

**WORLD
AIDS
DAY**

2011

**GETTING
TO ZERO**

**GIORNATA MONDIALE
LOTTA ALL' AIDS**

1° Dicembre 2011

AIDS: a che punto siamo



IX Dossier AIDS

a cura del Ce.S.D.A

Centro studi, ricerca documentazione dipendenze e AIDS
Dipartimento delle Dipendenze

Via S.Salvi,12 - 50135 Firenze

www.cesda.net

AIDS: a che punto siamo?

Sono ormai passati 30 anni da quando negli Stati Uniti furono identificati i primi casi di una nuova patologia, poi riconosciuta e definita AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita).

Nonostante l'impegno di Istituzioni, Organizzazioni Non Governative e Associazioni che operano nel campo della prevenzione, è ancora molto significativo il numero di nuove infezioni che si registrano nel Nord e nel Sud del mondo, così come quello dei decessi - soprattutto nei Paesi Africani ed Asiatici - che tuttavia risulta in diminuzione anche grazie al successo delle nuove terapie.

Quello che indigna la società civile è che continuano ad essere denunciati in tutti i paesi del mondo gravi casi di discriminazione verso le persone con Hiv/AIDS. In Italia l'ultimo episodio riportato è quello del rifiuto della donazione di sangue di una donna che aveva dichiarato la sua omosessualità, quando è ormai dimostrato che la principale modalità di trasmissione è quella dei rapporti sessuali non protetti, indipendentemente da ogni orientamento sessuale.

L'UNAIDS - l'Agenzia dell'Onu che da oltre 20 anni promuove e coordina la politica internazionale per la lotta all'Aids - per la giornata mondiale del 1° dicembre ha scelto lo slogan "**Getting to zero**", segnalando l'obiettivo che dovrebbe essere raggiunto nel 2015: azzerare le nuove infezioni, le morti AIDS correlate e le discriminazioni sociali.

Occorre pertanto rimettere al centro delle politiche socio-sanitarie nazionali e regionali, oltre alla tutela della salute, la tutela dei diritti delle persone sieropositive e la sensibilizzazione sull'importanza della prevenzione del contagio di tutte le malattie trasmesse sessualmente, tra cui il virus Hiv.

La Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids - Lila - ha declinato l'obiettivo "**Getting to zero**" in azioni concrete: consolidare le politiche di prevenzione (campagne di informazioni mirate, modifiche dei comportamenti e riduzioni dei rischi, uso di profilattici), potenziare gli interventi di riduzione del danno, grazie ai quali la trasmissione ematica attraverso il consumo di sostanze stupefacenti per via iniettiva (che negli anni 80 è stato in Italia la prima via di trasmissione) è calata drasticamente con la fornitura di siringhe sterili e programmi sostitutivi con metadone ai tossicodipendenti. Occorre consolidare programmi di informazione e prevenzione diretti alle donne; in Italia, purtroppo, ancora molte donne scoprono di essere sieropositive durante la gravidanza, non avendo mai eseguito controlli specifici fino a quel momento. Continua ad essere necessario ed urgente avviare campagne di comunicazione per ridurre stigma e discriminazione ancora presenti nei confronti delle persone che vivono con l'Hiv.

Nel mondo sono stimati vivere con l'Hiv circa 34 milioni di persone, le nuove infezioni riguardano 2,6 milioni di persone e l'AIDS provoca ogni anno circa 2 milioni di morti.

L'andamento dei casi in Toscana è analogo a quello nazionale: dal 1995 si registra una progressiva diminuzione, che si è assestata nell'ultimo decennio a circa 100 nuovi casi di AIDS l'anno.

A Firenze l'incidenza dell'AIDS è di 2,1 malati su 100.000 abitanti.

Un dato preoccupante è il fenomeno del ritardo diagnostico: la maggior parte delle persone viene a conoscenza della propria sieropositività solo al momento della diagnosi di Aids (circa il 48% nell'ultimo triennio).

Se ci si riferisce alla modalità di trasmissione dell'infezione, ben il 63% delle persone che si scopre sieropositive al momento della diagnosi di malattia conclamata affermano di aver contratto il virus attraverso rapporti eterosessuali. Il 1° dicembre prossimo il CESDA dell'ASL di Firenze ha organizzato un Convegno che si terrà presso il Centro di Formazione "Il Fuligno" cui parteciperanno operatori della Regione, dell'ASL e delle Associazioni.

Mariella Orsi, sociologa, consulente scientifico CESDA (www.cesda.net)

Chi ha paura dell'AIDS?

1. Chi oggi pensa che sarebbe a rischio se un suo compagno di scuola, un collega di lavoro, un paziente nei servizi o negli ospedali, o un suo vicino di casa, gli/le dicesse di essere sieropositivo;
2. Chi ancora oggi... non conosce il significato del 1° dicembre;
3. Chi pensa... che le malattie sono importanti solo se colpiscono migliaia di persone;
4. Chi pensa che... ormai i giovani sanno già tutto sul problema ed è *inutile parlarne ancora* ;
5. Chi non si è ancora accorto... che le *donne e le ragazze sono più vulnerabili al contagio da HIV* ;
6. Chi non ha cambiato i propri comportamenti perché intanto..... “il problema dell’infezione riguarda solo tossicodipendenti, prostitute o persone omosessuali;
7. Chi pensa che ... “di AIDS non si muore più, perché la malattia ormai si cura”;
8. Chi non si accorge che... *le persone sieropositive subiscono ancora discriminazioni sociali*, a causa della loro condizione sanitaria;
9. Chi ha deciso che... tra le priorità delle politiche sociali, ormai è inutile dedicare risorse a questo problema;
10. Chi anche quest’anno pensa che il 1° dicembre sarà... “un giorno come tutti gli altri”,
e allora,.. parliamone e contribuiamo ad aumentare la consapevolezza sul problema.

**GETTING
TO ZERO**

**WORLD AIDS DAY
TWENTY 11
GETTING TO ZERO**

www.worldaidscampaign.org





L'UNAIDS HA SANCITO NEL 2010 L'OBIETTIVO PER IL 2015: ARRIVARE A ZERO

ZERO NUOVE INFEZIONI ZERO DISCRIMINAZIONI ZERO MORTI AIDS CORRELATE

Il mondo si è impegnato ad arrestare la diffusione di Hiv/Aids entro il 2015. Tutti noi che da 30 anni lottiamo contro l'Hiv pensiamo che ciò non sia utopia e che con le conoscenze attuali, l'individuazione di alcune priorità e l'adeguato impegno politico ed economico arrivare a zero sia possibile. Visto che non esiste ancora una cura definitiva per l'infezione da Hiv, la ricetta per arrestare e gestire questa epidemia deve passare da: consolidate politiche di prevenzione, assistenza socio-sanitaria adeguata, disponibilità dei farmaci e diagnostica per tutti, difesa dei diritti, lotta contro lo stigma in ogni contesto.



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS: DECLINAZIONE ITALIANA DELLO SLOGAN PER LA GIORNATA MONDIALE DI LOTTA CONTRO L'AIDS 2011



ZERO NUOVE INFEZIONI

Prevenire si può ed è economicamente vantaggioso: la cura di una persona che diventa sieropositiva costa solo in farmaci dai 1000 ai 1500 euro al mese, cui poi vanno aggiunti i costi di diagnostica e altri farmaci se necessari.

La **trasmissione sessuale** è oggi la modalità d'infezione più diffusa in Italia. Si può prevenire attraverso questi interventi:

- > Campagne di informazione mirate - per target e per popolazioni vulnerabili
- > Modifica dei comportamenti e riduzione dei rischi
- > Profilattici (maschile e femminile)
- > PEP - profilassi post esposizione
- > ARV - terapia antiretrovirale, efficace anche come prevenzione in quanto riduce la carica virale

In via di sperimentazione su gruppi ad alto rischio d'infezione ci sono le NTP, Nuove Tecnologie di Prevenzione, alcune delle quali hanno dato risultati incoraggianti:

- > PREP - Profilassi Pre Esposizione
- > Microbicidi
- > Vaccini

Nota: l'Italia sta contribuendo a questo filone di ricerca solo nel campo vaccinale con il Vaccino TAT dell'Istituto Superiore di Sanità.

La **trasmissione ematica** attraverso il consumo di sostanze stupefacenti per via iniettiva (che negli anni 80 è stata in Italia la prima via di trasmissione) è calata drasticamente e si è stabilizzata grazie agli interventi di Riduzione del Danno, con la fornitura gratuita di siringhe sterili e programmi sostitutivi con metadone ai tossicodipendenti. Ma stabilizzata non significa azzerata, perciò è necessario continuare a investire su:

- > Programmi di Riduzione del Danno
- > Depenalizzazione del consumo
- > Ulteriori modifiche delle politiche antidroga

La **trasmissione materno-fetale**, ovvero la possibilità che una madre trasmetta l'Hiv al figlio, si riduce drasticamente (< 1%) se la madre è sottoposta a idonea terapia durante la gravidanza, partorisce con parto cesareo e evita l'allattamento al seno. Purtroppo ancora oggi in Italia diverse donne scoprono di essere sieropositive durante la gravidanza, non avendo mai eseguito controlli specifici fino a quel momento. Questo dimostra come sia necessario avere programmi di informazione e prevenzione diretti alle donne.



ZERO DISCRIMINAZIONI

In Italia è necessario e urgente:

Avviare campagne di comunicazione per ridurre stigma e discriminazione ancora presenti nei confronti delle persone che vivono con l'Hiv.

Recepire la Raccomandazione dell'International Labour Organization (ILO) del 2010, che si aggiunge al Codice di Condotta su Hiv/Aids e il mondo del lavoro del 2001.

Monitorare l'applicazione dell'articolo 6 della legge 135 del 1990 che vieta ai datori di lavoro di svolgere indagini volte ad accertare lo stato sierologico dei lavoratori, e di richiedere il test per l'Hiv al momento dell'assunzione.



ZERO MORTI AIDS CORRELATE

La terapia antiretrovirale disponibile oggi è efficace e riduce la progressione verso l'AIDS. La terapia non è una cura definitiva, ma nei paesi dove è disponibile le persone con HIV, in particolare se la diagnosi è tempestiva, possono condurre vite soddisfacenti, lunghe e in salute.

È necessario investire di più e meglio e dare nuovamente priorità a programmi di accesso al Test Hiv. I dati della sorveglianza nazionale ci dicono che in Italia vi è una porzione consistente di persone con infezione da Hiv che non è a conoscenza del proprio stato sierologico (circa un terzo del totale delle persone sieropositive, stimate in circa 150mila). Complessivamente circa il 60% delle diagnosi di AIDS avviene in persone che eseguono il test tardivamente, che quindi al momento della diagnosi non sapevano di essere sieropositive. Questo fenomeno determina diverse conseguenze negative: la persona con HIV a cui viene diagnosticato l'HIV tardivamente non ha l'opportunità di iniziare nei tempi ottimali la terapia antiretrovirale. Ha quindi un rischio più elevato di giungere ad una fase conclamata della malattia, e una ridotta probabilità di un pieno recupero immunologico una volta iniziato il trattamento farmacologico.



APPENDICE - PERCHÉ NON SI PUÒ CHIAMARE “CURA”

Anche se la terapia riduce la progressione verso l'AIDS l'ottimismo sulla sua efficacia a lungo termine si sta ridimensionando davanti alla persistente presenza del virus in quelle cellule/siti (detti santuari), dove esso esiste e resiste alla terapia, facendo rimanere la persona pesantemente compromessa da questa sorta di “allarme continuo” del sistema immunitario (immunoattivazione) e provocando malattie cardiovascolari, neurologiche, renali, epatiche, tumorali, e configurando un quadro clinico di invecchiamento precoce. Per questo oggi non possiamo definire l'infezione da HIV “curabile”.

Il nuovo concetto di “cura”

Negli ultimi anni la comunità scientifica internazionale e gli attivisti stanno dibattendo intorno a un nuovo concetto di “cura”, e indirizzando la ricerca di base in questa direzione.

Sono state quindi formalizzate due distinte definizioni: “Cura funzionale” e “Sterilizzazione”.

Cura funzionale: nel corpo rimane materiale genetico di Hiv ma le difese immunitarie del paziente controllano completamente la carica virale e qualsiasi rialzo virale, permettendo ai pazienti di sospendere ogni trattamento antiretrovirale, ovvero di smettere di assumere farmaci specifici.

Sterilizzazione: nessun materiale genetico dell'HIV è presente nel corpo, l'infezione da HIV è debellata.

Data la natura del virus HIV - un retrovirus che infetta il sistema immunitario dell'ospite - e date le attuali conoscenze e gli attuali strumenti clinici di contrasto, una cura funzionale oggi risulta essere l'obiettivo più realistico e raggiungibile.

Como, 7 novembre 2011

LILA – Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids

Via Varesina 1, 22100 Como

<http://www.lila.it>

Ufficio stampa

Valentina Avon

cell 348.0183527

avon.stampa@lila.it

HIV/AIDS in Toscana *aggiornamento al 31 dicembre 2010*

di Monia Puglia, Monica Da Frè, Fabio Voller

Settore Epidemiologia dei Servizi Sociali Integrati - Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Definizione di caso di AIDS

In Italia, come nel resto dei paesi europei, un soggetto si considera affetto da AIDS se, oltre ad aver contratto l'infezione HIV, presenta almeno una delle 28 patologie opportunistiche elencate in Tabella 1. Secondo gli americani invece, caso di AIDS è un soggetto sieropositivo che presenta una grave patologia opportunistica oppure un numero di CD4+ inferiore a 200/mm³ a prescindere dalla presenza dei sintomi clinici.

Tabella 1 *Patologie opportunistiche*

1. Candidosi-bronchi, trachea o polmoni	15. M. tubercolosis dissem.o extrapolm.
2. Candidosi esofagea	16. Mycobacterium altre specie
3. Criptococcosi extrapolmonare	17. Polmonite da <i>Pneumocystis Carinii</i>
4. Criptosporidiosi intestinale cronica	18. Leucoencefalopatia multif.progress.
5. Cytomegalovirus, malattia sistemica	19. <i>Wasting Syndrome</i> da HIV
6. Cytomegalovirus, retinite	20. Sepsi da salmonella ricorrente
7. Encefalopatia da HIV	21. Toxoplasmosi cerebrale
8. Herpes simplex: ulcera/e croniche	22. Infezioni batteriche ricorrenti
9. Isosporidiosi cronica intestinale	23. Polmonite interstiziale linfoide
10. Sarcoma di Kaposi	24. Coccidioidomicosi disseminata
11. Linfoma di Burkitt	25. Istoplasmosi disseminata
12. Linfoma immunoblastico	26. Carcinoma cervicale invasivo*
13. Linfoma primitivo cerebrale	27. Polmonite ricorrente*
14. M. Avium e M. Kansasii	28. Tubercolosi polmonare*

*patologia inclusa nella definizione di caso dal 1993

Il Registro Regionale AIDS

Con Decreto Ministeriale del 1986 (n. 288 del 28/11/86) l'AIDS è divenuta, in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Attualmente, l'AIDS rientra nell'ambito delle patologie infettive di Classe III (DM del 15/12/90), ovvero è sottoposta a notifica speciale mediante la compilazione di un'apposita scheda. La scheda di notifica di caso di AIDS è compilata in triplice copia (una per il medico segnalatore, una per l'Assessorato alla Sanità della Regione di notifica ed una per il Centro Operativo AIDS dell'ISS): ogni copia è suddivisa in due parti collegate tra loro da un codice prestampato. La parte relativa ai dati anagrafici deve essere staccata e spedita separatamente dal resto della scheda agli Enti competenti.

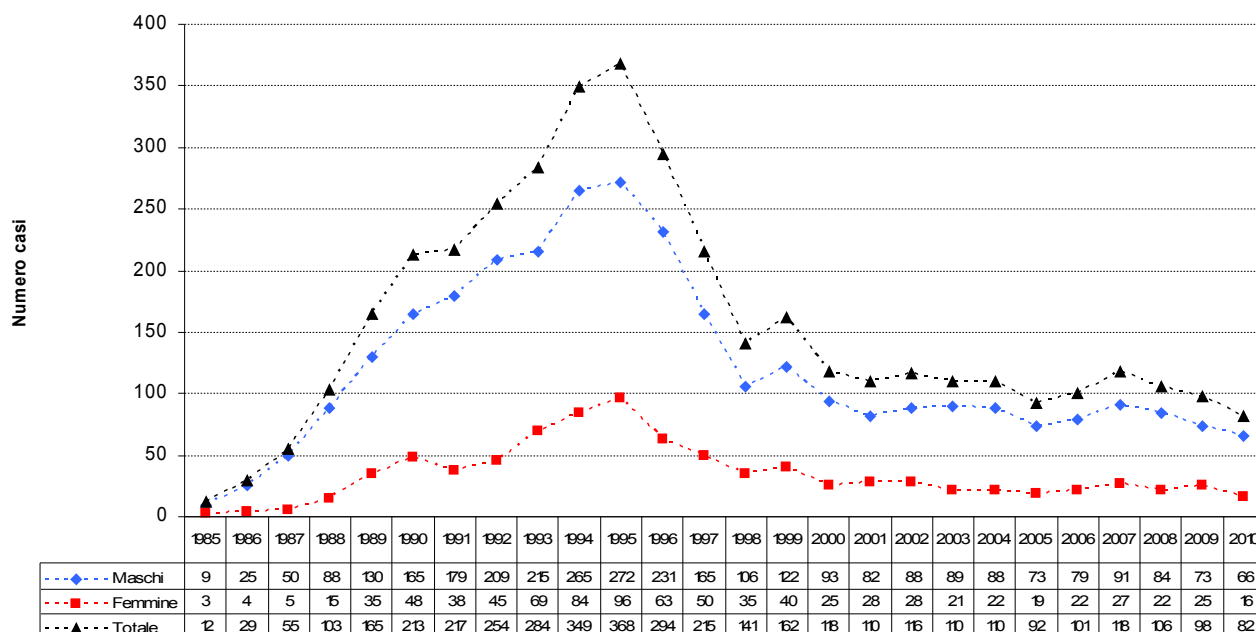
Per quanto riguarda la Toscana, dal giugno 2004 la gestione delle schede di notifica e del Registro Regionale AIDS (RRA) è stata affidata all'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

Incidenza e prevalenza

In Toscana, dall'inizio dell'epidemia al 31 dicembre 2010, sono 4.023 i casi di AIDS relativi a soggetti residenti ovunque diagnosticati, il 78% dei quali di genere maschile. Dal 2001 non si registrano casi pediatrici di AIDS (età alla diagnosi inferiore a 13 anni) che sino al 2001 risultavano 47. 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 47,5 anni nei primi e 40 nelle seconde, e mantenendosi sempre più elevata per i maschi.

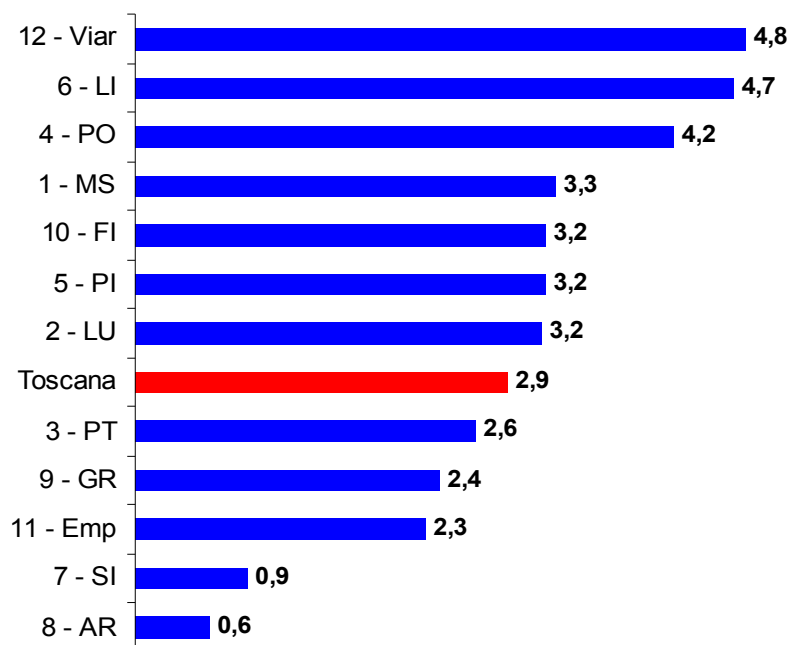
L'andamento dei casi di AIDS in Toscana (Figura 1) è analogo a quello nazionale: dal 1995 si registra una progressiva diminuzione, che si è assestata nell'ultimo decennio a circa 100 nuovi casi l'anno. L'assestamento delle nuove diagnosi è una conseguenza dell'allungamento del tempo di incubazione dell'AIDS dovuto all'effetto della terapia antiretrovirale combinata. L'incidenza è maggiore tra i maschi: nel 2010 il rapporto maschi/femmine è di 4,1.

Figura 1 Casi di AIDS di soggetti residenti in Toscana per anno di diagnosi e genere - Anni 1985-2010



Le AUSL di Viareggio, Livorno e Prato presentano, nell'ultimo triennio, tassi di incidenza superiori a 4 casi ogni 100.000 residenti, mentre Arezzo registra il tasso di incidenza aziendale più basso (0,6 per 100.000 residenti) (Figura 2). Nel contesto nazionale la Toscana (secondo i dati dell'ISS) si colloca, per tasso di incidenza, al quinto posto (2,0 per 100.000) preceduta dalle regioni Lazio (2,8 per 100.000), Lombardia (2,8 per 100.000), Emilia Romagna (2,6 per 100.000) e Liguria (2,2 per 100.000).

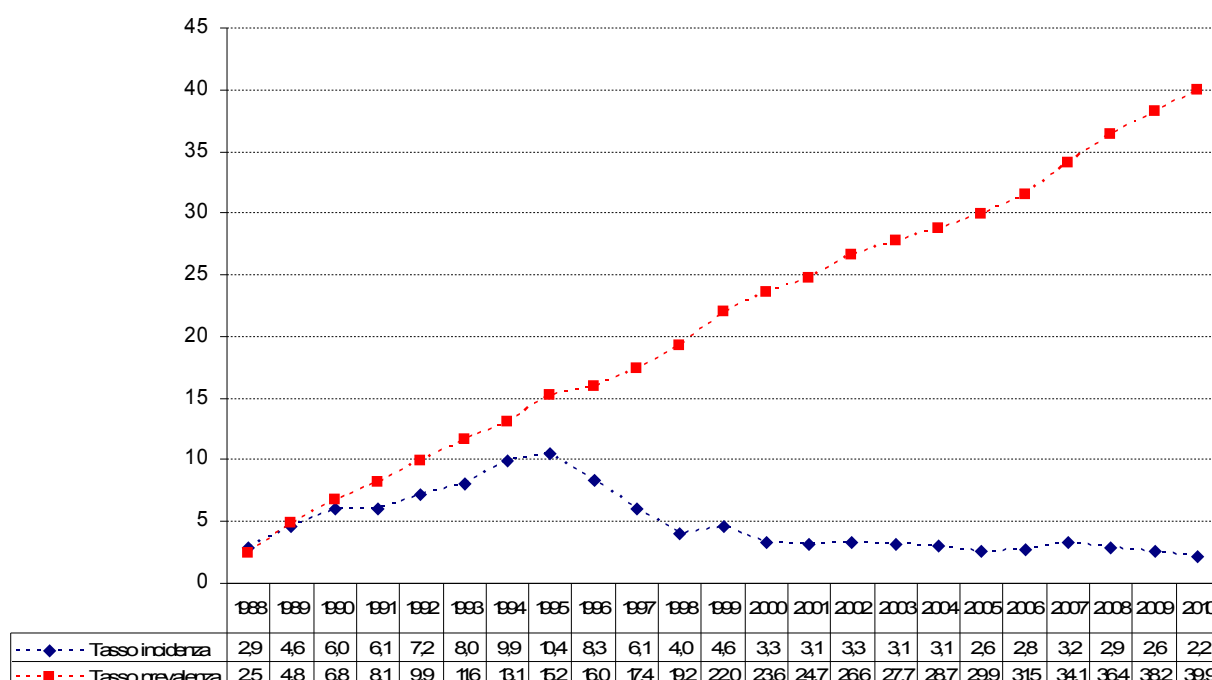
Figura 2 Tassi di incidenza per 100.000 residenti per AUSL di residenza - Periodo 2008-2010



Le persone malate di AIDS attualmente¹ viventi in Toscana sono 1.489. Il tasso di letalità dell'intero periodo è di 62,4% (2.471 decessi): i casi di AIDS di inizio epidemia (1985-1986) risultano al 31 dicembre 2010 tutti deceduti, il 91,6% di quelli diagnosticati tra il 1987 e il 1995 risultano deceduti, mentre tassi di letalità sempre minori si registrano negli anni successivi (il 42,4% per il 1997, il 27,7% per il 2003, il 14,4% per il 2007 e il 6,1% per il 2010). Per gli anni 2009-2010 non è stato possibile effettuare il record linkage con il Registro di Mortalità Regionale perché non disponibile, quindi il dato della mortalità può essere leggermente sottostimato in quanto si basa unicamente sulle segnalazioni dei reparti di malattie infettive.

Considerando simultaneamente tassi di incidenza e tassi di prevalenza, si nota come a fronte di una stabilizzazione dei primi si contrappone un forte incremento dei secondi (Figura 3), legato all'aumento della sopravvivenza. In Toscana, come del resto in Italia, la sopravvivenza delle persone con AIDS a 2 anni dalla diagnosi è più che raddoppiata in seguito all'introduzione delle terapie antiretrovirali nel 1996, passando dal 31% negli anni 1985-1995, al 70% nel periodo 1996-2002, per raggiungere l'88% nel periodo 2003-2010.

Figura 3 Tassi di incidenza e prevalenza (per 100.000 residenti). Anni 1988-2010

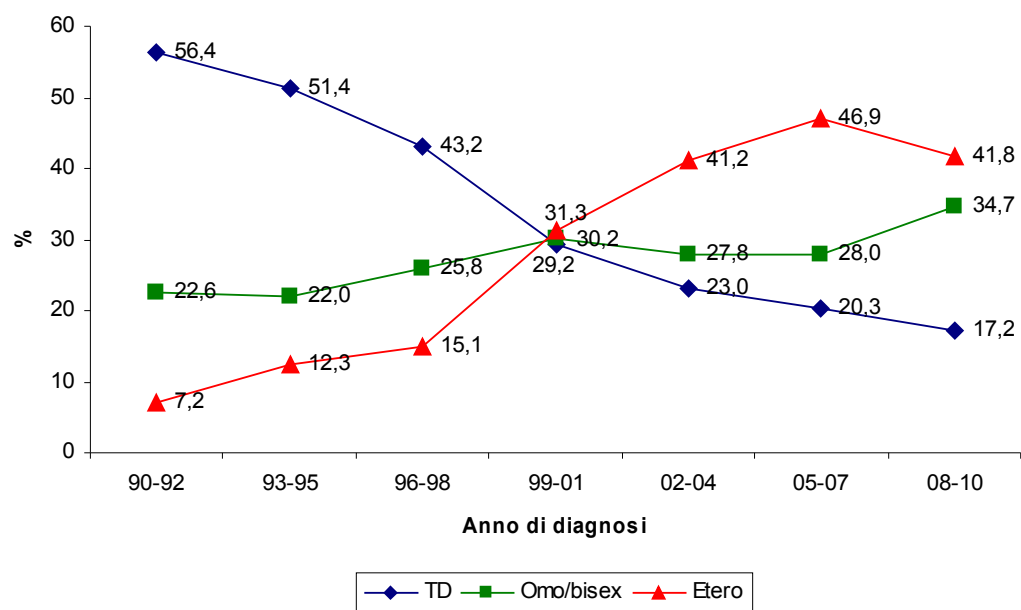


Modalità di trasmissione

Tra i casi di AIDS, 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 il 76,5% dei nuovi casi adulti di AIDS e in particolare, il 41,8% è relativo a rapporti eterosessuali (Figura 4). 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.

¹ Al 31 dicembre 2010

Figura 4 Distribuzione percentuale dei casi di AIDS di soggetti adulti residenti in Toscana per modalità di infezione del virus HIV e anno di diagnosi - Anni 1990-2010



Terapia antiretrovirale

Il 30,6% (n=344) dei casi² di AIDS notificati dal 2000³ ha ricevuto un trattamento antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS: tra questi l'82,3% ha assunto una combinazione con tre farmaci antiretrovirali. Solo il 23,1% dei pazienti con fattore di rischio sessuale (rapporti omosessuali e/o eterosessuali) ha effettuato una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS rispetto al 56,3% di coloro che hanno contratto il virus HIV a seguito dell'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (TD). Questa differenza dipende dalla consapevolezza della propria sieropositività: il 18,9% dei casi di AIDS con modalità di trasmissione TD presentano una diagnosi di sieropositività vicina alla diagnosi di AIDS (meno di sei mesi) contro il 70,2% di coloro che hanno contratto il virus HIV per via sessuale. Quest'ultimo dato è particolarmente allarmante in quanto esprime la scarsa consapevolezza della possibilità di contagio da parte della popolazione sessualmente attiva.

HIV/ AIDS nella popolazione immigrata

In Toscana, dall'inizio dell'epidemia al 31 dicembre 2010 sono 399 i soggetti di cittadinanza non italiana (di cui 48 provenienti dai Paesi a Sviluppo Avanzato) ai quali è stata notificata la Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS): l'81% dei quali risiede nella regione. Inoltre otto cittadini stranieri residenti in Toscana sono stati notificati da strutture situate in altre regioni.

Tra i casi incidenti, la presenza straniera è in lieve aumento: in valore assoluto si tratta di 15-25 casi l'anno che corrispondono al 13-22% dell'intera casistica.

Tra i cittadini stranieri residenti in toscana il 68,3% è di genere maschile rispetto al 78,9% nei soggetti con cittadinanza italiana. I casi prevalenti al 31 dicembre 2010 sono 187. La maggior parte dei cittadini non italiani (Tabella 2) proviene dal Brasile (26%) e dalla Nigeria (13%) il cui rischio di trasmissione del virus HIV è legato prevalentemente a rapporti sessuali connessi alla prostituzione, in particolar modo a quella maschile.

L'azienda USL di Viareggio presenta il più alto tasso di incidenza di AIDS negli stranieri (25,5 per 100.000 residenti di cittadinanza non italiana), seguita dall'Azienda USL di Livorno (16,2 per 100.000 residenti di cittadinanza non italiana). Le Aziende USL di Grosseto e Arezzo d'altra parte registrano i tassi di incidenza più bassi (2,1 per 100.000 e 2,6 rispettivamente).

² soggetti adulti residenti in Toscana

³ dal 1999 la scheda di notifica raccoglie alcune informazioni virologiche e terapeutiche tra cui l'aver iniziato una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS

Nella popolazione straniera si registra un'alta frequenza di trasmissione del virus HIV per via sessuale, soprattutto eterosessuale. La trasmissione per uso iniettivo di droghe è molto inferiore rispetto a quella italiana.

Tabella 2 Distribuzione dei soggetti in AIDS conclamato di cittadinanza non italiana e residenti in Toscana per paese di provenienza. Periodo 1985-2010

Paese di provenienza	N.	%
Brasile	84	26,0
Nigeria	42	13,0
Senegal	20	6,2
Cina	11	3,4
Romania	11	3,4
Costa d'Avorio	10	3,1
Etiopia	10	3,1
Marocco	10	3,1
Altri paesi§	125	38,7
Totale	323	100,0

La sorveglianza HIV

Da questo quadro generale emerge la necessità di maggior informazione e sensibilizzazione della popolazione sull'infezione HIV incrementando e facilitando l'accesso al test HIV. La sola sorveglianza dei casi di AIDS non è sufficiente oggi, a stimare la curva epidemica delle infezioni da HIV. Nonostante i recenti successi dei trattamenti farmacologici dell'infezione HIV abbiano contribuito a determinare la riduzione dell'incidenza di AIDS, il ritardo dell'evoluzione dell'AIDS in un soggetto sieropositivo con un conseguente miglioramento della qualità della vita impone una maggiore attenzione sulle fasi iniziali dell'infezione. È evidente che il monitoraggio delle nuove infezioni da HIV rappresenta il metodo migliore per descrivere le modificazioni in atto nell'epidemia nonché per fornire gli strumenti necessari a pianificare interventi di prevenzione primaria e secondaria. Questo assieme ad altri, sono gli obiettivi proposti dal Ministero della Salute nel Decreto Ministeriale del 2008⁴ che, oltre ad aggiungere l'infezione HIV all'elenco delle malattie infettive di Classe III, ne istituisce il sistema di sorveglianza nazionale. In Toscana tale provvedimento è stato recepito agli inizi del 2010⁵ e attualmente tutti i reparti di malattie infettive della Regione, assieme al centro di riferimento per le malattie sessualmente trasmissibili, notificano le nuove diagnosi di HIV secondo la scheda presente nel DD n. 2421 del 05-05-2010. I primi dati regionali sono in fase di elaborazione e controllo da parte dell'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità.

⁴ Decreto Ministeriale del 31/03/2008 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale il 28/07/2008, n. 175. "Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove infezioni da HIV"

⁵ DGR n. 473 del 31-03-2010: sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV, Avvio e affidamento della gestione all'Agenzia regionale di sanità della Toscana; DD n. 2421 del 05-05-2010: Progetto "Sistema di sorveglianza delle infezioni da HIV in Toscana" presentato da Agenzia regionale di sanità della Toscana in esecuzione della DGR 1272/2009. Approvazione progetto, impegno e liquidazione

Come si trasmette?

- Con rapporti sessuali non protetti, attraverso il **sangue**, lo **sperma** e **liquido vaginale e seminale**
- Con il contatto sangue/sangue (per esempio con l'uso in comune di oggetti taglienti o appuntiti quali rasoi, siringhe, forcicine, aghi per tatuaggi o piercing, o anche con spazzolino da denti)
- Da madre sieropositiva a figlio durante la gravidanza, al momento del parto o con l'allattamento al seno

Le altre malattie a trasmissione sessuale (MTS)

L'HIV non è l'unico rischio cui vanno incontro coloro che hanno rapporti sessuali non protetti.

Il profilattico, infatti, protegge anche da molte altre malattie (MTS), quali epatiti, herpes, sifilide, candida, gonorrea eccetera, che sono curabili, ma che tuttavia richiedono una diagnosi precisa e precoce, che viene fatta dai Servizi di Malattie Infettive e ai centri MTS.

Se un tuo amico scopre di essere sieropositivo...

È opportuno:

- Indirizzarlo a uno dei Centri Sanitari di malattie infettive per una diagnosi più accurata
- Accompagnarlo a un'associazione in cui possa incontrare un operatore di sostegno per un colloquio orientativo (*counselling*)
- Telefonare a un servizio quale il SERT, ambulatorio ospedaliero o associazione di volontariato del settore per ricevere chiarimenti e consulenze sulla propria situazione

Come si usa il preservativo

- Utilizzare un preservativo nuovo per ogni rapporto
- Fare sempre attenzione che la confezione sia integra e che il preservativo sia intatto
- Non usare lubrificanti a base oleosa (che possono sciogliere il lattice)
- Attenzione a non lacerarlo con anelli, unghie, denti...
- Non tenerlo in luoghi caldi (cruscotto dell'auto, tasche dei pantaloni...)
- Stringere il serbatoio o il cappuccio del preservativo prima di srotolarlo sul pene, affinché non resti aria dentro che può essere causa di rottura
- Metterlo sempre all'inizio del rapporto – e toglierlo subito dopo l'eiaculazione

Come NON si trasmette?

- Con i normali rapporti sociali: strette di mano, utilizzo delle stesse stoviglie e dei servizi igienici, uso di telefoni, mezzi di trasporto pubblico o in piscina
- Con uno stretto contatto come baci, carezze, starnuti, sudore, saliva, lacrime, feci e urine.

Normalmente la pelle del nostro corpo è una barriera efficace ma alcune parti possono presentare piccole lesioni (tagli, escoriazioni, ...) che permettono il passaggio del virus



HIV

- Come si trasmette? • Come non si trasmette? • Come evitare il contagio?
- Le altre malattie a trasmissione sessuale • Dove fare il test
- Sieronegatività ...? • Se un tuo amico scopre di essere sieropositivo • Come si usa il preservativo? • A chi rivolgersi in caso di sieropositività? • Privacy
- Elenco associazioni e sedi servizi

AIDS

HIV

Il virus HIV (Virus dell'Immunodeficienza Umana) attacca alcune cellule del sistema immunitario, diminuendo le capacità di difesa dell'organismo dalle infezioni.

AIDS

L'AIDS è la Sindrome da Immunodeficienza Acquisita, malattia che si manifesta in molte persone sieropositive a distanza di tempo dal contagio, ed è diagnosticata attraverso la presenza di gravi e ripetute infezioni.



Come evitare il contagio?

Molti invocano vaccini come sistema di protezione ma ancora per molto tempo **l'unica reale protezione è basata su i comportamenti individuali e collettivi corretti e responsabili.**

- **Per via sessuale:** utilizzando sempre il preservativo, sia per la penetrazione vaginale e/o anale, sia per i rapporti orali
- **Per via ematica:** evitando di entrare in contatto con il sangue senza la protezione di guanti

Come proteggersi dall'infezione

Molti invocano vaccini come sistema di protezione ma ancora per molto tempo **l'unica reale protezione è basata su i comportamenti individuali e collettivi corretti e responsabili.**

Perché fare il test?

Il test non è un metodo di prevenzione, ma dev'essere fatto per conoscere il proprio stato sierologico, se si sono avuti comportamenti a rischio quali: rapporti sessuali non protetti, contatto con sangue, scambio di siringhe, ...

Sieronegatività ...

La risposta negativa al test indica che la persona non è stata contagiata o **non ha ancora sviluppato gli anticorpi al virus, che in genere si evidenziano dopo 1-3 mesi dal contagio** – fino a un massimo di 6 mesi - (cosiddetto *periodo finestra*)

Cos'è il test e dove lo si può fare

Il test consiste in un normale prelievo di sangue, che può evidenziare la presenza o meno del virus HIV. È **gratuito nelle strutture pubbliche e può essere eseguito, senza richiesta del medico e in modo anonimo.**

Ospedale Santa Maria Annunziata
reparto malattie infettive - tel. 055 2496512

Ospedale di Careggi
reparto malattie infettive tel. 055 7949426 - Centro MTS tel. 055 2758684





per informazioni: tel. 055 055


Comune di Firenze

in collaborazione con:





 Ce-S-D-A
Centro Studi Documentazione Dipendenze e AIDS
tel. 055-6263315/6 - www.cesda.net


 CeDEAs
Centro di Documentazione per l'Educazione alla Salute
tel. 055-6263305 - cedeas@asf.toscana.it

 ARCI GAY
Arcigay "Il Giglio Rosa"
tel. 3391143617 - www.arcigayfirenze.it

 ireos
Centro Servizi Autogestito Comunità Queer - Tel. e fax 055 216907
www.ireos.org

 ASSOCIAZIONE INSIEME
Associazione Insieme tel. 055-8457608
www.associazioneinsieme.it

 Lega Italiana Lotta all'AIDS
tel. 055-2479013 - www.lila.it

 CAT Cooperativa Sociale
055.4222390
www.coopcat.it



Grazie alle nuove terapie,
oggi è possibile bloccare
l'evoluzione della malattia.
Per questo l'esecuzione
del test HIV
vi permette di tutelare
la propria salute
e quella degli altri.

**CAMBIA
MUSICA...**

**FAI IL
TEST
HIV**



NO

no alla discriminazione
no all'indifferenza

AIDS

**è ora di
cambiare
musica**

SI

si alla prevenzione
si al test HIV

fai il test



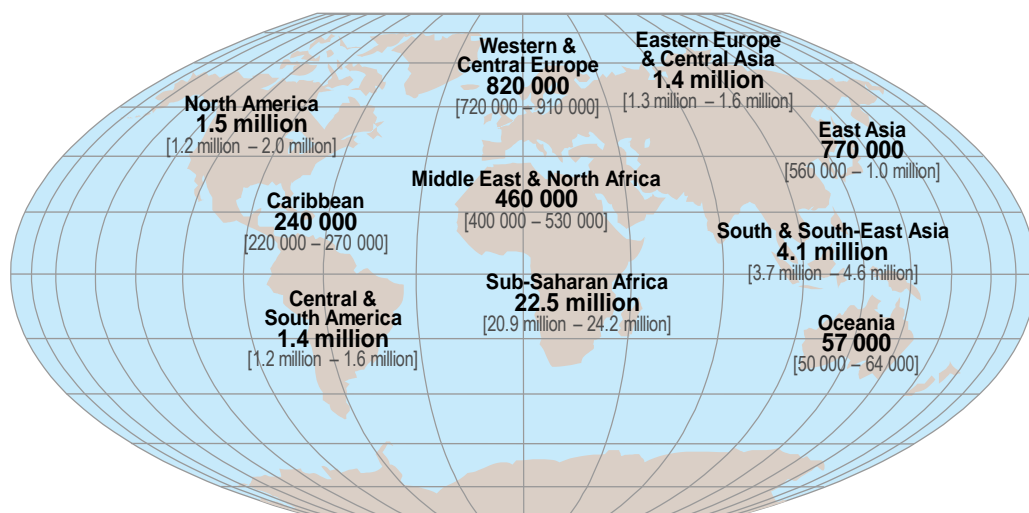
COORDINAMENTO TECNICO
SCIENTIFICO
MALATTIE INFETTIVE
Azienda Sanitaria di Firenze

GLOBAL REPORT



GLOBAL REPORT

Adults and children estimated to be living with HIV | 2009

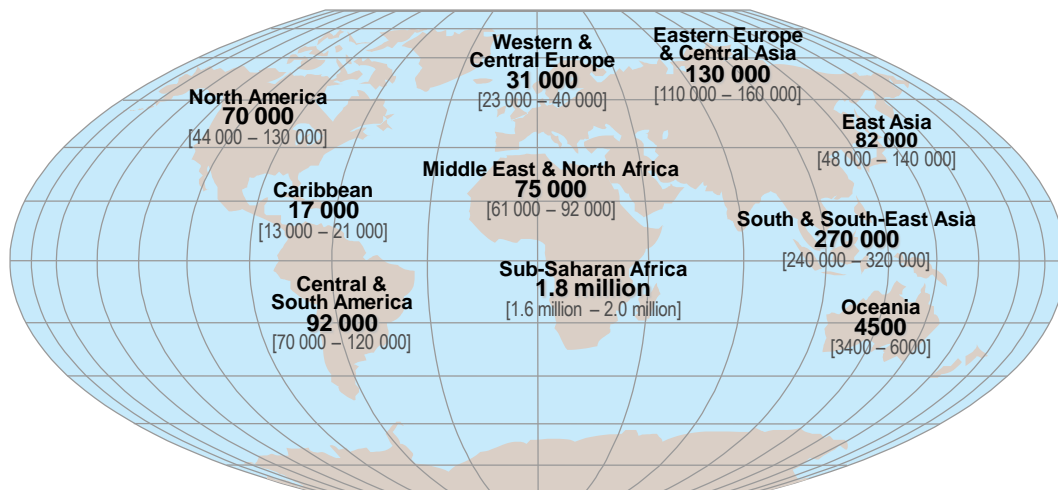


Total: 33.3 million [31.4 million – 35.3 million]



GLOBAL REPORT

Estimated number of adults and children newly infected with HIV | 2009

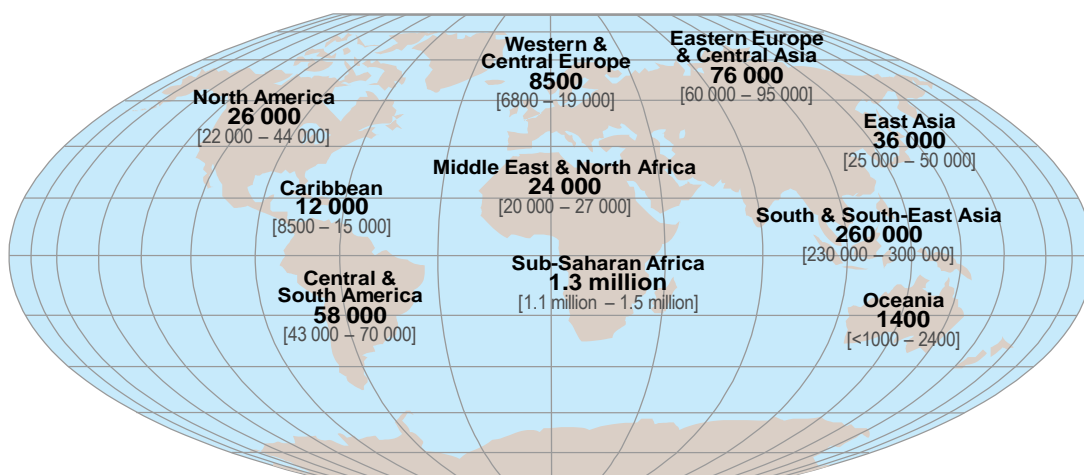


Total: 2.6 million [2.3 million – 2.8 million]



GLOBAL REPORT

Estimated adult and child deaths from AIDS | 2009

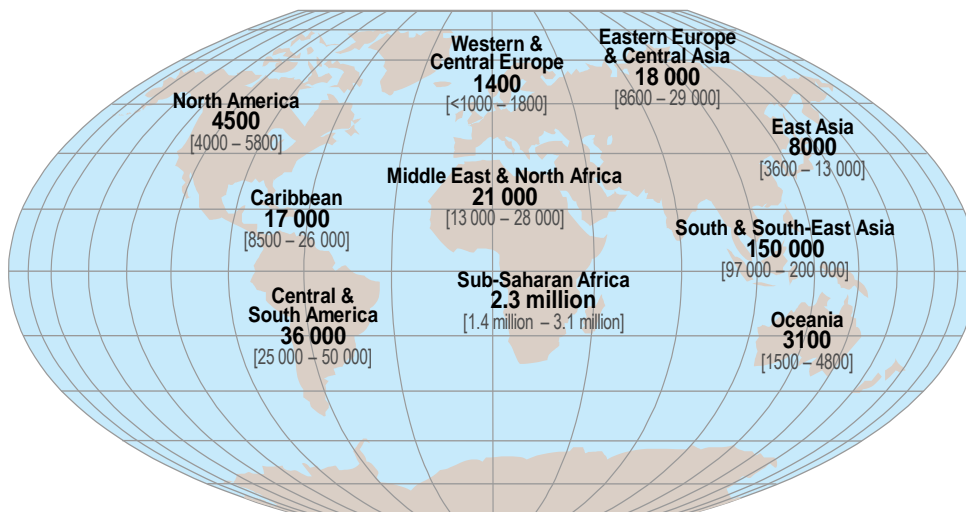


Total: 1.8 million [1.6 million – 2.1 million]



GLOBAL REPORT

Children (<15 years) estimated to be living with HIV | 2009



Total: 2.5 million [1.6 million – 3.4 million]



GLOBAL REPORT

Over 7000 new HIV infections a day in 2009

- About 97% are in low and middle income countries
- About 1000 are in children under 15 years of age
- About 6000 are in adults aged 15 years and older, of whom:
 - almost 51% are among women
 - about 41% are among young people (15-24)



GLOBAL REPORT

2009 global HIV and AIDS estimates
Children (<15 years)

Children living with HIV	2.5 million [1.6 million – 3.4 million]
New HIV infections in 2009	370 000 [230 000 – 510 000]
Deaths due to AIDS in 2009	260 000 [150 000 – 360 000]





Volume 24 - Numero 5
Supplemento 1 - 2011
ISSN 0394-9303

Notiziario

SUPPLEMENTO DEL

dell'Istituto Superiore di Sanità

**AGGIORNAMENTO DELLE NUOVE DIAGNOSI
DI INFEZIONE DA HIV
AL 31 DICEMBRE 2009
E DEI CASI DI AIDS IN ITALIA
AL 31 DICEMBRE 2010**

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - 70% - DCB Roma



Andamento e caratteristiche delle nuove diagnosi di infezione da HIV
Distribuzione temporale e geografica dei casi di AIDS
Caratteristiche demografiche e modalità di trasmissione dei casi di AIDS
Patologie indicative di AIDS
Casi di AIDS pediatrici
Trattamento terapeutico precedente la diagnosi di AIDS
Il paziente HIV "late presenter" in Italia
COA Supplement in English (Inserto)

www.iss.it

SOMMARIO

Nuove diagnosi di infezione da HIV	3
Andamento e caratteristiche delle nuove diagnosi di infezione da HIV	4
Sorveglianza AIDS	6
Distribuzione temporale e geografica dei casi di AIDS	6
L'andamento temporale	6
La distribuzione geografica	7
Caratteristiche demografiche e modalità di trasmissione dei casi di AIDS ..	11
Le caratteristiche demografiche	11
Le modalità di trasmissione	11
Patologie indicative di AIDS	12
Casi di AIDS pediatrici	13
Trattamento terapeutico precedente la diagnosi di AIDS	14
Commento	16
Il paziente HIV "late presenter" in Italia	19
Appendice 1	22
Appendice 2	24
COA Supplement in English (Inserto)	i

RIASSUNTO - Nel periodo 1985-2009 sono state riportate, nelle 17 regioni/province segnalanti, 45.707 nuove diagnosi di infezione da HIV. L'incidenza delle nuove diagnosi ha visto un picco di segnalazioni nel 1987, per poi diminuire fino al 1998 e stabilizzarsi successivamente. Nel 2009 sono state segnalate 2.588 nuove diagnosi, pari a un'incidenza di 6,0 per 100.000 residenti. Negli anni si osserva un aumento dell'età mediana alla diagnosi, nonché un cambiamento delle categorie di trasmissione: diminuisce la proporzione di tossicodipendenti, ma aumentano i casi attribuibili a trasmissione sessuale (omosessuale ed eterosessuale). Sono anche riportati i dati dei nuovi casi di AIDS e un'Appendice con dati dettagliati sulle segnalazioni delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS.

Parole chiave: sorveglianza; HIV; casi AIDS; Italia

SUMMARY (*HIV/AIDS infection in Italy*) - In the period 1985-2009, the 17 regional/provincial systems reported a total of 45,707 new HIV diagnoses. The incidence of new diagnoses peaked in 1987; it then decreased until 1998 and afterwards remained stable. In 2009, there were 2,588 new HIV diagnoses, equivalent to an incidence of 6.0 per 100,000 residents. Over the years, there has been a progressive increase in the median age at diagnosis, as well as changes in the exposure categories (i.e., a decrease in the proportion of injecting drug users and an increase in infections attributed to homosexual and heterosexual contact). In addition to the above data, this report includes data on new cases of AIDS and an Appendix with additional detailed information on new diagnoses of HIV infection and AIDS.

Key words: surveillance; HIV; AIDS cases; Italy

coa@iss.it

L'Istituto Superiore di Sanità

è il principale ente di ricerca italiano per la tutela della salute pubblica.

È organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale e svolge attività di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica.

Dipartimenti

- Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria
- Biologia Cellulare e Neuroscienze
- Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare
- Farmaco
- Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate
- Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
- Tecnologie e Salute

Centri nazionali

- AIDS per la Patogenesi e Vaccini contro HIV/AIDS
- Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
- Malattie Rare
- Ricerca e Valutazione dei Prodotti Immunobiologici
- Sostanze Chimiche
- Organismo di Valutazione ed Accreditamento
- Sangue
- Trapianti

Servizi tecnico-scientifici

- Servizio Biologico e per la Gestione della Sperimentazione Animale
- Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: Enrico Garaci

Redattore capo: Paola De Castro

Redazione: Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

Progetto grafico: Alessandro Spurio

Impaginazione e grafici: Giovanna Morini

Distribuzione: Patrizia Mochi, Sara Modigliani

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

Redazione del Notiziario

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

Tel: +39-0649902260-2427

Fax +39-0649902253

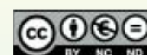
e-mail: pubblicazioni@iss.it

Iscritto al n. 475/88 del 16 settembre 1988.

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2011

Numero chiuso in redazione il 6 luglio 2011



Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

AGGIORNAMENTO DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV AL 31 DICEMBRE 2009 E DEI CASI DI AIDS IN ITALIA AL 31 DICEMBRE 2010



A cura di
Barbara Suligoj, Stefano Boros, Laura Camoni e Lucia Pugliese
Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS

NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV*

In seguito alla pubblicazione del Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 (1), molte regioni italiane hanno istituito un Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, unendosi ad altre regioni e province che già da vari anni si erano organizzate in modo autonomo e avevano iniziato a raccogliere dati.

Inoltre, per ottenere un'immagine più accurata dell'epidemia da HIV, alcune regioni hanno deciso di recuperare informazioni relative agli anni precedenti l'avvio del Sistema di sorveglianza; pertanto, a oggi, sono disponibili i dati delle seguenti regioni a partire dall'anno indicato tra parentesi: Lazio (1985), Veneto (1988), Friuli-Venezia Giulia (1985), Piemonte (1999), Liguria (2001), Puglia (2007), Marche (2007), Emilia-Romagna (2006), Valle d'Aosta (2008), Lombardia (2009), Calabria (2009), Umbria (2009), e delle seguenti province: Provincia Autonoma di Trento (1985), Provincia Autonoma di Bolzano (1985), e province di Sassari (1997), Catania (2007) e Pescara (2006). Dal 2010 saranno disponibili anche i dati della Toscana, della Sicilia, dell'Abruzzo e della Campania.

L'Istituto Superiore di Sanità ha il compito di raccogliere, gestire e analizzare le segnalazioni e assicurare il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute.

La raccolta e l'invio dei dati annuali completi variano da regione a regione. Per questo motivo in questo

Notiziario vengono presentati i dati aggiornati al 31 dicembre 2009, non essendo ancora disponibili tutte le informazioni relative al 2010. È utile ricordare che, a causa del ritardo di notifica e dell'aggiornamento regolare dei dati che vengono segnalati, i dati presentati in questo aggiornamento potrebbero subire delle modifiche in futuro.

I metodi e gli strumenti per la raccolta dati sono già stati descritti in precedenza (2-3). Essenzialmente, 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 (4).

I casi segnalati dalle regioni e province che partecipano al Sistema non rappresentano certamente tutti i casi di nuove diagnosi di infezione da HIV che si verificano in Italia, ma in attesa di dati nazionali possono fornire un'utile indicazione sulla diffusione e sull'andamento temporale dell'infezione da HIV nel nostro Paese.

Nel 2009, gli abitanti delle regioni e province in cui è stato attivato un Sistema di sorveglianza rappresentavano quasi i 3/4 (72,1%) della popolazione totale italiana, e i casi di AIDS osservati in queste aree corrispondevano anch'essi a poco più del 70% del totale delle segnalazioni effettuate a livello nazionale. Si sottolinea comunque che, nonostante questo dato suggerisca che tali regioni e province presentino una diffusione dell'infezione simile a quella delle aree non coperte dal Sistema di sorveglianza, non è possibile generalizzare *tout-court* i risultati a tutto il territorio italiano. ►

(*) Dati elaborati con la collaborazione di (in ordine alfabetico): Angela Carboni, Patrizio Pezzotti (Lazio); Rossana Cassiani (Pescara); Daniele C. Chirico, Antonio Zaccone (Calabria); Maria Chironna (Puglia); Mario Cuccia (Catania); Alba Carola Finarelli, Erika Massimiliani (Emilia-Romagna); Linda Gallo, Cristina Zappetti (Friuli-Venezia Giulia); Maria Gramegna, Anna Pavan (Lombardia); Giancarlo Icardi, Sergio Schiaffino (Liguria); Giordano Madeddu, Maria Stella Mura (Sassari); Rita Papili, Anna Tosti (Umbria); Chiara Pasqualini (Piemonte); Francesca Pozza (Veneto); Gina Rossetti (Provincia Autonoma di Trento); Raffaele Pristerà (Provincia Autonoma di Bolzano); Nicola Scola (Marche); Luigi Sudano, Marina Verardo (Valle d'Aosta)

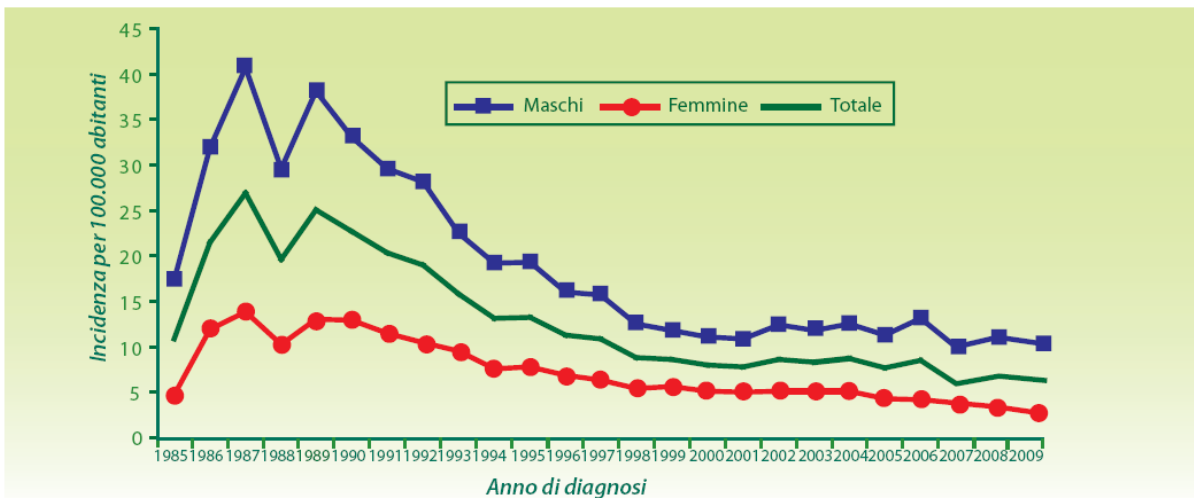


Figura 1 - Incidenza annuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per genere (Piemonte, Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Lazio, Puglia, Bolzano, Trento, Emilia-Romagna, Marche, Valle d'Aosta, Lombardia, Calabria, Umbria, Pescara, Sassari, Catania)

Andamento e caratteristiche delle nuove diagnosi di infezione da HIV

Nel periodo 1985-2009 sono state riportate, nelle 17 regioni/province segnalanti, 45.707 nuove diagnosi di infezione da HIV (32.453 maschi, 13.228 femmine, 26 genere non noto).

Dal 2008, si è deciso di calcolare l'incidenza considerando unicamente i residenti, sia al numeratore (numero di persone con nuova diagnosi di HIV in una certa area) che al denominatore (numero di abitanti nella stessa area). Questa decisione è stata presa perché in alcune aree è stata osservata una notevole discrepanza fra l'incidenza calcolata solo sui residenti e quella calcolata includendo anche i non residenti: quest'ultima, infatti, risultava più elevata a causa di una rilevante importazione di casi da zone limitrofe. Per questo motivo, calcolare l'incidenza sulla popolazione residente fornisce un dato più attendibile e più stabile sulla diffusione dell'infezione nelle singole zone.

L'incidenza delle nuove diagnosi ha visto un picco di segnalazioni nel 1987, per poi diminuire fino al 1998 e stabilizzarsi successivamente (Figura 1). Questo andamento è stato simile sia tra i maschi che tra le femmine. La proporzione di donne era aumentata a metà degli anni '90, negli ultimi sette anni sta ridiminuendo: il rapporto maschi/femmine nel 2009 è stato 3,1.

Nel 2009 sono state segnalate, dalle regioni e province partecipanti, 2.588 nuove diagnosi di infezione da HIV in residenti, pari a un'incidenza di

6,0 per 100.000 residenti¹. L'incidenza più bassa è stata osservata in Calabria e quella più alta in Emilia-Romagna (Figura 2). Nella maggior parte delle regioni l'incidenza dell'infezione da HIV sembra avere un andamento stabile, in altre (Lazio, Puglia e Valle d'Aosta) sembra essere in aumento (Appendice 2, Figura 1).



Figura 2 - Tasso annuale di incidenza per 100.000 residenti delle nuove diagnosi di infezione da HIV segnalate nel 2009

Si osserva un aumento dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione (aumentata da 26 anni per i maschi e 24 anni per le femmine nel 1985 a, rispettivamente, 39 e 36 anni nel 2009) (Figura 3), nonché un cambiamento delle categorie di trasmissione: la proporzione di tossicodipendenti è diminuita dal 74,6% nel 1985 al 5,4% nel 2009, mentre i casi attribuibili a trasmissione sessuale (eterosessuale e omosessuale) nello

stesso periodo sono aumentati dal 7,8% al 79,0% (Figura 4). Per il 15,1% delle persone diagnosticate con una nuova diagnosi di infezione da HIV nel 2009 non è stato possibile stabilire la modalità di trasmissione.

La proporzione di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV è aumentata dall'11% nel 1992 al 32,9% nel 2006, per poi diminuire negli anni seguenti; nel 2009 è stata del 27,2% (Figura 5). I contatti etero- ▶

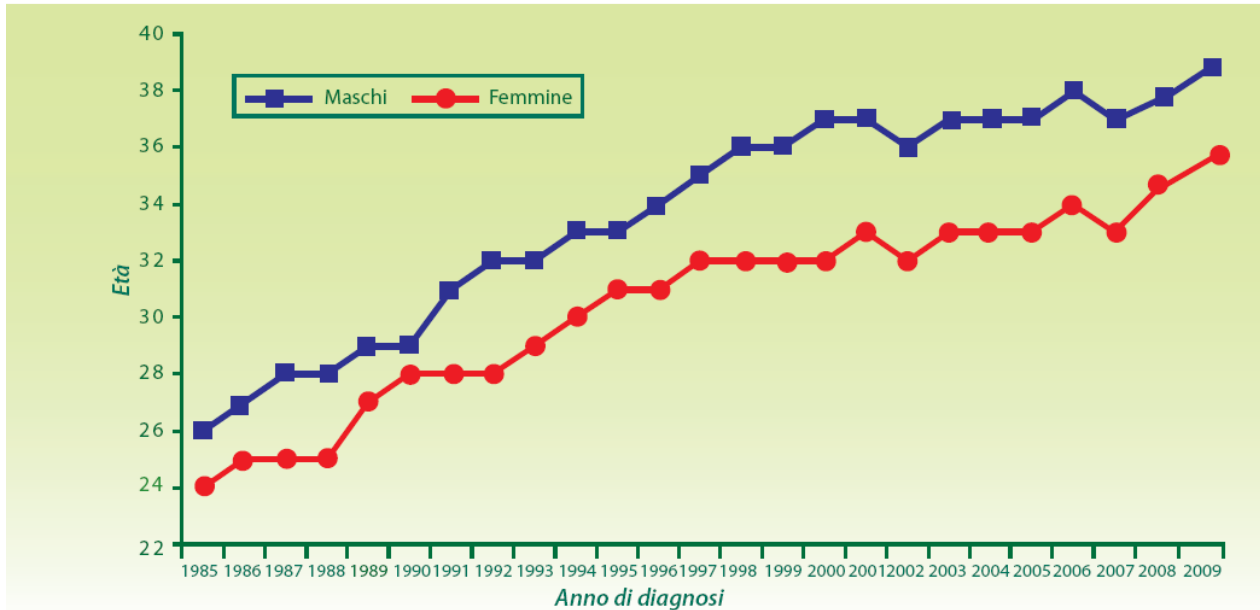


Figura 3 - Età mediana delle nuove diagnosi di infezione da HIV per genere e anno

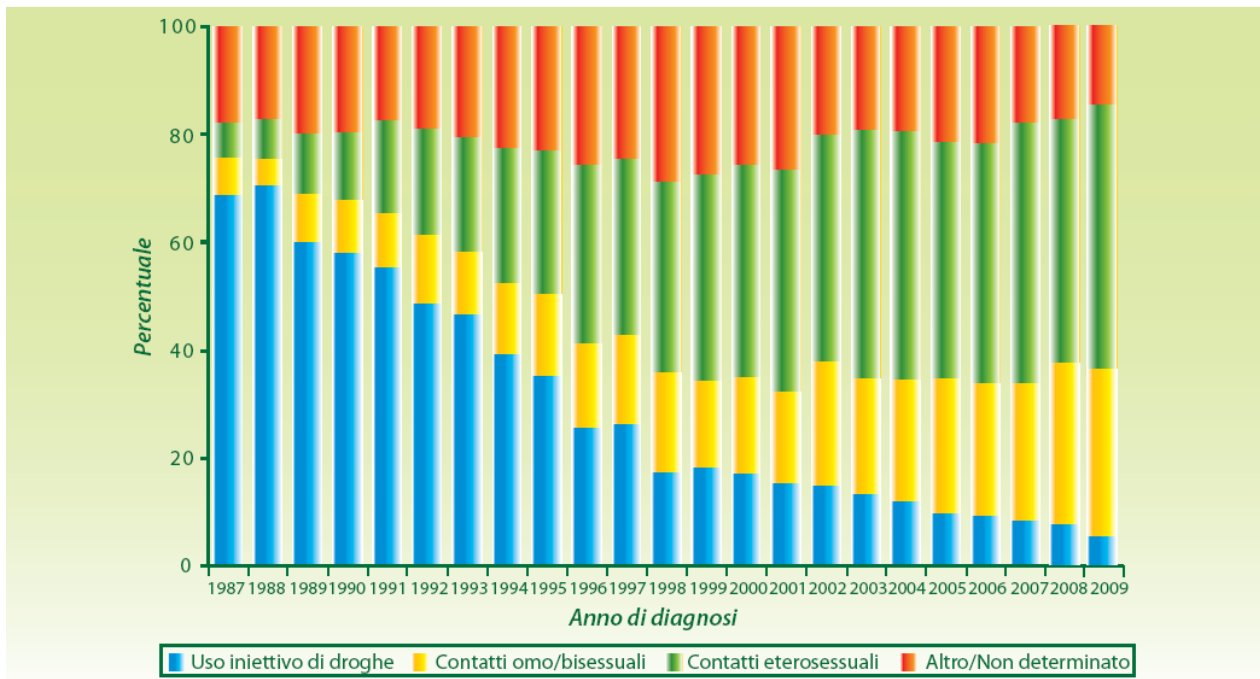


Figura 4 - Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per modalità di trasmissione e anno

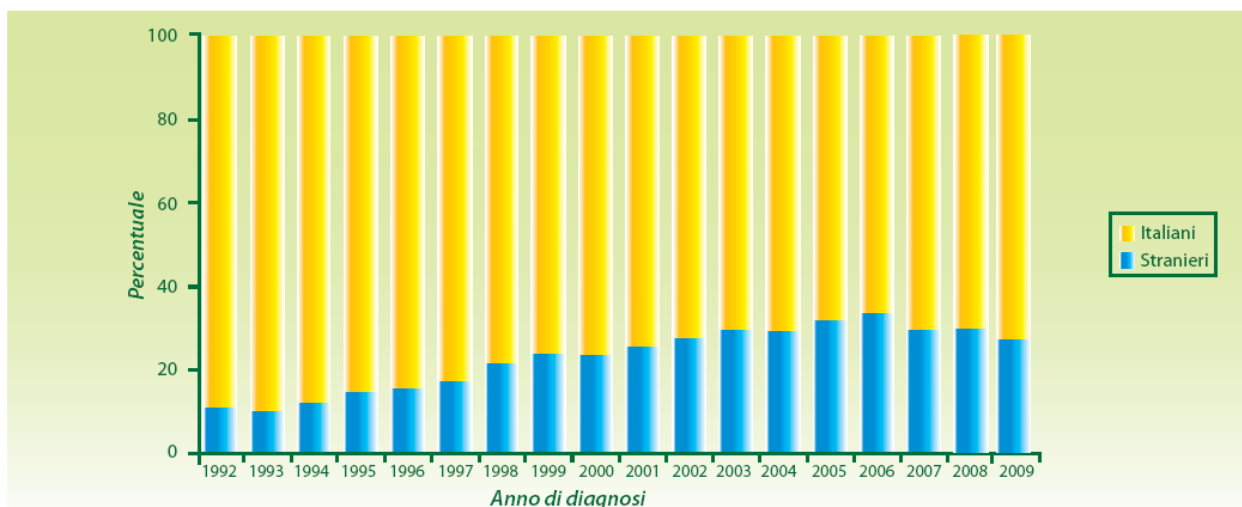


Figura 5 - Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per nazionalità e anno

rosessuali rappresentano la modalità di trasmissione più frequente tra gli stranieri, in particolare la percentuale di immigrati che ha acquisito l'infezione attraverso questa via è aumentata negli anni, passando dal 24,6% nel 1992 al 70,0% nel 2009.

SORVEGLIANZA AIDS

Distribuzione temporale e geografica dei casi di AIDS

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italiaⁱⁱ, al 31 dicembre 2010, sono stati notificati al Centro Operativo AIDS (COA) 62.617 casi cumulativi di AIDSⁱⁱⁱ. Di questi, 48.389 (77,3%) erano di sesso

maschile, 773 (1,2%) in età pediatrica (<13 anni) o con infezione trasmessa da madre a figlio, e 5.335 (8,5%) erano stranieri. L'età mediana alla diagnosi di AIDS, calcolata solo tra gli adulti, era di 35 anni (range: 13-87 anni) per i maschi, e di 33 anni (range: 13-84 anni) per le femmine.

L'andamento temporale

Nel 2010 sono stati notificati^{iv} al COA 1.079 nuovi casi di AIDS, di cui 718 (66,5%) diagnosticati nel 2010 e 361 diagnosticati negli anni precedenti.

La Figura 6 mostra l'andamento del numero dei casi di AIDS segnalati al Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), corretti per ritardo di notifica^v. Nella

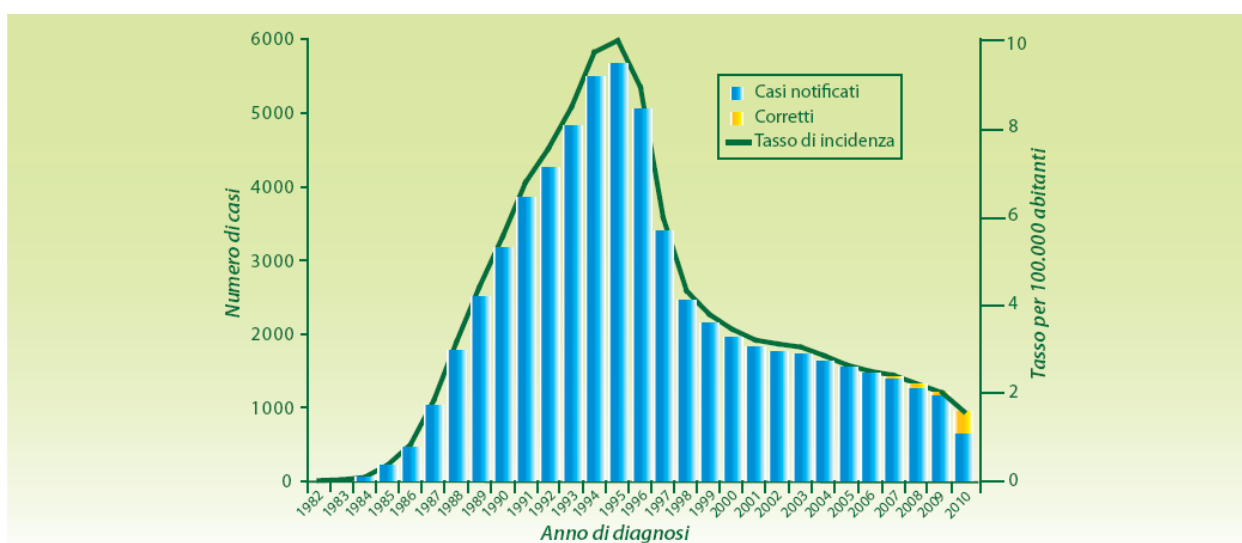


Figura 6 - Casi di AIDS in Italia per anno di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 31 dicembre 2010

stessa Figura è riportato l'andamento dei tassi d'incidenza per anno di diagnosi: si evidenzia un costante incremento dell'incidenza dei casi di AIDS notificati nel nostro Paese dall'inizio dell'epidemia sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione dal 1996 fino al 2001. Negli anni successivi l'incidenza mostra un andamento stabile.

La Tabella 1 riporta il numero dei casi di AIDS e dei deceduti (che sono stati segnalati al COA) per anno di diagnosi e il relativo tasso di letalità. In totale, 39.344 pazienti (62,8%) risultano deceduti al 31 dicembre 2010. Tuttavia, è probabile che il numero di decessi per AIDS sia sottostimato, in modo particolare per gli ultimi anni, dal momento che la segnalazione di decesso al COA non è obbligatoria. Fino al 2006, invece, i dati sulla mortalità di AIDS sono stati verificati attraverso uno studio di *cross-linkage* svolto in collaborazione con l'ISTAT.

La Tabella 1 riporta, inoltre, il numero annuale di nuovi casi corretto per ritardo di notifica e la stima dei casi cumulativi di AIDS al 31 dicembre 2010 (62.976 casi).

Il numero dei casi prevalenti^{vi} di AIDS per anno e per regione di residenza viene mostrato in Tabella 2.

La distribuzione geografica

La distribuzione dei casi di AIDS per regione di residenza e per anno di diagnosi viene riportata nella Tabella 3.

La Figura 7 mostra i tassi di incidenza per regione di residenza, calcolati in base ai soli casi notificati nel 2010; ciò permette il confronto tra aree geografiche a diversa densità di popolazione. Come si osserva, le regioni più colpite sono nell'ordine: Lombardia, Lazio ed Emilia-Romagna. È evidente la persistenza di un ►

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

Anni	Casi diagnosticati	Casi corretti per ritardo di notifica	Morti per anno di decesso	Decessi per anno di diagnosi*	Tasso di letalità**
1982	1	1	0	0	0,0
1983	8	8	2	7	87,5
1984	37	37	16	37	100,0
1985	198	198	89	187	94,4
1986	458	458	268	438	95,6
1987	1.030	1.030	563	985	95,6
1988	1.775	1.775	857	1.676	94,4
1989	2.483	2.483	1.407	2.343	94,4
1990	3.136	3.136	1.947	2.940	93,8
1991	3.829	3.829	2.621	3.567	93,2
1992	4.259	4.259	3.279	3.912	91,9
1993	4.803	4.803	3.670	4.115	85,7
1994	5.510	5.510	4.335	4.568	82,9
1995	5.653	5.653	4.582	4.102	72,6
1996	5.053	5.053	4.202	2.895	57,3
1997	3.382	3.382	2.148	1.531	45,3
1998	2.444	2.444	1.071	1.014	41,5
1999	2.141	2.141	1.057	910	42,5
2000	1.953	1.953	1.040	760	38,9
2001	1.822	1.822	973	642	35,2
2002	1.768	1.768	941	583	33,0
2003	1.730	1.730	960	569	32,9
2004	1.636	1.636	906	445	27,2
2005	1.519	1.519	842	389	25,6
2006	1.447	1.449	785	269	18,6
2007	1.393	1.402	287	180	12,9
2008	1.299	1.320	241	127	9,8
2009	1.132	1.177	189	112	9,9
2010	718	1.000	66	41	5,7
Totale	62.617	62.976	39.344	39.344	62,8

(*) Il numero di decessi indica quanti dei pazienti, diagnosticati in uno specifico anno, risultano deceduti al 31 dicembre 2010

(**) Il tasso di letalità è calcolato come il rapporto tra i decessi per anno di diagnosi e i casi diagnosticati nello stesso anno

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

Regione	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Lombardia	4.709	4.940	5.170	5.366	5.572	5.683	5.842	6.070	6.299	6461
Lazio	2.381	2.496	2.595	2.680	2.747	2.798	2.891	3.027	3.146	3.208
Emilia-Romagna	1.390	1.452	1.540	1.603	1.636	1.704	1.758	1.853	1.917	1.972
Toscana	987	1.049	1.102	1.157	1.184	1.241	1.317	1.401	1.488	1.532
Piemonte	998	1.043	1.068	1.122	1.163	1.198	1.210	1.270	1.311	1.322
Campania	825	867	894	921	947	970	1.012	1.066	1.120	1.164
Sicilia	860	880	925	949	975	998	1.013	1.067	1.118	1.117
Veneto	819	851	880	895	905	937	967	1.019	1.068	1.103
Liguria	798	820	856	886	895	943	941	978	1.035	1.058
Puglia	674	705	744	757	785	806	824	862	875	905
Sardegna	525	549	551	549	559	566	562	586	606	625
Marche	287	302	314	347	355	379	390	410	432	451
Abruzzo	155	172	181	189	202	211	232	245	252	258
Umbria	157	168	182	187	200	217	228	232	244	242
Calabria	158	168	182	187	193	205	206	216	225	232
Friuli-Venezia Giulia	155	162	168	179	182	182	191	203	208	213
Trento	124	130	132	132	136	137	143	149	151	152
Bolzano	91	91	97	101	102	111	122	120	123	126
Basilicata	46	47	51	54	57	62	61	70	79	79
Molise	14	16	17	18	21	26	29	34	33	33
Valle d'Aosta	25	25	28	27	27	26	27	29	31	31
Estera	223	246	271	288	319	349	377	390	401	408
Ignota	420	437	457	487	532	551	564	622	649	647
Totale	16.821	17.616	18.405	19.081	19.694	20.300	20.907	21.919	22.811	23.339

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

Regione	<1999	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Totale
Lombardia	13.437	628	569	516	480	489	465	453	351	366	307	303	210	18.574
Lazio	5.701	313	255	259	241	255	233	193	181	201	172	136	67	8.207
Emilia-Romagna	4.301	172	206	169	160	172	164	130	139	133	136	101	84	6.067
Piemonte	2.967	140	137	128	118	86	100	96	98	65	75	61	22	4.093
Toscana	2.647	161	112	106	114	109	106	85	98	114	102	98	59	3.911
Veneto	2.582	103	80	78	88	76	67	60	74	72	75	60	43	3.458
Liguria	2.292	86	74	78	65	69	68	51	79	49	47	63	31	3.052
Sicilia	1.880	87	93	88	83	83	80	65	62	58	66	67	19	2.731
Campania	1.558	98	94	78	82	70	62	62	60	76	61	61	52	2.414
Puglia	1.646	90	81	71	67	72	55	67	54	44	38	16	32	2.333
Sardegna	1.400	48	46	46	52	35	30	35	40	28	24	21	21	1.826
Marche	671	43	42	37	33	36	43	30	34	27	33	30	23	1.082
Calabria	432	14	11	25	22	25	16	16	20	10	12	12	8	623
Abruzzo	324	25	14	16	26	21	24	20	16	26	19	12	9	552
Umbria	333	19	22	17	17	22	13	23	21	15	7	14	1	524
Friuli-Venezia Giulia	340	23	18	9	13	15	18	11	12	17	16	6	5	503
Trento	268	9	5	6	10	8	5	7	3	9	7	3	3	343
Bolzano	180	7	11	8	9	8	11	4	12	12	4	8	6	280
Basilicata	126	8	3	4	5	6	7	6	6	5	11	10	3	200
Valle d'Aosta	58	5	2	3	1	4	2	2	1	3	2	3	1	87
Molise	29	1	5	2	2	2	3	3	6	4	7	0	0	64
Estera	290	21	18	25	32	33	22	35	40	33	17	12	12	590
Ignota	597	40	55	53	48	34	42	65	40	26	61	35	7	1.103
Totale	44.059	2.141	1.953	1.822	1.768	1.730	1.636	1.519	1.447	1.393	1.299	1.132	718	62.617



Figura 7 - Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (per 100.000 abitanti) per i casi notificati tra gennaio e dicembre 2010

gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro Paese, come risulta dai tassi di incidenza che sono mediamente più bassi nelle regioni meridionali.

La Tabella 4 riporta la distribuzione dei casi segnalati dall'inizio dell'epidemia per provincia di segnalazione e di residenza^{vii}. Tassi di incidenza particolarmente elevati, relativi all'anno di notifica 2010, si riscontrano nelle province di Ferrara, Brescia, Lucca, Novara e Piacenza.

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

La Tabella 5 mostra la distribuzione percentuale dei casi cumulativi di AIDS per nazionalità anagrafica. Si evidenzia nel tempo un aumento della proporzione di casi notificati in cittadini stranieri (dal 5,1% nel biennio 1995-96 al 26,7% nel biennio 2009-10).

Tabella 4 - Distribuzione dei casi di AIDS dall'inizio dell'epidemia, per provincia di segnalazione e di residenza, e tasso di incidenza (casi notificati nel 2010) per provincia di residenza

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza	Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Valle d'Aosta				Lombardia			
Aosta	93	87	1,6	Mantova	387	413	1,2
Piemonte				Milano	8.089	8.378	3,2
Alessandria	376	435	2,0	Monza e della Brianza	504	893	1,1
Asti	95	96	0,5	Pavia	1.434	836	2,0
Biella	268	293	0,5	Sondrio	87	142	1,6
Cuneo	240	243	0,0	Varese	1.921	1.812	2,3
Novara	519	527	3,8	Veneto			
Torino	2.287	2.081	0,0	Belluno	61	87	0,9
Verbania-Cusio-Ossola	188	269	0,0	Padova	939	661	0,0
Vercelli	149	149	1,1	Rovigo	114	179	0,4
Liguria				Treviso	434	416	1,8
Genova	2.115	1.987	2,7	Venezia	434	605	1,4
Imperia	363	402	2,7	Verona	828	671	0,7
La Spezia	238	229	2,2	Vicenza	768	839	1,7
Savona	438	434	0,3	Friuli-Venezia Giulia			
Lombardia				Gorizia	22	48	0,7
Bergamo	1.596	1.529	3,6	Pordenone	430	185	0,6
Brescia	2.635	2.456	3,8	Trieste	195	109	1,3
Como	777	789	1,7	Udine	100	161	0,0
Cremona	460	522	3,0	Trentino-Alto Adige			
Lecco	538	445	3,3	Bolzano - Bozen	301	280	1,2
Lodi	341	359	2,7	Trento	334	343	0,6

segue

segue Tabella 4

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza	Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Emilia-Romagna				Campania			
Bologna	1.689	1.569	2,6	Avellino	38	61	0,2
Ferrara	474	509	3,9	Benevento	22	46	0,3
Forlì	429	589	3,3	Caserta	128	340	3,3
Modena	772	720	2,3	Napoli	2.001	1.691	2,4
Parma	495	444	2,3	Salerno	206	276	0,3
Piacenza	359	363	3,8	Puglia			
Ravenna	1.194	893	3,1	Bari	745	619	0,6
Reggio Emilia	523	474	1,5	Barletta-Andria-Trani	326	313	0,8
Rimini	708	506	1,2	Brindisi	153	237	0,7
Toscana				Foggia	425	364	1,4
Arezzo	177	156	0,0	Lecce	269	346	0,9
Firenze	1.277	1.212	2,1	Taranto	3.339	454	1,4
Grosseto	274	328	2,6	Basilicata			
Livorno	476	524	2,3	Matera	18	54	0,0
Lucca	214	430	3,8	Potenza	108	146	1,0
Massa Carrara	278	302	0,5	Calabria			
Pisa	770	334	1,7	Catanzaro	244	186	0,8
Pistoia	127	266	1,7	Cosenza	70	137	0,1
Prato	298	201	1,2	Crotone	69	116	1,2
Siena	168	158	2,6	Reggio Calabria	77	141	1,1
Umbria				Vibo Valentia	40	43	1,8
Perugia	440	383	0,4	Sicilia			
Terni	168	141	0,4	Agrigento	1	125	0,4
Marche				Caltanissetta	180	125	0,7
Ancona	611	326	2,9	Catania	735	612	2,2
Ascoli Piceno	57	162	0,9	Enna	28	50	1,2
Fermo	142	147	0,0	Messina	235	265	0,2
Macerata	117	174	2,8	Palermo	1.250	1.094	1,7
Pesaro e Urbino	182	273	1,6	Ragusa	71	73	0,6
Lazio				Siracusa	115	179	0,5
Frosinone	257	170	1,2	Trapani	45	208	0,5
Latina	506	432	1,8	Sardegna			
Rieti	128	67	1,9	Cagliari	1.305	1.112	2,7
Roma	7.517	7.253	3,2	Carbonia-Iglesias	-	76	0,8
Viterbo	321	285	2,2	Medio Campidano	-	89	1,9
Abruzzo				Nuoro	67	56	0,6
Chieti	87	111	1,0	Ogliastra	-	10	0,0
L'Aquila	115	117	1,3	Olbia-Tempio	3	113	1,9
Pescara	231	162	1,2	Oristano	2	57	0,6
Teramo	137	162	0,3	Sassari	421	313	1,2
Molise				Estera	-	590	0,0
Campobasso	63	44	0,4	Ignota	-	1.103	0,0
Isernia	2	20	0,0	Totale	62.617	62.617	-

Tabella 5 - Distribuzione percentuale dei casi cumulativi di AIDS per nazionalità anagrafica

Area geografica	<1995	1995-96	1997-98	1999-2000	2001-02	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10	Totale
Italia	96,7	94,9	91,2	86,9	85,0	83,5	78,4	77,5	73,3	91,5
Africa	1,1	2,1	4,1	6,3	9,1	9,1	11,8	11,1	13,2	4,1
Asia	0,1	0,2	0,3	0,5	0,6	0,8	1,3	1,2	2,2	0,4
Europa Occidentale	0,5	0,9	0,8	0,5	0,3	0,4	0,3	0,3	1,0	0,6
Europa Orientale	0,1	0,2	0,4	0,7	0,8	1,6	1,9	3,5	3,5	0,6
Nord America	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	,	0,1	0,1
Sud America	1,1	1,5	2,6	3,2	3,0	4,1	4,3	4,6	5,9	2,1
Non specificata	0,2	0,2	0,6	1,8	1,1	0,4	1,9	1,8	0,9	0,6

Caratteristiche demografiche e modalità di trasmissione dei casi di AIDS

Le caratteristiche demografiche

La Tabella 6 mostra la distribuzione dei casi per fascia d'età e sesso negli anni 1990, 2000, 2010 e nel totale dei casi. Il 66,2% del totale dei casi si concentra nella fascia d'età 30-49 anni. In particolare è aumentata la quota di casi nella fascia d'età 40-49 anni (per i maschi dal 10,1% nel 1990 al 38,4% nel 2010 e per le femmine dal 5,7% nel 1990 al 32,4% nel 2010).

L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di AIDS mostra un aumento nel tempo, sia tra i maschi che tra le femmine. Infatti, se nel 1990 la mediana era di 31 anni per i maschi e di 29 per le femmine, nel 2010 le mediane sono salite rispettivamente a 44 e 40 anni (Figura 8). Nell'ultimo decennio la proporzione di pazienti di sesso femminile tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 23-25% (dati non mostrati).

Le modalità di trasmissione

La distribuzione dei casi adulti per anno di diagnosi e modalità di trasmissione^{viii} (Tabella 7) evidenzia come il 54,9% del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche ►

Tabella 6 - Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso negli anni 1990, 2000, 2010 e nel totale dei casi

Fascia d'età	Maschi			Femmine			Totale (1982-2010)		
	1990 n. 2.553	2000 n. 1.484	2010 n. 539	1990 n. 583	2000 n. 469	2010 n. 179	Maschi n. 48.389	Femmine n. 14.228	Totale n. 62.617
0	0,5	0,0	0,2	1,7	0,4	0,0	0,3	1,0	0,4
1-4	0,4	0,1	0,0	2,1	0,0	0,0	0,3	1,0	0,4
5-9	0,2	0,1	0,0	0,9	0,2	0,0	0,2	0,5	0,2
10-12	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1
13-14	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
15-19	0,4	0,1	0,0	0,2	0,4	1,1	0,2	0,5	0,3
20-24	6,1	1,0	2,2	15,3	4,9	5,6	3,2	6,6	4,0
25-29	34,1	5,3	3,3	40,1	15,4	10,6	16,5	23,4	18,1
30-34	28,7	18,5	11,3	22,8	26,9	14,5	27,1	27,8	27,2
35-39	13,9	30,8	16,0	7,2	24,5	16,2	20,8	18,2	20,2
40-49	10,1	27,5	38,4	5,7	18,8	32,4	20,1	14,4	18,8
50-59	3,9	11,0	18,6	2,2	4,7	14,0	7,6	4,0	6,8
>60	1,4	5,6	10,0	1,7	3,6	5,6	3,6	2,4	3,3

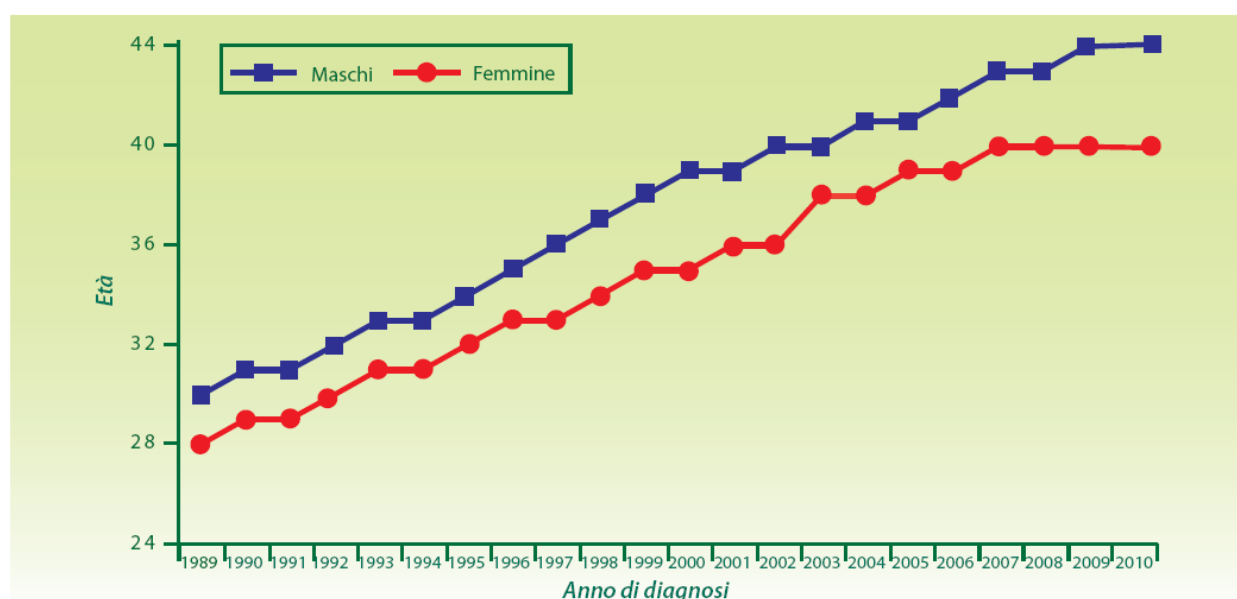


Figura 8 - Età mediana alla diagnosi per sesso e anno di diagnosi

Tabella 7 - Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per modalità di trasmissione e per anno di diagnosi

Modalità di trasmissione	Anno di diagnosi							Totale	Maschi Femmine		
	<1999	1999-2000	2001-02	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10				
Contatti omo/bisessuali	n.	6.749	729	614	638	618	603	450	10.401	10.401	0
	%	15,6	17,9	17,2	19,0	20,9	22,4	24,4	16,8	21,7	0,0
Uso iniettivo di droghe	n.	27.037	1.662	1.310	1.109	818	664	390	32.990	26.261	6.729
	%	62,3	40,8	36,7	33,1	27,7	24,7	21,1	53,3	54,7	48,6
Uso iniettivo di droghe - contatti omosessuali	n.	867	21	26	18	23	21	13	989	989	0
	%	2,0	0,5	0,7	0,5	0,8	0,8	0,7	1,6	2,1	0,0
Emofilico	n.	319	8	9	3	5	1	0	345	335	10
	%	0,7	0,2	0,3	0,1	0,2	0,0	0,0	0,6	0,7	0,1
Trasfuso	n.	388	22	8	10	4	4	3	439	249	190
	%	0,9	0,5	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2	0,7	0,5	1,4
Contatti eterosessuali	n.	6.888	1.394	1.365	1.347	1.281	1.203	833	14.311	8.121	6.190
	%	15,9	34,3	38,3	40,2	43,4	44,8	45,1	23,1	16,9	44,7
Altro/non determinato	n.	1.125	233	234	226	202	191	158	2.369	1.650	719
	%	2,6	5,7	6,6	6,7	6,8	7,1	8,6	3,8	3,4	5,2
Totale	n.	43.373	4.069	3.566	3.351	2.951	2.687	1.847	61.844	48.006	13.838

associate all'uso di sostanze stupefacenti per via iniettiva (uso iniettivo di droghe + uso iniettivo di droghe/contatti omo-bisessuali). La distribuzione nel tempo mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili ai contatti sessuali (omosessuali ed eterosessuali; quest'ultima rappresenta la modalità di trasmissione più frequente nell'ultimo biennio) e una corrispondente diminuzione dei casi attribuibili alle altre modalità di trasmissione.

Particolare cautela è necessaria nell'interpretare l'aumento crescente dei casi appartenenti alla categoria "Altro/non determinato". In una specifica indagine condotta dal COA (5) si è osservato^{ix} che la quasi totalità dei casi con fattore di rischio "altro/non determinato" è da attribuire a trasmissione sessuale e a uso iniettivo di droghe.

La distribuzione dei casi di AIDS attribuibili a rapporti eterosessuali^x (14.311 casi), ulteriormente suddivisa in base al tipo di rischio e al sesso, è presentata in Tabella 8. Si osserva che il 40,8% (2.526/6.190) delle donne

aveva avuto rapporti con un partner di cui era nota la sieropositività HIV, mentre tra gli uomini tale evenienza si era verificata nell'11,8% (963/8.121) dei casi.

Patologie indicative di AIDS

La Tabella 9 riporta la distribuzione delle patologie che fanno porre diagnosi di AIDS in adulti, per anno di diagnosi^{xi-xii}. Rispetto agli anni precedenti al 1999, si osserva negli ultimi anni una riduzione della proporzione di diagnosi di candidosi, di encefalopatia da HIV e di toxoplasmosi cerebrale. Viceversa, è aumentata la quota di diagnosi di sarcoma di Kaposi e di linfomi.

Le tre nuove patologie incluse nella definizione di caso del 1993 (carcinoma della cervice uterina, polmonite ricorrente e tubercolosi polmonare) hanno contribuito per il 6,0% sul totale delle patologie indicative di AIDS segnalate nel biennio 2009-2010.

Tabella 8 - Casi cumulativi di AIDS da contatto eterosessuale in adulti per tipo di rischio e sesso

Tipo di rischio eterosessuale	Maschi con partner		Femmine con partner		Totale
	HIV non noto	HIV noto	HIV non noto	HIV noto	
Originario di zona endemica	451	26	311	42	830
Partner bisessuale	0	0	43	39	82
Partner di consumatore di droghe per via iniettiva	510	222	908	1.206	2.846
Partner emofilico/trasfuso	9	15	19	36	79
Partner di zona endemica	259	28	40	13	340
Partner promiscuo*	5.929	672	2.343	1.190	10.134
Totale	7.158	963	3.664	2.526	14.311

(*) Paziente che ha presumibilmente contratto l'infezione attraverso contatti eterosessuali (inclusi i partner di prostituta e le prostitute) non includibili in nessuna delle altre categorie

ANNO VIII,
Numero 11
Novembre 2011



Sommario

EDITORIALE

AIDS

CARCERE

GIOCO D'AZZARDO

www.menoalcolpiugusto.it

Il portale dell'Azienda sanitaria 6 di Vicenza rivolto ai giovani per promuovere una **cultura del "bere" responsabile**.

L'esperienza è sostenuta da un'ampia rete di soggetti del pubblico e del privato sociale impegnati in azioni di contrasto dell'alcol associato alla guida.

EDITORIALE

AIDS: a che punto siamo?

Sono ormai passati 30 anni da quando negli Stati Uniti furono identificati i primi casi di una nuova patologia, poi riconosciuta e definita AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita). Nonostante l'impegno di istituzioni, organizzazioni non governative e associazioni, che operano nel campo della prevenzione, è ancora rilevante il numero di nuove infezioni che si registrano nel Nord e nel Sud del mondo, così come quello dei decessi nei paesi africani ed asiatici, che tuttavia risulta in diminuzione grazie all'accesso alle terapie.

Un problema ancora presente è che continuano ad essere denunciati in tutti i paesi del mondo gravi casi di discriminazione verso le persone con HIV/AIDS.

L'**UNAIDS – l'Agenzia dell' ONU** - che da oltre 20 anni promuove e coordina la politica internazionale per la lotta all'Aids – per la giornata mondiale del 1° dicembre ha scelto lo slogan "**Getting to zero**", segnalando l'obiettivo che dovrebbe essere raggiunto nel 2015: azzerare le nuove infezioni, le morti aids correlate e le discriminazioni sessuali sociali. Occorre pertanto rimettere al centro delle politiche socio-sanitarie nazionali e regionali la tutela dei diritti delle persone sieropositive, la tutela della salute di tutti e la sensibilizzazione sull'importanza della prevenzione del contagio di tutte le malattie trasmesse sessualmente, tra cui il virus Hiv.

La **Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids – Lila** – ha declinato l'obiettivo "Getting to zero" in azioni concrete: consolidare le politiche di prevenzione, attraverso campagne di informazioni mirate a favorire cambiamenti di comportamento nei diversi gruppi di popolazione, facilitando l'accesso ai profilattici e investendo negli interventi di riduzione del danno. Rispetto a questo secondo tipo di misure, la fornitura di siringhe sterile e i programmi sostitutivi a persone tossicodipendenti hanno permesso di ridurre fortemente il contagio per via ematica, che negli anni '80 è stata in Italia la prima via di trasmissione.

Occorre consolidare i programmi di informazione e prevenzione diretti alle donne, in quanto in Italia, purtroppo, è ancora frequente che le donne si sottopongano al test Hiv solo in occasione della gravidanza.

Continua ad essere necessario ed urgente avviare campagne di comunicazione per ridurre stigma e discriminazione ancora presenti nei confronti delle persone che vivono con l' Hiv.

Nel mondo si stimano circa 34 milioni di persone Hiv+, le nuove infezioni riguardano 2,6 milioni di persone e **l'AIDS provoca ogni anno circa 2 milioni di morti**.

L'**andamento dei casi in Toscana** è analogo a quello nazionale: dal 1995 si registra una progressiva diminuzione, che si è assestata nell' ultimo decennio a circa 100 nuovi casi l' anno. A **Firenze l'incidenza dell'Aids è di 2,1 malati su 100.000 abitanti**. Un dato preoccupante è il fenomeno del ritardo diagnostico: la maggior parte delle persone viene a conoscenza della propria sieropositività solo al momento della diagnosi di Aids (circa il 48% nell' ultimo triennio). Inoltre, se ci si riferisce alla modalità di trasmissione dell' infezione, ben il 63% di coloro che affermano di aver contratto il virus attraverso rapporti eterosessuali si scopre sieropositivo al momento della diagnosi di malattia conclamata.

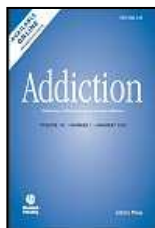
AIDS

ULTIME ACQUISIZIONI

SEXUAL TRANSMISSIBILITY OF HIV AMONG OPIATE USERS WITH CONCURRENT SEXUAL PARTNERSHIPS: an egocentric network study in Yunnan, China

J. Li, Hongjie Liu, Jianhua Li, Jian Luo, Nana Koram e Roger Detels

Contenuto in: Addiction, n. 10 ottobre 2011 pag. 1780-1787



Abstract: I **comportamenti sessuali a rischio** sono un importante determinante per la trasmissione e il contagio dell'HIV fra i consumatori di droghe, specialmente per via iniettiva (IDUs) e per i loro partners.

Il rischio di **comportamenti sessuali non protetti** aumenta la velocità di diffusione dell'infezione nei consumatori di droghe e nella popolazione generale, inoltre, la condizione di avere più partners contemporaneamente può favorire la diffusione dell'HIV.

Sebbene un certo numero di studi abbia analizzato la **correlazione fra l'aver più partner sessuali e il contrarre l'infezione fra i consumatori di droga**, pochi studi sono stati condotti nei paesi in via di sviluppo, specialmente in Cina, dove la trasmissione per via sessuale dell'HIV ha registrato un incremento veloce fra i consumatori di droghe.

L'**obiettivo dello studio** è di indagare la **trasmissibilità dell'HIV in relazione ai comportamenti sessuali**, in un campione di 426 giovani cinesi consumatori di oppiacei.

Fra le evidenze: fra i consumatori di oppiacei, la **prevalenza di avere contemporaneamente più partners sessuali** è risultata del **42,9%**; i soggetti che hanno avuto relazioni con più partners, specialmente quelli che hanno riportato 4 o più partner, hanno registrato **più probabilità di contrarre l'HIV e altre malattie sessualmente trasmissibili (da 26,3% a 20%)**; non sono state rilevate differenze significative nell'uso del profilattico fra i consumatori di oppiacei con più partners e gli altri.

RELAZIONE OEDT

Decessi per HIV/AIDS nei consumatori di droga

Nell'ultimo decennio sono stati raggiunti buoni risultati in Europa nel contrastare l'infezione da HIV fra i consumatori di droghe per via iniettiva, soprattutto oppioidi, ma anche anfetamine, attraverso politiche efficaci di riduzione del danno.

Tuttavia l'HIV continua a rappresentare un problema prioritario di salute pubblica in molti Paesi ai confini dell'Europa e, da noi, il **consumo di droga per via iniettiva** è responsabile, ogni anno, di oltre 2.000 decessi associati a HIV/AIDS.

Per approfondimenti: **Annual report 2011: the state of the drug problem in Europe** www.emcdda.europa.eu

SEGNALIAMO INOLTRE

THE STEP INTO ACTION STUDY: a peer based, personal risk network focused HIV prevention intervention with injection drug users in Baltimore, Maryland

K. E. Tobin, S. J. Kuramoto, M. Davey-Rohwell

Contenuto in: Addiction, n. 2 febbraio 2011, pag. 366-375

Il consumo di droga per via iniettiva costituisce il 36% dell'incidenza dell'HIV a Baltimora.

Trend temporali indicano una **diminuzione dei comportamenti a rischio correlati al consumo per via iniettiva**, come lo scambio di siringhe, tuttavia altri comportamenti, ad esempio usare contenitori non sterili per preparare la droga contribuiscono a diffondere sia l'HIV che l'epatite.

Anche fra i consumatori per via iniettiva la **trasmissione per via sessuale** risulta la **principale causa delle nuove infezioni**.

Gli **interventi di comunità che utilizzano la peer education** si basano sulle teorie dell'influenza sociale: i peer possono influenzare il gruppo sociale e favorire cambiamenti nei comportamenti.

Un vantaggio di questo approccio è la possibilità di **raggiungere i soggetti a rischio**, che non si rivolgono ai servizi sanitari.

L'intervento prevede l'**arruolamento e la formazione di consumatori attivi**, che diventeranno promotori di salute nei confronti dei partners e nel gruppo dei pari.

Questa modalità d'intervento ha lo scopo di aumentare l'importanza della prevenzione dell'HIV fra i consumatori e, di favorire cambiamenti nei modelli di comportamenti dei consumatori peer e nella comunità di appartenenza.

Lo studio ha previsto il coinvolgimento di 5 consumatori a rischio per valutare come trasmettere i contenuti dell'intervento nel gruppo dei pari. Ad ognuno è stato chiesto di entrare nel gruppo intervento o nel gruppo controllo. Il campione è costituito da 114 soggetti/ consumatori nel gruppo intervento e 113 soggetti/ consumatori nel gruppo controllo. Lo scopo è stato di valutare l'efficacia dell'intervento di prevenzione dell'HIV basato sulla peer-education.

EVENTI

CONVEGNO "Aids: a che punto siamo? L'impegno dei Servizi e delle Associazioni"

Firenze, 1° Dicembre, 2011

Il Cesda organizza per la Giornata mondiale di lotta all'AIDS un'iniziativa di confronto fra i servizi impegnati nella cura dei pazienti HIV/AIDS sul territorio e in carcere. Saranno presentati anche i dati epidemiologici dell'Ars e il IX Dossier AIDS a cura del Centro studi.

Per info: www.cesda.net

AIDS

ULTIME ACQUISIZIONI**HIV / AIDS IN TOSCANA - Aggiornamento al 3/12/2010**

A cura di M. Puglia, M. Da Frè, Fabio Voller
Settore Epidemiologia dei Servizi Sociali integrati – Agenzia Regionale di Sanità - ARS



La Toscana ha recepito all'inizio del 2010 il Decreto Ministeriale 2008 con il quale è stato istituito il **sistema di sorveglianza delle nuove infezioni da HIV**, che prevede la notifica da parte dei reparti di malattie infettive delle nuove diagnosi di HIV. I primi dati regionali sono in fase di elaborazione da parte dell'Osservatorio di epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità.

Per quanto riguarda la **situazione dell'AIDS**, nella nostra regione, alcuni dati salienti: i **tassi di letalità** sono progressivamente **diminuiti** dal **1997** al **2007**, siamo passati dal **42,4%** al **14,4%** e nel **2010** sono scesi al **6,1%**; la **sopravvivenza** delle persone con AIDS, a 2 anni dalla diagnosi, è **più che raddoppiata** in seguito all'introduzione delle terapie antiretrovirali, passando dal **31%** negli anni **1985-1995** al **88%** nel periodo **2003-2010**. La via di trasmissione prevalente è attraverso i rapporti eterosessuali non protetti, ed è per questo che è **necessario implementare gli interventi di prevenzione indirizzati alla popolazione generale**.

MORTALITY AND HIV TRANSMISSION among male Vietnamese injection drug users

V.Quan, N.Le Minh, T. Viet, N.P. Ngoc

Contenuto in: Addiction n. 3 marzo 2011 pag 583-589



L'abuso di sostanze è stato fin dal 1990 un problema importante di salute pubblica in Vietnam. Il numero dei consumatori è cresciuto del 70%, passando da 101.000 a 170.000, fra il 2000 e il 2004 ed è stato seguito dall'epidemia dell'HIV nei consumatori di droga per via iniettiva. Lo studio ha avuto lo scopo di **stimare i tassi di mortalità e di valutare i fattori predittivi di tutte le cause di mortalità fra i consumatori di droghe per via iniettiva**, soprattutto fra i maschi consumatori di oppioidi, che sono stati seguiti in una provincia della regione nord del Vietnam dal 2005 al 2007.

Fra le evidenze: i **tassi di mortalità** standardizzati per età e sesso fra i vietnamiti consumatori di droga per via iniettiva sono **13 volte superiori rispetto alla popolazione generale** e, più alti, di quelli registrati fra i consumatori in altri Paesi. I risultati dello studio rappresentano un importante contributo alla ricerca sulla mortalità fra i consumatori di droga per via iniettiva, nei Paesi in via di sviluppo. Anche nei Paesi Asiatici la **prevenzione dell'HIV e della tubercolosi risulta essere importante ai fini di una riduzione della mortalità della popolazione**.

SEGNALIAMO INOLTRE**UNAIDS- ARRIVARE A ZERO ENTRO IL 2015**

UNAIDS ha stabilito quest'anno l'obiettivo della lotta all'AIDS da raggiungere entro il 2015: **zero nuove infezioni, zero discriminazioni sociali, zero morti AIDS correlate**.

E' necessario promuovere **campagne di informazioni mirate per target e per popolazioni vulnerabili**, favorire la modificazione dei comportamenti, **favorire l'accesso ai profilattici** maschili e femminili, rafforzare la profilassi post esposizione e la terapia antiretrovirale, efficace anche come prevenzione.

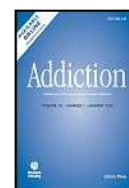
E' necessario avviare **campagne di lotta allo stigma e alla discriminazione** nei confronti delle persone sieropositive e **monitorare l'applicazione dell'art.6 della legge 135/1990**, che vieta ai datori di lavoro di richiedere il **test dell'HIV al momento dell'assunzione**.

E' necessario investire per **favorire l'accesso al test HIV** che permette la diagnosi precoce e offre l'opportunità di iniziare nei tempi ottimali la terapia antiretrovirale.

PREDICTORS AND CORRELATES OF REDUCED FREQUENCY OR CESSATION of injection drug use during a randomized HIV prevention intervention trial

M. E. Mackesy-Amity, L.J. Ouellet, E.T. Golub, S. Hudson

Contenuto in: Addiction, n.3 marzo, 2011 pag. 601-608



Mentre gli **interventi di prevenzione dell'HIV** con i consumatori di droga per via iniettiva sono generalmente indirizzati alla riduzione delle pratiche a rischio, ad esempio lo scambio di siringhe, essi possono anche avere un **impatto sulla frequenza e sulla cessazione del consumo**.

La riduzione della frequenza e, specialmente, la cessazione del consumo per via iniettiva, sono strategie di riduzione del danno, che possono diminuire l'incidenza delle infezioni trasmesse attraverso il sangue, come nel caso dell'HIV e dell'epatite C.

Lo **studio** ha condotto un'**analisi secondaria**, per esaminare la cessazione e la diminuzione del consumo per via iniettiva durante un intervento di prevenzione dell'HIV randomizzato e controllato, che aveva lo scopo di ridurre i comportamenti a rischio (scambio di siringhe e rapporti sessuali non protetti), fra i consumatori più giovani.

Gli **interventi di prevenzione dell'HIV**, che incoraggiano i **consumatori a diventare peer-educator**, possono avere il **beneficio aggiuntivo di favorire la cessazione del consumo**.

CARCERE

ULTIME ACQUISIZIONI

CARCERE & DROGA: linee di indirizzo per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale".

A cura di: Serpelloni G., Mollica R., De Luca C., Condemi M.

Roma, Novembre 2011

La presenza di persone tossicodipendenti o alcolodipendenti in carcere, per aver commesso reati di varia natura, comporta da sempre notevoli problemi sia per la gestione di queste persone all'interno di un ambiente di per se così problematico, sia per la complessità che la cura di tale stato di malattia comporta. Non vi è dubbio che chi è affetto da tale condizione patologica debba e possa trovare opportune cure al di fuori del carcere e che esistano da tempo dispositivi di legge che permettono di poter realizzare tale intervento. Il D.P.R. 309/90 prevede esplicitamente tale possibilità per tutti coloro che siano in possesso di determinati requisiti e che abbiano un bisogno di cure in relazione alla presenza reale di uno stato di tossicodipendenza o alcolodipendenza.

Il volume è il risultato di uno **specifico progetto** volto ad aiutare ad **incentivare il percorso di riabilitazione e reinserimento sociale lavorativo** delle persone tossicodipendenti che hanno commesso reati ma che potrebbero, se in possesso dei requisiti previsti, fruire dei benefici di legge. Per sostenere questo progetto e incrementare la fruizione di questi benefici, sono state scritte delle linee di indirizzo.

I principali problemi affrontati nella pubblicazione sono quelli della grande disomogeneità che attualmente esiste nella formulazione della diagnosi di "tossicodipendenza", delle farraginose procedure utilizzate per poter inserire le persone nelle misure alternative, dello scarso coordinamento con la magistratura di sorveglianza e, in ultima analisi, della bassa percentuale di persone aventi diritto che fruiscono ad oggi dei benefici previsti dall'art. 94.

La pubblicazione è scaricabile: www.retecedro.net

EVENTI

Il **Provveditorato Regionale del Lazio del Ministero della Giustizia** ha avviato un progetto pilota con un duplice obiettivo: inserire nel mondo del lavoro persone in esecuzione penale e organizzare, nel sito regionale **F@rete** del Provveditorato, uno spazio di **e-commerce** per i prodotti che si realizzano nell'ambito degli istituti penitenziari del Lazio.

Per visualizzare il calendario degli incontri:

www.retecedro.net



SEGNALIAMO INOLTRE

PENA ALTERNATIVA: la parola ad un Magistrato

Sandro Margara

SESTANTE - I NODI TRA CONSUMI E DIPENDENZE , n. 28 Gennaio 2008



Il sistema delle misure alternative alla detenzione è corposo: nonostante i limiti di funzionamento ha creato un'area penale consistente che produce buoni risultati.

Esaminando gli aspetti significativi di tale area, l'attenzione è rivolta in particolar modo alla misura alternativa maggiore, quella dell'affidamento in prova.

Sandro Margara, in un articolo pubblicato sulla rivista *Senstante*, analizza in particolare le **criticità del sistema delle misure alternative per i tossicodipendenti**.

Le ricerche dimostrano che **quando l'affidato è un tossicodipendente, l'andamento della prova è assai più negativo**.

Questo accade perché si è ancora lontani da una **presa in carico capillare ed effettiva**, è frequente che l'intervento riguardi solo coloro che chiedono **interventi di disassuefazione e pochi altri**.

L'implementazione dei programmi dovrebbe crescere nel lavoro sulla persona e nel suo coinvolgimento, piuttosto che nel costoso controllo sulla astinenza, cui possono essere sostituiti i controlli discontinui a sorpresa. Ma è chiaro che un lavoro necessario è quello della **scelta del programma adatto alla persona** e anche della sua **modifica e aggiornamento nel corso dell'intervento**.

Per approfondimenti: www.cesda.net

ADOLESCENTI ASSASSINI

Una prospettiva di intervento

Gilda Scardaccione

Psicologia Contemporanea

N. 288 , nov. – dic. 2011



L'omicidio commesso da adolescenti si configura come un atto frequentemente privo di motivazioni strumentali, a cui di attribuiscono significati diversi a seconda delle teorie. Una caratteristica che accomuna gli autori di omicidi è la frequente mancanza di rimorso, la sottovalutazione dell'atto commesso e l'indifferenza nei confronti della vittima. Come intervenire su questi ragazzi quando entrano nel circuito penale? Una strada viene indicata dall'affermarsi delle **scienze discorsive**, con particolare riferimento alle linee teoriche e alle strategie operative delineate dal **paradigma narrativistico e internazionalista**, che offre una prospettiva di intervento applicabile ai minori autori di reati violenti. Nell'articolo viene analizzata la valenza terapeutica della narrazione.

Per approfondimenti: www.retecedro.net

GIOCO D'AZZARDO

ULTIME ACQUISIZIONI

E' ANCORA UN GIOCO?

Gambling: dalla cura alla prevenzione

Atti del corso sul gioco d'azzardo della Regione Toscana

Arezzo 2009/2010



Negli ultimi anni si è registrato un netto aumento delle richieste di aiuto per gioco d'azzardo ai Sert della Toscana, richieste che sottendono spesso bisogni complessi e molteplici dal punto di vista psicologico, psicopatologico, familiare, socio-economico e legale.

La Regione Toscana, per dare risposta ai bisogni di formazione e aggiornamento degli operatori, ha organizzato un **corso sul gioco d'azzardo** volto a promuovere la riflessione, lo scambio e il perfezionamento della pratica clinica. La Regione Toscana, in collaborazione con l'Azienda USL 8 di Arezzo, ha pubblicato un volume che **raccoglie i vari contributi delle giornate di formazione**. A corredo del testo, un **dvd contenente le presentazioni in power point dei docenti**.

Impulsivity and socio-economic status interact to increase the risk of gambling onset among youth

N. Auger, E. Lo, M. Cantinotti, J. O'Loughlin
Addiction, Vol. 105, n.12, Dicembre 2010
pag. 2176- 2183



E' stato condotto uno studio longitudinale per **verificare** la correlazione **tra impulsività, status socio-economico e predisposizione all'insorgenza del gioco patologico in adolescenza**. Sono stati coinvolti un totale di **628 studenti** (età media intorno ai 12 anni all'inizio della rilevazione) che sono stati **seguiti per 8 anni**. I dati relativi all'impulsività e alla condizione socio-economica sono stati raccolti durante il ciclo delle scuole secondarie e l'età d'insorgenza del gioco è stata rilevata retrospettivamente quando i partecipanti avevano circa 20 anni. L'**impulsività** da sola aumenta il **rischio dell'insorgenza di comportamenti di gioco patologico** fra i partecipanti che hanno **genitori non laureati e che vivono in aree periferiche** (sobborgi urbani).

Lo studio ha dimostrato che **alcuni tratti di personalità, come l'impulsività possono influenzare l'abitudine al gioco in adolescenza e che l'impulsività, quando è associata a una bassa condizione socio-economica, risulta un fattore che favorisce l'insorgenza di comportamenti di gioco patologico**.

EVENTI

XII Convegno nazionale sul Gioco d'Azzardo

AUTO AIUTO E TERAPIA PER GIOCATORI D'AZZARDO E LE LORO FAMIGLIE. ESPERIENZE E PROSPETTIVE

Vignola, 16 dicembre 2011

Programma su: www.cesda.net

SPOGLI DA PERIODICI E MONOGRAFIE

The comorbidity of tobacco smoking and gambling: a review of the literature

D.S. Mc Grant, S.P. Barrett

Drug and Alcohol Review, Vol. 28, n. 6
Novembre 2009



Le evidenze scientifiche dimostrano che la dipendenza **da tabacco e da gioco d'azzardo in larga misura co-esistono**. Nonostante siano numerosi gli studi che documentano la comorbilità, studi realizzati su: campioni di giocatori patologici in trattamento, campioni prelevati dalla comunità, inchieste epidemiologiche, poca **attenzione è stata rivolta alla natura del rapporto tra le due forme di dipendenza**.

Il presente lavoro riporta i **risultati di** una revisione della letteratura; nello specifico lo studio ha analizzato i **fattori epidemiologici, eziologici e ambientali** implicati nelle ricerche sulla comorbilità tra tabagismo e gioco d'azzardo patologico.

Anche se mancano prove definitive, un crescente corpo di letteratura suggerisce che il fumo e il gioco d'azzardo potrebbero condividere **simili influenze neurobiologiche, genetiche e ambientali**.

Sono assenti elementi che possano far pensare ad un'influenza reciproca tra una dipendenza e l'altra, ossia che la dipendenza da tabacco spinga alla dipendenza da gioco e/o viceversa.

Gli autori concludono affermando che occorrerebbero altri studi volti ad analizzare sia la relazione di comorbilità, che le implicazioni per i risultati del trattamento.

"CONSUMA SENZA LIMITI, MA CON MODERAZIONE" Il messaggio paradossale dentro cui nascono le nuove dipendenze / Mauro Croce

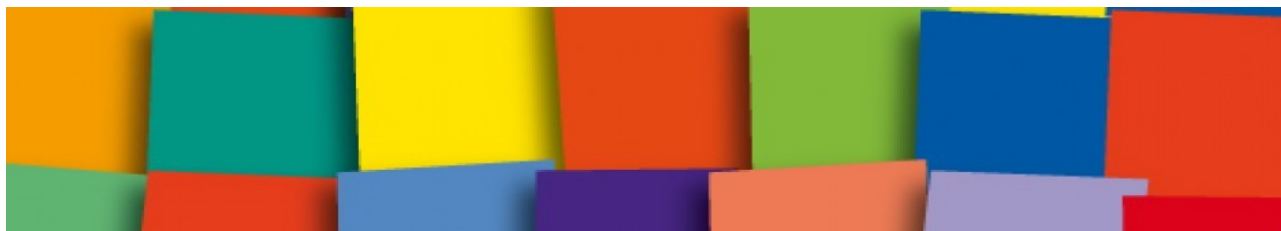
ANIMAZIONE SOCIALE

n. 255 Agosto / Settembre 2011 Pag. 45



Accanto alle note dipendenze da sostanze si stanno diffondendo dipendenze da acquisti, gioco d'azzardo, sesso, internet. Si tratta di **forme di patologia socio-sintoniche** e perfettamente coerenti con il **modello di società in voga**: con l'idea cioè di essere sempre connessi con il mondo, di poter risolvere i problemi della vita con un colpo di fortuna, di essere consumatori in un mondo che ci illude non esistano più confini né limiti e tutto sia possibile. Le nuove dipendenze costituiscono uno degli esempi più evidenti della relazione tra problematiche individuali e organizzazione sociale. Il vivere all'interno di una cornice culturale e di una pressione sociale dove governano l'**immediatezza, l'apparenza, il "vincere facile", il "qui e ora"**, non può e non poteva che portare a forme di patologia coerenti e governate dalla incapacità/impossibilità di contenersi, dalla necessità di soddisfare ogni desiderio e piacere.

Per approfondimenti: www.retecedro.net



DROGHE INIETTATE E INFEZIONI – buone pratiche di intervento

Publicato il [14 ottobre 2011](#) da [redazione](#)



Sette interventi, un solo scopo: arrestare le infezioni tra le persone che si iniettano droghe. In un documento lanciato nel mese di ottobre le agenzie europee ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) l'OEDT (Osservatorio Europeo sulle droghe) hanno unito le forze per identificare sette interventi per ridurre e prevenire le malattie infettive in questo gruppo di popolazione vulnerabile.

Molti paesi europei hanno compiuto progressi sostanziali in questi ultimi anni nella prevenzione delle infezioni droga correlate. L'uso di droghe per via iniettiva rimane tuttavia una delle principali cause di malattie infettive in tutta Europa.

Nel documento le due agenzie analizzano le buone pratiche di salute pubblica che possono supportare efficacemente l'obiettivo di ridurre le infezioni.

HIV/AIDS E MTS: PROGETTO ARTEMIS

Publicato il [8 luglio 2011](#) da [redazione](#)



Sono ancora troppo pochi gli stranieri residenti in Italia che accedono ai servizi socio-sanitari. Da questo presupposto nasce Artemis (Associazione e Reti Territoriali per la Mediazione Interculturale sulla Salute) un progetto coordinato dal Centro Nazionale AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità – in collaborazione con l'Organizzazione Internazionale per la Migrazione e Albero della Salute – Struttura di Riferimento della Regione Toscana per la Promozione della Salute dei Migranti, con il coordinamento del Ministero della Salute. [Continua a leggere](#)→

USO DI DROGHE E PATOLOGIE INFETTIVE

Publicato il [17 giugno 2011](#) da [redazione](#)



Da diversi anni si è rilevato un notevole calo dell'offerta, da parte dei servizi per le tossicodipendenze, del test HIV e per le Epatiti B e C, decremento che potrebbe comportare un ragguardevole ritardo nella diagnosi precoce relativamente a tali infezioni, con una riduzione dell'accesso anche alle terapie antiretrovirali. [Continua a leggere→](#)



Centro studi, ricerca e documentazione su Dipendenze e Aids



1 DICEMBRE 2011: INIZIATIVA CESDA

Pubblicato il [28 novembre 2011](#) da [redazione](#)



Il primo dicembre si celebra la Giornata Mondiale di Lotta all'Aids. Per l'occasione il Cesda organizza il convegno "Aids: a che punto siamo? L'impegno dei Servizi e delle Associazioni".

Verranno presentati i risultati del progetto "Ambulatorio itinerante di Malattie Infettive", gli interventi di integrazione tra servizi per la tutela della salute in ambito penitenziario dell'Azienda Sanitaria di

Firenze e i dati epidemiologici dell'Osservatorio Regionale dell'Ars. Per l'impegno delle Associazioni saranno presenti il Cnca e un rappresentante dell'Associazione Bhalobasa.

Il Cesda presenterà il IX Dossier Aids contenente gli ultimi aggiornamenti sull'infezione e i dati mondiali.

AIDS: NUOVA CAMPAGNA DI PREVENZIONE LILA

Pubblicato il [28 novembre 2011](#) da [redazione](#)



"Aids. Proteggiti semplicemente" è lo slogan scelto dalla Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids per la sua nuova campagna di comunicazione e prevenzione, lanciata in occasione della Giornata mondiale di Lotta all'Aids. La campagna ha lo scopo di mostrare come semplice e naturale ciò che è vissuto ancora con difficoltà, ovvero l'uso del preservativo, maschile e femminile, che attualmente rappresenta l'unico strumento in grado di tutelare chiunque abbia una vita sessuale attiva.

La campagna è composta da due immagini, una declinata al maschile, l'altra al femminile e da un opuscolo informativo sull'Hiv.

1 DICEMBRE 2011 – Lo slogan della Lila

Pubblicato il [14 novembre 2011](#) da [redazione](#)



Zero nuove infezioni, zero discriminazioni, zero morti Aids-correlate. Questo significa “Getting to zero”, slogan della Giornata mondiale di lotta contro l’Aids del 1° dicembre 2011.

La Lila ha prodotto un documento in cui lo slogan viene declinato a livello nazionale.

LINEE GUIDA EUROPEE PER IL TRATTAMENTO DELL’HIV

Publicato il 4 novembre 2011 da redazione



E’ disponibile l’edizione aggiornata delle linee guida europee per il trattamento dell’HIV realizzate dall’European AIDS Clinical Society (EACS) e presentate in occasione della 13esima Conferenza Europea sull’AIDS svoltasi a Belgrado la settimana passata.

La pubblicazione si articola in quattro sezioni: valutazione delle condizioni di salute dei pazienti, gestione clinica e trattamento terapeutico di pazienti HIV positivi, prevenzione e cura delle comorbilità non infettive, trattamento delle epatiti croniche B e C. Le nuove linee guida raccomandano di includere un più ampio numero di regimi farmacologici per la terapia antiretrovirale rispetto a quelli previsti dai protocolli nazionali, utilizzando inibitori dell’integrasi come il raltegravir, inibitori non nucleosidici della transcriptasi inversa (NNRTI) come l’efavirenz e il nevirapine. Oltre alla soglia di CD4, le linee guida raccomandano il trattamento dell’HIV in presenza di patologie correlate come tubercolosi, epatite B, papilloma virus e in caso di gravidanza.

ANLAIDS – BANDI PROGETTO NAZIONALE SCUOLE

Publicato il 21 ottobre 2011 da redazione



Per il quarto biennio consecutivo, ANLAIDS Nazionale in collaborazione con ANLAIDS Sezione Lombardia, presenta i bandi, per l’anno scolastico 2011/2012, rivolti alle scuole medie e inferiori, mirati alla prevenzione.

I Bandi hanno le seguenti caratteristiche:

- Bando per medie Inferiori: 4 progetti con un premio di € 3.000,00 cad.
- Bando per medie Superiori: 8 progetti con un premio di € 3.000,00 cad.

SITOGRAFIA HIV-AIDS

Publicato il 27 settembre 2011 da redazione



Nonostante se ne parli poco in tv e sulla stampa stampata, l’Hiv e l’AIDS non sono malattie superate e sul tema c’è molta disinformazione.

Il web è invece una fonte inesauribile di informazioni.

Il Cesda ha realizzato una sitografia sul tema dell’Hiv Aids accessibile [cliccando qui](#)

TEST HIV E CERTEZZA DEI RISULTATI

Publicato il 20 settembre 2011 da redazione



“Questa estate sono stato imprudente e adesso sono spaventatissimo all’idea di aver contratto l’Hiv. Naturalmente intendo sottopormi al test e, ovviamente, vorrei mettermi il più presto possibile il cuore in pace. Ma qui sorgono altri dubbi: dopo quanto tempo “dall’episodio” posso fare il test

ed essere certo che il risultato sia davvero “definitivo”? C’è chi mi dice che dovrò aspettare addirittura un anno prima di essere sicuro di non essere stato infettato. C’è chi parla, invece, di sei mesi, chi di tre mesi, chi di due soltanto. Qual è la verità, a chi devo credere? ”

[Continua a leggere→](#)

HIV E ... INVECCHIAMENTO

Publicato il 1 settembre 2011 da redazione



E’ disponibile, in versione scaricabile, la nuova pubblicazione di Nadir “Hiv e...invecchiamento” pensata per le persone sieropositive che hanno superato i 50 anni.

L’allungamento dell’aspettativa di vita delle persone sieropositive comporta che si stia spostando sempre più l’attenzione, sia a livello di controlli sanitari sia di terapia, sulla gestione delle malattie associate all’invecchiamento e quelle legate all’infezione da HIV e/o alla terapia complessiva della persona.

ITALIA, RIDUZIONE DEL DANNO E HIV/AIDS

Publicato il 1 agosto 2011 da redazione



L’Italia ha portato sul tavolo del Meeting dell’Onu sulle politiche di contrasto all’Hiv/Aids la proposta di cancellare il termine “Riduzione del Danno” da tutti i documenti delle Nazioni Unite.

Dall’8 all’11 giugno scorsi si è tenuto a New York il Meeting dell’Onu sulle politiche di contrasto all’Hiv/Aids, con l’obiettivo di aggiornare le politiche e gli interventi nel settore. [Continua a leggere→](#)

HIV/AIDS: L’ASSENZA DEL GOVERNO ITALIANO

Publicato il 21 luglio 2011 da redazione



Con 125 firme di associazioni di 40 Paesi in 5 continenti la società civile italiana e internazionale alla vigilia della Conferenza IAS2011 di Roma ha chiesto al presidente del Consiglio di onorare le sue promesse al Fondo Globale per la lotta a Aids, Tubercolosi e Malaria.

HIV/AIDS: LA DICHIARAZIONE DI ROMA

Publicato il 12 luglio 2011 da redazione



Oggi, in occasione del convegno “1981-2011: 30 anni di pandemia Aids: l’infezione da hiv è ancora una priorità per il nostro paese?” (Roma-Istituto Superiore di Sanità), viene presentata la Dichiarazione di Roma, documento che fa luce sulle principali urgenze in materia di lotta all’Hiv/Aids che i decisori politici e istituzionali dovrebbero affrontare immediatamente per contrastare il diffondersi dell’infezione e per assicurare i diritti delle persone sieropositive.

PUBBLICAZIONI DI NADIR SU HIV/AIDS

Publicato il 21 giugno 2011 da redazione



A seguito delle “Giornate di Nadir 2011”, che si sono tenute lo scorso Marzo a Roma, l’Associazione ha realizzato una pubblicazione (*Nadirponte*) per ciascuno degli argomenti affrontati. Le pubblicazioni sono indirizzate alle associazioni di pazienti, alla popolazione colpita da Hiv/AIDS, agli operatori sanitari e a tutti gli interessati. [Continua a leggere→](#)

CONCLUSIONI VERTICE ONU SU HIV/AIDS

Publicato il 17 giugno 2011 da redazione



Lo scorso 10 giugno si è conclusa a New York la Riunione di Alto Livello delle Nazioni Unite sulla lotta contro l’AIDS. I 192 Paesi membri hanno sottoscritto una dichiarazione politica che li impegna a garantire l’accesso alla terapia antiretrovirale a 15 milioni di persone sieropositive entro il 2015, a fronte dei 6, 6 milioni di persone che attualmente usufruiscono della terapia e dei 9 milioni che invece ne rimangono esclusi. [Continua a leggere→](#)

UNITI PER L’ACCESSO UNIVERSALE: VERSO ZERO NUOVI CONTAGI DI HIV, ZERO DISCRIMINAZIONE E ZERO MORTI COLLEGATE ALL’ AIDS

Publicato il 6 giugno 2011 da redazione

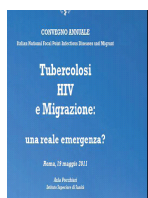


Il rapporto “Uniting for universal access: towards zero new HIV infection, zero discrimination, and zero AIDS- related deaths/ Secretary-general United Nations, 2011” presenta i dati forniti da 182 Paesi, che il Segretario Generale delle Nazioni Unite, Ban-Ki-moon, ha presentato lo scorso marzo a Nairobi.

Il rapporto evidenzia la diminuzione percentuale a livello globale dei nuovi contagi HIV: tra il 2001 e il 2009, in 33 paesi (fra cui 22 dell’Africa sud-sahariana), la percentuale dei nuovi contagi è diminuita almeno del 25%. Più di 6 milioni di persone, in Paesi a medio e basso reddito, alla fine del 2010, erano sottoposte a trattamento antiretrovirale. Passi significativi sono stati fatti per la riduzione della trasmissione dell’HIV da madre a figlio, ma nonostante gli investimenti fatti per rispondere al problema, le infrastrutture nazionali risultano deboli, inoltre i deficit finanziari dei Paesi più colpiti e le discriminazioni contro le popolazioni vulnerabili continuano a rendere difficile, o addirittura ad impedire l’accesso alla prevenzione, al trattamento e alle cure. [Continua a leggere→](#)

HIV, TBC E IMMIGRATI

Publicato il 6 giugno 2011 da redazione



G. Rezza, Direttore del Dip. Malattie Infettive dell’Iss, in occasione del Convegno Internazionale “Tubercolosi, Hiv e immigrazione: una reale emergenza?” ha evidenziato come occorra ridurre l’allarme relativo alla diffusione delle due patologie infettive in relazione all’aumento dei flussi migratori. In Italia, infatti, l’incidenza della Tbc rimane stabile, con una diminuzione negli ultra 65enni e un aumentonei giovani adulti.

Nel nostro paese l’incidenza risulta sotto i 10 casi per 100mila, a fronte dei 16 casi in Spagna, dei 27 in Portogallo e dei 108 in Romania. Aumentano gli stranieri che contraggono la Tbc in Italia, mentre diminuiscono quelli che arrivano già malati. I casi extrapolmonari spesso associati all’infezione da HIV tendono a stabilizzarsi, probabilmente anche grazie alle cure anti-aids.

USO PREVENTIVO DEI FARMACI RETROVIRALI

Publicato il 30 maggio 2011 da redazione



Negli USA l'Istituto Nazionale della Salute (NIH) annuncia i risultati di un'importante ricerca sull'uso preventivo dei farmaci antiretrovirali: se usati precocemente sono efficaci nel bloccare le infezioni. L'esito positivo della sperimentazione ha riguardato il 96.3% dei casi.

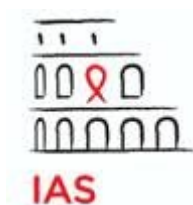
I risultati incoraggianti della sperimentazione su 1763 coppie discordanti ha indotto i ricercatori ad interrompere lo studio – inizialmente previsto con durata decennale – con 4 anni di anticipo.

Sono stati messi a confronto due gruppi: uno formato da coppie in cui al partner positivo veniva proposta la terapia secondo il metodo standard; l'altro in cui le cure venivano praticate al soggetto non appena veniva diagnosticata l'Hiv. Solo in una delle coppie delle 881 del secondo gruppo si è verificata l'infezione del partner, mentre nel primo gruppo ciò si è verificato in 27 casi.

Nell'attesa di identificare un vaccino efficace sull'uomo, la diminuzione del virus Hiv nel sangue resa possibile dall'utilizzo preventivo dei farmaci antiretrovirali riduce il rischio di infezioni per via sessuale. Rimangono tuttavia le forti criticità legate all'accesso alle terapie, ancor oggi molto costose soprattutto per i Paesi del Sud del Mondo.

IAS CONFERENCE

Publicato il 2 maggio 2011 da redazione



Nel mese di Luglio la città di Roma ospiterà la sesta Conferenza IAS sulla patogenesi, i trattamenti e la prevenzione dell'Hiv. L'evento è realizzato dall'International Aids Society e dall'Istituto Superiore di Sanità e si terrà presso l'Auditorium Parco della Musica.

E' già possibile consultare il programma ed iscriversi alla Conferenza dal sito <http://www.ias2011.org/>.

In preparazione dell'evento l'Istituto Superiore di Sanità ha realizzato il progetto "Verso Roma 2011", che prevede una serie di attività e di percorsi scientifici finalizzati a valorizzare le eccellenze del Paese: appuntamenti scientifici e istituzionali organizzati in collaborazione con le Società Scientifiche, le Associazioni di persone che vivono con l'HIV e le Aziende impegnate nella lotta all'infezione da HIV nel nostro Paese, per organizzare la partecipazione italiana alla Conferenza: gli scienziati, i ricercatori, i medici; le società scientifiche; le associazioni; le persone che vivono con l'HIV; le Istituzioni del Paese; il comune, la provincia, la regione; le imprese.

Per la tutela delle persone HIV positive rivolgersi:

Gruppo di lavoro per la prevenzione della discriminazione dei pazienti HIV positivi del Comitato Etico Locale dell'AzUSL 2 - Lucca -0583/970613 cdl@usl2.toscana.it

U.O. Comunicazione e Marketing Az. USL 2 - Lucca
Numero verde - 800-869143

Direzione sanitaria dei presidi ospedalieri Az. USL 2 - Lucca 0583/970290 cdl@usl2.toscana.it

ARCIGay - 050/555618 pride@gay.it

GNPS-ANLAIDS . 050644145 Fax 050644055

LILA Toscana - 055-2479013

Tribunale dei diritti del malato - 0583 970717

Centri per il trattamento dell'HIV della Regione Toscana

Lucca	0583 970251
Pisa	050 996357
Grosseto	0564 352324
Livorno	0586 223282
Massa	0585 493217
Siena	0577 586431
Prato	0574 434382
Arezzo	0575 254551
Careggi	055 4279208 055 4279485

10 Diritti Doveri



Carta dei diritti e dei doveri della persona HIV positiva nei servizi sanitari

Carta dei diritti e dei doveri della persona HIV positiva nei servizi sanitari

- 1 La persona HIV positiva ha diritto al rispetto della dignità personale al pari di ogni altra persona. Ogni trattamento discriminante da parte del personale sanitario è ingiustificabile.
- 2 La persona HIV positiva ha il diritto di ricevere le cure in qualsiasi reparto o servizio sanitario. Nessuna prestazione sanitaria può essere rifiutata o rinviata a causa dello stato di positività al virus HIV. Nessuna prestazione può essere effettuata in una modalità diversa da quella standard a causa dello stato di persona sieropositiva.
- 3 La persona HIV positiva ha il diritto in qualsiasi luogo, di ricevere le cure necessarie al controllo dell'infezione e di avere la garanzia che siano somministrate allo stesso livello assistenziale dei servizi ospedalieri.
- 4 Ogni persona ha diritto alla tutela della riservatezza riguardo alla sua condizione di positività per l'HIV.
- 5 Ogni persona ha il diritto di poter esprimere le proprie abitudini di vita e preferenze sessuali senza essere discriminato e stigmatizzato.
- 6 Ogni persona ha diritto a ricevere visite e assistenza materiale e morale dai familiari da lui indicati.
- 7 Ogni persona in ospedale ha il diritto di indicare come suoi familiari le persone a cui è legato, indipendentemente da vincoli parentali o coniugali.
- 8 Ogni persona HIV positiva ha il diritto di essere tutelato dalla Direzione sanitaria dell'ospedale e dagli altri organi di tutela per qualsiasi forma di discriminazione subita.
- 9 Ogni persona può denunciare, anche in forma anonima, episodi di discriminazione, rivolgendosi agli organi di tutela. Anche per le segnalazioni anonime verrà eseguita una indagine dalla USL.
- 10 Ogni paziente che si ricovera ha il dovere di fornire ai sanitari le informazioni necessarie per garantire le migliori condizioni di diagnosi e cura.



Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena 299
00161 - Roma (I)

telefono: 06 4990 2029 Fax: 06 4990 2695

anna.luzi@iss.it

TELEFONO VERDE AIDS e INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE

800 861061

Il Servizio nazionale "Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse" (TVAIDS e IST), istituito dalla Commissione Nazionale Lotta contro l'AIDS nel 1987 e co-finanziato dal Ministero della Salute, si colloca all'interno dell'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate. Il TVAIDS e IST, anonimo e gratuito attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 13.00 alle ore 18.00, rappresenta da oltre 24 anni una delle attività più significative dell'Istituto Superiore di Sanità. Il Servizio è impegnato in interventi di prevenzione primaria e secondaria dell'infezione da HIV, dell'AIDS e delle IST rivolti alla popolazione generale e a target specifici, attraverso l'intervento di Counselling Telefonico.

Gli strumenti operativi utilizzati per l'attività di counselling telefonico sono:

- sei linee telefoniche, attive dal lunedì al venerdì, dalle ore 13.00 alle ore 18.00;
- un archivio, aggiornato periodicamente, costituito da oltre 2000 Centri diagnostico-clinici (Centri screening HIV, Centri IST, Centri trasfusionali, Centri epatiti), Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Organizzazioni Non Governative (ONG) e Case alloggio AIDS.
- un software di data entry e di gestione archivi on line.

Coordinamento della Rete (Re.Te.AIDS) di Servizi Governativi e Non, impegnati nell'ambito dell'attività di counselling telefonico sull'infezione da HIV e sull'AIDS presenti sul territorio nazionale.

SITOGRAFIA SU HIV/AIDS

www.aids.it

Fondazione Aids Aiuto, Aids – Aid

U.O. Malattie Infettive - Az. Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano

www.aids.org

Aids Information, Education, Action, Awareness

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

International Hiv/Aids Alliance

<http://www.aidsinfo.nih.gov/>

Aids Info

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

Hiv &Aids Information

www.aids.liguria.it

Coordinamento Ligure Persone Sieropositive

www.aidsonline.it/

Le novità sull' Aids

www.anlaid.it

Associazione Nazionale per la Lotta contro l' Aids

www.ars.toscana.it/web/guest/hiv-e-aids

Agenzia Regionale di Sanità Toscana

www.asamilano.org/

Associazione Solidarietà Aids

www.cesda.net

Centro studi, ricerca e documentazione su dipendenze e Aids

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

C.I.C.A. Case alloggio Hiv Aids

www.cnca.it

Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza

www.coordinamentoromanohiv.org/

Coordinamento romano Hiv

http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/hiv-aids/index_it.htm

Salute UE

www.epicentro.iss.it/problemi/aids/aids.asp

Portale di Epicentro

www.forumhivaids.it/

Forum della società civile italiana sull'hiv/aids

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

Gender Equality & Hiv-Aids

www.gbchealth.org/

Global business coalition on Hiv/Aids, tubercolosis and malaria

www.helpaids.it

Vivere con l'Hiv

www.hivplus.forumattivo.it/

Forum hiv e aids

www.hiv1tat-vaccines.info/italian/index.php

Vaccino Italiano Aids Vaccino Hiv 1 - Tat

www.iavi.org

International Aids vaccine initiative

www.iss.it/aids/

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

www.lila.it

Lega Italiana Lotta all'Aids

www.malattie-infettive.it

Periodico sulla infettivologia in Italia e nel mondo

www.nadironlus.org

Associazione Nadir

www.niaid.nih.gov

National Institute of Allergy and Infectious Diseases

www.npsitalia.net

Network persone sieropositive

www.poloinformativohiv.it/

Poloinformativo hiv aids

www.positifsonlus.it

Associazione Positifs

www.regione.toscana.it/salute/hivaids/index.html

Regione Toscana

www.roma2011.org/

Verso Roma 2011 (Conferenza IAS)

www.salute.gov.it/hiv/hiv.jsp

Ministero della Salute, sezione dedicata all'Hiv/Aids

www.sieropositivo.it

Sieropositivo

www.tibotec-hiv.it/

Tibotec

www.unaids.org

Joint United Nation Programme on Hiv/AIDS

www.unicef.it/aids

Unicef

www.unimondo.org/Guide/Salute/Aids

Unimondo

www.who.int/hiv/en/

Organizzazione Mondiale della Sanità

A cura di Giulia Casamonti

Ultimo aggiornamento 27/9/2011

ASL 10 FIRENZE
Centro Studi Ricerca e Documentazione su Dipendenze e Aids

Anno 2005

Età _____ **Sesso** F M **Nazionalità** _____

Comune di residenza _____ **Quartiere o sede** _____

Titolo di studio	Stato civile	Occupazione SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Elementare	<input type="checkbox"/> Celibe / Nubile	Tipo di occupazione:
<input type="checkbox"/> Media inferiore	<input type="checkbox"/> Coniugato/a	_____
<input type="checkbox"/> Media superiore	<input type="checkbox"/> Separato/a	_____
<input type="checkbox"/> Univesitario	<input type="checkbox"/> Divorziato/a	

1) Che cosa attacca il virus HIV?

- Sistema immunitario
- Apparato circolatorio
- Apparato genitale
- Non so

2) A quale temperatura il virus può essere distrutto?

- 60°
- 100°
- Oltre 100°
- Non so

3) Quanto può resistere il virus fuori dall'organismo?

- Non più di un'ora
- 12 ore
- Due giorni
- Non so

4) Secondo te quali tra i seguenti comportamenti o situazioni sono a rischio di trasmissione del virus HIV e quali non lo sono?

	A rischio	Non a rischio	Non so
Rapporto sessuale con preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasfusione, uso di emo-derivati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abbracciarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapporto oro-genitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso comune di piatti, posate, bicchieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapporto sessuale senza preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso comune di siringhe, lamette, spazzolini da denti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivere con una persona sieropositiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punture di zanzare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentare tossicodipendenti, omosessuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avere rapporti sessuali con prostitute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante la gravidanza, dalla donna sieropositiva al feto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scambio di vestiti, abbigliamento intimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) In quali dei seguenti liquidi organici il virus HIV è presente in concentrazioni tali da permettere il contagio?

	Si	No	Non so
Saliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sperma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lacrime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No	Non so
Secrezioni vaginali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latte materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASL 10 FIRENZE
Centro Studi Ricerca e Documentazione su Dipendenze e Aids

6) Se venissi a sapere che un/a tuo/a amico/a è sieropositivo/a che faresti?

Max 3 risposte per ordine di importanza da scrivere nelle caselle vuote accanto alla scelta

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Eviteresti di frequentarlo | <input type="checkbox"/> | Gli faresti capire di volerlo aiutare |
| <input type="checkbox"/> | Non lo inviteresti a casa tua | <input type="checkbox"/> | Non cambieresti atteggiamento |
| <input type="checkbox"/> | Combatteresti gli atteggiamenti discriminatori verso le persone sieropositive | | |
| <input type="checkbox"/> | Eviteresti di mangiare insieme come misura di precauzione | | |

7) Se il tuo partner ti dice che è sieronegativo ti basta per sentirti tranquillo/a e non usare il preservativo?

SI NO

8) Le informazioni che hai sull'HIV da chi le hai ricevute?

Max 3 risposte per ordine di importanza da scrivere nelle caselle vuote accanto alla scelta

- | | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Famiglia | <input type="checkbox"/> | TV, giornali, riviste | <input type="checkbox"/> | Amici |
| <input type="checkbox"/> | Scuola, libri | <input type="checkbox"/> | Medici, esperti | <input type="checkbox"/> | Internet |

9) Quando una persona dovrebbe fare il test HIV?

- Se ha avuto rapporti sessuali non protetti Se ha toccato sangue

Altro _____

10) Che cosa è il periodo finestra?

- Il periodo in cui una persona contagiata dall'HIV non risulta positiva al test
 Il periodo in cui una persona sieropositiva non è contagiosa

11) Pensi di avere comportamenti adeguati ad evitare il contagio da HIV? SI NO

12) Se si,

- Astinenza sessuale
 Fedeltà sessuale "dichiarata" da entrambi
 Usando sempre il preservativo
 Evitando ogni contatto con il sangue

Altro _____

13) Se no,

- Perché non ti riguarda
 Perché non hai rapporti sessuali
 perché conosci bene il tuo partner

14) Hai mai fatto il test HIV? SI NO

15) Come giudichi le conoscenze che hai sul tema HIV/AIDS?

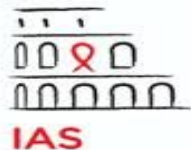
- Insufficienti Sufficienti Discrete Buone Ottime

16) Vorresti avere un depliant informativo? SI NO

Grazie per la collaborazione

Dichiarazione di Roma

sull'Hiv/Aids



Forum della Società
Civile Italiana
sull'HIV/AIDS

Roma 12 luglio 2011



In occasione dell'appuntamento mondiale della [Conferenza IAS di Roma](#) (17-20 luglio 2011) alcuni rappresentanti della società civile italiana e delle organizzazioni *community-based* di lotta all'Hiv/Aids si sono riuniti per confrontarsi sullo stato della ricerca e della prevenzione dell'accesso ai servizi e ai trattamenti, della lotta allo stigma e alla discriminazione in Italia, e sull'impegno del nostro paese nell'aiuto internazionale al contrasto della pandemia.

È nato così il [Forum della società civile italiana sull'Hiv/Aids](#). Il Forum ha elaborato un documento, intitolato **Dichiarazione di Roma** che propone le urgenze in materia di lotta all'Hiv/Aids che i decisori politici e istituzionali dovrebbero affrontare immediatamente per contrastare il diffondersi dell'infezione e per assicurare i diritti delle persone sieropositive.

Quella che è disponibile su questo sito è la versione della dichiarazione che è stata discussa in una [mailing list](#) aperta a tutti i rappresentanti della società civile.

E' stata presentata ufficialmente durante il convegno del 12 luglio - **1981-2011 30 ANNI DI PANDEMIA AIDS: L'INFEZIONE DA HIV È ANCORA UNA PRIORITÀ PER IL NOSTRO PAESE?**, presso l'Istituto Superiore di Sanità di Roma.

Le associazioni promotrici del forum che hanno già sottoscritto il documento invitano le altre associazioni a sottoscrivere la Dichiarazione di Roma su HIV/AIDS – PREVENZIONE, CURA, DIRITTI, RICERCA: ORA PIU' DI ALLORA! attraverso questo sito in fondo a questa pagina e mettendo nome completo e sigla della associazione entro il 15 luglio.

La dichiarazione in italiano verrà inviata alle istituzioni italiane il 18 luglio dopo l'inaugurazione di IAS2011

Verrà formalmente annunciata nella cerimonia di apertura della conferenza IAS2011

Tradotta in inglese sarà disponibile durante IAS 2011 come documento della società civile italiana

DICHIARAZIONE DI ROMA HIV/AIDS – PREVENZIONE, CURA, DIRITTI, RICERCA: ORA PIU' DI ALLORA!

...perché ora, dopo 30 anni, non esiste ancora una cura definitiva per l'infezione da HIV e la ricetta per arrestare e gestire questa epidemia deve passare da consolidate politiche di prevenzione, da un'assistenza socio-sanitaria adeguata, dalla disponibilità dei farmaci e della diagnostica per tutti, dalla difesa dei diritti e la lotta contro lo stigma in ogni contesto.

...perché ora l'ottimismo che ha accompagnato negli anni '90 l'avvento della terapia antiretrovirale si sta ridimensionando davanti alla persistente presenza del virus in quelle cellule/siti (detti santuari), dove esso esiste e resiste alla terapia, facendo rimanere la persona pesantemente compromessa da questa sorta di "allarme continuo" del sistema immunitario (immunoattivazione) e provocando malattie cardiovascolari, neurologiche, renali, epatiche, tumorali, configurando un quadro clinico di invecchiamento precoce. Per questo oggi non possiamo definire l'infezione da HIV "curabile". È necessario, quindi, rafforzare la ricerca scientifica sia di base, per comprendere i meccanismi, sia clinica, per gestire queste comorbidità, proprio come fu all'inizio dell'epidemia fino a che non si troverà una cura.

...perché ora, nonostante non vi sia ancora una cura, la terapia antiretrovirale si è dimostrata efficace a ridurre la progressione verso l'AIDS, la mortalità e la trasmissione del virus.

Per questo, mai come ora, l'Italia deve contribuire al raggiungimento del sesto Obiettivo di Sviluppo del Millennio sancito dalle Nazioni Unite, che impegna i governi a combattere l'HIV/AIDS

IL FORUM DELLA SOCIETÀ CIVILE ITALIANA SULL'HIV/AIDS

Riunito a Roma il 12 luglio 2011 per il convegno: "1981- 2011: a 30 anni dalla pandemia, l'infezione da HIV è ancora una priorità per il nostro paese?", evento affiliato alla VI Conferenza internazionale IAS su Patogenesi, Trattamento e Prevenzione HIV (Roma, 17-20 luglio 2011),

SOTTOSCRIVE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE

PREMESSE

Cenni di epidemiologia in Italia - Il recente sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV nel nostro paese indica che nel 2009 sono stati diagnosticati 4,5 nuovi casi di HIV positività ogni 100.000 residenti italiani e 22,2 nuovi casi di HIV positività ogni 100.000 stranieri residenti, con un'età mediana di 39 anni per i maschi e di 35 anni per le femmine. L'incidenza è maggiore al centro-nord rispetto al sud-isole. Aumentano i casi attribuibili a trasmissione sessuale (eterosessuale e omosessuale), che nel 2009 costituiscono complessivamente l'80,1% di tutte le segnalazioni. Un terzo delle persone neo-diagnosticate lo è in fase avanzata di malattia, ossia con una rilevante compromissione del sistema immunitario (numero di linfociti T CD4+ inferiore a 200 cellule/ μ L). In Italia sono presenti tra 143.000 e 165.000 persone HIV positive viventi, di cui più di 22.000 in AIDS. Una persona sieropositiva su quattro non sa di esserlo.

Cenni di epidemiologia nel mondo - UNAIDS (il Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS) stima che, alla fine del 2010, le persone viventi con l'HIV erano oltre 34 milioni nel mondo. Nel 2009 si sono registrati 2,6 milioni di nuove infezioni; l'Africa sub-sahariana rimane l'area più colpita con 1,8 milioni di casi nuovi e con una percentuale di donne più elevata rispetto agli uomini. Alla fine del 2010, più di 6 milioni di persone nei paesi a medio e basso reddito avevano accesso alla terapia antiretrovirale, mentre nel 2003 erano soltanto 400.000. Per la prima volta, nel 2009, la copertura globale dei servizi di prevenzione contro la trasmissione dell'HIV da madre a figlio ha superato la soglia del 50%.

Stabilizzazione delle infezioni non significa azzeramento! – A distanza di 30 anni dalla scoperta dell'HIV, gli investimenti per arginare l'epidemia stanno producendo i primi risultati: il tasso di nuove infezioni sta calando avviandosi alla stabilizzazione, mentre l'accesso alla terapia antiretrovirale è in aumento e si stanno compiendo passi importanti per ridurre la trasmissione del virus da madre a figlio. Tuttavia questo dato non è consolidato: per ogni persona che inizia la terapia antiretrovirale, ve ne sono due che contraggono il virus.

Sanità e Politiche Sociali dopo la riforma del Titolo V° della Costituzione: l'HIV nell'era del federalismo – Il Sistema italiano di garanzia dei diritti fondamentali di cittadinanza si basa su quanto è sancito dalla nostra Costituzione e dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani ed è in forza di questi principi che il nostro Parlamento ha approvato leggi e fissato regole a tutela della dignità, dei diritti e della salute di ogni cittadino. La riforma del Titolo V° della Costituzione affida un nuovo ruolo alle Regioni e agli enti locali in materia di sanità (legislazione concorrente) e di politiche sociali. A tal proposito, esprimiamo preoccupazione rispetto alla proposta di manovra finanziaria presentata recentemente dal Governo, che prevede, ancora una volta, tagli sul welfare e

sulla spesa sanitaria la quale, in Italia, è già più bassa rispetto alla media Ue e ai Paesi Ocse. Si continuano, ciecamente, a considerare la Sanità e le Politiche Sociali solo come “un costo” anziché come “un investimento” per il futuro e lo sviluppo del Paese. “Investire in salute oggi per risparmiare domani” dovrebbe essere l’atteggiamento di un governo lungimirante che, invece, nell’era del federalismo, a causa dei tagli non consente alle Regioni e agli enti locali di elaborare politiche socio-sanitarie capillari e incisive per contrastare l’epidemia, minando così il diritto di tutta la cittadinanza alla prevenzione e alla cura dell’HIV.

TESTO DELLA DICHIARAZIONE

- Chiediamo con forza, in accordo con la Dichiarazione Politica dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite del 10 giugno 2011 (UNGASS 2011), che la sconfitta dell’HIV divenga una priorità fino al 2015: questo implica, a livello nazionale e internazionale, una allocazione adeguata di risorse economiche e, a livello nazionale, un riassetto urgente delle politiche sanitarie e istituzionali di intervento sull’HIV/AIDS, fino ad ora deboli e inadeguate.
- Chiediamo che le strategie che saranno messe in campo siano basate su chiare e condivise evidenze scientifiche e sui diritti umani, e non su pregiudizi ideologici, che nulla hanno a che fare con l’approccio metodologico necessario ad affrontare un problema di salute pubblica.

In merito agli interventi nazionali, ci appelliamo alle istituzioni italiane centrali e locali (Regioni, Province, Comuni) e ai rispettivi decisori politici, affinché intraprendano azioni urgenti per fermare l’infezione da HIV in Italia.

Politiche di prevenzione - Chiediamo che si prenda atto della inefficacia e del carattere discontinuo e blando delle campagne pubbliche sulla prevenzione condotte negli ultimi anni in Italia e delle conseguenze che esse hanno prodotto in termini di mancato raggiungimento dell’obiettivo di azzeramento del numero delle nuove infezioni annuali. Che da questa constatazione si parta per elaborare campagne/strategie di prevenzione costanti, diversificate per gruppi di destinatari, che utilizzino linguaggi adeguati e riferimenti specifici agli strumenti di prevenzione (es.: “Profilattico”, “Test HIV”, “Terapia antiretrovirale”), avendo cura di adeguare la terminologia utilizzata alle caratteristiche del gruppo di volta in volta considerato. In particolare, chiediamo che la prevenzione dell’infezione da HIV sia da intendersi come “intervento bio-psicosociale” e debba quindi inserirsi in un contesto normativo e di intervento più ampio di lotta contro lo stigma e di tutela della persona. In particolare:

- Nel rivolgere interventi di prevenzione alla popolazione MSM (uomini che fanno sesso con uomini), riteniamo indispensabile che essi siano affiancati ad un’azione concreta di contrasto all’omofobia, individuata nell’estensione della legge Mancino, così come ad un contrasto all’omofobia e al pregiudizio nei confronti delle persone LGBT (Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender) in tutti i contesti sociali (scolastico, lavorativo, ecc.).
- Nel rivolgere interventi di prevenzione ai gruppi più vulnerabili – quali persone detenute (anche negli OPG, Ospedali Psichiatrici Giudiziari), migranti, consumatori di sostanze, lavoratrici/lavoratori del sesso – riteniamo indispensabile l’utilizzo di strategie di offerta attiva del test HIV, di eliminazione delle barriere di accesso ai servizi, di riduzione del danno e dei rischi già sperimentate con esiti più che positivi in altri paesi e nella stessa Italia e chiediamo che vengano prese a livello politico decisioni che mirino a una sospensione delle misure di detenzione e/o estinzione del reato e della pena per le persone con HIV che presentano parametri clinici critici e/o debilitanti connessi alla patologia, da definirsi in apposito tavolo tecnico che veda il coinvolgimento diretto della Società Civile.

Politiche contro lo stigma e le discriminazioni – Chiediamo che si proceda – di concerto tra istituzioni competenti, mondo associativo, rappresentanze sindacali e del mondo produttivo - alla elaborazione di piani di informazione/formazione volti a rimuovere lo stigma, la discriminazione e il mobbing di cui le persone con HIV sono spesso vittime soprattutto sui luoghi di lavoro e nel settore dell'assistenza sanitaria.

Garanzia della privacy – Chiediamo che si prenda atto delle frequenti e gravi violazioni delle norme vigenti in materia di protezione della riservatezza dei dati sanitari relativi alle infezioni da HIV (legge 135/1990, D.lgs 196/2003), e che si costituiscano con urgenza tavoli di lavoro con l'obiettivo di elaborare strumenti operativi per assicurare il rispetto della normativa vigente in tutti gli ambiti in cui essa viene sistematicamente violata (strutture sanitarie e assistenziali, posti di lavoro del settore pubblico e privato, scuola e università, strutture sportive, agenzie di lavoro interinale, ecc.).

Disponibilità dei farmaci e della diagnostica - Chiediamo che si ponga rimedio alle inaccettabili disparità che la regionalizzazione sanitaria ha prodotto nella disponibilità dei farmaci e della diagnostica, mediante l'elaborazione di piani di coordinamento nazionali volti a superare tali inaccettabili condizioni di disuguaglianza tra cittadini residenti in regioni diverse. In particolare, ma non esaustivamente, chiediamo che le “Linee Guida italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1” siano prese come riferimento univoco da tutte le regioni, ASL, centri di cura e assistenza delle persone con HIV del nostro paese, e chiediamo che la promozione di politiche di diagnosi alla patologia sia uniforme e gratuita sul territorio, garantendo così i diritti costituzionali della cittadinanza.

Politiche antidroga – Chiediamo che sia compiuta una verifica trasparente sull'efficacia delle attuali politiche antidroga nazionali, come ribadito dalla dichiarazione ufficiale dell'ultima conferenza mondiale sull'AIDS (XVIII IAC, 2010) denominata: “[La Dichiarazione di Vienna](#)”. Essa ha riaperto il dibattito sulle politiche antidroga attuate fino ad ora e la loro correlazione con l'HIV, ne ha sancito il fallimento, evidenziando come l'approccio repressivo contro i consumatori non favorisce l'emersione dei comportamenti a rischio, diventando piuttosto motore del propagarsi dell'infezione. Per questo chiediamo che venga rivisto l'impianto legislativo vigente (L.49/2006 – Fini/Giovanardi), che da un lato ha visto aumentare la presenza di consumatori di sostanze nelle carceri e, dall'altro, li ha spinti sempre di più nell'invisibilità rendendoli quindi, di fatto, non più raggiungibili da messaggi e strumenti di prevenzione su HIV, HCV e Malattie a Trasmissione Sessuale.

Finanziamento alla ricerca – Chiediamo che il Programma Nazionale di Ricerca sull'AIDS, istituito alla fine degli anni '80 e di volta in volta sensibilmente ridotto nell'erogazione dei fondi, al momento cancellato dal Ministero della Salute e di fatto non sostituito con alternative concrete e mirate alla patologia, sia istituito nuovamente con continuità e con finanziamenti adeguati e/o chiediamo che si trovino forme di finanziamento specifiche sulla patologia e sostanziali per consentire ai nostri ricercatori, tra i più bravi al mondo, di proseguire la loro attività nella lotta contro l'HIV.

In merito agli interventi internazionali, ci appelliamo al Governo affinché l'Italia contribuisca efficacemente alla lotta contro l'HIV nei Paesi a risorse limitate, per il raggiungimento del sesto Obiettivo di Sviluppo del Millennio sancito dalle Nazioni Unite.

Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tuberculosis e la Malaria – Chiediamo che l'Italia comunichi un piano di rientro per l'esborso dei contributi per il 2009 e il 2010 – pari a 260 milioni di euro – e dei 30 milioni di dollari addizionali che il Presidente del Consiglio Silvio Berlusconi ha promesso al Vertice G8 del 2009 a L'Aquila. Chiediamo, inoltre, che l'Italia rinnovi l'impegno

finanziario a favore del Fondo Globale per il triennio 2011-2013.

Destinazione di parte del PIL – Chiediamo che l'Italia si impegni concretamente per raggiungere l'obiettivo di destinare lo 0,7% del proprio PIL in Aiuto Pubblico allo Sviluppo entro il 2015. Come ribadito anche dalla recente Dichiarazione politica UNGASS 2011, se i Paesi sviluppati non incrementeranno i propri sforzi per raggiungere questa soglia, sarà impossibile raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, fra i quali il sesto, sulla lotta contro le pandemie. L'Italia, in particolare, è attualmente il maggior responsabile del deficit europeo (38%) [Fonte: Commission Staff Working Document, "*EU Accountability Report on Financing for Development 2011*"] per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e deve pertanto urgentemente invertire la pericolosa tendenza che ha visto precipitare il rapporto APS/PIL fino a un preoccupante 0,15% nel 2010.

HIV/AIDS e rafforzamento dei sistemi sanitari – Chiediamo che negli interventi di lotta contro l'AIDS sostenuti dal Governo italiano nei Paesi a risorse limitate, l'approccio centrato sulla malattia sia integrato da un'attenzione al rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso, così che le strutture sanitarie di base nei Paesi colpiti dalla pandemia possano essere messe in grado di gestire un pacchetto di prevenzione, trattamento, cura e supporto con un livello di efficienza adeguato agli standard internazionali.

Presenza italiana e partecipazione della Società Civile – Chiediamo la nascita di una struttura istituzionale che consenta all'Italia la partecipazione attiva e sistematica agli appuntamenti internazionali di confronto sull'HIV/AIDS e chiediamo la partecipazione paritetica a questa struttura della Società Civile del nostro paese.



Network Persone Sieropositive

Centri Test in Toscana Test HIV

TOSCANA	
AREZZO	50100-FIRENZE UN. DEGLI STUDI-Centro MST-Clinica Derm. Via della Pergola, 64 Tel. 055/2758684 L-V 8.00-12.00 S 8.00-11.00
52100-AREZZO OSP. S. MARIA SOPRA I PONTI-Mal. Inf. Via Fonte Veneziana, 13 Tel. 0575/254551 L-S 7.30-13.00	50100-FIRENZE NUOVO OSP. S. GIOVANNI DI DIO-Centro Prelievi Via Torregalli, 3 Tel. 055/7192511 L-V 7.00-9.00
52100-AREZZO OSP. S. DONATO-Lab. Sierologia Via P. Nenni Tel. 0575/255243-50 L-V 7.00 -10.00 S 7.00-9.00	50134-FIRENZE POL. CAREGGI-Piastra dei Servizi Centro Prelievi V.le Pieraccini, 17. Tel. 055/4279464 L-S 7.30-9.30
52011-BIBBIENA OSP. CIVILE-Lab. Analisi V.le Turati Tel. 0575 568266 L-S 8.00-9.00	50100-FIRENZE OSP. PEDIATRICO MEYER-UO Universitari di Mal. Inf. Pediatriche Via L. Giordano, 13 Tel. 055/5662518-413 L-V 8.00-13.00
52011-BIBBIENA OSP. CIVILE-Centro Trasf. V.le Turati, 40 Tel. 0575/568257 L-S 8.00-13.00	50134-FIRENZE POL. CAREGGI-SOD Immunologia Clinica V.le Morgagni, 85 Tel. 055/4277520-764 L-V 7.30-12.00
52044-CORTONA OSP. CIVILE-Lab. Analisi Via Maffei, 20 Tel. 0575/639251 L-S 8.00-10.00	50011-BAGNO A RIPOLI OSP. S. MARIA ANNUNZIATA-UO Mal. Inf. Via dell'Antella, 58 Tel. 055/2496512 L-S 7.00-19.00
52027-MONTEVARCHI DISTRETTO MONTEVARCHI AR8-Distretto Via Podgora Tel. 055/9106723 L-S 7.00-9.30	50011-BAGNO A RIPOLI OSP. S. MARIA ANNUNZIATA-Punto Prelievi Via dell'Antella, 58 Tel. 055/2496367-8 L-S 7.30-9.30
52037-SANSEPOLCRO AZ. SAN. VAL TIBERINA-Lab. Analisi Clin. Microb. Via F.Redi Tel. 0575/577239 L-S 7.30-9.30	50032-BORGIO SAN LORENZO OSP. DEL MUGELLO-Lab. Analisi V.le Della Resistenza Tel. 055/8451288 L-S 7.30-9.15
52037-SANSEPOLCRO OSP. CIVILE-Centro Sangue Via F. Redi, 1 Tel. 0575/741414 L-S 8.00-9.30	50032-BORGIO SAN LORENZO OSP. DEL MUGELLO-Sezione Trasf. V.le della Resistenza Tel. 055/8451277 L-S 8.30-10.30
FIRENZE	50053-EMPOLI ASL11-Centro test HIV via dei Cappuccini 79 ME 12,30-13,30 e GI 9-10,30. Tel. 0571704823-4805
50100-FIRENZE OSP. MEYER-Sezione Lab. Analisi Via L. Giordano 13 Tel. 055/5662502L-V 8.00-10.30	50014-FIESOLE (GIRONE) ASL 10-Croce Azzurra P.zza Sandro Pertini Tel. 055/6593712 L e Ma 7.30-8.30
50122-FIRENZE OSP. S. MARIA NUOVA-Punto Prelievi Via Della Pergola, 60 Tel. 055/2758782L-S 7.00-9.00	50063-FIGLINE VALDARNO PRES. OSP. SERRISTORI-Distretto Via Daverrazzano s.n. Tel. 0559508233 L-S 7.30-9.45
50134-FIRENZE POL. CAREGGI-SOD UO Mal. Inf. V.le G. Fieraccini, 17 Tel. 055/4279425-207-242 L-V 7.00-8.30	

50054-FUCECCHIO

OSP. CIVILE-Lab. Analisi
P.zza Lavagnini, 1
Tel. 0571/248310
L-S 7.00-9.00

50054-FUCECCHIO

OSP. CIVILE-Centro Trasf.
P.zza Lavagnini, 1
Tel. 0571/248321
L-S 7.30-9.30

50064-INCISA VALDARNO

DISTRETTO ASL 10-Presidio
Via Roma, 12/A
Tel. 055/8333120
L-S 7.15-8.30

50030-PRATOLINO VAGLIA

DISTRETTO ASL 10 NORD-OVEST-Presidio
Via Fiorentina, 538
Tel. 055/409401
L-Me-V 7.00-8.30

50067-RIGNANO SULL'ARNO

DISTRETTO SANITARIO-Presidio
P.zza dei Martiri, 6
Tel. 055/8348801
Ma e G 7.15-8.45

50018-SCANDICCI

SERV. IG. PUBBL.-Consultorio HIV
Via Rialdoli, 80
Tel. 055/7294285
Ma-V 11.30-13.00

50019-SESTO FIORENTINO

ASL 10/G-Punto Prelievi
Via Gramsci, 561
Tel. 055/4498306
L-S 7.15-8.45

GROSSETO**58100-GROSSETO**

OSP. DI GROSSETO-Div. Mal. Inf.
Via Senese
Tel. 0564/485219-228
L-S 8.00-9.30

58100-GROSSETO

OSP. DELLA MISERICORDIA-Centro Trasf.
Via Senese
Tel. 0564/485235-083
L-S 8.00-9.30

58033-CASTEL DEL PIANO

OSP. CIVILE ASL 9-Lab. Analisi
Via Dante Alighieri, 7
Tel. 0564/914584
L-V 7,30-10.30

58015-ORBETELLO

OSP. CIVILE-Sezione Trasf.
P.zza IV Novembre
Tel. 0564/869233-261
L-S 7.30-10.30

50063-FIGLINE VALDARNO

DISTRETTO SANITARIO-Centro Sangue
P.zza XXV Aprile
Tel. 055/9508294-296-357
L-S 7.30-10.00

LIVORNO**57100-LIVORNO**

OSP. DI LIVORNO-Poliambulatorio
V.le Alfieri 36
Tel. 0586/223355
L-S 7.30-9.30

57100-LIVORNO

OSP. RIUNITI DI LIVORNO-Amb. Mal. Inf.
V.le Alfieri 36
Tel. 0586/223282
L-S 8.00-9.45

57023-CECINA

OSP. CIVILE-Lab. Analisi
Via Montanara
Tel. 0586 614219
L-V 7.30-9.00

57025-PIOMBINO-ASL 6 LIVORNESE

Lab. Analisi
Via Forlanini, 26
Tel. 0565/67011
L-V 7.30-8.30

LUCCA**55100-LUCCA**

OSP. CIVILE-UO Complessa Mal. Inf.
Via dell'Ospedale, 3
Tel. 0583/970547-548
L-S 7.30-9.00

55051-BARGA

OSP. S. FRANCESCO-Lab. Analisi
Via dei Frati
Tel. 0583/729230
L-S 7.30-9.30

55032-CASTELNUOVO GARFAGNANA

OSP. S. CROCE-Centro Trasf.
Via dell'Ospedale, 3
Tel. 0583/669679
L-S 8.00-13.00

MASSA-CARRARA**54033-CARRARA**

AZ. SAN. n.1-Amb. Ufficio d'Igiene
P.zza Sacco e Vanzetti, 3
Tel. 0585/767683
L-S 8.00-13.00

54100-MASSA

OSP. CIVILE-Sezione Mal. Inf. e Trop.
Via Orecchia
Tel. 0585/493217
L-S 7.30-8.30

54027-PONTREMOLI

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO-Centro Prelievi
Via Mazzini, 48
Tel. 01874630211
L-S 7.30-9.30

PISA

56100-PISA

CENTRO OSP. RIUNITI S. CHIARA-Lab. Centrale
P.zza Manin
Tel. 050/992713-4-6
L-S 7.15-10.00

56100-PISA

AO PISANA-Div. Mal. Inf.
Via Paradisa, 2
Tel. 050/996735
L-S 7.00-9.00

56100-PISA

Unità Operativa VIROLOGIA DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA SPERIMENTALE

-
Centro di Riferimento Regionale Diagnostica Virologica Innovativa
Via S. Zeno 35-39
tel: 050 992774 Fax 050559455
Prelievi: Tutti i giorni (escluso i festivi) dalle ore 8 alle ore 10:30
Ritiro analisi :Tutti i giorni (escluso i festivi) dalle ore 8 alle ore 10.30

56025-PONTEREDERA

OSP. LOTTI-Centro Trasf.
Via Roma, 180
Tel. 0587/290358
L-S 7.30-9.30

PISTOIA

51100-PISTOIA

OSP. CIVILE-Amb. Mal. Inf.
P.zza S. Giovanni XXIII, 1
Tel. 0573/352078
L-V 7.00-14.00 S 7.00-13.00

51100-PISTOIA

OSP. RIUNITI DEL CEPPPO-Serv. Trasf.
P.zza Giovanni, XXIII, 1
Tel. 0573/352210
L-S 8.00-20.00

51017-PESCIA

OSP. CIVILE-Centro Trasf.
Via Cesare Battisti
Tel. 0572/460381
L-S 8.00-10.00

PRATO

50047-PRATO

OSP. DI PRATO-UO Mal. Inf.
Piazza dell'Ospedale, 1
Tel. 0574/434069-71
L-S 7.30-8.30

SIENA

53100-SIENA

OSP. SCLAVO-UO Complessa di Batteriologia
Via Tufi, 1 2 piano
Tel. 0577/586836
L-S 8.00-10.30

53036-POGGIBONSI

MONOBLOCCO OSP. ALTA VALDERZA-Serv. Trasf.
ss 68
Tel. 0577/994702
L-S 8.30-12.00

