro quale sia la strategia ottimale. Per ora sappiamo che c’è stato un solo paziente al mondo, il famoso Timothy Ray Brown, in cui la cura funzionale sia stata casualmente possibile, ma ovviamente questo è un obiettivo che la scienza si pone per tutti quelli che hanno l’infezione”.



RIDUZIONE DEL DANNO E LEA

Publicato il 18 giugno 2018 da redazione

Si è svolto il 13 giugno a Torino un convegno, promosso dall’Assessorato regionale alla Sanità e da numerose associazioni, dedicato alla **riduzione del danno**.

Solo l’anno scorso in Italia le politiche di riduzione del danno sono entrate e far parte dei **LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)**, nonostante siano praticate da oltre 20 anni. Con riduzione del danno si intendono generalmente le politiche, i programmi e le prassi che mirano a ridurre i danni correlati all’uso di sostanze psicoattive in persone che non sono in grado o che non vogliono smettere di assumere sostanze. Nonostante le resistenze e le diffidenze che continuano a esservi rispetto alla diffusione di queste pratiche, si ritiene generalmente che la riduzione del danno comporti importanti benefici per la popolazione con interventi a basso costo ed elevato impatto sulla salute.

Innegabile in particolare la sua importanza per ridurre drasticamente i casi di infezione da HIV, enfatizzati nell’intervento dell’assessore regionale alla Sanità Saitta.

“Oggi, i casi di infezione da HIV si sono ridotti nei soggetti con problemi di dipendenza grazie agli interventi di riduzione del danno e di limitazione dei rischi.

Secondo i dati presentati da Saitta, dal 1999, si rileva una **continua riduzione delle diagnosi attribuibili allo scambio di siringhe non sterili in IDU (Injecting drug user)**. Questa modalità, che nel 1999 rappresentava il 30% del totale delle diagnosi dell’anno, scende al 2% (5 nuove diagnosi) nel 2016”.

HIV / AIDS – IN ATTESA DELLA CURA CHE POSSA ERADICARE IL VIRUS

Publicato il 28 maggio 2018 da redazione

Avremo ancora nuovi farmaci o la ricerca su questo fronte si sta arenando, complice inconsapevole anche la cronicizzazione della malattia? Ne abbiamo parlato con **Andrea Antinori, Direttore Sanitario dell’istituto. Lazzaro Spallanzani** e presidente della X



edizione del Congresso annuale Icar (Italian Conference on AIDS and Antiviral Research) che si è tenuto nei giorni scorsi a Roma: “Alcuni progetti esistono ma i risultati sono ancora molto preliminari”.

Da infezione letale per la quale si moriva nel giro di un anno, a malattia cronica, il cui rischio di trasmissione può diventare quasi nullo e permettere anche, in determinate situazioni, di procreare: la ricerca contro il virus dell’Hiv ha fatto passi da gigante negli ultimi 30 anni, da quando i primi casi sono arrivati in Italia.

E di Hiv e Aids se ne è parlato tanto, tantissimo negli anni ’80, quando eroina, sesso non protetto e Aids erano diventati un’associazione quasi indissolubile.

E si è cominciato a parlarne sempre meno, mano a mano che la ricerca scientifica progrediva, il numero di nuovi contagi in Italia scendeva dai 18 mila casi annui a 3500 e dal concetto di letalità si passava a quello di cronicità, mentre le scene di film di denuncia come “Philadelphia” sbiadivano finendo nel dimenticatoio.

Tuttavia, **ancora oggi, l’Hiv c’è eccome. E’ più che mai presente nella popolazione**, è di fatto endemico in Italia e conta, appunto, dai 3 ai 4 mila nuovi casi di contagio all’anno. Qualcosa, a parte la “dimensione” del problema, è comunque cambiato: l’assunzione di droghe per via endovenosa con uso promiscuo delle siringhe non è più la causa principale di trasmissione dell’infezione, ma il sesso non protetto sì. Rimane uno dei principali fattori di rischio.

Di fatto, **a cambiare veramente, è stata la percezione del pericolo**, tanto è vero che **in Italia si stima che almeno un malato di Hiv su 10 non sappia di esserlo**: considerando che nel nostro Paese quasi 130 mila persone vivono con Hiv, ne consegue che, di questi, circa 13-15 mila non avrebbero la minima idea di aver contratto il virus. Inoltre, tra chi viene diagnosticato, quasi uno su 2 (40%) non è consapevole di essersi esposto all’Hiv. Questi alcuni dei dati e dei temi presentati in occasione del Congresso annuale Icar (Italian Conference on AIDS and Antiviral Research), a Roma.

Centrale il tema delle **nuove terapie in grado anche di rendere il paziente “non infettivo”**, ma di eradicazione si parla ancora? Avremo ancora nuovi farmaci? “La ricerca è più che mai attiva”, afferma Andrea Antinori, Direttore Sanitario I.N.M.I. Lazzaro Spallanzani, Roma e presidente della X edizione del Congresso annuale di Icar.

“Oggi abbiamo ottenuto un controllo stabile, cronico, a lungo termine dell’infezione, il passaggio successivo è quello di eradicare la malattia o ottenere quella che si chiama ‘cura funzionale’, dove è possibile sospendere la terapia e il paziente, a quel punto, controlla spontaneamente l’infezione”.

Attualmente, infatti, se viene sospesa la terapia in un soggetto che è in trattamento anche da 15 anni con viremia soppressa, dopo alcune settimane il virus torna a replicarsi e l’immunità ricomincia a scendere: “Questo è il grande problema che ci costringe a somministrare vita natural durante i farmaci”, afferma l’esperto.

“I progetti di cura ci sono, non sono ovviamente esclusivamente basati su terapia antiretrovirale perché per poter realizzare obiettivi di quel tipo servono situazioni terapeutiche molto più complesse – spiega Antinori – Il vero problema è il virus di deposito. Esiste, infatti, una quota di virus circolante che in terapia non replica o replica a bassissimo livello, ma il problema è la quota di virus che è latente nelle cellule di deposito, prevalentemente linfociti, e non è raggiungibile dagli antiretrovirali perché gli antiretrovirali colpiscono il virus quando il virus si replica”.

Alcuni di questi approcci pionieristici di eradicazione mirano a riattivare il virus di deposito per poterlo far emergere dai serbatoi naturali e in modo da poterlo aggredire con gli antiretrovirali, ma “i risultati sono ancora molto preliminari, siamo ancora un po’ lontani da questa soluzione, sono ancora studi Proof of Concept, non regolativi”.

Tra le varie strategie in ballo “alcune possono utilizzare vaccini nel senso di vaccino-terapia, non di profilassi, altre utilizzano altri farmaci che intervengono sulle fasi di latenza. Non è chiaro quale sia la strategia ottimale. Per ora sappiamo che c’è stato un solo paziente al mondo, il famoso Timothy Ray Brown, in cui la cura funzionale sia stata casualmente possibile, ma ovviamente questo è un obiettivo che la scienza si pone per tutti quelli che hanno l’infezione”.



HIV NOVITA' DAL CROI

Pubblicato il 28 maggio 2018 da redazione

Dal 4 al 7 marzo si è svolta a Boston (USA) la **Conferenza Annuale su Retrovirus e Infezioni Opportunistiche (CROI)**, annuale incontro tra medici, ricercatori ed esponenti delle associazioni attive nel campo dell’HIV/AIDS e delle infezioni correlate. In tale occasione sono stati presentati numerosi interventi che hanno illustrato e diffuso le principali

novità sperimentali nel campo della prevenzione e del trattamento dell'infezione da HIV, delle infezioni correlate (Tubercolosi, Epatite) ed opportunistiche legate alla comparsa di AIDS. Questi i temi principali affrontati durante l'evento:

La Prevenzione farmacologica dell'Infezione da HIV (PrEP)

Diversi studi hanno confermato l'efficacia preventiva della combinazione farmacologica tenofovir-emtricitabina e la buona tollerabilità a lungo termine. Sono stati posti comunque interrogativi sulla sostenibilità economica su larga scala della PrEP e sulle conseguenze legate all'incidenza delle altre infezioni a trasmissione sessuale.

Poiché sono stati riportati alcuni casi di infezione con ceppi virali resistenti ai farmaci inclusi nella PrEP, è stato raccomandato di monitorare con attenzione tale fenomeno a livello globale e di prendere in considerazione la possibilità di trattamenti preventivi con combinazioni farmacologiche alternative, incoraggiando adeguate sperimentazioni.

In tale ottica, è stato sperimentato l'utilizzo della nuova molecola MK-8591 (inibitore della traslocazione-trascrittasi virale) nella prevenzione dell'infezione.

L'assunzione di tale farmaco ha determinato un'efficace prevenzione, in un modello di scimmie, dell'infezione sperimentale con una riduzione del 85-95% (rispetto agli animali di controllo) in relazione alla dose utilizzata.

E' in corso, inoltre, una sperimentazione su volontari umani volta a valutare il possibile utilizzo, a scopo preventivo o terapeutico, del farmaco MK-8591 in combinazione con il farmaco doravirina.

Sono stati infine riportati i risultati preliminari dei due studi (HOPE e DREAM) riguardo l'utilizzo a livello preventivo, in donne che vivono nell'Africa Sub-sahariana, di un anello ad uso vaginale contenente il farmaco dapivirina.

Nonostante l'efficacia del trattamento sia difficile da dimostrare in quanto i due studi non contemplano un gruppo "placebo" (dispositivo senza il farmaco), il numero di infezioni documentate sino ad ora nelle donne incluse nello studio risulta essere inferiore a quello aspettato sulla base dell'incidenza nei rispettivi Paesi. Per una piena valutazione dell'efficacia preventiva di tale anello vaginale sarà comunque necessario attendere la piena conclusione di tali studi e la conduzione di altri protocolli basati sulla presenza di adeguati gruppi di controllo.

La Terapia dell'Infezione da HIV

Numerosi interventi hanno confermato che i protocolli terapeutici attualmente disponibili risultano maggiormente efficaci nel mantenere la soppressione della viremia se iniziati nelle fasi più precoci dell'infezione, probabilmente perché limitano l'instaurarsi della riserva virale.

Considerando che l'allargamento del numero di persone in trattamento comporterà un maggiore costo a carico della comunità, non facile da sostenere in particolare nei Paesi dell'Africa e del Sudest Asiatico, è necessario promuovere adeguati investimenti da parte delle istituzioni globali o specifiche fondazioni.

Tra le novità in campo terapeutico si segnala l'approvazione da parte del FDA dell'uso del farmaco ibalizumab, anticorpo monoclonale contro il recettore virale CD4, che è risultato efficace, a livello sperimentale, anche nei confronti di ceppi virali resistenti a diversi farmaci attualmente utilizzati nella pratica terapeutica.

L'approvazione riguarda comunque i casi di infezione già trattati con altre combinazioni farmacologiche nei quali è stata documentata l'insorgenza di resistenza tale da limitare sensibilmente l'utilizzo dei farmaci attualmente disponibili.

Altri due studi hanno documentato l'efficacia terapeutica di una combinazione farmacologica in singola compressa contenente il farmaco bictegravir, inibitore dell'integrasi, congiuntamente ai farmaci emtricitabina e tenofovir alafenamide, risultata non inferiore a quella di regimi terapeutici a singola compressa contenenti il farmaco dolutegravir.

Tale trattamento, raccomandato in particolare alle persone con co-infezione HIV-HBV, è stato approvato dall'agenzia FDA ed è in attesa di approvazione dai Paesi Europei.

La Gestione terapeutica delle co-infezioni

Poiché a livello globale risulta frequente l'associazione tra l'infezione da HIV e altre rilevanti infezioni quali Tubercolosi, Epatite B ed Epatite C, specifiche sessioni della Conferenza sono state dedicate alla gestione terapeutica delle persone che presentano co-infezioni, soprattutto riguardo la necessità di individuare trattamenti, ben tollerati nel tempo, in grado di combattere efficacemente tali infezioni. Molti interventi hanno documentato risultati sperimentali di trials con combinazioni terapeutiche attive contro l'HIV e altre infezioni concomitanti.

Uno studio (INSPIRING) ha documentato come, nelle persone con co-infezione HIV-Tubercolosi, un trattamento includente il farmaco dolutegravir, inibitore dell'integrasi virale, consenta la simultanea assunzione del farmaco rifampicina, necessario per trattare l'infezione batterica, ed è in grado di mantenere la soppressione virale in assenza di rilevanti effetti collaterali.

Un altro studio (A5279/BRIEF TB) ha dimostrato che, nelle persone con infezione da HIV che risultino positive al test per la Tuberculosis o che vivano in aree con una elevata incidenza di tale infezione, al fine di prevenire la comparsa della malattia tubercolare è possibile effettuare un trattamento con i farmaci rifapentina ed isoniazide che somministrato per un mese è risultato essere di pari efficacia rispetto al trattamento con la sola isoniazide per la durata di 9 mesi.



ICAR PROTESTA SUI FARMACI PrEP

Pubblicato il 28 maggio 2018 da redazione

In Italia non solo l'utilizzo della PrEP non è implementato.

Qui e ora la PrEP è reperibile solo in poche città e a pagamento: 70 euro per il farmaco generico” ha detto Sandro Mattioli di Plus Onlus chiamando in causa anche la Simit. E il presidente della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali risponde: “PrEP è strumento di riduzione del danno. Siamo al lavoro per cambiare le cose”.

Si era aperto con una protesta “a firma” delle Associazioni pazienti il X Congresso Icar a Roma, non stupisce dunque che, anche in chiusura della tre giorni, la voce dei pazienti si sia alzata per destare l'attenzione, questa volta, su un altro problema: “**La difficoltà ad accedere alla pillola preventiva dell'Hiv in Italia**”, afferma il presidente di Plus Onlus, Sandro Mattioli.

Così, mentre il luminaire francese Jean-Michel Molina raccontava l'esperienza d'Oltralpe sulla PrEP (profilassi pre-esposizione), che in Francia viene dispensata a carico del Servizio sanitario nazionale, un coro di protesta si è levato da parte del pubblico presente in aula.

“Abbiamo fatto presente che in Italia non solo l'utilizzo della PrEP non è implementato – afferma Mattioli – Qui e ora **la PrEP è reperibile solo in poche città e a pagamento: 70 euro per il farmaco generico**. Abbiamo portato la nostra protesta di attivisti perché la pillola preventiva è uno strumento essenziale, efficace, secondo gli studi addirittura uno strumento più efficace del preservativo, nel proteggere dall'Hiv. Abbiamo uno zoccolo duro di nuove diagnosi che non accenna a scendere, e non abbiamo uno strumento efficace nella lotta a questa tasca di resistenza. Ci sono stati dei ritardi, ritardi politici, ma anche della classe medica. Forse la Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (Simit) non ha al suo interno una visione unica”.

Dal canto suo, la Simit è già al lavoro “perché aumenti la disponibilità di medici infettivologi che, in termini anche di partecipazione volontaria a progetti, si rendano disponibili per la prescrizione della PrEP a chi la chiede – afferma il presidente Simit Massimo Galli – sarà fondamentale, nell'ambito almeno di alcune città pilota, cominciare un'esperienza nell'ambito della quale le persone che desiderano avere questo tipo di protezione, di ricorrere a questo strumento di limitazione del danno, possano farlo in un contesto friendly, non di tipo strettamente ospedaliero, non in quello che è un ambulatorio medico a tutti gli effetti, ma in una situazione in cui possano incontrare persone con le quali informarsi, scambiare opinioni e che facilitino loro nella via per la prescrizione del farmaco. Quello che vorremmo arrivare a fare – prosegue – è avere almeno uno studio pilota di fattibilità. Non di efficacia, perché l'efficacia è già nota. Ma **uno studio che ci dia anche la misura dell'esperienza, del bisogno, tenendo da conto che, ad esempio in Francia, questa è una cosa addirittura finanziata dallo Stato, conosciuto come uno strumento di riduzione del danno**”.

Per quanto riguarda l'attuale reperibilità dei generici della PrEP nelle farmacie, invece, “non abbiamo dati a disposizione – afferma l'esperto – ma non è così straordinario immaginarsi che le farmacie non abbiano un particolare motivo di approvvigionarsi del generico di questo farmaco, non avendo una chiara cognizione di quante sono le persone che potranno andare a fare ricorso alle stesse, e di quanti sono i medici che si siano dimostrati disponibili a prescrivere il farmaco. Ma, per quanto riguarda la società scientifica, certamente stiamo lavorando per cambiare le cose”.



AIDS/HIV. IN TERAPIA 100 mila PAZIENTI, 4 mila NUOVI MALATI

Pubblicato il 11 maggio 2018 da redazione

Le **persone tra 25 e i 29 anni le più colpite**, i più rischiosi i rapporti tra Msm.

I problemi connessi alla cura e alla prevenzione delle infezioni virali saranno affrontate nel corso della **decima edizione dell'Italian Conference on AIDS and Antiviral Research (Icar)** che si terrà a Roma dal **22 al 24 maggio prossimi**.

Oggi in Italia sono in terapia più di 100mila pazienti con Hiv. Secondo l'ultimo **bollettino del Centro Operativo Aids dell'Iss** i cui dati si riferiscono al 2016, **poco meno di 4mila sono le nuove diagnosi di infezione che vengono fatte ogni anno, con una incidenza di circa 5,7 su 100mila abitanti**.

Dati che ci dicono che la trasmissione della malattia non si è ancora interrotta e coinvolge le fasce d'età più giovani, tra i 25 e i 29 anni.

Nel 50% dei casi si tratta di maschi che fanno sesso con maschi; rimane costante, invece, il numero di donne con nuova diagnosi di Hiv (30%). Nel 2016 sono state segnalate 796 nuove diagnosi di Hiv in donne, delle quali 488 (61,3%) in donne straniere e 297 (38,7%) in donne italiane. **Lombardia e Lazio sono le regioni dove si sono registrate il maggior numero di nuove diagnosi,** rispettivamente con 691 e 557 nuovi casi.

A seguire, invece, troviamo l'Emilia Romagna (328), la Toscana (292), la Sicilia (274), il Piemonte (253) e il Veneto (210). A livello di incidenza, invece, queste le regioni con incidenza superiore alla media nazionale: Lazio (8,5), Marche (7,2), Toscana (7,1), Lombardia (6,7), Liguria (6,6). Emilia Romagna (6,5), Umbria (6,2) e Piemonte (5,8).

A puntare i riflettori sui problemi connessi alla cura e alla prevenzione delle infezioni virali è l'Icar l'Italian Conference on Aids and Antiviral Research, organizzata sotto l'egida della Simit, Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali e con il patrocinio di tutte le maggiori società scientifiche di area infettivologica e virologica, che quest'anno compie dieci anni.

Il congresso, presieduto da Massimo Andreoni, Andrea Antinori e Carlo Federico Perno, si terrà dal 22 al 24 maggio 2018 a Roma presso l'Ergife Palace Hotel. Sono attesi oltre ottocento specialisti tra ricercatori, medici, specialisti di vari settori coinvolti nell'assistenza e cura dell'infezione da Hiv, volontari delle associazioni impegnate nella lotta contro l'Aids.

La modalità di contagio prevalente è quella sessuale, mentre la trasmissione tramite tossicodipendenza riguarda una quota minimale, pari a pochi punti percentuali. Si osserva, anche, un rilevante numero di stranieri con una nuova diagnosi di Hiv. È stato stimato, inoltre, che il 40% delle persone alla prima diagnosi risulta essere inconsapevole di essersi esposta all'Hiv. La trasmissione per uso iniettivo di sostanze, la trasmissione eterosessuale, l'essere residenti nel Nord Italia, il genere femminile, nonché l'età più avanzata sono risultati fattori di rischio associati alla inconsapevolezza del rischio di Hiv.

Le iniziative. Anche quest'anno l'appuntamento intende affrontare i problemi connessi alla cura e alla prevenzione delle infezioni virali, aprendosi anche alla società civile. In questo ambito, si rinnova l'appuntamento con il contesto artistico che coinvolge le scuole "RaccontART" e l'offerta del test rapido Hiv e Hcv in alcune piazze romane. Sono confermate, inoltre, le Scholarship Giovani Ricercatori, Scholarship Community nonché l'importante appuntamento degli "Icar-Croi Awards", dedicato alle giovani eccellenze italiane selezionate al recente Congresso CROI di Boston da una giuria di scienziati americani. Focus, durante il congresso, sulle nuove strategie terapeutiche, che permettano di gestire a lungo termine i pazienti con HIV, e sull'eradicazione dell'epatite C nei pazienti coinfecti Hiv e Hcv.

"In questi 10 anni – spiega Massimo Andreoni, Professore Ordinario di Malattie Infettive della Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli studi di Roma Tor Vergata – **la ricerca ha fatto grandi passi avanti, permettendo ai soggetti con infezione da Hiv una aspettativa di vita che si avvicina sempre di più a quella della popolazione sana.** Quella di cui oggi siamo protagonisti, quindi, è una ricerca più ambiziosa, che non vuole dimostrare solo l'efficacia delle nuove terapie antiretrovirali, ma che intende puntare a nuove strategie finalizzate alla cura funzionale dell'infezione, rendendo possibile l'interruzione della terapia da parte dei pazienti".



ETNOGRAFIA DELL'USO DI DROGHE: ALCUNE RIFLESSIONI

Publicato il [27 marzo 2018](#) da [redazione](#)

Una recensione in inglese presente online sul sito di *Society for the Study of Addiction* dell'articolo di **Lisa Maher** (2002), pubblicato sull'*International Journal of Drug Policy*, permette di riflettere su alcune **implicazioni e questioni etiche relative alla pratica etnografica nel contesto di gruppi marginalizzati e stigmatizzati.**

Maher ha svolto negli anni '80 e '90, in piena emergenza AIDS, un rilevante **lavoro etnografico con persone tossicodipendenti in vari contesti sociali e geografici (Brooklyn, New York, Sydney e la città di Ho Chi Minh).**

Nel lavoro con individui che agiscono pratiche illegali, i ricercatori si trovano confrontati a sfide continue, che hanno però il vantaggio di offrire ai ricercatori stessi l'opportunità di analizzare dal vivo la vita quotidiana, le rappresentazioni e le pratiche dei gruppi e degli individui studiati. Se ciò può mettere in difficoltà i ricercatori, nel caso di Lisa Maher è stata un'opportunità preziosa per mettere in secondo piano il suo ruolo e le sue opinioni, e per **dare voce alle persone che fanno uso di droghe illegali.**

Maher descrive lo scetticismo delle persone tossicodipendenti incontrate verso questionari o indagini, e l'apertura dimostrata, invece, verso metodi di ricerca basati sull'interazione diretta.

Sulle pratiche di uso iniettivo, e il pericolo di trasmissione dell'infezione da HIV, la ricercatrice, sulla base del suo lavoro sul campo decennale scrive: "Le pratiche iniettive sono più di un conglomerato di presa di decisione individualizzata (...) La violenza strutturale crea le condizioni che incoraggiano e riproducono l'uso di droghe pericolose e l'infezione da HIV".

Link all'articolo (inglese) : <https://www.addiction-ssa.org/commentary/qmjc-mar-2018-ethnography-and-injecting-drug-use>



HIV – A NAPOLI INFEZIONI AUMENTATE DEL 20%

Publicato il 9 marzo 2018 da redazione

A Napoli ultima tappa del progetto "HimoVie", ideato dall'associazione **Arcobaleno Aids** con la collaborazione di **Nps Onlus** e **Anlaids** sezione Lombardia e Lazio, il patrocinio del Comune e del Dipartimento delle Pari Opportunità del Comune di Napoli.

In **aumento i nuovi contagi** soprattutto tra giovani e giovanissimi che conoscono poco o nulla del virus Hiv e della sindrome da immunodeficienza acquisita.

"Nel 2017 abbiamo avuto nella nostra azienda un **aumento del 20% dei casi di Hiv rispetto all'anno precedente**". L'allarme arriva da Massimo Sardo, dirigente medico dell'azienda ospedaliera dei Colli di Napoli.

"Molti dei ragazzi che arrivano da noi hanno meno di 30 anni, e se riuscissimo sempre ad intercettare i nuovi contagi in modo precoce scopriremmo che **l'età del contagio è anche più bassa**. Del resto ci si espone al rischio del contagio il più delle volte con l'inizio dell'attività sessuale". Lo specialista evidenzia anche che **"oltre la metà dei pazienti arrivano alla nostra osservazione già in fase avanzata di infezione a dimostrazione che il test per l'Hiv è una scelta spesso tardiva e che campagne informative per far conoscere la presenza ancora attuale, e combattere gli episodi discriminatori ancora oggi presenti, sono necessarie"**.

Altro dato che fa riflettere è che tra i pazienti campani **"il 47% sono eterosessuali ed il 32% omosessuali"** a dimostrazione che il virus può colpire chiunque".

"Da almeno 5 anni il trend delle nuove infezioni in tutta Italia non tende assolutamente a diminuire, anzi è fisso (dati Coa- Iss dicembre 2015) intorno ai 4000 casi l'anno; quasi tutte infezioni a trasmissione sessuale ovvero l'84% di tutte le segnalazioni (eterosessuali 43,2%; msm il 40,9%)" precisa Margherita Errico Presidente di Nps Italia onlus. "Le nostre attività prevenzione e di lotta allo stigma da anni si rivolgono agli studenti dei quali né il Ministero dell'Istruzione né quello della Salute si fanno carico con interventi ufficiali e mirati".

Con Napoli si è chiusa l'edizione 2016/2017 che ha visto oltre grande partecipazione non solo all'interno dei teatri ma anche sui canali social, dedicati all'informazione e alla divulgazione del progetto, e al concorso a premi in cui studenti ed insegnanti di tutta Italia si sono confrontati nel trasmettere e comunicare la loro percezione della malattia.



HIV-AIDS EMANATE LE NUOVE LINEE GUIDA DI SIMIT E MINISTERO DELLA SALUTE

Publicato il 2 marzo 2018 da redazione

Emanate le nuove linee guida di Simit e Ministero della Salute per la **terapia antiretrovirale e la gestione diagnostico-clinica**.

Il documento ha lo **scopo di fornire elementi di guida per la prescrizione della terapia antiretrovirale e per la gestione dei pazienti con infezione da HIV** agli infettivologi e agli altri specialisti coinvolti nella gestione multidisciplinare del paziente sieropositivo e di fornire un punto di riferimento per le associazioni di pazienti, gli amministratori, i decisori politici degli organismi di salute pubblica e comunque tutti gli attori coinvolti dalla problematica a diverso titolo.

Terapia antiretrovirale e gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1: la Società italiana di malattie infettive e tropicali (SIMIT), in collaborazione con le Sezioni per la lotta contro l'Aids del Comitato tecnico sanitario del ministero della Salute, ha redatto le nuove Linee Guida italiane che il ministero della Salute ha appena diffuso sul suo sito istituzionale.

Le linee guida hanno lo scopo di fornire elementi di guida per la prescrizione della terapia antiretrovirale e per la gestione dei pazienti con infezione da HIV agli infettivologi e agli altri specialisti coinvolti nella gestione multidisciplinare del paziente sieropositivo, e di fornire un solido punto di riferimento per le

associazioni di pazienti, gli amministratori, i decisori politici degli organismi di salute pubblica e comunque tutti gli attori coinvolti dalla problematica a diverso titolo.

L'edizione del 2017, **oltre ad avere aggiornato tutte le parti sulle evidenze scientifiche disponibili**, nasce in un contesto legislativo differente. Infatti il 1° aprile 2017 è entrata in vigore la legge 8 marzo 2017 n. 24 dal titolo **“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”**, la cosiddetta “legge Gelli”.

Nel testo normativo, oltre a moltissimi spunti di riflessione per i professionisti che operano nel settore sanitario, emerge il diritto alla sicurezza delle cure (articolo 32 della Costituzione). Nell'articolo 5 “Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle Linee Guida”, al comma 3 viene indicato che le Linee Guida e gli aggiornamenti delle stesse debbano essere integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG).

Il progetto

La partecipazione ampia e multidisciplinare alla discussione e la stesura dei contenuti hanno visto protagonisti medici specialisti della Società italiana di malattie infettive e tropicali, esperti di altre discipline e delle associazioni dei pazienti e/o delle comunità colpite dall'infezione. Il coinvolgimento di un numero così rilevante di partecipanti al progetto non ha avuto esclusivamente la finalità di garantire la multidisciplinarietà delle esperienze per avere un testo autorevole, ma soprattutto quella di favorire la condivisione di regole accettate e aggiornate nella pratica clinica di tutti i giorni, premessa fondamentale per prevedere una corretta applicazione.

Il Gruppo di lavoro ha deciso di adottare un sistema di valutazione condiviso e univoco basato sul Modello P.I.C.O (Popolazione target, Intervento, Confronto e Outcome), mutuato dal sistema GRADE.

Per l'edizione 2017 il metodo PICO è stato introdotto nella **Sezione 1** dell'opera denominata **“I principali quesiti clinici nel paziente adulto”**, ovvero sui seguenti capitoli: Diagnostica Virologica, Diagnostica Immunologica, Perché e Quando iniziare, Come iniziare, Ottimizzazione, Fallimento Terapeutico. Obiettivo delle prossime edizioni è l'implementazione della metodologia P.I.C.O. anche per i restanti capitoli.

In particolare le linee guida, in linea con analoghi documenti internazionali, prende in considerazione, nelle varie sezioni:

Sezione 2 – Aspetti peculiari di gestione del paziente e della terapia antiretrovirale: Continuità di cura; Modelli di Gestione Assistenziale; Valutazione e preparazione del paziente; Aderenza; Qualità della Vita; Farmacologia e Interazioni farmacologiche)

Sezione 3 – Patologie Associate all'infezione da HIV: Malattia cardiovascolare, epatica, ossea, renale, salute sessuale e riproduttiva, tumori, problematiche neurocognitive e psichiatriche, coinfezioni con virus epatitici, TB e infezioni opportunistiche

Sezione 4 – Popolazioni cui porre attenzione: Donna; Gravidanza; Paziente fragile, Anziano e Geriatrico; Bambino e Adolescente; Immigrato)

Sezione 5 – Questioni specifiche: Detenzione; Abuso di Sostanze; Profilassi Pre e Post Esposizione; Trapianti; Vaccinazioni; Costi della terapia antiretrovirale e farmaci equivalenti.

La terapia antiretrovirale

La terapia antiretrovirale (ART) è oggi riconosciuta di **indubbio beneficio per la persona con HIV – per bloccare la replicazione virale, prevenire le complicanze ed evitare la forma conclamata della patologia detta AIDS**(Sindrome da Immunodeficienza Acquisita) garantendo così una prospettiva di vita a lungo termine del paziente, ma anche come **strumento efficace per ridurre notevolmente la possibilità di trasmettere l'infezione** (TasP). In conseguenza, anche se al momento non è possibile eradicare l'infezione da HIV (ossia guarire definitivamente da essa), la diagnosi tempestiva di HIV e la presa in carico dei pazienti da parte delle strutture competenti, oltre che servire alla cura dei pazienti stessi, rappresentano un intervento di sanità pubblica in grado di ridurre la trasmissione del virus.

La ART oggi è basata su un'ampia scelta di farmaci e regimi, che vanno dalle molecole di nuova generazione ai farmaci già in uso da tempo ancora attivi, cui, dopo la scadenza brevettuale, si aggiungono i farmaci equivalenti. Per essere efficace ed evitare/ridurre il rischio d'insorgenza di resistenze, deve essere non solo condotta nel rispetto dei principi che ne garantiscano un'efficacia duratura, ma anche personalizzata a seconda delle caratteristiche cliniche, sociali e comportamentali del paziente.

La terapia richiede un'assunzione assidua, esigendo per questo una tollerabilità sostenibile dal paziente, per garantire la continuità della cura e l'indispensabile l'aderenza del paziente.

Ad esempio le raccomandazioni relative alle vaccinazioni nelle persone che vivono con infezione da HIV non sono diverse in generale da quelle riservate ad altre categorie di pazienti. Va tuttavia ben pesato sia il possibile rischio dovuto alla condizione di immunodepressione insito nelle persone considerate, sia la risposta vaccinale che potrebbe essere alterata e dunque rivelarsi meno protettiva rispetto a quanto accade nell'ospite normoergico, al punto da rendere necessaria la somministrazione di dosi aggiuntive di vaccino o richiedere tempi più ravvicinati per le rivaccinazioni o i richiami.

Da un punto di vista pratico è bene ricordare come sia possibile somministrare vaccini vivi sia simultaneamente, sia in tempi diversi.

Come per i vaccini inattivati, bisogna inoltre evitare di vaccinare soggetti con malattie febbrili in corso e coloro con anamnesi di reazioni avverse gravi a vaccini o loro componenti. I vaccini vivi, infine, non dovrebbero essere somministrati in gravidanza e occorre adottare gli adeguati intervalli temporali per coloro che hanno ricevuto prodotti contenenti anticorpi che ne potrebbero limitare l'efficacia.

Per quanto riguarda i costi delle terapie antivirali, le linee guida sottolineano che la politica di contenimento della spesa, necessità crescente nei Paesi con sistemi sanitari universali basati sulla rimborsabilità, non deve comportare né la vanificazione dei risultati clinici raggiunti né pregiudicare l'innovazione, essendo questo un elemento fondamentale dello sviluppo e dei successi della terapia antiretrovirale negli anni passati, nonché l'unico presupposto per superarne gli attuali limiti.

In ogni caso, le strategie per **l'aumento della sostenibilità economica della terapia antiretrovirale dovrebbero rispondere a precisi requisiti**, tra cui:

1. **l'inizio precoce della terapia** è riconosciuto efficace nel ridurre la progressione clinica, nel migliorare la risposta immunologica a lungo termine e nel ridurre la trasmissione del virus a un partner sieronegativo. L'approccio è inoltre dimostrato essere costo-efficace in studi a lungo termine. Le strategie di contenimento dei costi non devono quindi basarsi su una limitazione dei criteri di accesso precoce al trattamento;
2. **nella scelta del regime antiretrovirale nel paziente naïve**, la riduzione delle tossicità dei farmaci, la prevenzione delle comorbilità non infettive associate ad HIV, la riduzione delle ospedalizzazioni, rappresentano criteri di scelta vantaggiosi anche in termini di costi. In considerazione del fatto che il costo dei farmaci rimane comunque a tutt'oggi il maggior determinante dei costi associati alla malattia da HIV, in caso di efficacia e tollerabilità comparabili tra i regimi, dovrebbe essere considerato anche il criterio del minor costo del regime. Opzioni terapeutiche di riconosciuta minore efficacia, non devono invece essere utilizzate in sostituzione di opzioni di efficacia superiore solo perché di costo più vantaggioso. Le valutazioni comparative di costo-efficacia da ritenere valide per un potenziale impiego clinico dovrebbero comunque includere solo regimi considerati come raccomandati sulla base di una comprovata evidenza scientifica. Nello switch terapeutico nel paziente con soppressione virologica, il criterio guida principale del cambio dovrà essere quello del vantaggio di salute (superiore efficacia, riduzione tossicità, maggiore convenienza e aderenza, salvataggio di future opzioni terapeutiche in caso di fallimento). Se i benefici sono comparabili, è comunque consigliato considerare il passaggio a regimi terapeutici caratterizzati da un minore impatto economico rispetto al regime corrente;
3. **nel paziente in fallimento virologico, in presenza di resistenza**, l'impiego di combinazioni di minor costo dovrà essere accompagnato da un rigoroso rispetto del beneficio dimostrato, in modo da poter garantire la massima efficacia. In base ai test di resistenza, è sconsigliato l'inserimento di molecole inefficaci in un regime di combinazione [AIII]. In ogni caso, la riduzione del tasso di fallimento virologico e la prevenzione della selezione di resistenze di HIV rappresentano elementi rilevanti in termini di costo-efficacia della terapia e di appropriato utilizzo di risorse economiche.

Più in generale, il risparmio di spesa generato da strategie di contenimento dei costi (come quelle che impiegano la sostituzione di regimi originator con generici) **possono consentire potenziali risparmi e conseguenti investimenti su farmaci innovativi**, con un generale aumento della costo-efficacia della terapia.

Linee Guida Italiane sull'utilizzo della Terapia Antiretrovirale e la gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1 Edizione 2017 : <http://www.cesda.net/?p=13240>



UNAIDS

**DIAGNOSI PRECOCE E NUOVI ANTIRETROVIRALI:
LE CHIAVI PER SCONFIGGERE L'HIV NEL 2030**

Publicato il 30 gennaio 2018 da redazione

Il report di UNAIDS mette in evidenza come sia **migliorato, in tutto il mondo, l'accesso ai farmaci antiretrovirali** sia migliorato, **riducendo di fatto del 48% i decessi nell'arco di 10 anni**. Tuttavia, per vincere la battaglia entro il 2030, occorre sviluppare nuovi farmaci e migliorare la percentuale di diagnosi precoce.

Sviluppo di nuovi farmaci antiretrovirali (ARV) e uso della tecnologia per la diagnosi precoce sono passi fondamentali per rilanciare la battaglia contro l'HIV/AIDS e porre fine alla malattia come minaccia di salute pubblica entro il 2030. Secondo l'Agenzia dell'ONU per l'AIDS, attualmente in tutto il mondo sono **circa 21 milioni le persone che ricevono trattamenti antiretrovirali**. Negli ultimi cinque l'accesso a questi

farmaci è quasi raddoppiato. L’Africa orientale e meridionale continua a essere l’area più colpita dal virus. Oggi il 60% di tutti i soggetti sottoposti a trattamento risiede in questa parte dell’Africa. Nel continente a guidare la classifica degli Stati con il maggior numero di pazienti trattati è il Sud Africa, che è anche il capofila mondiale, con 4,2 milioni di persone. India, Mozambico e Kenya hanno oltre un milione di persone sotto trattamento.

Le previsioni

L’UNAIDS, nel suo report, ha puntualizzato che il maggiore accesso ai farmaci antiretrovirali è alla base di un calo dei decessi per patologie legate all’AIDS pari al 48%. **Decessi che sono passati da 1,9 milioni del 2005 a 1 milione del 2016.** I nuovi antiretrovirali di prima linea, come dolutegravir – che causano minori effetti collaterali e sopprimono le cariche virali più velocemente – consentiranno di risparmiare e di curare un numero di pazienti ancora più alto.

“Nei prossimi sei anni il Sud Africa risparmierà 11 miliardi di rand (783 milioni di dollari) sui trattamenti per l’HIV/AIDS; ciò significa che cureremo più persone con lo stesso quantitativo di risorse”, commenta Aaron Motsoaledi, ministro della Salute sudafricano. Tuttavia: “ci sono ancora 17 milioni di persone che aspettano di essere trattate e se ci fermiamo ora, assisteremo a una ripresa di questa epidemia”, conclude il direttore esecutivo di UNAIDS, Michel Sidibe.

“USA IL PRESERVATIVO, CON L’HIV NON SI SCHERZA” – Nuovi spot Ministero della Salute

Publicato il 8 gennaio 2018 da redazione



Da spot televisivi a iniziative social con protagonista Youtube, così il Ministero della Salute ha lanciato la **campagna dedicata per ricordare che “con l’Hiv non si scherza”**. Sottolinea il Ministro Lorenzin, alla luce delle 3500 nuove diagnosi di infezione registrate nel 2016. Protagonisti dei due spot video gli attori Dario Vergassola e Giulia Michelini.

“L’Hiv c’è, e ci sono infezioni tra giovanissimi e meno giovani, ma è **calato il livello di consapevolezza sul rischio**”. Così il Ministro Beatrice Lorenzin, spiega la premente necessità di correggere la perdita di memoria generazionale che oggi porta giovani e meno giovani a comportarsi “come se l’Aids fosse scomparso dall’orizzonte. Non è così – sottolinea – Ed è il motivo per cui con il Ministero abbiamo pensato a diverse campagne modulate su diverse fasce d’età, per cercare di riattivare un allarme in questo senso”.

Sono 3.451 le nuove diagnosi di infezione da Hiv registrate nel 2016. Quasi 8 casi su 10 (76,9%) sono uomini, e anche se nel 2016 si è osservata una lieve diminuzione sia del numero di nuove diagnosi di Hiv che dell’incidenza, è aumentata la proporzione dei casi attribuibili a **trasmissione sessuale**.

Le regioni con **l’incidenza più alta? Lazio, Marche, Toscana e Lombardia**. E se negli anni si osserva un aumento dell’età mediana alla diagnosi (39 anni per i maschi e 36 per le femmine nel 2016), l’incidenza maggiore si registra comunque nella fascia d’età 25-29 anni.

“Sessantannovemila casi di Hiv e 44 mila morti a partire dal 1981, cifre che ricordano quelle di una guerra – afferma il direttore del Dipartimento di malattie infettive dell’Istituto superiore di sanità Giovanni Rezza. Siamo scesi sotto le 3500 nuove diagnosi di infezione nel 2016, ma ridurre ulteriormente risulta difficilissimo perché evidentemente la percezione del rischio non è tale da spingere all’adozione di comportamenti non a rischio”. **Un terzo del totale dei casi (35,8%) è di nazionalità straniera, “è l’unica fascia di popolazione per cui l’infezione è in lieve aumento”**, spiega Rezza.

Una volta avere un comportamento sessuale “a rischio” spinge la persona ad effettuare il test per verificare la presenza di una eventuale infezione. Oggi, invece questo avviene solo per una persona su 4 (27,5%), mentre “si arriva al test nel 31% dei casi perché ci sono già dei sintomi, questa non è una buona notizia perché bisogna arrivarci prima”, sottolinea Rezza.

Nel 2016 sono stati diagnosticati 778 nuovi casi di AIDS conclamato. Se l’incidenza è in lieve diminuzione negli ultimi 4 anni, è aumentata la quota di pazienti che si presenta già con un’infezione virale o con un tumore.

“Prima c’era un’attenzione maggiore all’Hiv e quindi si ricorreva ai test – afferma Lorenzin – e arrivavano pazienti che non avevano ancora l’Aids conclamato, oggi purtroppo arrivano pazienti, anche molto giovani, con Aids conclamato. E’ molto meglio poter intercettare il paziente prima che si manifesti la malattia nella sua interezza per poter agire con i nuovi farmaci e quindi avere una vita sicuramente migliore. L’unico modo che abbiamo di evitare che queste malattie rientrino nelle nostre vite è fare prevenzione”, afferma Lorenzin.

La Campagna, tra spot Tv e web

Il Ministero della Salute lancia la campagna di comunicazione: “Con l’Hiv non si scherza, proteggi te stesso e gli altri”. Due spot televisivi che andranno in onda sulla Rai. Ideatore e protagonista del primo spot è Dario Vergassola, autoproclamatosi per l’occasione “sex symbol d’eccezione”, è proprio con quel filo d’ironia che

serve a comunicare un concetto importante senza “terrorizzare come succedeva ai nostri tempi” – spiega l’attore e comico ligure – che con questo progetto mira ad accrescere l’awareness sull’Hiv. Al centro dello schermo per il secondo spot è Giulia Michelini, conosciuta anche come Rosy Abate nella serie TV Squadra Antimafia. “E’ importante sensibilizzare la popolazione e soprattutto i giovani, quindi continuiamo a divertirvi e a fare ciò che si è sempre fatto ma con un po’ di sale in zucca”, ha commentato l’attrice.

Gli spot verranno trasmessi sui canali Rai attraverso la collaborazione con il Dipartimento dell’Informazione dell’editoria della Presidenza del Consiglio dei Ministri e sulle principali emittenti commerciali nazionali e locali, **ma saranno anche veicolati sul web.**

E se il mondo della comunicazione sta cambiando, il Ministero non si tira indietro e sta al passo e viaggia dalla televisione al web. Per coinvolgere i giovanissimi, infatti, in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità e il Comitato Tecnico Sanitario (sezione per la lotta all’Aids e del volontariato per la lotta all’Aids), il Ministero della Salute ha deciso di avviare, a titolo sperimentale, una campagna su Youtube. In questo caso **i protagonisti saranno i maggiori youtubers italiani: Willwosh, Daniele Doesn’t matter e i The Show.**

“Non vediamo l’ora che parta quest’iniziativa. E’ da un anno che lavoriamo su questa campagna e siamo molto soddisfatti perché è indirizzata proprio ai giovanissimi che utilizzano i social – afferma Massimo Farinella, della Consulta associazioni che partecipa alla commissione nazionale per la lotta all’Aids – Siamo in tante Associazioni ad essere impegnate sul fronte Hiv e siamo molto soddisfatti del lavoro fatto per il Piano nazionale AIDS”.

Numero verde: 770 mila chiamate i 30 anni, cambia il target

Sono oltre 770 mila le chiamate ricevute in 30 anni di attività (giugno 1987 – giugno 2017) del numero verde a cui è possibile rivolgersi per ricevere assistenza e/o informazioni sul tema Hiv. Il Servizio Nazionale, anonimo e gratuito di prevenzione dell’infezione da Hiv e delle altre infezioni sessualmente trasmesse, che mette a disposizione un’equipe multidisciplinare di psicologi, medici e non solo, per chiarire tutti i dubbi in merito.

“Chiamano persone diverse rispetto a chi chiamava 10-20 anni fa – afferma Lorenzin – **c’è un cambio di età nelle telefonate**, ed è **calato il livello di consapevolezza tra i giovanissimi sulle vie di trasmissione**. Speriamo di riportare alla giusta attenzione comportamenti di autoprotezione di sé e del partner”.



CARCERI: UN DETENUTO SU TRE E’ MALATO

Publicato il [2 gennaio 2018](#) da [redazione](#)

Necessario un nuovo approccio per la sanità nelle carceri.

“Un detenuto su tre è affetto da Epatite C e il problema sarebbe oggi risolvibile”, afferma il prof. Babudieri (Univ. Sassari) Possibile il controllo delle patologie correlate ai nuovi flussi, come la tubercolosi.

I LEA NELLE CARCERI

I LEA – Livelli Essenziali di Assistenza, ossia le Linee Guida, i limiti minimi che devono essere mantenuti dal Sistema Sanitario Nazionale, entrano oggi nell’ambito penitenziario.

Questa la novità nel 2017: si è pensato di applicarli anche ai detenuti. “È un punto di svolta perché fino ad oggi la sanità penitenziaria è stata attendista, mentre l’obiettivo oggi è di farla diventare proattiva, con una presa in carico di tutte le persone che vengono detenute”, dichiara il Prof. Sergio Babudieri Direttore delle Malattie Infettive dell’Università degli Studi di Sassari e Direttore Scientifico di SIMSPE – Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria.

“Abbiamo scelto questo tema, significativo poiché denso di contenuti, per approfondire una riflessione ormai quasi decennale sugli effetti concreti del transito dei servizi sanitari penitenziari al Sistema Sanitario Nazionale”, afferma Luciano Lucania Presidente SIMSPE 2016-18. **“Si chiede una sanità adeguata a un bisogno di salute diverso. in qualità e quantità.** Serve maggiore attenzione ai problemi legati all’intrinseca vulnerabilità sociale che certamente ampia parte dei detenuti presenta, occorrono buone prassi di informazione sulle maggiori patologie infettive. Fondamentale la cura e la garanzia di un diritto costituzionale. Auspicabile lo sviluppo dei reparti ospedalieri per detenuti con una diffusione almeno regionale, così da poter garantire assistenza ospedaliera in maniera più adeguata”.

LE MALATTIE NELLE CARCERI

Nel corso del 2016 sono transitati all’interno dei 190 istituti penitenziari italiani oltre centomila detenuti. Diverse le malattie diffuse; solo un detenuto su 3 non presenta alcuna patologia, nonostante si tratti di una popolazione molto giovane rispetto alla media. Tuttavia, uno dei problemi principali è rappresentato dalla

metà dei malati che è ignaro della propria patologia, o comunque non la dichiara ai servizi sanitari penitenziari.

Gli stranieri detenuti sono oggi il 34% dei presenti e la detenzione è un'occasione unica per quantificare il loro stato di salute, dal momento che in libertà sono difficilmente valutabili dal punto di vista sanitario. La loro età media è più giovane rispetto agli italiani ed oltre la metà è portatrice latente di Tubercolosi. **Molto diffuse anche le patologie psichiatriche**, ed alcune fra le più gravi, quale la schizofrenia, appaiono notevolmente sottostimate, con appena uno 0,6% affetto da questa patologia, che rappresenta in realtà solo i pazienti detenuti con sintomi conclamati e facilmente diagnosticabili. Notevolmente maggiore è la massa di coloro che hanno manifestazioni meno evidenti ed uguale bisogno di diagnosi e terapia e non vengono spesso valutati.

HIV E HCV

Ma i dati più preoccupanti provengono dalle malattie infettive. Si stima che gli HIV positivi siano circa 5.000, mentre intorno ai 6.500 i portatori attivi del virus dell'epatite B. Tra il 25 e il 35% dei detenuti nelle carceri italiane sono affetti da epatite C: si tratta di una forbice compresa tra i 25mila e i 35mila detenuti all'anno. Proprio l'epatite C costituisce un esempio emblematico dei benefici che si potrebbero trarre dai nuovi LEA: dall'1 giugno, infatti, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha reso possibile la prescrizione dei nuovi farmaci innovativi eradicanti il virus dell'epatite C a tutte le persone che ne sono affette. Quindi una massa critica di oltre 30mila persone che annualmente passa negli istituti penitenziari italiani, potrebbe usufruire di queste cure per guarire dall'HCV, ma anche per non contagiare altri nel momento in cui torna in libertà.

“È una sfida impegnativa” – prosegue il prof. Babudieri – “si tratta di un quantitativo ingente di individui, soggetti peraltro a un continuo turn-over e talvolta restii a controlli e terapie. Un lavoro enorme, di competenza della salute pubblica: senza un'organizzazione adeguata. **Pur avendo i farmaci a disposizione, si rischia di non riuscire a curare questi pazienti. La presa in carico di ogni persona che entra in carcere deve dunque avvenire non nel momento in cui questi dichiara di star male, ma dal primo istante in cui viene monitorato al suo ingresso nella struttura. Questa nuova concezione dei LEA significa che lo Stato riconosce che anche nelle carceri è necessaria un certo tipo di assistenza.** Fino al 2016 non c'era alcuna regola: questa segnale può essere un grande progresso”.

IL CONGRESSO

Oltre 200 specialisti si sono riuniti a Roma nelle settimane scorse per la **XVIII Edizione del Congresso Nazionale SIMSPE-Onlus 'Agorà Penitenziaria'**. Un confronto multidisciplinare tra medici, specialisti, infettivologi, psichiatri, dermatologi, cardiologi, infermieri. Un confronto, organizzato insieme alla Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali – SIMIT, che coinvolge le diverse figure sanitarie che operano all'interno degli istituti penitenziari con l'obiettivo di fornire spunti per una riflessione approfondita del fare salute in carcere agli stessi operatori sanitari, a chi amministra gli Istituti e a chi ha il compito di stabilire le regole ed allocare le risorse.



DOSSIER HIV-AIDS 2017 DEL CESDA

Publicato il 1 dicembre 2017 da redazione

In occasione della Giornata Mondiale della Lotta all'AIDS del 1° dicembre il Cesda ha realizzato, come ogni anno, un dossier di aggiornamento sul tema dell'Hiv/AIDS.

Il dossier contiene dati epidemiologici regionali, nazionali e mondiali, indicazioni dei servizi dedicati e materiale documentale di vario tipo utile all'approfondimento.

Il dossier 2017 è disponibile in versione on-line: <http://www.cesda.net/?p=12878>

GIORNATA MONDIALE LOTTA ALL'AIDS – Estratto Dossier Cesda 2017

Publicato il 1 dicembre 2017 da redazione

Publichiamo un **estratto del Dossier AIDS 2017** nel quale sono raccolti i principali contributi pubblicati nel corso dell'ultimo anno con la finalità di fornire un **aggiornamento sul tema HIV/AIDS, oggetto di ricerca del Centro.**

In ordine cronologico riportiamo, gli articoli pubblicati sui siti www.cesda.net – www.retecedro.net la cui redazione è a cura del Cesda. Si tratta di report di ricerche, abstract di articoli di riviste scientifiche, iniziative di prevenzione di interesse generale.

Estratto DOSSIER Cesda: <http://www.cesda.net/wp-content/uploads/2017/11/Cesda-ESTRATTO-DOSSIER-2017.pdf>





Di seguito sono riportati, in ordine cronologico, gli articoli pubblicati sul sito www.retecedro.net

I contenuti degli articoli riguardano report di ricerche, abstract di pubblicazioni di riviste scientifiche, segnalazione di iniziative di prevenzione di interesse generale. Per una lettura più esaustiva sul tema HIV/AIDS si rimanda alla sezione tematica del sito Rete Cedro.



HIV/AIDS – VERSO L'UNIFICAZIONE DEI SISTEMI DI SORVEGLIANZA

Publicato il 27 novembre 2018 da redazione

Descrivere i 21 sistemi regionali di sorveglianza Hiv e verificare la **fattibilità dell'unificazione di questi sistemi in un sistema di sorveglianza unico a livello nazionale**: è questo l'obiettivo di uno studio condotto, a marzo 2017, dal Centro operativo Aids (Coa) dell'Istituto superiore di sanità (Iss) in collaborazione con i referenti regionali del Sistema di sorveglianza nazionale delle nuove diagnosi di infezione da Hiv.

Dai risultati dell'indagine – pubblicati su Epidemiologia & Prevenzione – emerge che **più della metà dei sistemi di sorveglianza regionali adotta un metodo di raccolta dati informatizzato e che le restanti Regioni, con sistema cartaceo, sono distribuite equamente nelle tre macroaree del Paese** (Nord, Centro e Sud e Isole).

Inoltre, alcuni sistemi regionali non si sono adeguati completamente alla scheda di raccolta dati contenuta nel Decreto di istituzione della sorveglianza nazionale Hiv (del 31 marzo 2008) e altri riferiscono una sottonotifica del sistema.

Nella maggioranza dei casi si registra un lieve ritardo di notifica da parte dei Centri segnalatori e alcuni referenti regionali sottolineano lacune nella completezza dei dati.

Tra i punti di forza: l'informatizzazione dei sistemi e una buona autovalutazione rispetto alla qualità dei sistemi e dei dati che vi confluiscono. Sono, inoltre, emerse indicazioni utili al miglioramento del sistema Hiv nazionale, tra le quali l'unificazione della sorveglianza Hiv con la sorveglianza dei casi di Aids e l'implementazione di un unico sistema nazionale, in risposta anche alle indicazioni dettate dal Piano nazionale di interventi contro l'Hiv e l'Aids 2017.



INFEZIONI DA HIV E AIDS IN ITALIA – Relazione al Parlamento 2017

Publicato il 27 novembre 2018 da redazione

In Italia, nel 2016, sono state riportate **3451 nuove diagnosi di infezione da Hiv**, pari a **5,7 nuovi casi per 100 mila residenti** e il numero delle nuove diagnosi è risultato **in calo rispetto all'anno precedente** (nel 2015 erano 3549), per tutte le modalità di trasmissione (rapporti eterosessuali; uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini – Msm, Men who have sex with men; utilizzatori di droghe per via endovenosa – Idu, Injecting drug users).

Lo riferisce la **Relazione Aids 2017 (inviata al Parlamento il 12 settembre 2018)** che illustra: le attività svolte dal Ministero nell'ambito dell'informazione, della prevenzione, dell'assistenza e dell'attuazione di progetti relativi all'Hiv/Aids; le attività realizzate in collaborazione con il Comitato tecnico sanitario (Sezione per la lotta contro l'Aids e Sezione del volontariato per la lotta contro l'Aids); l'attività svolta dall'Istituto superiore di sanità (Iss), in particolare le iniziative in tema di sorveglianza dell'infezione da Hiv e

dell'Aids, di ricerca, di prevenzione e di counselling telefonico e di comunicazione online. Leggi il commento di Anna Maria Luzi e Barbara Suligoi (Dipartimento Malattie infettive, Iss).

Per approfondimenti - Infezioni da Hiv e Aids in Italia: lo stato dell'arte nella Relazione al Parlamento 2017

<http://www.epicentro.iss.it/aids/relazione-parlamento-2017>

la pena
oltre il
carcere



LA PENA OLTRE IL CARCERE – Newsletter

Publicato il 3 settembre 2018 da redazione

“La pena oltre il carcere” è un **progetto realizzato dal Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA)** in partenariato con **Coordinamento Italiano delle Case Alloggio delle persone con Hiv/Aids (CICA)**.

Il progetto si propone di accrescere le conoscenze e sviluppare interventi innovativi nell'ambito delle pratiche di giustizia riparativa nelle organizzazioni associate a CNCA e CICA, al fine di **favorire il recupero sociale di detenuti, ex detenuti e persone soggette a provvedimenti dell'autorità giudiziaria sia adulti che minori**.

Per leggere la newsletter prodotta nell'ambito del progetto : <http://www.retecedro.net/la-pena-oltre-il-carcere-newsletter/>



AIDS E CARCERI DETENUTI POCO INFORMATI

Publicato il 28 agosto 2018 da redazione

Fa paura la scarsa igiene, il contatto con la saliva e l'urina di una persona con HIV e due detenuti su tre sono convinti che le zanzare trasmettano l'HIV. Invece sono **sottostimati i rischi legati ad eventuali risse ed il possibile contagio scambiando spazzolini e rasoi**.

Il dato più allarmante è che **un detenuto su tre afferma che non assumerebbe la terapia se scoprisse di avere l'HIV**. Questo l'esito del progetto di Nps Italia Onlus, Università Ca' Foscari di Venezia, SIMSPE.

Il video “Detenuti, ma liberi dall'HIV” racconta l'esperienza del progetto Flew (Liberi di star bene in prigione con l'HIV) attraverso le voci dei protagonisti che hanno partecipato alle azioni di educazione e prevenzione all'HIV e di lotta alla discriminazione delle persone con HIV detenute. Il video è stato presentato durante la **22° conferenza internazionale sull'Aids ad Amsterdam** in una delle sessioni organizzate da EATG dal titolo “**Prison Health and Beyond**”.

Per la prima volta **in Italia all'interno di 10 strutture penitenziarie è stato possibile introdurre, grazie al lavoro del Simpsee, i test rapidi capillari per l'HIV** che sono stati ben accolti anche dalla polizia penitenziaria e non solo dai detenuti. Sia i Direttori delle strutture penitenziarie sia i dirigenti della Polizia Penitenziaria sono stati coinvolti in ogni fase al fine di favorire la completezza delle azioni.

L'azione centrale dei Peer education è stata affidata a due ex detenuti con HIV, attivisti di Nps Italia onlus che hanno saputo stabilire un dialogo orizzontale con i detenuti insieme a una supervisione di attività di ricerca coordinata dall'università Ca' Foscari che ha evidenziato che l'HIV nelle carceri fa paura, ma per i motivi sbagliati.

Sottostimati i rischi legati ad eventuali risse tra detenuti, considerate innocue da metà degli intervistati mentre costituiscono un pericolo reale perché la fuoriuscita di sangue è in questi casi la norma. Anche il rischio di possibile contagio scambiando spazzolini e rasoi è molto sottovalutato. Ma il dato più allarmante è che **un detenuto su tre afferma che non assumerebbe la terapia se scoprisse di avere l'HIV**. E' un dato preoccupante e incomprensibile considerando che le terapie oggi disponibili sono molto efficaci e consentono di condurre una vita pressoché “normale”. Ma un detenuto che non crede nella terapia non avrà probabilmente motivazione a fare il test per l'HIV e lo terrà nascosto se scoprisse di averlo.

I risultati della ricerca sono un vero patrimonio per comprendere quali interventi devono essere fatti per una **prevenzione e una lotta sempre più efficaci all'HIV nei penitenziari italiani**. L'importanza del progetto è stata da ultimo riconosciuta a livello europeo e inserita come **best practice** delle ultime linee guida “**Active-case-finding-communicable-diseases-in-prisons**”.



INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI. CAMPAGNA MINISTERO DELLA SALUTE

Publicato il [29 gennaio 2018](#) da [redazione](#)

Sono **1 milione al giorno le nuove infezioni a livello globale.**

In Italia la fascia d'età più a rischio è quella dei giovani tra i 15 e i 24 anni. E proprio ai giovani si rivolge la **campagna di Comunicazione "IST, conoscerle per prevenirle"**. Sette le patologie trattate, quelle a maggior incidenza, e per ciascuna vengono spiegate le modalità di contagio, i possibili sintomi (spesso le Ist sono asintomatiche), gli strumenti di prevenzione, diagnosi e terapia.

Un milione di nuove infezioni al giorno: è questa, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, a livello globale, l'incidenza delle IST, le infezioni sessualmente trasmissibili. In Italia, la fascia d'età più a rischio è quella dei giovani tra i 15 e i 24 anni, che **spesso non sono informati sulla possibilità di contrarre queste infezioni**, sulle più efficaci modalità di prevenzione, sulle possibili terapie. E proprio ai giovani si rivolge la campagna di Comunicazione "IST, conoscerle per prevenirle", messa in campo dal Ministero della Salute insieme alla Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.

Tre le fasi della campagna: primo step, la **stampa di pieghevoli e locandine da distribuire** negli studi dei pediatri, dei medici di medicina generale, degli specialisti, presso gli Ordini dei medici, nelle farmacie e presso le ostetriche. **Sette le patologie trattate**, quelle a maggior incidenza, e **per ciascuna le modalità di contagio, i possibili sintomi** (spesso le Ist sono asintomatiche), gli **strumenti di prevenzione, diagnosi e terapia**: HIV/AIDS, Papilloma Virus, Epatiti virali, Sifilide, Uretriti e cerviciti da Chlamydia, Gonorrea, Herpes genitale. Inoltre, le **modalità di prevenzione valide per tutte le Ist** e l'invito a rivolgersi al medico o a chiamare il **Telefono Verde Aids/Ist dell'Istituto Superiore di Sanità 800861061**.

Il secondo passo della campagna consisterà in una **App scaricabile gratuitamente dai principali store**; a conclusione, la trasmissione di uno spot-video.

"Verso le malattie sessualmente trasmissibili c'è a volte, nei giovani, un meccanismo di 'rimozione', come se la possibilità di essere contagiati non li riguardasse – spiega Roberta Chersevani, presidente Fnomceo e responsabile del progetto -. Da qui l'intento di diffondere, su un argomento tanto delicato quanto attuale, informazioni basate sull'evidenza medica, al fine di promuovere, soprattutto presso la popolazione giovanile, la cultura di una consapevole sessualità e l'adozione di abitudini salutari e di atteggiamenti responsabili".



A TORINO NASCERA' IL CENTRO MULTIDISCIPLINARE PER LA SALUTE SESSUALE

Publicato il [8 gennaio 2018](#) da [redazione](#)

In Piemonte continua a scendere il numero delle persone che scoprono di aver contratto l'Hiv.

Nel 2016 sono stati 255. Per dare attuazione a quanto predisposto dal nuovo Piano nazionale Aids 2017-2019, la Regione annuncia un **nuovo progetto che vedrà i Centri per le Infezioni Sessualmente Trasmesse (Ist)** di Torino riuniti in un **Centro unico multidisciplinare per la salute sessuale**.

Per dare attuazione a quanto predisposto dal nuovo Piano nazionale Aids 2017-2019, che fissa le azioni da perseguire per il raggiungimento degli obiettivi indicati come prioritari dalle agenzie internazionali (Ecdc, Unaid, Oms), la Regione Piemonte rilancia il suo impegno nella lotta alla diffusione dell'HIV e delle infezioni sessualmente trasmesse con un nuovo progetto: la nascita a Torino del Centro Multidisciplinare per la salute sessuale.

A distanza di oltre 15 anni di attività della Rete dei Centri per le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) è stata prevista la riorganizzazione dei Centri presenti nella città di Torino in un centro unico: il Centro multidisciplinare per la salute sessuale.

Ad annunciarlo la Regione in una nota. Nella nota si spiega che **il nuovo servizio continuerà a garantire ai cittadini le prestazioni di diagnosi e cura delle IST con accesso diretto**, in gratuità e anonimato integrandole con **nuove funzioni volte alla promozione della salute sessuale nel suo complesso, operando in stretto raccordo con i servizi sanitari a vario titolo dedicati** (Malattie Infettive, Rete dei Consulenti, Rete regionale SVS, Servizi Vaccinali) e fornendo consulenza specialistica e supporto alla programmazione regionale.

Il Centro multidisciplinare per la salute sessuale, collocato in una struttura dedicata nel Dipartimento di prevenzione dell'ASL unica Città di Torino, opererà in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino e il SeReMi dell'ASL di Alessandria.

Intanto, riferisce la nota, in Piemonte continua a scendere il numero delle persone che scoprono di aver contratto l'Hiv. Nel 2016 sono stati 255.

L'infezione da HIV riguarda prevalentemente gli uomini. Tra le donne le diagnosi sono in calo, in particolare tra le italiane che rappresentano nel 2016 il 9% dei casi in persone nate nel nostro Paese.

Risulta in crescita costante, invece, il numero di persone che vivono con l'HIV in Piemonte, circa 9.000 all'inizio del 2017 (2 ogni 1.000 piemontesi).

La frequenza di HIV risulta 3 volte maggiore tra gli uomini rispetto alle donne e in alcune classi di età è particolarmente alta: tra gli uomini piemontesi dai **45 ai 54 anni** raggiunge lo 0,7% circa.

Nel 2016, i casi di nuova diagnosi di HIV negli stranieri sono 99. Anche l'andamento dei tassi di incidenza in questa parte della popolazione presenta un trend in riduzione. Si tratta prevalentemente di persone originarie di Paesi ad alta diffusione di HIV.

La principale modalità di trasmissione dell'HIV in Piemonte sono i **rapporti sessuali non protetti**, questa modalità riguarda, nel 2016, il 97% dei casi totali. Negli ultimi 10 anni si osserva una crescita delle diagnosi attribuibili ai rapporti sessuali non protetti tra uomini. Una lieve riduzione si osserva, invece, per quanto riguarda le diagnosi riferibili ai rapporti eterosessuali non protetti tra gli italiani.

Il tasso di incidenza più elevato (18 casi per 100.000) **si registra tra i giovani di età compresa tra i 25 e i 34 anni**, che rappresentano circa un terzo dei casi totali diagnosticati nell'ultimo anno.

Nel 2016, sul totale delle 255 nuove diagnosi di HIV, 112 (44%) riguardano persone che hanno effettuato un test HIV risultato negativo in passato, di queste 58 (23% dei casi totali) lo hanno eseguito nei due anni precedenti la diagnosi di sieropositività per HIV.

Resta molto **alto il numero di persone che arrivano tardi alla diagnosi**, quando il loro sistema immunitario è già compromesso o quando si è già sviluppata la malattia (Aids).

Nel 2016, la diagnosi tardiva riguarda il 35% dei casi totali, valore che non si discosta in modo significativo da quanto rilevato negli ultimi cinque anni.

“Sul calo delle nuove diagnosi di infezioni da Hiv in Piemonte – si osserva nella nota – hanno sicuramente giocato un **ruolo determinante l'efficacia dei farmaci nel ridurre la carica virale nelle persone con HIV e gli interventi di prevenzione primaria e secondaria** messi in atto negli anni. Per ottenere una riduzione più significativa è necessario orientare gli interventi essenzialmente su tre ambiti: prevenzione primaria (mirata ai gruppi più a rischio); prevenzione secondaria (diagnosi precoce), presa in carico tempestiva e aderenza al trattamento. Per aumentare il numero di persone HIV positive consapevoli del loro stato (diagnosi precoce) deve essere potenziata l'offerta del test HIV, su tutto il territorio regionale, come prevede il documento Politiche di offerta del test HIV in Piemonte”.



HIV/AIDS: STOP ALL'EPIDEMIA ENTRO IL 2030.

Pubblicato il 8 gennaio 2018 da redazione

HIV/AIDS: stop all'epidemia entro il 2030. Ecco la strategia, le linee guida e i consigli dell'Oms.

A metà del 2017, 20,9 milioni di persone affette da HIV stavano ricevendo l'ART (trattamento antiretrovirale): una **copertura globale del 53% di adulti e bambini**. L'Oms sta supportando i paesi ad accelerare i loro sforzi per diagnosticare e trattare tempestivamente le popolazioni più vulnerabili. **L'espansione dell'accesso alle cure è al centro di una nuova serie di obiettivi per il 2020 che mirano a porre fine all'epidemia di AIDS entro il 2030.**

L'HIV continua a essere un importante problema di salute pubblica globale, con un bilancio negativo finora di oltre 35 milioni di vite. Nel 2016, 1,0 milioni di persone sono morte per cause correlate all'HIV a livello globale.

Alla fine del 2016 ci sono stati circa 36,7 milioni di persone che hanno contratto l'HIV con 1,8 milioni di persone che si sono recentemente contagiate nel 2016 a livello mondiale.

Il 54% degli adulti e il 43% dei bambini che vivono con l'HIV sono attualmente sottoposti a terapia antiretrovirale permanente (ART). La copertura globale della ART per le donne in gravidanza e in allattamento che vivono con l'HIV è alta al 76%.

La regione africana dell'Oms è la più colpita, con 25,6 milioni di persone che vivono con l'HIV nel 2016. La regione africana rappresenta anche quasi i due terzi del totale globale di nuove infezioni da HIV.

L'infezione da HIV viene spesso diagnosticata attraverso test diagnostici rapidi (RDT), che rilevano la presenza o l'assenza di anticorpi anti-HIV. Molto spesso questi test forniscono risultati in giornata, essenziali per la diagnosi e per il trattamento e la cura precoci.

Le popolazioni chiave sono gruppi a maggior rischio di contrarre l'HIV indipendentemente dal tipo di epidemia o dal contesto locale. Includono: **uomini che fanno sesso con uomini, persone che fanno uso di droghe, persone in carcere e altri ambienti chiusi, prostitute e loro clienti e persone transgender.**

Le popolazioni chiave hanno spesso problemi legali e sociali legati ai loro comportamenti che aumentano la vulnerabilità all'HIV e riducono l'accesso ai programmi di test e di trattamento.

Nel 2015, circa il 44% delle nuove infezioni si è verificato tra le popolazioni chiave e i loro partner.

CESDANEWS

Anno XV n. 11-12, Novembre - Dicembre 2018



SPECIALE AIDS

SINTESI DEL RAPPORTO 2018 DEL CENTRO OPERATIVO AIDS (COA) DELL'ISTITUTO SUPERIORE DELLA SANITÀ

Nuove infezioni da HIV

Nel 2017 sono state segnalate 3.443 nuove diagnosi di infezione da HIV pari a 5,7 nuovi casi per 100.000 residenti. Nel 76,2% delle nuove diagnosi di HIV, il soggetto è di genere maschile.

L'incidenza italiana è simile all'incidenza media osservata tra le nazioni dell'Unione Europea (5,8 nuovi casi per 100.000).

L'incidenza delle nuove diagnosi di HIV mostra una leggera diminuzione tra il 2012 e il 2015, con un andamento pressoché stabile dopo il 2015.

L'andamento dell'incidenza negli ultimi tre anni è simile per tutte le modalità di trasmissione. Nel 2017 l'incidenza maggiore di infezione da HIV è nella fascia di età 25-29 anni (15,9 nuovi casi ogni 100.000 residenti in questa fascia d'età).

La modalità di trasmissione principale tra le nuove diagnosi HIV è attraverso rapporti eterosessuali (46%, di cui 25% maschi, 21% femmine), mentre i nuovi casi relativi a coloro che usano sostanze sono pari al 3%.

Nel 2017, i rapporti sessuali non protetti costituivano l'84,3% delle nuove segnalazioni di diagnosi di infezione da HIV.

Tra i maschi, la maggior parte delle nuove diagnosi Hiv è in MSM (maschi che fanno sesso con maschi).

Negli ultimi anni rimane costante il numero di donne con nuova diagnosi di Hiv.

Dal 2012 al 2017 il numero di nuove diagnosi di infezione da Hiv in stranieri rimane sostanzialmente stabile; al contrario, negli italiani si osserva una costante diminuzione.

Nel 2017, la prima causa per effettuare il test Hiv è risultata la presenza di sintomi HIV correlati (32,0%, seguita da comportamenti a rischio (26,2%)).

Nel periodo 2010-2017 è rimasta invariata la quota delle persone con una nuova diagnosi di infezione da Hiv in fase clinica avanzata (bassi CD4 o presenza di sintomi).

Nuove diagnosi di AIDS

Si osserva un lieve decremento delle nuove diagnosi di AIDS, pari nel 2017 a 690, con un'incidenza pari a 1,1 nuovi casi per 100.000. Il 73,9% delle diagnosi di AIDS nel 2017 era costituita da soggetti che non sapevano di essere HIV positive, contro il 20,5% del 1996.

Il numero di decessi in persone con AIDS rimane stabile.

Dall'inizio dell'epidemia (1982) al 2017 sono stati segnalati 69.734 casi di AIDS, di cui 44.814 (64,3%) deceduti fino al 2015.

Rimane costante nell'ultimo quinquennio la proporzione delle persone con nuova diagnosi di AIDS che scopre di essere Hiv positiva nei pochi mesi precedenti la diagnosi di AIDS.

SOMMARIO

SPECIALE AIDS :

- ✓ Sintesi del rapporto 2018 del Centro Operativo Aids (COA) dell'Istituto Superiore della Sanità
- ✓ Sintesi dati Report UNAIDS 2018
- ✓ Appuntamenti

APPUNTAMENTI

Firenze, Scandicci e Pistoia saranno sede della sesta edizione di **European Testing Week** grazie all'impegno delle amministrazioni comunali e delle associazioni Lila Toscana, Caritas Firenze/Associazione Niccolò Stenone, Ireos, Associazione Insieme, C.A.T Cooperativa Sociale Onlus e MEDU Medici per i Diritti Umani che hanno aderito alla più importante iniziativa europea di prevenzione finalizzata all'immediato accesso alle cure per chi si scopre positivo al test Hiv.

Programma disponibile su: www.cesda.net



Il Cesda è ubicato presso l'Azienda Sanitaria 10 Via di San Salvi 12 50135 Firenze - palazzina 27 Tel. 055/6933315 e.mail: cesda@sf.toscana.net



Newsletter a cura di Alba Russo, Andrea Cagioni, Mariella Orsi



La Biblioteca - Orari di apertura: Lunedì e Venerdì ore 10.00-13.00, Mercoledì ore 14.00 - 16.00
Eventuali consulenze fuori orario sono possibili su appuntamento.
Tel. 055/6933315 Per informazioni: biblioteca.cesda@sf.toscana.it

Statistiche globali 2017 HIV e AIDS**Persone che vivono con l'HIV**

Nel 2017, vi erano 36.9 milioni di persone affette di HIV: 35.1 milioni di adulti, 1.8 milioni di bambini (<15 anni). Il 75% di tutte le persone affette di HIV, hanno appreso il loro status di sieropositivi nel 2017. Circa 9.4 milioni di persone non sanno che sono affette da HIV.

Persone che vivono con l'HIV con accesso alle terapie antiretrovirali

Nel 2017, 21.7 milioni di persone che vivono con HIV hanno accesso alle terapie antiretrovirali, un incremento di 2.3 milioni dal 2016 e di 8 milioni dal 2010.

Nel 2017, 59% di tutte le persone che vivono con HIV, avevano accesso a terapie antiretrovirali.

Il 59% degli adulti di età superiore a 15 anni con HIV hanno avuto accesso al trattamento, così come il 52% dei bambini sotto i 15 anni.

Il 65% delle donna adulte ha avuto accesso al trattamento, contro solo il 53% dei maschi adulti .

Nel 2017, 80% delle donna incinte con HIV ha avuto accesso alle medicine antiretrovirali per prevenire la trasmissione al loro bambino.

Nuove infezioni da HIV

Le nuove infezioni da HIV sono state ridotte del 47% rispetto al picco del 1996.

Nel 2017, vi erano 1.8 milioni nuove infezioni da HIV, rispetto a 3.4 milioni nel 1996.

Dal 2010, le nuove infezioni da HIV negli adulti sono diminuite di circa il 16%, da 1.9 milioni a 1.6 milioni nel 2017.

Dal 2010, le nuove infezioni da HIV nei bambini sono diminuite del 35.

Morti collegate all'AIDS

Le morti collegate all'AIDS si sono ridotte di più del 51% dal picco del 2004.

Nel 2017, 940.000 di persone sono morte per malattie collegate all'AIDS, rispetto a 1.9 milioni nel 2004 e a 1.4 milioni nel 2010.

90-90-90

Nel 2017, tre persone su quattro (75%) conoscono il loro status. Fra le persone consapevoli del loro status, quattro su cinque (79%) avevano accesso al trattamento. Fra le persone che avevano accesso al trattamento, quattro su cinque (81%) avevano la carica virale soppressa. Il 47% di tutte le persone con HIV hanno la carica virale soppressa.

Donne

Ogni settimana, circa 7.000 giovani donne di età compresa 15-24 anni diventano affette da HIV.

Nell'Africa subsahariana, tre nuove infezioni su quattro negli adolescenti di età compresa 15-19 anni sono relative a ragazze. Le giovani donne fra i 15 e i 24 anni hanno il doppio di probabilità di contrarre l'HIV rispetto agli uomini. Più di un terzo (35%) delle donne su scala globale sono state vittime di violenza fisica e/o sessuale nel corso della loro vita. In alcune regioni, le donne che subiscono violenza, hanno una volta e mezza di probabilità in più di contrarre l'HIV.

Popolazioni bersaglio

Le popolazioni bersaglio e i loro partner rappresentano:

il 47% delle nuove infezioni su scala globale.

il 95% delle nuove infezioni nell'Europa dell'Est, nell'Asia centrale e nell'Africa meridionale.

il 16% delle nuove infezioni nell'Africa dell'est e del sud.

Il rischio di contrarre l'HIV è:

27 volte più alto per uomini che fanno sesso con uomini.

23 volte più alto per coloro che fanno uso di droghe per via iniettiva.

13 volte più alto per donne sex worker.

13 volte più alto per donne transgender.

HIV/Tubercolosi (TB)

TB rimane la causa principale di morte fra le persone con HIV, rappresentando circa 1/3 delle morti collegate all'AIDS.

Investimenti

Alla fine del 2017, US\$ 21.3 bilioni erano disponibili nei paesi a basso e medio reddito.

Circa il 56% delle risorse totali per HIV nei paesi a basso e a medio reddito erano risorse nazionali.

UNAIDS stima che serviranno US\$ 26.2 bilioni per la risposta all'AIDS nel 2020.

SITOGRAFIA SU TEMATICHE AIDS e HIV **Aggiornata al 30 novembre 2018**

<https://ecdc.europa.eu/en/hiv-infection-and-aids>

https://ec.europa.eu/health/home_en

Sito della Commissione Europea sulla salute in Europa con sezione HIV/AIDS

https://ec.europa.eu/health/sti_prevention/hiv_aids_it

Sito della Unione Europea con articoli e documentazione HIV/AIDS

<http://helpline.aidsvancouver.org/>

Portale di informazioni e aiuto online in inglese

<http://newsite.hiveurope.eu/>

Sito internazionale promosso da un gruppo di esperti autonomo avviato a Bruxelles nel 2007 la cui iniziativa prevede una piattaforma europea di scambio e attività per migliorare la diagnosi precoce e la prima cura dell'HIV in tutta Europa

<http://www.agite.eu//?s=aids>

Associazione ginecologi territoriali, voce AIDS

<http://www.aids.ch/de/>

Portale di informazione svizzero per le persone con HIV e i loro partner, di riferimento per i casi di discriminazione e di violazione della privacy in materia di HIV / AIDS, per la prevenzione e campagne specifiche.

<http://www.aids2014.org/>

Portale ufficiale della ventesima conferenza internazionale sull'AIDS tenutasi a Melbourne il 20-25 luglio 2014

<http://www.aids2016.org/>

Portale ufficiale della ventunesima conferenza internazionale sull'AIDS tenutasi a Durban, Sud Africa il 17-22 luglio 2016

<http://www.aidsalliance.org/>

Partenariato mondiale di organizzazioni nazionali che sostengono e promuovono iniziative di contrasto all'HIV/AIDS nei paesi in via di sviluppo

<https://aidsinfo.nih.gov/>

Portale di informazioni su linee guida, trattamenti e prevenzione da cui sono scaricabili delle Apps

<http://www.aidsonline.it/>

Sito sulle novità farmacologiche e complicanze dell'Aids gestito da Xagena

<http://www.anlaidsonlus.it/>

Associazione Nazionale per la Lotta contro l'Aids italiana

<http://www.arche.it/it/index.html>

Arché Onlus nasce per rispondere all'emergenza dell'HIV pediatrico, supportando tutt'oggi persone sieropositive

<https://www.ars.toscana.it/it/>

Agenzia Regionale di Sanità Toscana: annuale aggiornamento dati epidemiologici HIV/AIDS della Regione Toscana

<http://www.asamilano30.org/>

Associazione Solidarietà Aids Milano

<http://www.arcobalenoaids.it/>

Associazione Arcobaleno Aids opera in ambito della Regione Piemonte con l'intento di fornire un sostegno alle persone con infezione da hiv-aids, adulti e minori, e a quelle a loro affettivamente legate.

www.cesda.net

Centro studi, ricerca e documentazione su dipendenze e AIDS – ASL Firenze

<http://www.cicanazionale.it/>

C.I.C.A. Case alloggio per persone affette da HIV/AIDS

<http://www.cnca.it/>

Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, con presa in carico di pazienti e campagne di prevenzione HIV/AIDS

<http://www.enivd.de/index.htm>

European Network for the Diagnostics of "Imported" Viral Diseases, ENIVD, istituzione che collabora con la Comunità Europea e l'OMS per il miglioramento della diagnostica per le malattie virali "importate" in Europa.

<http://www.epicentro.iss.it/problemi/aids/aids.asp>

Portale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute con sezione AIDS

<http://www.failtestanchetu.it/>

Progetto della Regione Abruzzo per facilitare l'accesso al test

<http://www.gbchealth.org/>

Coalizione di aziende e organizzazioni impegnate a investire le proprie risorse “per fare un mondo più sano”, con particolare attenzione per le malattie infettive: ebola, Hiv/Aids, tubercolosi e malaria

<http://genderandaids.unwomen.org/en>

Portale per la promozione dell'uguaglianza di genere correlata all'epidemia di HIV / AIDS

<http://www.helpaids.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1>

Portale di informazioni del SSR dell'Emilia-Romagna con Forum sul vivere con l'Hiv, servizio di consulenza online e gestione numero verde 800.85.60.80

<http://www.hiv1tat-vaccines.info/italian/index.php>

Il sito descrive il lavoro svolto dal Centro Nazionale AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità per lo sviluppo di vaccini preventivi e terapeutici contro l'infezione da HIV basati sulla proteina Tat di HIV-1

<http://www.hivnet.com/>

Portale riservato a persone HIV positive in lingua inglese

<http://www.testingweek.eu/?AspxAutoDetectCookieSupport=1>

Sito della campagna per il test HIV 21-28 novembre 2014 promosso da varie organizzazioni internazionali tra cui UNAIDS

<http://www.ias2015.org/>

Ottava conferenza IAS, International AIDS Society, sulla patogenesi dell'HIV che si terrà a Vancouver - Canada il 19-22 luglio 2015

<https://www.incontrihiv.it/>

Portale italiano di incontri riservato a persone HIV positive

<http://www.isid.org/>

International Society for Infectious Diseases

<http://www.isid.org/icid/>

Diciottesimo congresso internazionale sulle malattie infettive che si terrà a Buenos Aires - Argentina il 1-4 marzo 2018, organizzato dall' International Society for Infectious Diseases

<http://www.iss.it/aids/>

Istituto Superiore di Sanità, sezione dedicata all'Hiv/Aids

<http://www.iss.it/ccoa/>

Pubblicazione dati del COA , Centro Operativo AIDS, dell'Istituto Superiore di Sanità

<http://www.iss.it/urcf/?lang=1&tipo=16>

Notizie numero verde 800 861 061 dell'Istituto Superiore di Sanità

<http://www.isstdr.org/>

International Society for Sexually Transmitted Diseases Research

<http://www.iusti.org/>

International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI)

[http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1758-2652](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1758-2652)

Journal of International AIDS Society

www.lila.it

Lega Italiana Lotta all'Aids

<http://www.lila.toscana.it/>

Sezione toscana LILA

<https://lovelife.org.za/en/>

Iniziativa LoveLife di prevenzione dell'HIV in Sud Africa rivolta ai giovani tra i 12 e i 19 anni di approccio olistico per lo sviluppo della persona e il cambiamento dei comportamenti

<http://www.nadironlus.org/>

Associazione onlus Nadir con pubblicazioni scientifiche su tematiche HIV/AIDS, tra cui la rivista Delta

<https://www.niaid.nih.gov/>

National Institute of Allergy and Infectious Diseases, con sezione HIV/AIDS

<http://www.npsitalia.net/>

Network persone sieropositive con forum e informazioni

<https://www.pensieropositivo.eu/>

Portale con forum, chat e sostegno psicologico online

<https://www.poloinformativohiv.it/>

Portale di informazioni e forum HIV/AIDS

<http://www.popcouncil.org/>

Population Council è un'istituzione che svolge attività di ricerca per evitare l'infezione da HIV e usufruire di servizi salvavita per l'HIV, il Consiglio collabora con aziende farmaceutiche per sviluppare, produrre e distribuire contraccettivi e altri prodotti.

<http://www.propositiv.bz.it/>

Associazione Propositiv Südtiroler AIDS Hilfe , organizzazione di volontariato dell'Alto Adige per l'informazione e la prevenzione delle malattie infettive, con supporto e servizi rivolti alle persone colpite e ai loro familiari.

<http://www.retecedro.net/>

Sito di approfondimento sulle dipendenze con sezione tematica HIV/AIDS

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=159&area=Malattie_infettive

Ministero della Salute del Governo Italiano, sezione dedicata all' HIV/AIDS

<http://www.siams.info/?s=hiv>

SIAMS, Società Italiana Andrologia e malattie socialmente trasmesse voce HIV/AIDS

www.sidemast.org

SIDeMaST, Società Italiana di Dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse

www.sieropositivo.it

Associazione di volontariato con community e helpline anche telefonica con esperti.

www.simast.it/aree-tematiche/infezione-da-hiv

Società interdisciplinare per lo studio delle malattie sessualmente trasmesse sezione HIV/AIDS

www.simit.org

SIMIT, Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali

www.siu.it/pages/ricerca?q=aids

SIU, Società italiana di urologia voce HIV/AIDS

vedi anche www.siu.it/pages/ricerca?q=hiv

www.spaziobianco.com

L'Associazione di Volontariato Spazio Bianco ONLUS compie assistenza e supporto a persone sieropositive in Umbria e gestisce il numero verde 800015249

www.unaids.org/en/dataanalysis

UNAIDS: analisi dati statistici

www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology

Pubblicazione dati epidemiologici mondiali UNAIDS (Programma congiunto delle Nazioni Unite su Hiv/AIDS)

www.uniticontrolaids.it

Sito promosso e finanziato dal Ministero della Salute - Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione. Responsabilità scientifica dell'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione - Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate - Istituto Superiore di Sanità.

<http://www.uniticontrolaids.it/ReTeAIDS.aspx>

Elenco di numeri telefonici dedicati

<http://www.uniticontrolaids.it/aids-ist/in-caso-di-infezione/associazioni.aspx>

Elenco associazioni dedicate

www.who.int/hiv/en

Organizzazione Mondiale della Sanità sezione HIV

Firenze, 1 Dicembre 2018