

# Survey italiano sull'atteggiamento dei clinici verso l'infezione tubercolare latente nelle persone che vivono con HIV.

## Italian survey on clinicians' approach to Latent Tubercular Infection in people living with HIV.

Luca Caiazzo, Michela Pontolillo, Antonio Auricchio, Alessandro Brandimarte, Francesca Vignale, Claudio Ucciferri, Jacopo Vecchiet, Katia Falasca

Clinica di Malattie Infettive Policlinico SS Annunziata- Università d'Annunzio-Chieti-Pescara

### Riassunto

La tubercolosi è una delle maggiori cause di morte prevenibile fra la popolazione HIV nel mondo.

Le linee guida (LG) WHO e della SIMIT raccomandano di studiare e trattare tutti gli individui HIV positivi con un'infezione tubercolare latente (LTBI). Lo scopo di questo studio è valutare le opinioni e gli atteggiamenti in pratica clinica dei medici italiani che si occupano di HIV su LTBI. Dal 1° dicembre 2019 al 31 gennaio 2020 è stato pubblicato un questionario online, invitando tutti i soci della SIMIT a compilarlo.

Ottanta medici hanno compilato il questionario, da tutta Italia. I risultati hanno mostrato che la maggioranza dei medici che si occupano di HIV pensa che le raccomandazioni delle LG siano evidence-based e utili per la pratica clinica. Tuttavia, solo il 52.5% del nostro campione adotta le raccomandazioni e 16.3% lo fa solo parzialmente. Questa survey sullo screening della LTBI in PLWH ha rivelato una eterogeneità nelle strategie adottate dai medici italiani esperti di HIV ed una parziale implementazione delle LG. LG aggiornate, basate sulle evidenze e su protocolli diagnostico-terapeutici condivisi potrebbero portare ad una migliore gestione della LTBI in HIV.

### Abstract

*Tuberculosis is the leading preventable cause of death among people living with HIV (PLWH) worldwide. The WHO and SIMIT-Italian guidelines recommend to screen and treat all PLWH with latent tuberculosis infections (LTBI). Aim of the study was to evaluate the opinions and clinical approach of Italian HIV physicians on LTBI. From 1st December 2019, an online multiple-choice questionnaire was sent to all members of SIMIT (Società Italiana di Malattie Infettive).*

*Eighty physicians completed the questionnaire from all over Italy. The results of the survey showed that most HIV-physicians believe the guideline recommendations to be evidence-based and relevant for their daily practice. Nevertheless, only 52.5% of the sample adopt them and 16.3% do it partially. This questionnaire-based survey on LTBI screening in PLWH reveals a significant heterogeneity in the strategies applied by Italian HIV clinicians and a partial implementation of guidelines. Evidence based updated guidelines and shared diagnostic/therapeutic protocols may improve the management of LTBI in PLWH.*

**Autore per la corrispondenza:**

**Katia Falasca**  
Clinica di Malattie Infettive  
Policlinico SS Annunziata  
Via dei Vestini,  
66100 Chieti (CH)

k.falasca@unich.it

**Keywords:**  
Tubercolosi, HIV infection,  
Guideline adherence,  
Survey, Questionnaire

**Potenziali conflitti di interesse:** nessuno

JHA 2021; 6(1): 3-6

DOI: 10.19198/JHA31508

### Introduzione

La tubercolosi è una delle cause di morte prevenibile a maggior impatto sulla popolazione HIV in tutto il mondo. (1)

Il Tuberculosis report WHO del 2017 evidenzia come le persone con infezione da HIV (PLWH) avessero una probabilità di sviluppare una malattia tubercolare attiva di 23 volte superiore a quella dei soggetti non-HIV. (4)

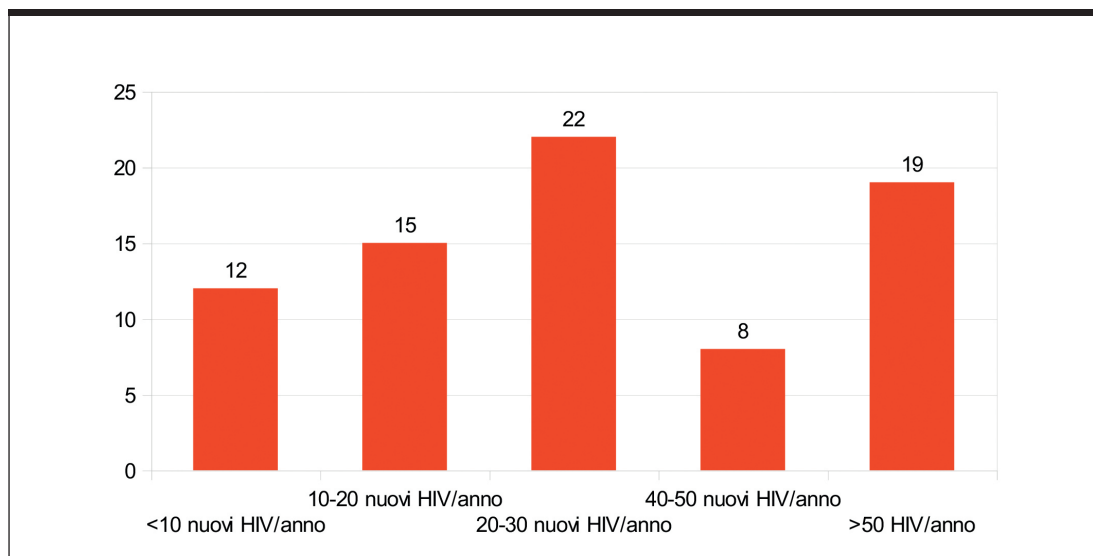
Le linee guida (LG) WHO del 2018 sull'Infezione Tubercolare Latente (LTBI) e le LG HIV della Società Italiana di Malattie Infettive (SIMIT) del 2017 raccomandano di sottoporre a screening per LTBI tutti

i soggetti HIV positivi, preferibilmente al momento della prima diagnosi di HIV. (2-3)

Tuttavia alcuni studi mostrano come l'implementazione delle LG sia incompleta e frammentaria. (5-7). L'obiettivo principale di questo studio era valutare le opinioni e gli atteggiamenti in pratica clinica dei medici italiani che si occupano di HIV, riguardo lo studio della LTBI nei soggetti HIV positivi.

### Materiali e metodi

Per questo motivo è stato ideato un questionario che si componeva di due sezioni: la prima volta ad indagare le opinioni nei riguardi dello studio della



**Figura 1.** Numero di rispondenti per grandezza del centro HIV di appartenenza.

LTBI da parte degli esperti HIV, la seconda volta ad approfondire le strategie di gestione della LTBI nei soggetti HIV da parte del singolo medico e del centro HIV in cui lavora.

Il questionario è stato reso disponibile online dal 1° dicembre 2019 al 31 gennaio 2020. Si è provveduto a promuoverne la compilazione attraverso una mail diffusa dalla segreteria della SIMIT a tutti i soci.

### Risultati

Alla survey hanno partecipato 80 medici, facenti capo a 40 centri che si occupano di HIV, rappresentanti di 14 regioni italiane. La distribuzione dei rispondenti per grandezza del centro HIV, definita come nuove diagnosi HIV/ anno, è mostrata in **Figura 1**.

Il 43.8% dei rispondenti dal Nord, il 26.2% dal Centro ed il 28.8% dal Sud.

L'età media dei medici era di 43 +/- 12 anni con un'esperienza media in HIV di 15.5 +/- 10.8 anni.

Il 98.8% ha dichiarato di conoscere le LG, l'82.5% le ritiene utili per la propria pratica clinica ed il 67.5% le considera basate su evidenze scientifiche solide.

Il 52.5% del nostro campione ha affermato che il centro HIV presso cui lavora adotta le raccomandazioni delle LG, il 16.2% lo fa solo in parte; nel 28.8% dei casi ad ogni clinico è lasciata libertà d'azione riguardo questo argomento.

Nel 58.8% dei casi i pazienti vengono studiati per la LTBI alla diagnosi di HIV mentre il 13.8% dei medici

attua uno screening dei pazienti HIV a seconda della presenza di fattori di rischio anamnestici. Nel 56.2% dei casi il clinico decide di studiare il paziente per la LTBI a seconda delle condizioni cliniche del paziente stesso. Nel 18.8% dei casi non viene mai ripetuto uno screening per la LTBI nel corso della vita del paziente. La strategia preferita per lo screening è l'utilizzo del Quantiferon da solo (66.2%), l'11.2% del campione utilizza la Mantoux ed il Quantiferon contemporaneamente mentre la stessa percentuale di medici (11.2%) utilizza questi due esami in maniera sequenziale. La malattia tubercolare attiva viene esclusa mediante criteri clinici, radiologici e microbiologici nella maggioranza dei casi (61.25%) e nel 33.75% tramite l'utilizzo dei criteri clinici e radiologici.

Per quanto riguarda la prescrizione della terapia preventiva, il 30% del campione ha dichiarato di non prescriberla anche a fronte di un test di screening positivo.

I regimi farmacologici maggiormente prescritti per la terapia preventiva sono risultati essere l'isoniazide per 6 mesi (55%), rifampicina ed isoniazide per 3 mesi (25%) e l'isoniazide per 9 mesi (15%).

Il 77.5% dei clinici ritiene che le persone con infezione da HIV non siano sufficientemente informati sul rischio della malattia tubercolare.

Nella quasi totalità del campione (96.2%) non si provvede a consegnare ai pazienti del materiale informativo sull'argomento, ma una percentuale consistente (75.0%) pensa che sarebbe una pratica utile.

## Discussione

Questo lavoro consente di conoscere in maniera più approfondita l'applicazione delle LG sulla LTBI nei pazienti HIV in Italia, almeno in maniera parziale, dato che solo una parte dei centri che si occupano di HIV ha risposto. La rappresentazione geografica appare comunque sufficiente dato che 14 regioni sono rappresentate.

I risultati mostrano che i medici italiani che si occupano di HIV nella propria pratica clinica conoscono le raccomandazioni delle LG, una maggioranza di essi le ritiene utili all'attività della propria pratica clinica e basate su evidenze scientifiche sufficientemente solide. Una survey svolta in Olanda rilevava invece come le motivazioni alla base della mancata implementazione delle LG fossero una scarsa conoscenza delle LG stesse ed una percezione, da parte dei medici, che le raccomandazioni fossero poco aderenti alla realtà clinica quotidiana e non sufficientemente basate su evidenze scientifiche. (5)

Un lavoro belga ha evidenziato come l'applicazione delle LG fosse eterogeneo per la percezione, da parte dei clinici, che i metodi di screening per la LTBI fossero poco sensibili nonché per l'alto rischio di eventi avversi legati alla terapia preventiva. Secondo gli autori l'eterogeneità delle pratiche di screening poteva essere frutto di LG nazionali poco aggiornate che non fornivano ai clinici indicazioni abbastanza precise per la gestione della LTBI. (6)

Sebbene la nostra survey abbia rilevato un alto livello di fiducia da parte dei clinici nelle raccomandazioni delle LG, i risultati hanno mostrato che esiste, anche nel nostro paese, una importante eterogeneità nella gestione dello screening e della terapia preventiva della LTBI.

Una Survey svolta negli UK ha mostrato che, nonostante la presenza di LG nazionali, una proporzione relativamente bassa del paese (57.4%) applica delle strategie di screening sistematico; non solo, anche questo lavoro ha rilevato una forte eterogeneità nella gestione dello screening LTBI. In questo studio gli autori sottolineano alcuni aspetti interessanti. La presenza di un'errata percezione del rischio di infezione tubercolare da parte dei clinici e la necessità di valutare in maniera prospettica delle strategie di screening più funzionali al rischio e con un miglior rapporto costo-efficacia. (7)

## Conclusioni

Questa survey su LTBI in PLWH ha rilevato una eterogeneità significativa nelle strategie gestionali applicate da parte dei medici italiani che si occupano di HIV ed un'implementazione solo parziale delle LG nazionali ed internazionali sull'argomento, dato peraltro comune ad altri paesi europei. La stesura di LG aggiornate, basate su evidenze scientifiche e su protocolli diagnostico-terapeutici condivisi tra gli esperti potrebbe apportare un miglioramento della gestione della LTBI in PLWH.

## QUESTIONARIO Domande riguardanti il medico /la struttura

1. Quanti pazienti HIV positivi ha in carico la struttura per cui lavora?
2. Quanti anni di esperienza ha nella gestione dei pz HIV positivi?
3. Quante nuove diagnosi di HIV fa approssimativamente la sua struttura ogni anno?
4. La sua struttura dispone di un protocollo interno per quanto riguarda lo screening LTBI e la terapia preventiva in HIV o la strategia varia a seconda del singolo clinico?
5. Quante diagnosi di Malattia tubercolare attiva stima nel suo campione di pazienti HIV ogni anno?
6. Ritiene che le raccomandazioni delle linee guida siano appropriate alla gestione della LTBI nel suo campione di pz HIV?
7. Se ritiene non lo siano in che maniera pensa dovrebbe essere condotta lo screening per LTBI in HIV nel suo contesto?
8. Ritiene fattibile l'applicazione di linee guida per lo studio della LTBI e la terapia preventiva applicabili uniformemente sul territorio nazionale?

## Domande riguardanti l'approccio allo screening LTBI

1. Il suo centro applica le raccomandazioni delle LG WHO e italiane sullo screening per l'infezione tubercolare latente in HIV?

2. I pazienti vengono studiati per la LTBI alla diagnosi?
3. Viene praticato uno screening per la LTBI selettivo in base alla valutazione del rischio per LTBI/TB del clinico che ha in cura il paziente? Se sì quali sono i criteri di selezione dei pazienti da sottoporre allo screening?
4. Che strategia viene utilizzata per lo studio della LTBI?
  - Solo TST
  - Solo Quantiferon
  - Entrambi i test simultaneamente
  - Strategia sequenziale: se TST positivo esecuzione Quantiferon
  - Altro? Specificare.
5. Come viene esclusa la malattia tubercolare attiva nei pazienti con test di screening positivi?
  - Clinica+ microbiologia+radiologia
  - Clinica+ microbiologia
  - Solo clinica
  - Solo microbiologia
  - Solo radiologia
  - Altro: specificare.
6. Viene ripetuto lo screening per LTBI durante il follow-up?
 

Se sì viene ripetuto a intervalli di tempo prestabiliti o seguendo criteri di valutazione del rischio? Specificare le motivazioni per la ripetizione dello screening.
7. A tutti i pazienti risultati positivi ai test viene poi consigliata e prescritta la terapia preventiva? Se no indicare quali sono i motivi di mancata prescrizione.
8. Quando viene prescritta la terapia preventiva che regimi farmacologici sono preferiti?
 

Indicare una percentuale approssimativa affianco ad ogni regime:

  - Isoniazide 6 mesi
  - Isoniazide 9 mesi
  - Rifampicina 4 mesi
  - Rifampicina/isoniazide 3 mesi
  - Rifapentina/isoniazide settimanale
  - Altro: specificare.
9. Viene prescritta una terapia preventiva ai pz dopo un contatto stretto noto con persona affetta da malattia tubercolare attiva?
  - Sì, sempre
  - Solo se i test risultano positivi
  - A seconda del grado di immunodepressione del pz/conta CD4+
  - No
  - Altro: specificare. ■

#### BIBLIOGRAFIA

1. *Global tuberculosis report 2015, 20th edition*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/191102>, ultimo accesso in data 28/10/2020
2. World Health Organization. *Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management*. Geneva, 2018. <https://www.who.int/tb/publications/2018/latent-tuberculosis-infection/en/> ultimo accesso in data 28/10/2020
3. *Linee Guida Italiane sull'utilizzo della Terapia Antiretrovirale e la gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1 Edizione 2017*. [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2696](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2696), ultimo accesso in data 28/10/2020
4. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2017*. [https://www.who.int/tb/publications/global\\_report/gtbr2017\\_main\\_text.pdf](https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_main_text.pdf), ultimo accesso in data 28/10/2020
5. Evenblij K, Verbon A, Leth FV. *Intention of physicians to implement guidelines for screening and treatment of latent tuberculosis infection in HIV-infected patients in The Netherlands: A mixed-method design*. BMC Public Health, 16: 915. doi:10.1186/s12889-016-3539-2
6. Wyndham-Thomas C, Schepers K, Dirix V, Mascart F, Vooren JV, Goffard J. *Implementation of latent tuberculosis screening in HIV care centres: Evaluation in a low tuberculosis incidence setting*. *Epidemiology and Infection*, 2015; 144: 703-11. doi:10.1017/s0950268815001594
7. White HA, Miller RF, Pozniak AL, et al. *Latent tuberculosis infection screening and treatment in HIV: Insights from evaluation of UK practice*. *Thorax* 2017; 72: 180-2. doi:10.1136/thoraxjnl-2016-209063

# Infezione da HIV e popolazione straniera: necessità di un SSN realmente inclusivo.

## HIV and migrants: challenges and needs for an inclusive health system.

Jacopo Testa<sup>1,2</sup>, Maria Grazia Pizzi<sup>1</sup>, Nicola Cocco<sup>3</sup>, Valentina Marchese<sup>4</sup>, Francesca Sabbatini<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Infectious Diseases Unit, Busto Arsizio Hospital, ASST Valle Olona, Busto Arsizio (VA), Italy.

<sup>2</sup> Center for Clinical Ethics, Department of Biotechnologies and Life Sciences, University of Insubria, Varese, Italy.

<sup>3</sup> HIV/TB/Hepatitis Specialist, Médecins Sans Frontières OCBA.

<sup>4</sup> Division of Infectious and Tropical Diseases, University of Brescia and ASST Spedali Civili, Brescia, Italy.

<sup>5</sup> Infectious Diseases Unit, San Gerardo Hospital-University of Milano-Bicocca, ASST Monza, Monza (MB), Italy.

### Riassunto

La pandemia da SARS-CoV-2 ha evidenziato nuovamente come le malattie infettive interessino l'intero tessuto sociale, colpendo maggiormente le classi più fragili, tra cui i migranti, spesso difficili da raggiungere da parte dei servizi. Le infezioni croniche virali (epatiti ed HIV) sono epidemiologicamente più rilevanti nella popolazione migrante per una maggiore incidenza nelle aree geografiche di provenienza e per la presenza di determinanti di rischio sociali, comportamentali o abitativi nei paesi d'arrivo o durante il percorso migratorio. La diagnosi precoce attraverso programmi di screening e la garanzia di trattamento sono elementi essenziali per ridurre l'impatto dell'infezione da HIV. La salute delle comunità migranti, attraverso la promozione di sistemi sanitari realmente inclusivi, è indissolubilmente legata al benessere e alla salute pubblica di tutti nei paesi d'arrivo. In Italia nonostante un miglioramento del livello di integrazione della popolazione migrante, la fruizione delle risorse sanitarie rimane spesso inadeguata, soprattutto in termini di programmi di screening e prevenzione, con conseguenti divari nell'incidenza delle patologie e loro esiti. La legge italiana garantisce inclusione, ma nella realtà si riscontrano innumerevoli criticità di applicazione, con una notevole disparità a seconda delle varie realtà locali. I decisori di politiche sanitarie dovrebbero prendere in considerazione queste problematiche, in particolare nei prossimi, delicati mesi di gestione della pandemia e di diffusione dei vaccini, per garantirne un accesso equo per le fasce più vulnerabili, inclusi i soggetti migranti affetti da HIV.

### Abstract

*The SARS-CoV-2 pandemic has highlighted how infectious diseases affect the entire society, above all the most vulnerable classes, including migrants, often hard to reach by the health services. Chronic viral infections (hepatitis and HIV) are epidemiologically more relevant in the migrant population due to higher incidences in the countries of origin and to the presence of social, behavioral or housing risk factors in the country of destination or during the migratory pathway. Early diagnosis through screening programs and feasible access to treatment are key points in reducing the impact of HIV infection. The health of migrant communities, through the promotion of really inclusive health systems, is therefore closely connected to welfare and public health for all in host countries. In Italy, despite an improvement in the level of integration of the migrant population, the use of health resources often remains inadequate, especially in terms of screening and prevention programs, with consequent gaps in the incidence of diseases and their outcomes. The Italian law guarantees inclusiveness, but actually many challenges persist, with considerable discrepancies according to the different local situations. Health policy makers should consider these issues, particularly in the next tricky months of pandemic management and vaccines distribution, to ensure equal access for the most vulnerable subjects, including HIV-infected migrants.*

**Autore per la corrispondenza:**

**Jacopo Testa**  
Unità Complessa di Malattie Infettive, Ospedale di Busto Arsizio, ASST Valle Olona, Via A. Da Brescia 1, 21052, Busto Arsizio (VA), Italia.

iltesta69@yahoo.it

**Keywords:**  
HIV, Migrant health, Access to healthcare

**Potenziali conflitti di interesse:** nessuno

JHA 2021; 6(1): 7-9

DOI: 10.19198/JHA31509

La pandemia da SARS-CoV-2 ha evidenziato ancora una volta ed in modo drammatico come le malattie infettive interessino l'intero tessuto sociale, colpendo maggiormente le classi più fragili (1). Tra queste classi si annoverano i migranti, provenienti per la maggior parte da paesi a basso e medio reddito e spesso senza documenti di soggiorno, che riman-

gono "invisibili" alle amministrazioni e pertanto più difficili da raggiungere da parte dei servizi (2).

Le infezioni croniche virali (epatiti ed HIV) sono epidemiologicamente più rilevanti nella popolazione migrante per due motivi: l'incidenza nelle aree geografiche di provenienza, che ne aumenta il rischio di acquisizione pre-migrazione, e la presenza di

determinanti di rischio sociali, comportamentali o abitativi subiti o acquisiti nel paese di destinazione o durante il percorso migratorio. Aumentano infatti le evidenze di acquisizione dell'infezione dopo la migrazione, che in alcuni contesti europei è responsabile del 62% delle diagnosi totali (3).

Le restrizioni all'accesso per i migranti privi di documenti a servizi essenziali come alloggio, occupazione, protezione e giustizia, rappresentano rischi aggiuntivi per contrarre l'HIV, minando il controllo sulla propria salute sessuale e personale con incremento del rischio di violenza sessuale e prostituzione (4). In aggiunta, a causa di numerose barriere legali e politiche locali e di difficoltose condizioni di vita e lavorative, i migranti sieropositivi in Europa sperimentano un ritardo diagnostico sproporzionato e in molti casi non sono in grado di accedere a nessun trattamento (4,5).

I dati europei relativi alle nuove diagnosi di infezione da HIV mostrano un incoraggiante trend globale in riduzione (-17% rispetto al 2009), con tuttavia percentuali considerevoli (42%) in persone originarie di un paese diverso da quello in cui è stata fatta la diagnosi (6). Questi dati sono confermati anche in Italia, dove si registra una diminuzione dell'incidenza delle nuove diagnosi dal 2012 prevalentemente negli italiani, ma con valori sostanzialmente stabili tra gli stranieri (7).

In questa prospettiva, la diagnosi precoce, attraverso programmi di *screening* specificamente mirati alle popolazioni *"hard to reach"*, e la garanzia di trattamento sono elementi critici per ridurre l'impatto dell'infezione da HIV. Essi rappresentano l'unico metodo efficace per ridurre la circolazione di persone potenzialmente contagiose, come dimostrato dai dati sulla non contagiosità dei pazienti persistentemente virosoppressi (8).

La salute delle comunità migranti, attraverso la promozione di una reale inclusività nei sistemi sanitari europei, è quindi indissolubilmente legata a quella di tutti i cittadini dell'UE. Anche le raccomandazioni dell'Agenzia Europea per i diritti fondamentali, suggeriscono l'incremento di ogni sforzo per garantire l'accesso alla terapia antiretrovirale per tutti gli stranieri, compresi i migranti privi di documenti, nel rispetto dei diritti umani e con l'obiettivo di ridurre la circolazione del virus indirettamente anche tra coloro che sono attualmente esclusi dall'assistenza sanitaria.

In Italia il livello di integrazione socioeconomica della popolazione migrante/immigrata è progressivamente migliorato, ma una parte significativa di essa fruisce delle risorse sanitarie in modo inadeguato, soprattutto in termini di programmi di screening e prevenzione, con conseguenti divari nell'incidenza delle patologie e loro esiti. L'Art. 32 della nostra Costituzione rappresenta una disposizione legislativa all'avanguardia, definendo la tutela della salute come diritto fondamentale di ogni "individuo" e come interesse condiviso: *"la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"*. L'utilizzo del termine "individuo", sottolinea come il diritto alla Salute non sia una prerogativa del "cittadino" italiano, ma di ogni persona presente sul territorio nazionale. Interessante notare come dopo i principi fondamentali elencati nella prima parte, questo sia il solo *"diritto fondamentale"*. L'Italia garantisce pertanto la tutela della salute delle persone non appartenenti all'Unione Europea, anche se sprovviste di titolo di soggiorno, mediante il decreto legislativo *"Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"* (DL n.286, 25/07/98; GU Serie Generale n.191, 18/08/98, Supplemento Ordinario n.139; approvato e reso applicativo dal DPR n. 394, 31/08/99; GU Serie Generale n.258 del 03/11/99, Supplemento Ordinario n.190), che disciplina l'accesso al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) da parte degli stranieri irregolarmente presenti in Italia, garantendo:

- Cure ospedaliere urgenti ed essenziali, ancorché continuative, comprese quelle erogate in regime di day-hospital e pronto soccorso (includendo pertanto le prestazioni che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona).
- Cure ambulatoriali urgenti ed essenziali, ancorché continuative per malattia e infortunio, i programmi di medicina preventiva (comprese le vaccinazioni previste dai piani sanitari) e di riabilitazione post-infortunistica, gli interventi di riduzione e prevenzione del danno rispetto ai comportamenti a rischio, nonché i programmi di tutela della salute mentale. Sono tutelate pertanto anche le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita

(complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti); sono considerate a carattere preventivo anche le prestazioni erogate dai Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) e le prestazioni necessarie alla cura di soggetti affetti da infezione da HIV.

- La tutela sociale della gravidanza e maternità, a parità di condizioni con le cittadine italiane e la tutela della salute del minore.
- La profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

Per questi pazienti, l'erogazione di tali prestazioni è subordinata al rilascio di un codice identificativo a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente), riconosciuto su tutto il territorio nazionale, previa sottoscrizione della dichiarazione di indigenza.

I cittadini dell'Unione Europea non residenti in Italia, che non hanno i requisiti per l'iscrizione obbligatoria al SSN e non sono assistiti dagli Stati di provenienza (essenzialmente quelli privi di Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) o modelli analoghi), sono tenuti a pagare la prestazione che viene loro erogata. Se impossibilitati a pagare la prestazione perché indigenti, hanno formalmente diritto alle medesime prestazioni di cui sopra, previa erogazione del codice ENI (Europeo Non Iscritto), analogo al codice STP (Rep. Atti n. 255/CSR del 20/12/2012. GU Serie Generale n.32 del 07/02/13 – Suppl. Ordinario n.9.).

Tuttavia, l'inclusione/inclusività che sulla carta è garantita trova nella realtà innumerevoli criticità di applicazione, con una notevole disparità a seconda delle

varie realtà locali. Il diritto all'assistenza sanitaria (*de jure*) non si riflette infatti automaticamente nella sua fruizione (*de facto*). L'accessibilità dei servizi sanitari e la loro effettiva organizzazione sono un tema molto dibattuto non solo per la popolazione straniera, ma anche per gli stessi cittadini italiani. Gli stranieri però, trovandosi con maggior frequenza in condizione di marginalità sociale e con difficoltà aggiuntive (comprensione linguistica, aspettative culturalmente determinate, frequenti complicazioni burocratiche), sono spesso ostacolati nella fruizione effettiva del diritto alla salute.

In aggiunta, la pandemia da COVID-19 pone ulteriori ostacoli per il pieno accesso alle cure per ai soggetti migranti, in particolare per gli individui affetti da HIV, che possono riscontrare barriere e difficoltà nell'esecuzione di test diagnostici e di follow-up, nonché nell'approvvigionamento dei farmaci antiretrovirali (9). Di fatto, COVID-19 rischia di rappresentare un ennesimo "double burden" per i soggetti migranti affetti da HIV (10). I decisori di politiche sanitarie dovrebbero prendere in considerazione tutte queste problematiche, in particolare nei prossimi, delicati mesi di gestione della pandemia e di diffusione dei vaccini, per garantirne un accesso equo per le fasce più vulnerabili, inclusi i soggetti migranti affetti da HIV.

Solo un Sistema Sanitario Nazionale pubblico ed inclusivo che raggiunga anche le frange di popolazione più marginalizzate può ambire quindi a raggiungere un duplice obiettivo: la tutela della salute dei più vulnerabili e il benessere di tutta la società. ■

#### BIBLIOGRAFIA

1. Fiorini G, Rigamonti AE, Galanopoulos C, et al. *Undocumented migrants during the COVID-19 pandemic: socio-economic determinants, clinical features, and pharmacological treatment*. J Public Health Res 2020; 9: 1852.
2. Malmusi D, Borrell C, Benach J. *Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin*. Soc Sci Med 2010; 71: 1610-19.
3. Fakoya I, Álvarez-del Arco D, Woode-Owusu M, et al. *A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: implications for effectively managing HIV prevention programmes and poli-cy*. BMC Public Health 2015; 15: 561.
4. Deblonde J, Sasse A, Del Amo J, et al. *Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA*. BMC Public Health 2015; 15: 1228.
5. Ridolfo AL, Oreni L, Vassalini P, et al. *Effect of Legal Status on the Early Treatment Out-comes of Migrants Beginning Combined Antiretroviral Therapy at an Outpatient Clinic in Mi-lan, Italy*. J Acquir Immune Defic Syndr. 2017; 75: 315-21.
6. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 – 2018 data*. Stoccolma, 2019.
7. ISS. *Notiziario dell'Iss (Volume 32 - Numero 10 2019) - Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2018*. Roma, 2019.
8. Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, et al. *Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study [published correction appears in Lancet HIV 2018; 5: e545]*. Lancet HIV 2018; 5: e438-e447.
9. Ahmed A, Dujaili J, Sandhu AK, Hashmi FK. *Concerns of HIV-positive migrant workers in COVID-19 pandemic: A call for action*. J Glob Health 2020; 10: 020342.
10. Lodge W 2nd, Kuchukhidze S. *COVID-19, HIV, and Migrant Workers: The Double Burden of the Two Viruses*. AIDS Patient Care STDS 2020; 34: 249-50.