

Con il finanziamento di



# Guida per lavorare al meglio nei servizi di Testing e Counselling HIV Community-Based

La Guida contiene i due documenti del progetto HIV-COBATEST:

Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT  
→ Pratiche di base in alcuni centri CBVCT europei

Indicatori di base per il monitoraggio delle attività di counselling  
e test volontari community based (CBVCT) per l'HIV  
→ Linee guida per i servizi CBVCT



REGIONE DEL VENETO



ARCIGAY  
Associazione LGBT Italiana

I documenti *“Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT - Pratiche di base in alcuni centri CBVCT europei”* e *“Indicatori di base per il monitoraggio della diagnosi dell’HIV nei servizi di counselling e test volontari community-based (CBVCT)”* sono stati sviluppati con il contributo e le competenze di diverse persone all’interno del progetto *“HIV Community-Based Testing Practices in Europa [Pratiche di test HIV community-based in Europa] - HIV-COBATEST”*, con il co-finanziamento dell’Agenzia esecutiva per la salute e i consumatori (EAHC), nell’ambito del Programma per la salute pubblica dell’UE (Convenzione di sovvenzione N° 2009 12 11).

Il documento *“Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT - Pratiche di base in alcuni centri CBVCT europei”* è stato sviluppato da Laura Rios Guardiola, Jean-Marie Le Gall, Beata Umubyeyi-Mairesse, dal comitato direttivo del progetto HIV-COBATEST e dal Gruppo di lavoro WP5 (Studio qualitativo HIV-COBATEST).

Una prima bozza del documento *“Indicatori di base per il monitoraggio della diagnosi dell’HIV nei servizi di counselling e test volontari community-based (CBVCT)”* è stata elaborata da Irena Klavs (National Institute of Public Health - NIPH, Slovenia), in collaborazione con Jordi Casabona (Centre d’Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya - CEEISCAT, Spagna), Cristina Agustí Benito (CEEISCAT), Laura Fernández López (CEEISCAT), Eduardo Ditzel (Projecte dels Noms-Hispanosida, Spagna), Miha Lobnik (LEGEBITRA, Slovenia) e Per Slaaen Kaye (STOP AIDS, AIDS-Foundation, Danimarca). E’ stata poi discussa al Convegno sul gruppo di indicatori di base per il monitoraggio della diagnosi dell’HIV nei servizi CBVCT, svoltosi a Barcellona il 24 maggio 2012. La stesura del documento finale è stata coordinata da Irena Klavs e Cristina Agustí Benito, con varie revisioni via e-mail e in videoconferenza e con il contributo di Jordi Casabona, Laura Fernández López, Eduardo Ditzel, Miha Lobnik e Per Slaaen Kaye.



**HIV-COBATEST**  
Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

# Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

Pratiche di base in alcuni centri CBVCT europei

Laura Rios Guardiola  
Jean-Marie Le Gall  
Beata Umubyeyi-Mairesse  
Comitato direttivo del progetto HIV-COBATEST  
Gruppo di lavoro WP5





## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

Il documento "Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT. Pratiche di base in alcuni centri CBVCT europei" è stato sviluppato con il contributo e le competenze di diverse persone all'interno del progetto "HIV Community-Based Testing Practices in Europe" (HIV-COBATEST, pratiche di test HIV *community-based* in Europa), con il co-finanziamento dell'Agenzia esecutiva per la salute e i consumatori (EAHC), nell'ambito del Programma per la salute pubblica dell'UE (Convenzione di sovvenzione N° 2009 12 11).

Una prima bozza è stata sviluppata da Laura Rios Guardiola, Beata Umubyeyi-Mairesse e Jean-Marie Le Gall, con il sostegno di Daniela Rojas Castro, Guillemette Quatremère e Grace Cunnane (Association AIDES, Francia).

Si è creato un gruppo di lavoro per pensare e pianificare la guida e per fornire commenti e suggerimenti durante la sua stesura.

I membri di questo gruppo di lavoro erano Per Slaatén Kaye e François Pichon (STOP AIDS, ora AIDS-Fondet, Danimarca), Miha Lobnik (Legebitra, Slovenia), Michael Wurm (AIDS-Hilfe, Germania), Michael Meulbrouk (Hispanosida, Spagna), Ivo Prochazka (Istituto di Sessuologia, Facoltà di Medicina, Università Carolina, Repubblica Ceca), Iwona Wawer (National AIDS Centre, Polonia), Galina Musat (Aras, Romania), Cristina Agustí Benito (CEEISCAT, Spagna).

La bozza finale è stata discussa tra i membri del Comitato direttivo del progetto: Jordi Casabona i Barbarà, Cristina Agustí Benito e Laura Ferández López (CEEISCAT, Spagna), Ferran Pujol (Projecte dels Noms-Hispanosida, Spagna), Michael Wurm (AIDS-Hilfe, Germania), Per Slaatén Kaye (STOP AIDS, Danimarca), Luigi Bertinato (Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute, Verona, Italia), Irena Klavs (Istituto di Salute Pubblica della Repubblica di Slovenia), Ivo Prochazka (Istituto di Sessuologia, Facoltà di Medicina, Università Carolina, Repubblica Ceca) e Iwona Wawer (National AIDS Centre, Polonia).



## Sommario

### Indice

<b>PERCHÉ VI INVITIAMO A LEGGERE QUESTO DOCUMENTO?</b>	<b>4</b>
<b>A CHI È RIVOLTO QUESTO DOCUMENTO?</b>	<b>5</b>
<b>1. DEFINIZIONE, OBIETTIVI E METODOLOGIA DI QUESTA GUIDA</b>	<b>6</b>
1.1. CHE COSA SIGNIFICA CBVCT? UNA DEFINIZIONE	6
1.2. COME È STATA CREATA QUESTA GUIDA	6
1.3. COME USARE QUESTO DOCUMENTO	7
1.4. METODOLOGIA E FONTI DI INFORMAZIONE UTILIZZATE PER CREARE QUESTA GUIDA	9
<b>2. QUADRO TEORICO RELATIVO ALL'ATTUAZIONE DEI SERVIZI CBVCT</b>	<b>12</b>
2.1 APPROCCI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E DELLA SALUTE SESSUALE	12
2.2 APPROCCIO <i>COMMUNITY-BASED</i> , SALUTE DELLA <i>COMMUNITY</i>	14
2.3 LE ATTIVITÀ CBVCT NELLE STRATEGIE DI INCREMENTO DI SCALA	16
2.4 APPROCCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELLA QUALITÀ	17
<b>3. QUESTIONI CHIAVE DELLE ATTIVITÀ CBVCT</b>	<b>20</b>
3.1 L'APPROCCIO <i>COMMUNITY-BASED</i> NEI SERVIZI CBVCT	20
3.2 ATTIVAZIONE DEI SERVIZI CBVCT TRA E CON LE POPOLAZIONI	25
3.3 STAFF E PERSONE COINVOLTE NEI PROGRAMMI CBVCT	29
3.4 I TEST UTILIZZATI	33
3.5 L'UTILIZZO DEL COUNSELLING NEI SERVIZI CBVCT	36
3.6 PRATICHE CBVCT	36
3.7 MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEI SERVIZI CBVCT	44
<b>APPENDICE</b>	<b>49</b>



## Perché vi invitiamo a leggere questo documento?

L'accesso alla salute dovrebbe essere un dato di fatto, ma troviamo ogni giorno esempi che contraddicono questa affermazione. A seconda dei paesi, l'accesso alla salute è garantito in misura maggiore o minore in funzione della situazione politica, economica, storica e sociale. HIV e AIDS hanno indubbiamente l'effetto di cristallizzare le disuguaglianze sociali che incidono sull'accesso alla sanità e all'assistenza di qualità. Questo documento si concentra su una questione sanitaria molto specifica: il test e counselling HIV.

I dati epidemiologici e gli altri dati scientifici ci forniscono informazioni che dimostrano che chi affronta situazioni di vulnerabilità è più a rischio di contrarre l'HIV (per esempio gli uomini che fanno sesso con altri uomini, i consumatori di droghe, i poveri, le donne e i migranti) e non riceve l'assistenza che una società più giusta dovrebbe offrirgli. Inoltre, a volte l'accesso ai dati relativi a tali soggetti è limitato o inesistente perché essi non si rivolgono nemmeno al sistema sanitario e questo ci impedisce di sapere in che misura siano affetti dall'HIV, quali siano le loro esigenze e che tipo di assistenza potrebbero ricevere. La paura dello stigma e della discriminazione costituisce un ostacolo aggiuntivo.

L'attuazione e il miglioramento dei servizi di counselling e test volontari *community-based* (CBVCT) sono uno strumento per offrire un'opportunità a queste popolazioni definite difficili da raggiungere o più a rischio per conoscere il loro stato HIV, ricevendo informazioni e counselling, ottenendo, se necessario, un collegamento al sistema sanitario ed essendo trattati senza essere giudicati. L'approccio *community-based* sarà il filo conduttore di questo documento, dal momento che i servizi CBVCT si rivolgono a una o più *community* e includono i membri della *community* in almeno una parte del processo di attuazione del servizio.

L'approccio CBVCT può abbattere molti ostacoli per il test HIV tra le popolazioni più a rischio, grazie alla prossimità sociale dello staff nei confronti della *community* di destinazione. La promozione di un'attuazione di buona qualità dei servizi CBVCT è necessaria per assicurare e ampliare le preziose caratteristiche dell'approccio *community-based*.

**L'obiettivo principale di questo documento è quello di fornire alcune idee ma, soprattutto, alcune pratiche già esistenti su come i centri CBVCT possano attuare e offrire i propri servizi. Rispettando il valore dell'apprendimento sul campo, alcune ONG e altri istituti che già svolgono attività CBVCT hanno lavorato insieme per raccogliere le proprie esperienze e ispirare nuove pratiche. Crediamo che conoscendo queste diverse pratiche si potrebbero ispirare nuovi modi per raggiungere le popolazioni più colpite dall'infezione da HIV e metodi migliori e più vari per eseguire il counselling e test, riducendo di conseguenza l'incidenza dell'HIV.**



## **HIV-COBATEST** Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

### **A chi è rivolto questo documento?**

- ➔ Alle ONG membri della rete HIV-COBATEST. Questo documento offrirà un quadro su come i diversi membri gestiscono i propri centri CBVCT.
- ➔ Alle ONG che già conducono attività CBVCT o che vogliono attuarle nelle proprie strutture o in collaborazione con altre strutture. Questo documento offrirà esperienze di altre ONG e istituzioni che già svolgono attività CBVCT e può fornire spunti al momento di prendere decisioni guidate in merito all'attuazione e al miglioramento di questi servizi.
- ➔ A tutte le istituzioni relative alla salute e a tutte quelle interessate alla qualità della vita dei gruppi più vulnerabili. Questo documento contribuirà a sviluppare una migliore comprensione delle ragioni che giustificano l'esistenza di questo tipo di servizio (per esempio nell'ambito delle strategie nazionali sull'AIDS), delle difficoltà di attuazione, ma anche dei vantaggi e delle lezioni che si possono apprendere da chi già lo conduce. Altri servizi sanitari potrebbero ispirarsi al CBVCT al fine di migliorare il proprio modo di "lavorare", se lo ritengono necessario e possibile.
- ➔ A tutte le istituzioni che possono stanziare fondi per lo sviluppo dei servizi CBVCT, poiché offrirà loro informazioni preziose sui potenziali benefici di tali servizi.



## 1. Definizione, obiettivi e metodologia di questa guida

### 1.1. Che cosa significa CBVCT? Una definizione

La letteratura e i dati oggettivi ci mostrano che la definizione di counselling e test volontari *community-based* varia enormemente da un contesto nazionale all'altro in Europa. Per questo motivo, e anche se siamo consapevoli di questa grande varietà di esperienze CBVCT, il progetto HIV-COBATEST propone la seguente definizione:

*CBVCT è qualsiasi programma o servizio che offre counselling e test HIV su base volontaria al di fuori delle strutture sanitarie convenzionali. È stato progettato per rivolgersi a gruppi specifici all'interno delle popolazioni più a rischio ed è chiaramente adattato per queste community e accessibile a esse. Inoltre, questi servizi devono garantire la partecipazione attiva della community con il coinvolgimento dei suoi rappresentanti nella pianificazione o nell'attuazione degli interventi e delle strategie delle attività di test HIV.*

I servizi HTC (test e counselling HIV) *community-based* sono tenuti a contribuire alla costruzione della pubblica fiducia, alla tutela dei diritti umani e alla riduzione dello stigma e della discriminazione (UNAIDS, 2010)<sup>1</sup>.

Nella pratica, le attività CBVCT possono essere attuate in diversi contesti e con diversi approcci e utilizzare il test HIV standard o il test HIV rapido (HRT).

### 1.2. Come è stata creata questa guida

Questa guida deriva dal progetto "HIV community-based testing practices in Europe" (HIV-COBATEST, Convenzione di sovvenzione N° 2009 12 11), cofinanziato dall'Agenzia esecutiva per la salute e i consumatori (EAHC). Maggiori informazioni sono disponibili sul sito [www.cobatest.org](http://www.cobatest.org).

Questo progetto mira a favorire la diagnosi precoce dell'HIV e il collegamento all'assistenza attraverso l'attuazione e il miglioramento dei servizi e programmi CBVCT in grado di raggiungere le popolazioni più vulnerabili e più a rischio prive di accesso agli altri contesti per il test HIV. In questo modo, tali popolazioni potrebbero beneficiare della diagnosi precoce, che consente il trattamento tempestivo e il miglioramento della qualità della vita delle persone affette da HIV e AIDS. Inoltre, la conoscenza del proprio stato sierologico è un modo per adattare il proprio comportamento ed evitare la trasmissione dell'HIV.

Per tutti questi motivi, il progetto HIV-COBATEST mira a favorire l'attuazione e il miglioramento dei servizi CBVCT sulla base delle pratiche esistenti.

---

<sup>1</sup> Organizzazione mondiale della sanità, *Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a strategic HTC policy framework*, 2012





## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

Gli obiettivi specifici principali del progetto HIV-COBATEST sono:

- ➔ Acquisire una conoscenza approfondita dei programmi e servizi CBVCT in diversi paesi.
- ➔ Identificare e descrivere le buone pratiche sull'attuazione delle attività CBVCT.
- ➔ Identificare un insieme di indicatori di base da usare per il monitoraggio e la valutazione delle attività CBVCT.
- ➔ Stabilire una rete VCT *community-based* nella quale eseguire ricerche operative.
- ➔ Valutare la fattibilità, l'accettabilità e l'impatto dell'introduzione delle tecnologie di test rapido per via orale nelle attività VCT *community-based*.

### 1.3. Come usare questo documento

Questa serie di pratiche CBVCT **ha lo scopo di:**

- Essere un documento "ispiratore", che vi aiuti a eseguire le attività CBVCT nel miglior modo possibile nel vostro attuale contesto (sociale, economico, storico e politico).
- Guidare le vostre iniziative CBVCT contrapponendo la vostra esperienza con le esperienze esistenti.
- Basarsi sull'approccio *community-based* e promuoverlo, trattandosi di una serie di esperienze *community-based* condivise.

Questa serie di pratiche CBVCT **non ha lo scopo di:**

- Fornire "standard di riferimento".
- Fornire informazioni su *come condurre counselling e test*. Esiste già un'ampia letteratura al riguardo (si vedano i riferimenti).
- Fornire una valutazione del vostro servizio.



## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

#### Gli obiettivi di questa guida sono:

- ➔ Identificare e descrivere le pratiche CBVCT in Europa.
- ➔ Facilitare l'attuazione e lo sviluppo dei programmi CBVCT.
- ➔ Ispirare modifiche organizzative.
- ➔ Fornire un quadro di riferimento per i partenariati di collaborazione.
- ➔ Dare informazioni sullo sviluppo, sull'attuazione e sulla valutazione dei programmi basati su dati oggettivi e sulla *advocacy*.
- ➔ Aiutare a monitorare e migliorare la qualità dei programmi CBVCT.

Inoltre, questa guida utilizza lo stesso quadro di riferimento e gli stessi obiettivi del "Code of Good Practice for NGOs Responding to HIV/AIDS"<sup>2</sup>, sviluppato dalle organizzazioni non governative (ONG). Questo codice, basato sulla conoscenza e sull'esperienza acquisite dall'inizio della risposta all'HIV, stabilisce che si richiedano la pratica e i dati oggettivi per fornire una valida risposta all'HIV quando miriamo a:

- assistere le ONG per migliorare la qualità e la coesione del lavoro e la responsabilità nei confronti dei loro partner e delle *community* destinatarie
- favorire una maggiore collaborazione tra le varie ONG e i partner istituzionali attivamente impegnati nel rispondere alla pandemia dell'AIDS
- rinnovare le "voci" delle ONG che rispondono all'HIV, consentendo loro di impegnarsi in una visione condivisa delle buone pratiche nella programmazione delle attività CBVCT e nella *advocacy*

#### In conclusione, questa guida:

- ➔ Non è un documento teorico bensì una guida basata su dati oggettivi che deriva da varie pratiche CBVCT.
- ➔ Non è una linea guida per definire o classificare i progetti CBVCT.
- ➔ Non è un'altra guida su come fare "test" di qualità bensì una fonte di informazioni in cui si evidenziano gli aspetti *community-based*.
- ➔ È uno strumento per comprendere meglio come funzionano le attività CBVCT, come possono essere attuate e migliorate. Offre ispirazione piuttosto che dettami.
- ➔ Non è un catalogo ma un insieme di caratteristiche chiave che può essere adattato alle situazioni locali, alle popolazioni destinatarie e alle organizzazioni CBVCT.

<sup>2</sup> [www.hivcode.org/about-the-code/](http://www.hivcode.org/about-the-code/)



#### **1.4. Metodologia e fonti di informazione utilizzate per creare questa guida**

Il documento è stato elaborato utilizzando la raccolta di dati di varie attività del progetto HIV-COBATEST e un'analisi della letteratura esistente.

Per quanto riguarda il **progetto HIV-COBATEST**, abbiamo utilizzato:

① Le informazioni raccolte da uno studio quantitativo condotto per reperire dati sulle politiche nazionali sull'AIDS e sul modo in cui i servizi di counselling e test volontari *community-based* sono eseguiti nella pratica. Si è somministrato un sondaggio ai responsabili HIV nazionali e/o regionali e ai rappresentanti di alcuni programmi CBVCT in ciascun paese, per avere spunti sui diversi contesti nazionali. In questo modo, è stato possibile ottenere una panoramica della situazione del test e counselling HIV in generale e dal punto di vista dei programmi e servizi CBVCT. Si è data particolare attenzione al confronto tra quanto è conosciuto nei *Focal Point* nazionali/regionali (NFP) e quanto è noto ed è fatto concretamente nei programmi e servizi CBVCT.

② Le informazioni raccolte da uno studio qualitativo condotto in 8 paesi partecipanti (Repubblica Ceca, Danimarca, Francia, Germania, Italia, Polonia, Slovenia e Spagna). Sono stati condotti *focus group* con gli assistiti dei servizi CBVCT e interviste semi-strutturate con i coordinatori dei servizi CBVCT da parte di un nucleo di coordinatori sul campo (uno per paese partecipante), impostati con lo scopo di assicurare un collegamento con tutti questi centri, di moderare i *focus group* ed eseguire le interviste.

③ Il documento "Indicatori di base per il monitoraggio dell'HIV: linee guida per i servizi CBVCT", che definisce un approccio standardizzato per il monitoraggio e la valutazione (M&E) delle attività CBVCT. Per alcuni servizi CBVCT, questi processi di M&E forniranno informazioni preziose per migliorare le loro prestazioni e permetteranno di confrontare il loro rendimento con altri servizi simili. Inoltre, il M&E può anche essere un utile strumento per: a) sostenere un ampliamento dell'offerta dei servizi CBVCT in aggiunta ai sistemi convenzionali di assistenza sanitaria; b) fornire dati oggettivi sulle loro attività; c) dimostrare la loro utilità al momento della ricerca di finanziamenti.

In questo modo, i dati raccolti dal progetto HIV-COBATEST offrono elementi chiave sul modo in cui sono gestiti i servizi CBVCT e sulle normative e sui contesti nazionali in diversi paesi europei. Queste informazioni ci hanno permesso di definire i pro e i contro delle attività CBVCT: che cosa funziona, che cosa è apprezzato dagli assistiti dei servizi CBVCT, che cosa è importante tenere in considerazione nell'attuazione e nel miglioramento dei programmi CBVCT.

Dal momento che l'obiettivo del progetto HIV-COBATEST non è quello di stabilire una guida teorica bensì quello di raccogliere elementi concreti per fornire ai soggetti interessati assistenza per la riuscita attuazione dei servizi CBVCT o per migliorare i servizi esistenti, questo documento si



## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

concentra su quegli elementi che sono sembrati indispensabili e fondamentali per la riuscita attuazione, ma illustra soprattutto le questioni che meritano particolare attenzione e su cui si deve decidere in base al contesto peculiare in cui le attività CBVCT sono condotte (popolazione destinataria, organizzazione nazionale o regionale, staff medico o educatori alla pari...).

Per completare i dati ottenuti dal progetto HIV-COBATEST e per creare questa guida, si è svolto un **riesame delle attuali linee guida europee ed extra-europee.**

- *Quality Assurance Standards for HIV Counseling, Testing, and Referral Data.* Program Evaluation Branch Division of HIV/AIDS Prevention Centers for Disease Control and Prevention, 2009
- *Let's talk about HIV counselling and testing, Facilitators' guide. Tools to build NGO/CBO capacity to mobilize communities for HIV counselling and testing.* International HIV/AIDS Alliance, 2006
- *HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union.* European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stoccolma, 2010
- *Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a strategic HTC policy framework.* Organizzazione mondiale della sanità, 2012
- *Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health care settings.* CDC, 2006
- *Quality Assurance Guidelines for Testing Using Rapid HIV Antibody Tests.* CDC, 2007
- *HIV Counseling, Testing, and Linkage Protocols, Procedures, and Continuous Quality Improvement Plan, Template.* San Francisco Department of Public Health, 2010
- *Community models of HIV testing for men who have sex with men (MSM): Systematic Review 2011.* Pedrana A., Guy R., Bowring A., Hellard M. & Stoove M. Report commissionato da: ACON, 2011
- *The NGO HIV/AIDS Code of Good Practice Project, Renewing our voice, 2004. The code of Good Practice for NGOs Responding to HIV/AIDS.* 2004
- *Scaling up HIV testing and counselling in the WHO European Region as an essential component of efforts to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support.* OMS EUROPA, 2010
- *Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy.* Mona C. Shediak-Rizkallah and Lee R. Bone. *Health education research, Theory & Practice.* Vol.13 n.1 1998, pagine 87-108
- *Rapid HIV Tests: Guidelines for use in HIV Testing and counseling services in resource-constrained settings.* OMS, Ginevra, 2004.
- *Good practice update community based HIV testing and HIV treatment as prevention, 2008.* International HIV/AIDS Alliance, International Secretariat, giugno 2009
- *Developing sexual health programmes: A framework for action.* WHO/RHR/HRP/10.22 © Organizzazione mondiale della sanità, 2010
- *European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP), User manual.* Progetto "Getting evidence into practice", settembre 2005
- *Defining equity in health.* P. Braveman, S. Gruskin J. *Epidemiol. Community Health.* 2003, 57, p. 254-258
- *Ottawa Charter for Health Promotion.* 1986 - 2012. Disponibile su: [www.who.int/healthpromotion/](http://www.who.int/healthpromotion/)
- *Access to early HIV and STI diagnostics for vulnerable groups. Self-assessment of the voluntary counseling and testing services.* Bordenet Work, 2012
- *Core Indicators to monitor community based voluntary counselling and testing (CBVCT) for HIV. Guidelines for CBVCT services. Field-test version.* HIV-COBATEST, luglio 2012. Disponibile su: [www.cobatest.org](http://www.cobatest.org)
- *Implementation of CBVCT programs and services. Qualitative Study Report.* HIV-COBATEST, settembre 2012. Disponibile su: [www.cobatest.org](http://www.cobatest.org)
- *Cross-national survey on the implementation of community based voluntary counselling and testing (CBVCT) programmes – Quantitative Report.* HIV-COBATEST. ottobre 2012. Disponibile su: [www.cobatest.org](http://www.cobatest.org)

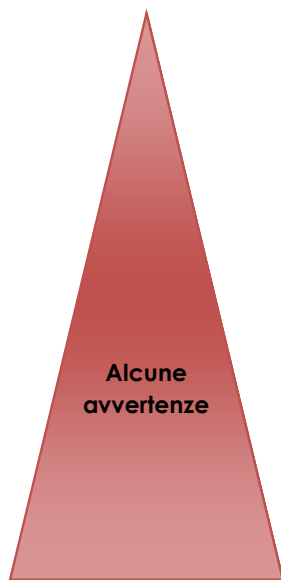
Infine, è da notare che il documento è stato completato utilizzando le informazioni e valutazioni di un gruppo di lavoro di cui tutti i componenti sono membri attivi di servizi CBVCT in Europa.



## HIV-COBATEST

Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

Possiamo affermare che questo documento è stato creato da esperienze esistenti nei centri CBVCT europei e da raccomandazioni internazionali.



- \* Il documento si basa in parte sui risultati attesi del progetto HIV-COBATEST, che sono una fonte limitata di informazioni. Inoltre, ci sono alcuni limiti metodologici (per maggiori dettagli, si vedano i risultati attesi su [www.cobatest.org](http://www.cobatest.org)).
- \* La maggior parte delle esperienze descritte in questa guida provengono da servizi CBVCT indirizzati a uomini che fanno sesso con altri uomini (MSM). Questo non deve sorprendere, poiché la *community* degli MSM è, dall'inizio dell'epidemia, molto attiva nella lotta all'AIDS. Ciononostante, altre *community* potrebbero esprimere altri bisogni o preferire altri modi di eseguire le attività CBVCT.
- \* Questa non è una guida "finale" bensì un documento dinamico, poiché il contributo delle esperienze future dovrà essere un elemento fondamentale per la sua evoluzione. Proprio nello stesso modo dell'epidemia HIV, si evolvono e si sviluppano anche i contesti nazionali e i regolamenti per lo screening HIV.



## 2. Quadro teorico relativo all'attuazione dei servizi CBVCT

Negli ultimi dieci anni, i dati scientifici e pratici hanno ampiamente dimostrato l'influenza delle componenti strutturali e non strutturali del counselling e test *community-based* nell'attuazione, nello sviluppo e nella riuscita di questo tipo di servizi.

Ora, anche se gli aspetti tecnici delle pratiche VCT sono molto importanti, è anche essenziale sottolineare gli aspetti teorici dell'approccio "*community-based*" per le attività VCT. In questo modo, possiamo affermare che la riuscita dell'attuazione e del miglioramento dei servizi CBVCT dipende dalla loro coerenza con la promozione della salute e gli approcci *community-based*.

Nelle sezioni seguenti presenteremo brevemente vari approcci teorici che coprono differenti fasi e aspetti delle attività di counselling e test volontari *community-based*. Presenteremo così un approccio alla promozione della salute sessuale, che copre l'intero processo VCT, e l'approccio della certificazione della qualità, che corrisponde più precisamente agli aspetti valutativi delle attività CBVCT. Si è deciso di presentare tutti gli approcci teorici nello stesso momento, per dedicare la terza parte di questo documento alle pratiche VCT di base.

### 2.1 Approcci di promozione della salute e della salute sessuale

I servizi CBVCT sono, innanzitutto, un esempio importante di che cosa può fare la promozione della salute per migliorare la vita di chi è a maggior rischio per l'HIV e di chi ha difficoltà a prendersi cura della propria salute e a ricevere assistenza. Per questo motivo, crediamo che il concetto riconosciuto a livello internazionale di promozione della salute sia di fondamentale importanza nella riflessione sull'attuazione e sul miglioramento delle attività CBVCT. Per quanto riguarda la promozione della salute, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) dà questa definizione:

“La promozione della salute è il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le aspirazioni, di soddisfare i bisogni e di cambiare

l'ambiente o di adattarvisi. La salute, quindi, è vista come una risorsa per la vita quotidiana e non l'obiettivo della vita. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, oltre

#### Che cos'è la promozione della salute?

- Processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla.
- La salute è una risorsa per la vita quotidiana.
- La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali e le capacità fisiche.
- La promozione della salute si concentra sul raggiungimento dell'equità nella salute.



## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

alle capacità fisiche. Per questo, la promozione della salute non è solo responsabilità del settore sanitario, ma si spinge oltre gli stili di vita sani fino al benessere”<sup>3</sup>.

L'azione della *community* è uno dei capisaldi della promozione della salute. Che cosa significa? Significa che le *community* sono attori della loro propria salute e possono prendere misure sui principali cambiamenti nelle determinanti per la salute dei loro membri (legislazione, organizzazioni, reti istituzionali, servizi offerti, infrastrutture, etc.).

La promozione della salute si concentra così sul raggiungimento dell'equità nella salute (per una definizione si veda il riquadro seguente). Per quanto riguarda il problema in questione, il test HIV e l'assistenza, sembra ovvio che l'approccio della promozione della salute sia il più adeguato per raggiungere il nostro obiettivo principale, ossia assicurare l'accesso alla salute alle popolazioni a maggior rischio. Come descritto nella Carta di Ottawa, “le azioni di promozione della salute hanno lo scopo di ridurre le differenze nell'attuale stato di salute e di assicurare pari opportunità e risorse per consentire il raggiungimento del proprio potenziale di salute più completo. Sono inclusi un saldo radicamento in un ambiente propizio, l'accesso all'informazione, le capacità per la vita e la possibilità di fare scelte sane”<sup>4</sup>. Non si può raggiungere il proprio potenziale di salute più completo se non si è in grado di avere il controllo di quello che determina la propria salute. Questo deve valere allo stesso modo per donne, uomini e transessuali.

“L'equità nella salute può definirsi come l'assenza di disparità nella salute (e nelle sue determinanti sociali chiave), che sono sistematicamente associate con il vantaggio e lo svantaggio sociale. Le iniquità sociali mettono sistematicamente le popolazioni già svantaggiate (per esempio, a causa della povertà, del sesso femminile, o dell'appartenenza a un gruppo razziale, etnico o religioso privo di diritti) in ulteriore svantaggio per quanto riguarda la loro salute.

Equità nella salute significa pari opportunità di essere sani, per tutti i gruppi della popolazione. L'equità nella salute implica quindi che le risorse siano distribuite e i processi siano progettati in modo da tendere con massima probabilità all'uguaglianza della situazione sanitaria dei gruppi sociali svantaggiati con la situazione delle controparti più avvantaggiate. Questo si riferisce alla distribuzione e alla progettazione non solo delle risorse e dei programmi di assistenza sanitaria, ma di tutti i programmi, le risorse e le politiche che svolgono un ruolo importante nel formare la salute, molti dei quali sono al di fuori del controllo immediato del settore sanitario.”

P. Braveman, S. Gruskin “Defining equity in health”, *J. Epidemiol. Community Health*, 2003, 57, p. 254-258

Parlando di promozione della salute, ovviamente includiamo anche la salute sessuale. Dobbiamo sottolinearlo perché la sessualità e la salute sessuale sono abbastanza spesso trattate da un punto di vista negativo o patologico. Poiché le popolazioni a maggior rischio comprendono gli uomini che fanno sesso con altri uomini, i transessuali e gli operatori e le operatrici del sesso (*sex workers*), crediamo che valga la pena di tenere a mente che cosa dice l'OMS sulla sessualità e sulla salute sessuale.

<sup>3</sup> Ottawa Charter for Health Promotion, [www.who.int/healthpromotion/](http://www.who.int/healthpromotion/), 1986 - 2012

<sup>4</sup> Ibid.



Secondo l'OMS<sup>5</sup>, le definizioni di sessualità e salute sessuale sottolineano questi aspetti positivi: "La salute sessuale richiede un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come la possibilità di esperienze sessuali piacevoli e sicure, prive di costrizione, discriminazione e violenza".

### **Salute sessuale**

→ La promozione della salute sessuale deve tenere in considerazione fattori fisici, psicologici, cognitivi, socio-culturali, religiosi, legali, politici ed economici.

L'obiettivo delle attività CBVCT non è solo quello di offrire un test HIV ma, rispettando l'approccio positivo, l'attività principale sarà quella di aiutare chi è a maggior rischio a integrare il risultato nella propria vita e di promuovere una migliore salute sessuale. Quindi, il lavoro svolto nei centri CBVCT andrà ben oltre l'offerta di una risposta medica alla salute sessuale come definita in seguito.

"Tipicamente, una risposta medica alla (cattiva) salute sessuale tende a identificare 'disfunzioni sessuali e riproduttive'. Questo termine è problematico poiché suggerisce problemi individuali, mentre la definizione di salute sessuale suggerisce che i problemi di cattiva salute sessuale potrebbero essere meglio classificati come 'disfunzione sociale'. La salute sessuale è direttamente influenzata da una varietà di fattori fisici, psicologici, cognitivi, socioculturali, religiosi, legali, politici ed economici, su alcuni dei quali l'individuo ha poco o nessun controllo. Gli standard di salute sessuale dipendono da una complessa interazione di molti di questi fattori, che devono quindi essere tenuti in considerazione nella misura e nella promozione della salute sessuale"<sup>6</sup>.

Data l'importanza di questo problema, i centri CBVCT che offrono vari servizi per un'assistenza sanitaria sessuale globale saranno generalmente molto allettanti per gli assistiti che hanno bisogno di qualcosa in più del servizio VCT per l'HIV. Questo è il motivo per cui oggi si dà maggiore attenzione, in diversi paesi, a creare "servizi a sportello unico" o "centri per la salute sessuale".

## **2.2 Approccio community-based, salute della community**

Tra le numerose definizioni esistenti, crediamo che la definizione che si adatta meglio al nostro tema sia quella che definisce la *community* come "un gruppo di persone con diverse caratteristiche che sono legate da vincoli sociali, condividono prospettive comuni e perseguono un'azione congiunta in luoghi geografici o contesti"<sup>7</sup>.

Nel quadro delle attività CBVCT, la nozione di *community* ha senso solo in relazione a una "azione preesistente" e *community* di vecchia data non necessariamente sono pronte a dare avvio a un programma *community-based*. La maggior parte delle volte, una *community* si crea quando

<sup>5</sup> OMS, *Developing sexual health programmes: A framework for action*, 2010

<sup>6</sup> OMS, *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators*, 2010

<sup>7</sup> K. M. MacQueen et al., "What Is Community? An Evidence-Based Definition for Participatory Public Health", *Am. J. Public Health*, dicembre 2001





individui o gruppi sono in grado di mobilitarsi verso un fine comunemente identificato. Questa mobilitazione si basa su interessi condivisi e implica la partecipazione della *community* in tutto il progetto. Quindi, la prova dell'esistenza di una *community* consiste nella capacità dei suoi membri di agire in cooperazione. Per dare avvio a una dinamica di *community* che possa veramente portare apertura sociale, deve esistere una responsabilità collettiva per affrontare le preoccupazioni comuni basata sulla volontà di prendersi cura di sé stessa. Inoltre, questo approccio non è compatibile con un approccio puramente epidemiologico che lavori con categorie di popolazione chiaramente classificate. La nostra definizione di "*community*" punta a evitare la classificazione di popolazioni con etichette che possano essere percepite dalla *community* come rigide e semplicistiche e che potrebbero impedire alle persone di auto-identificarsi come appartenenti a tale categoria.

**Approccio community-based**

- ➔ La *community* è un gruppo di persone con diverse caratteristiche che sono legate da vincoli sociali, condividono prospettive comuni e perseguono un'azione congiunta in luoghi geografici o contesti.
- ➔ Questo approccio sottolinea la capacità dei membri della *community* di agire in cooperazione.

Lo European Community Health Practices Network (ECHPN)<sup>8</sup>, in accordo con l'Organizzazione mondiale della sanità, sottolinea il ruolo della "salute della *community*" come una delle strategie di attuazione della promozione della salute definite nella Carta di Ottawa. Secondo lo ECHPN, gli approcci di salute della *community* condividono le seguenti caratteristiche principali:

- Una base collettiva (un gruppo di residenti, un gruppo riunito per un problema, una situazione di dipendenza o un obiettivo per una o più azioni da sviluppare).
- Un'identificazione collettiva dei problemi, bisogni e risorse (un'analisi di *community*).
- Possono partecipare tutti gli interessati: utenti, specialisti, professionisti (dei campi più diversi), amministratori e politici; questo implica il coinvolgimento della popolazione nell'identificare il problema, per mobilitare le loro capacità, per la partecipazione nell'intero processo, e la de-compartimentazione professionale.

"Lo sviluppo della *community* attinge alle risorse umane e materiali esistenti nella *community* per aumentare l'auto-aiuto e il sostegno sociale e per sviluppare sistemi flessibili che rafforzino la partecipazione e la direzione pubbliche sui temi della salute. Questo richiede un completo e continuo accesso alle informazioni, possibilità di apprendimento per la salute e il sostegno dei finanziamenti"<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Convention of the Community Practices of Health 1999 – SEPSAC, [www.sepsac.org/index.php?id=20](http://www.sepsac.org/index.php?id=20)

<sup>9</sup> Ottawa Charter for Health Promotion, [www.who.int/healthpromotion/](http://www.who.int/healthpromotion/), 1986 - 2012



## 2.3 Le attività CBVCT nelle strategie di incremento di scala

Parlando delle attività CBVCT non possiamo fare a meno di affrontare il problema dell'*incremento di scala*. Anzi, dal momento in cui i servizi CBVCT iniziano a eseguire i test HIV, si solleva la questione di adattare la loro risposta alla popolazione stimata che potrebbe avere bisogno di tali servizi. Anche se alcuni programmi e servizi CBVCT sono avviati in un contesto più "locale" o con un obiettivo "modesto", il problema dell'incremento di scala a un certo punto si presenta.

Così, "si è stimato che nell'Unione Europea circa un terzo degli infetti non conosca il proprio stato sierologico, mentre in alcuni paesi dell'Europa orientale e dell'Asia centrale, più del 60% dei sieropositivi rimanga non diagnosticato. La mancanza di conoscenza dello stato HIV è un problema chiave sia per gli individui sia per la società. Una delle sfide più importanti nella lotta contro l'epidemia di HIV è l'aumento del numero di chi ha accesso al test e counselling HIV (HTC) e la diminuzione del numero di chi non sa di essere infetto"<sup>10</sup>.

- A livello individuale, il test e counselling HIV (HTC) "può fornire una possibilità di accesso tempestivo al trattamento, all'assistenza e al sostegno adeguati; chi si presenta tardi soffre una maggiore morbosità e mortalità rispetto a chi è diagnosticato presto"<sup>11</sup>.
- A livello di *community* e collettivo, "un HTC di qualità può aiutare ed evitare l'infezione da HIV mediante un counselling che scoraggi comportamenti ad alto rischio e che sostenga comportamenti protettivi. Chi sa di essere infetto da HIV può adottare misure per ridurre il rischio di trasmissione dell'HIV ai compagni di droga e ai partner sessuali. L'importanza di questo per la prevenzione dell'HIV si rafforza nei contesti in cui il trattamento antiretrovirale (ART) è disponibile e accessibile a tutti quelli che ne hanno bisogno, data la sua efficacia nel ridurre la carica virale e la quantità di virus circolante nella *community*".

Il quadro strategico dell'OMS Europa sottolinea la necessità di aumentare gli sforzi per l'incremento di scala dei servizi di test e counselling HIV. "Si deve considerare come un imperativo per la salute pubblica e i diritti umani, ma non è l'obiettivo finale. I programmi HTC vanno collegati a più ampi sforzi per raggiungere l'accesso universale, nell'ambito dell'HIV, alla prevenzione, al trattamento, all'assistenza e al sostegno globali e basati su dati oggettivi."<sup>12</sup>

Un quadro strategico che elenca i dieci principi fondamentali per l'incremento di scala del test e counselling HIV negli stati membri è stato elaborato dall'OMS Europa (si veda l'appendice).

<sup>10</sup> OMS EUROPA, *Scaling up HIV testing and counselling in the WHO European Region as an essential component of efforts to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support*, 2010

<sup>11</sup> *Ibid.*

<sup>12</sup> *Ibid.*



## 2.4 Approccio della certificazione della qualità

Infine, vorremmo dedicare alcune righe all'approccio della certificazione qualitativa. Indipendentemente dal tipo di servizi sanitari che stiamo gestendo, la questione della valutazione emerge rapidamente se abbiamo l'intenzione, la necessità e/o l'obbligo di descrivere i nostri risultati con precisione e se il miglioramento è possibile e/o desiderato.

La **certificazione della qualità** è un "ampio concetto che si può definire come la metodologia per assicurare la qualità, concentrandosi sulla pianificazione dei progetti e delle attività. La certificazione della qualità comprende la misura e la valutazione della qualità, ma copre anche altre attività per evitare una bassa qualità e assicurarne una di alto livello.

La certificazione della qualità nella promozione della salute ha quattro vantaggi principali:

- evitare l'uso di strategie inefficaci di promozione della salute;
- favorire una promozione della salute basata su dati oggettivi;
- tenere in considerazione le risorse limitate nella pratica della promozione della salute;
- integrare i bisogni e i desideri del gruppo destinatario"<sup>13</sup>.

Ovviamente, la certificazione della qualità non è solo un processo di monitoraggio e valutazione (M&E) ma comprende anche i dati forniti dal M&E.

Si sono scritti vari strumenti standard comuni o linee guida, realizzati da istituzioni e/o associazioni, alcune a livello nazionale e altre all'interno di contesti nazionali. Essi forniscono criteri comparativi che consentono la valutazione e il miglioramento della qualità. L'utilizzo di questi criteri deve dipendere dalla pertinenza degli approcci e dei valori teorici alle azioni sviluppate dall'organizzazione, ai mezzi finanziari e alle risorse umane disponibili e alla sanità pubblica locale o alle politiche finanziarie.

### La certificazione della qualità

- ➔ La certificazione della qualità è la metodologia per assicurare la qualità, concentrandosi sulla pianificazione dei progetti e delle attività.
- ➔ La certificazione della qualità comprende la misura e la valutazione della qualità, ma copre anche altre attività per evitare una bassa qualità e assicurarne una di alto livello.
- ➔ Per creare questa guida si è utilizzato lo European Quality Instrument for Health Promotion.

Come affermato da Bollars *et al.*, "gli interventi di promozione della salute sono processi complessi e multi-settoriali e i loro risultati non sono sempre visibili a breve termine; il concetto di certificazione della qualità non può essere semplicemente trasferito alla promozione della salute. Inoltre,

---

<sup>13</sup> Ibid.



## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

L'orientamento di base della promozione della salute è emancipativo e i suoi valori sono radicati nei diritti fondamentali dell'uomo. La certificazione della qualità nella promozione della salute deve riflettere questi valori fondamentali ed etici e questo significa che è necessario allargare i contesti e gli strumenti di qualità esistenti per includere gli aspetti contestuali, multidimensionali, emancipativi ed etici della promozione della salute"<sup>14</sup>.

Lo **European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP)**, utilizzato in questo documento, è stato sviluppato come strumento di consenso europeo per favorire la valutazione e il miglioramento della qualità nella promozione della salute e ha il sostegno della Commissione Europea. Si basa su una collaborazione unica tra un consorzio di agenzie di promozione della salute e istituti di quasi tutti gli stati membri dell'UE.

"La base concettuale dello EQUIHP è un modello che deriva dall'esperienza pratica nella promozione della salute. Identifica quattro aree essenziali nel raggiungimento della qualità per gli interventi di promozione della salute. Queste aree sono:

- il quadro dei principi della promozione della salute;
- lo sviluppo e l'attuazione del progetto;
- la gestione del progetto;
- la sostenibilità.

Per ciascuna di queste aree o '*cluster*', si sono formulati diversi criteri e indicatori per misurarli. Il collegamento e la correlazione tra i *cluster* sono mostrati nella figura seguente"<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> C. Bollars et al., *European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP), User manual*, progetto: "Getting Evidence Into Practice", 2005.

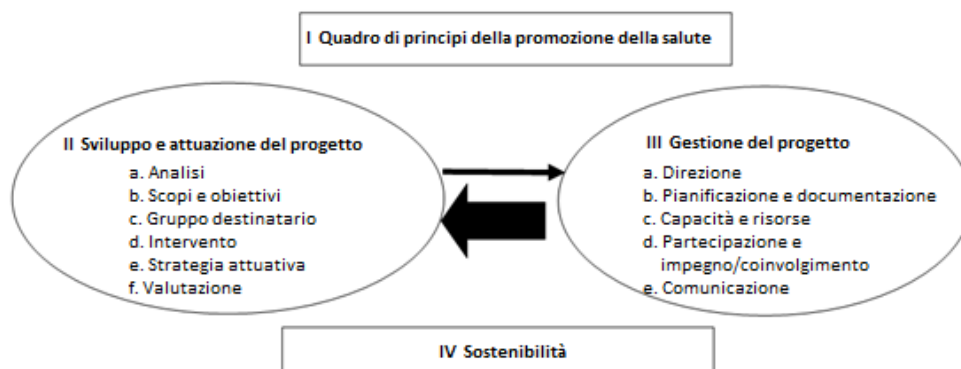
<sup>15</sup> Ibid.



**HIV-COBATEST**  
Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

**Figura 1 - Dinamiche dei progetti di promozione della salute**

Modello estratto da: C. Bollars *et al.*, *European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP)*, User manual, progetto: "Getting Evidence Into Practice", 2005.





### 3. Questioni chiave delle attività CBVCT

#### 3.1 L'approccio *community-based* nei servizi CBVCT

*"I servizi di HTC community-based sono tenuti a contribuire alla costruzione della pubblica fiducia e della tutela dei diritti umani e alla riduzione dello stigma e della discriminazione (UNAIDS, 2010). Sono anche tenuti a rimuovere gli ostacoli strutturali, logistici e sociali per il HTC, compresi, nel caso di HTC domestici e mobili o di sensibilizzazione sociale, i costi associati al trasporto verso i servizi in struttura"*<sup>16</sup>.

I servizi CBVCT sono rivolti alle *community* storicamente rifiutate e stigmatizzate: MSM, migranti da paesi con alta pandemia HIV e utilizzatori di droghe per via endovenosa (IDU), tra gli altri. Queste *community* di solito preferiscono eseguire il test nel loro proprio "territorio" (p. es. organizzazioni *community-based*) e non nelle istituzioni che partecipano a questa discriminazione, inconsapevolmente o consapevolmente (p. es. i centri sanitari). Secondo quanto espresso dalla maggioranza dei MSM partecipanti allo studio qualitativo del COBATEST, è piuttosto importante per questa popolazione avere un posto proprio, un posto tutto per loro.

**Le attività VCT *community-based* possono avere un impatto su tre livelli:**

- ➔ **Individuale:** benefici sanitari per ciascun individuo.
- ➔ **Collettivo:** benefici per la *community* (ridurre o fermare la diffusione dell'epidemia all'interno della propria *community* attraverso il trattamento e la prevenzione positiva).
- ➔ **Professionale, istituzionale, politico e ambientale:** effetti sui sistemi sanitari mediante l'adattamento ai bisogni delle popolazioni difficili da raggiungere.

#### Accesso migliore e paritario al counselling e test

##### **Più facile accesso al test tenendo in considerazione i bisogni delle popolazioni difficili da raggiungere**

Nella maggior parte dei casi, i servizi sanitari *community-based* sono particolarmente sviluppati nei contesti in cui i bisogni di una specifica *community* non sono soddisfatti e dove non esiste un accesso paritario ai servizi sanitari pubblici o privati. Non si tratta solo di migliorare la salute della popolazione, ma anche di ridurre il divario nello stato di salute tra i sottogruppi della popolazione (Carta di Ottawa, OMS, 1986).

<sup>16</sup> Organizzazione mondiale della sanità, *Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a strategic HTC policy framework*, 2012



## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

Nei paesi europei partecipanti al progetto COBATEST, le popolazioni a maggior rischio sono: MSM, migranti, transgender, operatori e operatrici del sesso (sex workers) e IDU. Le popolazioni difficili da raggiungere sono principalmente i senzatetto, le persone prive di documenti, i migranti che non parlano la lingua nazionale, le persone che non beneficiano della copertura sociale e sanitaria o non possono beneficiarne, i MSM e i gruppi etnici all'interno dei MSM.

Come affermato in precedenza, nella maggior parte dei programmi CBVCT partecipanti al progetto COBATEST, anche se sono diversi in "natura" e quantità e anche se si rivolgono tutti alle popolazioni "a maggior rischio", quella dei MSM è ancora la popolazione destinataria principale.

Uno staff e un comitato direttivo *community-based* nei programmi CBVCT sono necessari per creare e sviluppare programmi adatti alle popolazioni a maggior rischio e difficili da raggiungere. Infatti essi conoscono i bisogni della *community* e, per questo, possono adattare i programmi ai bisogni identificati degli interessati.

La comunicazione specifica e *community-based* così come le organizzazioni *community-friendly* sono elementi favorevoli per assicurare un migliore accesso al counselling e al test HIV volontari. Un'offerta di attività VCT più varia aumenta la probabilità di raggiungere più persone differenti.

#### **Per favorire l'accessibilità ai servizi CBVCT per le popolazioni a maggior rischio e difficili da raggiungere, dobbiamo:**

- ➔ Avere staff e comitati direttivi *community-based* per adattare i programmi ai bisogni identificati degli interessati.
- ➔ Tenere in considerazione la cultura degli individui, delle minoranze e delle *community* ed essere sensibili al genere e alle diverse esigenze in base al periodo di vita.
- ➔ Favorire una comunicazione specifica e *community-based* e sviluppare collaborazioni con organizzazioni *community-friendly*.
- ➔ Avviare programmi di ricerca *community-based*: sono necessari dati e conoscenze approfondite.
- ➔ Fornire un'offerta più varia per aumentare la probabilità di arrivare ai "gruppi difficili da raggiungere".

## **Accesso al test favorito da un'offerta adeguata**

Anche se si osserva un'ampia disponibilità del test HIV in Europa, questa "disponibilità" non corrisponde necessariamente alla vita quotidiana delle persone. Qualunque sia il contesto, i modelli di servizio devono tenere in considerazione la facilità di accesso: il luogo deve essere accessibile e/o ci devono essere programmi di sensibilizzazione nel territorio delle *community*. Si



## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

devono fornire servizi CBVCT gratuiti o a prezzi accessibili e offrire orari di apertura flessibili al di fuori dell'orario di lavoro. Diversi programmi e linee guida affermano che il test rapido è accettabile e preferibile tra gli assistiti rispetto al test HIV convenzionale. Questo si deve soprattutto al fatto che i test rapidi riducono il tempo tra la realizzazione del test e la fornitura dei risultati. Questo periodo di attesa più breve aumenta il numero degli assistiti testati che ricevono l'esito del test HIV. Il test rapido elimina anche la necessità di un secondo appuntamento per la maggioranza degli assistiti che ricevono un esito negativo (per maggiori informazioni sul test rapido confrontato con il test tradizionale, si veda la tabella seguente).

La letteratura descrive diversi ostacoli e facilitazioni riguardo all'attivazione e alla riuscita del test HIV rapido. Comunque, la maggior parte degli ostacoli sono superati da alcuni vantaggi dei test rapidi, come la comodità di sottoporsi alla prova in un ambiente di *community* e ricevere i risultati il giorno stesso. Questi vantaggi sottolineano l'importanza dello sviluppo di servizi orientati all'assistito e di un ambiente propizio per il test, ma anche l'importanza della promozione del servizio. In questo senso, è importante che gli assistiti conoscano i protocolli del test e delle procedure di counselling pre-test e post-test.

#### **Per essere compatibili con la vita quotidiana delle persone, i servizi CBVCT devono:**

- ➔ Trovarsi in aree facilmente accessibili.
- ➔ Creare un ambiente confortevole e amichevole.
- ➔ Offrire servizi mobili e attività di sensibilizzazione per raggiungere chi non andrebbe (o non potrebbe andare) ai centri CBVCT o chi fa il test perché ne ha l'opportunità.
- ➔ Offrire servizi gratuiti o a prezzi molto bassi.
- ➔ Scegliere orari di apertura o fornire il test al di fuori degli orari di lavoro (sera, fine settimana).

## **➡ Un approccio positivo e globale alla salute e alla salute sessuale.**

La maggior parte di chi si rivolge ai programmi CBVCT richiede solamente un test HIV. Comunque, durante il counselling pre-test e post-test, si devono esplorare il rischio di esposizione all'HIV e alle altre IST (compresa l'epatite) e gli altri aspetti della vita sessuale dell'assistito. Bisogna affrontare le questioni della salute sessuale nel loro complesso.

L'esecuzione del test è spesso un modo di "aprirsi un varco" e di discutere di altri bisogni della salute sessuale che potrebbero essere trattati in un altro momento con un membro diverso dello staff o in un altro posto (p. es. collaborazioni). Bisogna intensificare lo screening efficace e il trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili; si possono condurre, nel centro CBVCT, test





## **HIV-COBATEST**

### **Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT**

per altre IST (sifilide, epatite), se sono disponibili i mezzi per farlo, o è possibile rinviare ad altri servizi che supportano il vostro progetto. Si può fare lo stesso riguardo ad altri bisogni, come la contraccezione, il piacere, il benessere sessuale e il sostegno per chi ha subito violenza sessuale.

Per assicurare un approccio globale alla salute sessuale, è necessario un buon addestramento in questo campo per lo staff medico e tutti gli altri operatori (p. es. gli interessati *community-based*). Tale addestramento è necessario anche per i soggetti coinvolti con cui esista una stretta collaborazione.

Infine, dato che la *advocacy* per una vita sessuale migliore a livello individuale e di *community* è uno degli obiettivi principali delle attività CBVCT, si devono raccogliere informazioni sulle situazioni sfavorevoli individuali e collettive/sociali che incidono sulla salute sessuale (violenza di genere, discriminazione sessuale, etc.).

#### **Per un approccio positivo e globale alla salute e alla salute sessuale, abbiamo bisogno di:**

- ➔ Integrare il test e counselling in concomitanza con la vaccinazione e lo screening per l'epatite e le altre IST (valore aggiunto: seguimiento).
- ➔ Integrare il test e counselling in concomitanza con altri servizi di salute sessuale (p. es. la contraccezione).
- ➔ Un buon addestramento dello staff.
- ➔ Uno staff interdisciplinare e/o strette collaborazioni.
- ➔ Raccogliere informazioni sulle situazione individuali e sociali sfavorevoli, per una salute sessuale migliore.
- ➔ Sostenere una migliore vita sessuale.
- ➔ Lavorare per migliorare la copertura sanitaria nel sistema sanitario pubblico attraverso lo sviluppo di collaborazioni con servizi di prevenzione e assistenza.

## **Sostenibilità**

Una pianificazione per la sostenibilità richiede, prima di tutto, una comprensione chiara del concetto di sostenibilità e degli indicatori operativi che si possono usare per il suo monitoraggio nel tempo. Importanti categorie di indicatori comprendono: il mantenimento dei benefici sanitari ottenuti attraverso un programma iniziale, il livello di istituzionalizzazione di un programma all'interno di un'organizzazione e la misura del potenziamento delle capacità nella *community* destinataria.



## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

In secondo luogo, una pianificazione per la sostenibilità richiede l'utilizzo di approcci programmatici e strategie che favoriscano il mantenimento a lungo termine del programma. Sugeriamo che le potenziali influenze sulla sostenibilità possano essere derivate da tre principali gruppi di fattori: la progettazione e attuazione del progetto, i fattori all'interno del contesto organizzativo e i fattori del più ampio ambiente della *community*<sup>17</sup>.

Le autorità statali non devono usare la mobilitazione delle *community* come pretesto per non agire al proprio livello. I servizi CBVCT vanno inclusi come parte di un piano globale e come strumento per raggiungere le popolazioni a maggior rischio. L'utilizzo dei servizi di *community* o dei servizi sanitari istituzionali deve essere una decisione personale.

#### Per assicurare la sostenibilità, i servizi CBVCT hanno bisogno di:

- ➔ Assicurare le risorse finanziarie e i benefici da parte di un ambiente sociale e politico propizio.
- ➔ Basarsi su una strutturazione del progetto e su fattori attuativi efficienti.
- ➔ Restare pertinenti ai bisogni con un approccio flessibile: le decisioni devono basarsi sui dati oggettivi e comprendere la ricerca epidemiologica, sociale e comportamentale.
- ➔ Utilizzare i risultati della valutazione dei programmi per mantenere i vantaggi sanitari per i beneficiari.
- ➔ Utilizzare programmi di qualità del processo.
- ➔ Continuare a coinvolgere le *community* interessate nelle valutazioni partecipative e lavorare sulla capacità di rafforzare gli stanziamenti.

Per un ampio incremento di scala nazionale e regionale dell'offerta del test HIV, i servizi o i programmi CBVCT più lungimiranti possono sostenere altre organizzazioni che coprono altre località o lavorare con altre *community* condividendo le proprie buone pratiche. Comunque, a causa della fragilità economica della maggior parte delle ONG e dei complessi contesti nazionali, questa creazione e condivisione di capacità non è sempre possibile e purtroppo non è spesso sostenuta dai finanziatori istituzionali.

<sup>17</sup> Mona C. Shediak-Rizkallah and Lee R. Bone, *Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy*, Health education research, Theory & Practice, Vol.13 n. 1 1998, pagine 87-108.



### 3.2 Attivazione dei servizi CBVCT tra e con le popolazioni

#### ➡ **Promozione delle attività CBVCT e partecipazione delle *community* allo sviluppo del programma**

La mobilitazione sociale e delle *community* è necessaria per assicurare l'accettazione, l'adeguatezza ai bisogni e l'attuazione del test *community-based*. Tale mobilitazione potrebbe nascere attraverso il dialogo con gli interessati, le organizzazioni delle *community* e i loro leader chiave su molteplici temi:

- Vantaggi individuali e collettivi del test<sup>18</sup>
- Risposta ai bisogni della *community* attraverso le offerte di test esistenti e considerazione dei bisogni attraverso le politiche sanitarie pubbliche.
- Identificazione e accentuazione delle conoscenze e risorse esistenti nella *community*.
- Capacità della *community* di utilizzare i programmi CBVCT come modo per combattere lo stigma.
- Possibilità e desiderio di partecipare in modo diretto alla pianificazione, attuazione e valutazione dei progetti CBVCT.

Prima di attuare il programma, potrebbe essere interessante costruire una rete e/o una piattaforma di collaborazione con i leader della *community* e i partner istituzionali, locali e regionali. Lo scopo sarebbe quello di creare una sinergia e una collaborazione per sostenere i programmi CBVCT. Sono possibili diverse forme di partecipazione e impegno, per esempio come membri del comitato direttivo o del consiglio consultivo della *community*.

Il coinvolgimento della *community* aiuterebbe a identificare gli oppositori e gli ostacoli del progetto, ad analizzare i bisogni sanitari e ad avere una migliore conoscenza del contesto in cui i servizi CBVCT saranno attuati. La *community* deve associarsi per stimare l'adeguatezza della strategia attuativa (soprattutto rispetto alla comunicazione) e per valutare gli effetti e la qualità del programma. Infine, il coinvolgimento della *community* include la partecipazione di educatori alla pari.

La promozione del servizio da parte dei soggetti interessati della *community* è un fattore importante per la riuscita delle attività CBVCT. Per questo, i soggetti interessati assicureranno la

---

<sup>18</sup> Informazioni sui benefici individuali e collettivi del test non devono portare ad alcuna pressione (morale) a farsi il test e/o ad entrare in trattamento. I CBVCT si impegnano in approcci sul test non giudicanti, non stigmatizzanti e centrati sull'utente. Ad ogni modo i CBVCT supportano il diritto (potenziale) dell'utente a intraprendere scelte individuali e libere nell'accesso al test (e se necessario di iniziare il trattamento).



propria presenza nella *community* e aumenteranno l'accettazione da parte dei suoi membri (p. es. i proprietari di bar gay sono a volte utili, permettendo la distribuzione di volantini e incoraggiando le attività di sensibilizzazione).

## ➡ **Sedi degli interventi: luoghi (contesti di assistenza sanitaria, spazi della *community*) e aree per la sensibilizzazione.**

Come affermato in precedenza, l'offerta CBVCT dovrà adattarsi al contesto, alla diversità dei luoghi e al pubblico destinatario, tenendo in considerazione le specificità delle popolazioni a maggior rischio e difficili da raggiungere. Uno degli aspetti più importanti per la riuscita delle attività CBVCT è la vicinanza fisica di questi centri alle popolazioni a maggior rischio. Inoltre, le strategie vanno collegate ai contesti nazionali e dei servizi CBVCT.

I luoghi dipendono così dal tipo di test eseguiti e dalla popolazione destinataria. Per esempio, in alcuni paesi le analisi del sangue o i test rapidi non sono permessi al di fuori delle strutture CBVCT e vanno eseguiti da personale medico.

La fornitura del test potrebbe essere proposta in siti già utilizzati per i servizi di prevenzione (luoghi di incontro, fermate degli autobus, farmacie, mercati, centri commerciali, associazioni, etc.) o in servizi specifici per l'assistenza sanitaria o nelle aree in cui vivono queste popolazioni (p. es. centri di vaccinazione, centri sanitari della *community*) o in nuovi posti adattati ai bisogni della popolazione interessata.

Si può eseguire il counselling e test in vari luoghi in base alle scelte e alle risorse umane ed economiche dei servizi CBVCT e alla capacità di assicurare un ambiente riservato.

Si possono sviluppare due strategie:

- Una "strategia stanziale": i test sono forniti nel contesto dei servizi CBVCT.
- Una "strategia mobile": i test sono forniti in strutture di partner della *community*, in luoghi gay (locali, saune), in mercati, saloni di parrucchieri, farmacie, etc. Le unità mobili (furgoni) offrono la flessibilità di cambiare la loro posizione e possono essere usate vicino a luoghi fissi della *community* quando non ci siano le condizioni adeguate per eseguire il test: riservatezza, sicurezza e igiene.

La maggior parte dei servizi CBVCT ha scelto di combinare le precedenti strategie per aumentare l'accesso di chi non può recarsi nei centri CBVCT (distanza, mancanza di mezzi di trasporto).



## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

pubblici e orari di apertura) o di chi avrebbe paura di rivolgersi al centro CBVCT a causa dello stigma. L'ultimo problema merita un'attenzione particolare. I centri CBVCT devono avere una posizione neutra in termini di visibilità, per evitare "l'outing" degli assistiti che si rivolgono al centro. Inoltre, i centri CBVCT devono essere accoglienti e facilmente accessibili (vicino ai trasporti pubblici).

In realtà, un ambiente non medico può facilitare l'accesso al test. È importante creare un ambiente fisico piacevole e che non giudichi, che permetta di ricevere assistenza più personalizzata e di sentirsi a proprio agio nel parlare apertamente di sessualità.

Le sedi vanno adattate per svolgere il counselling e test: per esempio un posto tranquillo, che garantisca la massima riservatezza, con uno standard minimo di igiene e che assicuri le precauzioni di sicurezza per i rischi biologici.

Infine, ricevere il risultato da un membro della *community* (CBVCT) o in un servizio che condivide la stessa sede della *community* potrebbe avere conseguenze per alcuni, per esempio la paura della violazione dell'anonimato o della riservatezza. Per questo, è importante anticipare il problema e parlarne prima del test.

#### ***I programmi CBVCT fissi o mobili devono tenere in considerazione:***

- ➔ Il contesto del paese: leggi, autorizzazioni, etc.
- ➔ La protezione di un ambiente amichevole e non medico.
- ➔ Una sede neutrale e facilmente accessibile.
- ➔ Procedure e pratiche adeguate per il test e counselling: riservatezza, igiene, sicurezza.
- ➔ Comunicazione adattata alle differenti strategie.

## **➔ Comunicazione in ambito CBVCT**

Il coinvolgimento della *community* riguardo alla comunicazione in ambito CBVCT può favorire la riuscita di questo tipo di esperienza. I programmi CBVCT possono cercare di utilizzare tutti i mezzi possibili per pubblicizzare i propri servizi. Come dichiarato dagli assistiti dei servizi CBVCT, la maggior parte di loro viene a conoscenza delle attività CBVCT attraverso la propria rete sociale: amici, fidanzati e associazioni; internet e pubblicità; poster e volantini in bar, locali e scuole. Infine, essi dichiarano anche di scoprire questi servizi attraverso le attività di sensibilizzazione CBVCT, eseguite in luoghi della *community* (p. es. un furgone in una zona di *cruising*).



## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

Si possono usare anche i media tradizionali ma, secondo la maggior parte delle esperienze CBVCT, non sono il modo più idoneo per raggiungere le popolazioni vulnerabili. Comunque, potrebbe essere interessante utilizzarli nella advocacy per una migliore salute sessuale e nella comunicazione sui vantaggi di questi servizi per affrontare l'epidemia di HIV.

#### Promozione e comunicazione in ambito CBVCT, alcuni punti chiave:

##### Che cosa

- Vantaggi individuali e collettivi del test.
- Adeguatezza per i bisogni identificati, formulati dalle *community*: "Un posto nostro e per noi".
- Servizi proposti e modo di utilizzarli.

##### Chi

- Membri della *community*, "ambasciatori": clienti, leader della *community*, gestori di sedi della *community*, staff CBVCT, membri del comitato direttivo.
- Professionisti sanitari, autorità sanitarie.
- Addetti alla comunicazione nei servizi CBVCT.

##### Dove

- Media della *community* e occasionalmente media tradizionali.
- Reti sociali (passaparola, internet), reti professionali.
- Negozi, bar e locali della *community*.
- Seguire i potenziali assistiti.

##### Come

- Volantini, poster, film.
- Promozione su strada.

##### Quando

- All'avvio del progetto.
- Durante l'attività.
- In importanti eventi della *community* (p. es. *gay pride*).



### 3.3 Staff e persone coinvolte nei programmi CBVCT

È molto importante per la riuscita del programma anche il coinvolgimento di membri dello staff ben addestrati e fidati, compresi i counsellor, i clinici, gli operatori sanitari della *community*, gli educatori alla pari, gli infermieri e altri rappresentanti di questo servizio. L'uso intenzionale di operatori sanitari collegati e di personale non medico è una caratteristica fondamentale della maggior parte dei servizi CBVCT. Questo collegamento può arrivare a favorire fortemente l'accesso degli assistiti ai servizi CBVCT, poiché sembra più culturalmente adatto e accogliente. Inoltre riduce il numero di medici necessari e di conseguenza i costi del test in rapporto al test tradizionale. Alcuni centri CBVCT insistono nel coinvolgere sieropositivi e nell'assicurare la parità di genere nello staff come elemento per migliorare la coerenza dell'offerta.

Le persone coinvolte nelle attività CBVCT possono variare molto da un'esperienza all'altra. Questa variabilità si può spiegare tramite due fattori: il quadro legale che riguarda il tipo di test consentito dalla legge e il tipo di servizio CBVCT (fisso, mobile o misto).

Per questo, esiste tutta una serie di possibilità rispetto alla maggiore o minore presenza di staff medico per il servizio CBVCT. Comunque, dobbiamo considerare che si deve decidere se dare la preferenza a uno staff medico (infermieri, praticanti, operatori medici e laboratori) o a uno staff non medico (operatori sociali, volontari, operatori alla pari e di sensibilizzazione, counsellor) in base a:

- Il grado desiderato di vicinanza alle persone. La profonda comprensione e conoscenza, da parte dello staff, della *community* destinataria, anche se non ne fa necessariamente parte.
- Il tipo di test utilizzato: tradizionale o test rapido.
- I tipi di servizi offerti: olistici, altre IST e così via.

#### **Varie competenze: counselling, test e coordinamento**

Nel complesso, lo staff CBVCT ha bisogno di competenze su questi aspetti:

- ➔ Reclutamento e formazione.
- ➔ Offerta di counselling pre-test e post-test adeguato e di informazioni sull'educazione al rischio.
- ➔ Esecuzione del test HIV e notifica dell'esito.
- ➔ Offerta di sostegno e rinvio adeguati.
- ➔ Garanzia del processo e certificazione della qualità.
- ➔ Assicurazione della riservatezza.



## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

Uno staff che non stigmatizzi e che sia in grado di offrire counselling e informazioni preventive accurate è un fattore chiave per assicurare la riuscita del servizio CBVCT.

Come affermato nel "Technical report of the European CDC"<sup>19</sup>, gli ostacoli all'aumento del test HIV a livello dei fornitori dell'assistenza sanitaria consistono soprattutto nel disagio sull'approccio al tema dell'HIV, nella mancanza di addestramento per aumentare la capacità dei fornitori di assistenza sanitaria a condurre il test HIV, nella mancanza di conoscenza da parte loro sull'incidenza locale dell'HIV, sui sintomi dell'infezione da HIV non diagnosticata e sulle indicazioni e politiche locali sul test HIV. Infine, si presentano anche ostacoli logistici, come i vincoli di costo e di tempo e le procedure di autorizzazione macchinose.

D'altra parte, lo studio qualitativo del progetto COBATEST<sup>20</sup> ha segnalato che uno dei principali problemi associati ai livelli elevati di soddisfazione con i servizi CBVCT è quello di avere uno staff di *community* accogliente che appartenga o sia vicino alla *community*. Questo studio conclude che l'affidabilità di uno staff come questo ha due vantaggi principali:

1. Le persone non hanno paura di essere stigmatizzate, "non dovendosi confrontare con pregiudizi, stigma e/o senso di colpa a causa della sessualità e/o del comportamento sessuale quando richiedono un test HIV". L'eventuale ricezione di "cattive notizie" è anticipata in un modo migliore se l'assistito sente che la persona che ha davanti è davvero preoccupata per il risultato e gli effetti su chi lo riceve.
2. Le persone sentono l'ambiente CBVCT come uno spazio aperto in cui sono libere di parlare: "si prendono il tempo di ascoltare l'assistito e di dargli risposte dettagliate, un tempo che lo staff dei centri per il test HIV tradizionali di solito non ha", "lo staff è in grado di prestare più attenzione all'assistito e di offrire una comprensione più ampia grazie a una migliore conoscenza del soggetto".

Queste due circostanze creano un clima favorevole per stabilire una buona relazione tra chi sta eseguendo il test e chi è testato, una relazione che assicura la fornitura di un counselling adeguato.

Dopo un idoneo addestramento e con una supervisione, gli operatori dell'assistenza sanitaria con poca o nessuna esperienza di laboratorio precedente possono eseguire la maggior parte dei test rapidi. L'utilizzo di uno staff non di laboratorio facilita l'accesso al test e counselling nelle piccole comunità, in siti rurali e in programmi di sensibilizzazione in cui il personale di laboratorio professionale spesso non è disponibile. Se il personale non di laboratorio è in grado di eseguire test rapidi, si deve fornire un addestramento iniziale, una continua supervisione e una valutazione

<sup>19</sup> European Centre for Disease Prevention and Control, *HIV Testing: Increasing uptake and effectiveness in the European Union. Evidence synthesis for Guidance on HIV testing*, 2010.

<sup>20</sup> Rojas D., Quatremere G. e Le Gall J.M., Agusti C., Fernandez L., Casabona J. e gruppo di studio del progetto HIV-COBATEST, *Implementation of Community-Based Voluntary Counseling and Testing (CBVCT) Programs and Services. Qualitative Study Report*, HIV-COBATEST, 2012, citato il 16 nov. 2012, disponibile su: [www.cobatest.org/documents.php?group=00000010](http://www.cobatest.org/documents.php?group=00000010)





## **HIV-COBATEST**

### **Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT**

periodica della competenza, per assicurare che si mantenga la qualità del test. In alcuni paesi è necessario tenere in considerazione limitazioni legali riguardanti le qualifiche di chi esegue le analisi del sangue: chi non ha le qualifiche richieste deve operare sotto l'autorità di qualcuno che possieda tali qualifiche<sup>21</sup>.

## **➔ Addestramento iniziale e continuo**

I programmi di formazione sulle competenze di base per somministrare i test rapidi e gestire i dati associati al test e counselling sono in fase di sviluppo in alcune linee guida.

In genere i programmi devono comprendere:

- Principi di base della virologia e immunologia di HIV e AIDS.
- Sicurezza biologica nei contesti di test e counselling.
- Principi del test HIV con riferimento particolare al test HIV rapido, criteri per la selezione del kit per il test, principi e procedure del test, interpretazione dei risultati del test e soluzione dei problemi.
- Principi e concetti di controllo e certificazione della qualità, soprattutto nei contesti di test e counselling.
- Sessioni pratiche sulla raccolta dei campioni (p. es. test con puntura su dito, test sul fluido orale), sul test HIV e sulla sicurezza biologica.
- Modo di leggere il test, di fornire i risultati all'assistito, compresa una spiegazione di che cosa significhino i test rapidi preliminarmente reattivi, i falsi positivi e i risultati indeterminati.
- Valutazione del rischio e counselling pre-test e post-test.
- Rinvio dell'assistito, collegamento all'assistenza.
- Seguimento sui risultati, trattamento e counselling aggiuntivi per la riduzione del rischio.
- Nella sensibilizzazione: come reclutare assistiti in ambienti impegnativi come le aree di *cruising*, le saune e i rifugi per senzatetto, dove è possibile che lo staff debba interagire con assistiti che potrebbero aver fatto uso di alcol o droghe ricreative o avere problemi mentali.
- L'addestramento continuo deve tenere in considerazione le nuove linee guida rilasciate sulle procedure di counselling e test e sulla gestione generale dei servizi CBVCT e deve anche seguire le linee guida nazionali e i loro aggiornamenti, quando opportuno.

---

<sup>21</sup> OMS, *Rapid HIV Tests: Guidelines for use in HIV Testing and counseling services in resource-constrained settings*, Ginevra, 2004.



**STAFF E PERSONE COINVOLTE NEI SERVIZI CBVCT**

**I professionisti dell'assistenza sanitaria o i membri della *community*:**

**I servizi CBVCT hanno bisogno di uno staff *community-friendly***

- ➔ Con maggior coscienza culturale ed empatia, senza stigma e che non giudichi.
- ➔ Migliori ascoltatori = migliori counsellor.
- ➔ Rapporto di fiducia e di rispetto = clima favorevole.

**I servizi CBVCT hanno bisogno di uno staff addestrato**

- ➔ Addestramento iniziale: conoscenza di base per eseguire i test rapidi e leggere i risultati, capacità comunicative, counselling (senza giudicare), gestione dei dati associati con le attività VCT.
- ➔ Addestramento continuo: adattato all'ambiente in mutamento, capacità migliorate e aggiornate (collegate con la valutazione), un approccio globale e interdisciplinare alla salute sessuale.

**I servizi CBVCT hanno bisogno di uno staff ben curato (per evitare il logoramento, un'eccessiva esposizione alle informazioni, ...)**

- ➔ Relazione conclusiva.
- ➔ Condivisione della conoscenza sui casi difficili.
- ➔ Supervisione.



### 3.4 I test utilizzati

#### ➔ Qualità dei test utilizzati

Le direttive e i regolamenti UE fissano le specifiche necessarie per i test diagnostici in vitro per il rilevamento dell'infezione da HIV che si possono vendere e utilizzare per la diagnostica umana nel mercato interno. È sempre richiesto l'utilizzo di una combinazione di test di screening e test di conferma per la verifica dei risultati iniziali positivi per i test di diagnosi dell'infezione da HIV<sup>22</sup>.

#### ➔ Scelta dei test: test rapidi e/o test tradizionali

Il quadro strategico della divisione europea dell'OMS raccomanda l'utilizzo dei test HIV rapidi, quando possibile, per sostenere gli sforzi per aumentare l'accesso ai servizi HTC (test e counselling HIV) e la loro adozione per le popolazioni a maggior rischio e più vulnerabili.

Anche se i test HIV rapidi con la **validazione CE** sono disponibili nella maggior parte dei paesi della UE, la legislazione sul loro utilizzo varia parecchio. In alcuni paesi, agli educatori alla pari addestrati è consentito eseguire i test rapidi, mentre in altri le leggi ne limitano l'utilizzo al personale medico. Così, a causa dei regolamenti nazionali, non tutti i centri CBVCT hanno lo stesso spazio di manovra per la scelta del test.

L'introduzione di test HIV rapidi sensibili, specifici, facili da usare (chiamati anche test *point-of-care*) e che non richiedono servizi di laboratorio sofisticati rappresenta un passo avanti considerevole. L'utilizzo di questi test è in aumento, anche nei servizi di sensibilizzazione. Tra i loro vantaggi, soprattutto per le strutture in cui i servizi di laboratorio sono scarsi e per i contesti di HTC o di sensibilizzazione *community-based*, si hanno la visibilità e la rapida sostituzione. Il test può avvenire fuori dai contesti di laboratorio, in ambienti non medici, non richiede un'attrezzatura specializzata e può essere eseguito in strutture cliniche e non cliniche da personale adeguatamente addestrato, compresi i counsellor in alcuni paesi. Si richiedono però supervisori di laboratorio addestrati per la sorveglianza e la certificazione della qualità, compresi il controllo di qualità e la sicurezza biologica. Va integrata una certificazione esterna della qualità per il test rapido e tradizionale, come raccomandato dalla legislazione locale e dal produttore.

Lo staff delle ONG e delle organizzazioni *community-based* deve anche essere addestrato per eseguire i test HIV rapidi. I test devono essere di elevata qualità. La scelta di utilizzare i test HIV rapidi o le analisi tradizionali deve tener conto di tutti i vantaggi e gli svantaggi, compresi il costo e la disponibilità dei kit per i test, i reagenti e l'attrezzatura, lo staff, le risorse, l'infrastruttura, le competenze e il personale di laboratorio, e di tutte le considerazioni, come il numero di campioni

<sup>22</sup> European Centre for Disease Prevention and Control, *HIV Testing: Increasing uptake and effectiveness in the European Union. Evidence synthesis for Guidance on HIV testing*, 2010.



## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

da testare, la raccolta dei campioni e i metodi di trasporto, il contesto dei test, la convenienza e la capacità di restituire i risultati da parte di chi fa il test<sup>23</sup>.

Diversi studi<sup>24</sup> hanno mostrato che i test rapidi si adattano meglio ai siti per il test delle *community* per le popolazioni con accesso limitato all'assistenza e con difficoltà a ritornare alla struttura per ricevere i risultati.

Il test HIV può essere eseguito con un algoritmo in serie o in parallelo. Nell'algoritmo in serie, si esegue il test di screening (primo test) e si interpretano i risultati. Qualsiasi test successivo dipende dal risultato del test di screening. Nei test in parallelo, i test di screening e di conferma sono condotti nello stesso tempo<sup>25</sup>.

Segue un'utile tabella dei vantaggi comparativi dei test tradizionali confrontati con i test rapidi.

---

<sup>23</sup> Organizzazione mondiale della sanità, *Scaling up HIV testing and counseling in the WHO European Region as an essential component of efforts to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support. Policy framework*. 2010, Ginevra.

<sup>24</sup> European Centre for Disease Prevention and Control, *HIV Testing: Increasing uptake and effectiveness in the European Union. Evidence synthesis for Guidance on HIV testing*, 2010.

<sup>25</sup> Republic of South Africa, Department Health, *National Implementation guidelines on provider-initiated counseling and testing (PICT)*



## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

Vantaggi comparativi dei test tradizionali confrontati con i test rapidi.

Elementi	Sotto-elementi	Test tradizionali	Test rapidi
<b>Bisogni delle popolazioni</b>	Tecnica invasiva (p. es. DU)	+++	+
	Fiducia nell'affidabilità del test	+++	+
	Ricezione dei risultati	++	+++
<b>Accessibilità</b>	Convenienza del processo di test	+	++
	Tempo per ottenere i risultati	+	+++
	Anonimato	+	+
	Accesso casuale vs. appuntamento	+	+++
<b>Test aggiuntivi (stesso campione di sangue)</b>	Test di conferma	+++	
	Più test per l'epatite	+++	
	Più test per altre IST	+++	
<b>Efficacia</b>	Diagnosi precoce / periodo di sieroconversione (6 settimane vs. 3 mesi)	+++	+
	Sensibilità	++	++
	Specificità	++	++
	Facilità di utilizzo	+	+
<b>Posizione</b>	All'interno del centro / delle cliniche	++	+
	Contesti di sensibilizzazione / sedi della <i>community</i>	+	+++
	Test mobile (furgoni e altre strutture)	+	++
<b>Staff</b>	Staff medico	+++	+
	Counsellor e staff/volontari per il test della <i>community</i>		+++
	Educatori alla pari addestrati per fare il test		++
<b>Organizzazione amministrativa e logistica</b>	Magazzino	+	+++
	Trasporti	+	+++
	Riduzione delle fasi di tracciabilità	+	++
<b>Sostegno post-test</b>	Counselling post-test immediato vs. counselling vari giorni dopo	+	+++
	Prevenzione positiva per P+	+	+++
	Collegamento rapido con i contesti sanitari convenzionali	++	++



### 3.5 L'utilizzo del counselling nei servizi CBVCT

Il counselling nei servizi CBVCT è uno dei tanti strumenti utilizzati in un processo globale. Counselling HIV significa ricevere informazioni, sostegno e rinvio attraverso il dialogo con un counsellor addestrato, prima e dopo il test HIV. Nei servizi CBVCT, consideriamo il counselling una grande opportunità, per gli assistiti, di aumentare le capacità di gestione della salute.

Parliamo di counselling pre-test e post-test come due possibilità diverse di discutere di molteplici questioni come il consenso informato nel counselling pre-test e il rinvio in quello post-test. Ma, in realtà, è fondamentale guardare a queste conversazioni nel loro complesso e considerare l'importanza di offrirle da parte di un unico counsellor. In questo modo, il counselling può adattarsi a ciascun assistito, anche dandogli la scelta di parlare solo di alcune questioni o di saltarne altre, soprattutto nel caso di chi è testato di frequente.

Il counselling durante il processo di test può essere condotto in modi diversi: interviste direttive o semi-direttive, approccio di Rodgers, interviste motivazionali, etc.

Si sono già prodotte molte linee guida e liste di controllo sul counselling HIV. Questi documenti elencano importanti approcci e atteggiamenti da sviluppare per condurre il counselling nel miglior modo possibile.

### 3.6 Pratiche CBVCT

I principi fondamentali delle pratiche CBVCT non sono molto diversi da quelli identificati in molte politiche sanitarie, in particolare in quelle elaborate dall'Organizzazione mondiale della sanità.

Secondo quanto detto in precedenza, i centri CBVCT devono tenere in considerazione alcuni fattori generali prima dell'avvio del servizio:

- Per quanto riguarda l'ambiente (in spazi pubblici o in luoghi come le saune, gli eventi, le feste o l'ufficio del servizio CBVCT), è molto importante offrire alle persone un posto sicuro, tranquillo e accogliente, che incoraggi e favorisca l'espressione dei sentimenti (positivi e/o negativi). È importante avere abbastanza tempo per il counselling, il processo di test e il collegamento all'assistenza (senza avere fretta).  
Infine, si devono soddisfare alcune condizioni di base prima di eseguire un test: asepsi e igiene, temperatura, illuminazione sufficiente per leggere i risultati, rischio di gestione dei rifiuti contagiosi.
- I servizi CBVCT devono determinare chiaramente il processo di rinvio per chi riceve un risultato positivo (test di conferma, collegamento allo specialista HIV o IST del dipartimento sanitario, etc.).
- Stabilire il modo in cui chi è testato sarà sostenuto mentre aspetta il risultato.
- Stabilire gli algoritmi di attuazione per ciascuna situazione (periodi finestra, risultati negativi, candidati per la profilassi pre e post-esposizione).



## HIV-COBATEST

### Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT

- Considerare gli aspetti legali di ciascun paese per eseguire il test (per esempio quali tipi di test è possibile utilizzare, quale personale è autorizzato a eseguire il test, etc.), per offrire altri servizi sanitari (medicazioni, vaccini, ...) e per facilitare l'accesso ai servizi sanitari (accesso gratuito o a pagamento, copertura della sicurezza sociale, ...).
- Stimolare il lavoro tra pari e all'interno delle *community*.
- Addestramento iniziale e continuo per lo staff su questioni come HIV, salute sessuale, riduzione del danno e counselling.
- Identificazione degli utenti nei centri con garanzia dell'anonimato e metodo per organizzare la raccolta dei dati.

Le informazioni su questi fattori (e altri eventualmente pertinenti alle attività CBVCT) devono essere raccolte in un programma di certificazione della qualità (si veda il capitolo seguente).

Rivolgersi a un centro CBVCT è un atto volontario. Chi vi si rivolge deve ricevere informazioni adeguate e sostegno specifico adatto alle scelte di ciascuno (pratiche sessuali, volontà o meno di aderire a programmi di riduzione del danno, priorità di vita e di salute).

È necessario creare un ambiente di sostegno (riservato e sicuro) tra assistiti e fornitori del servizio. Con questo fine, il quadro strategico dell'OMS nel documento "Scaling up HIV testing and counseling in the WHO European Region" evidenzia cinque principi per il test HIV (le "cinque C")<sup>26</sup>:

- Counselling e informazioni su HIV e AIDS prima e dopo il test.
- Consenso al test dato in un modo informato, specifico e volontario da chi è testato.
- Clausola di riservatezza sui risultati del test e sul fatto di richiedere un test.
- Correttezza dei risultati del test. Si deve eseguire il test e si devono seguire le misure per la certificazione della qualità secondo le strategie di test, le norme e gli standard basati sul tipo di epidemia riconosciuti a livello internazionale. I risultati devono essere comunicati alla persona testata a meno che questa non li rifiuti.
- Collegamento alla prevenzione, all'assistenza e al trattamento.

Questi cinque principi sono presenti lungo tutto il processo: prima, durante e dopo il test, come mostrato nella figura seguente.

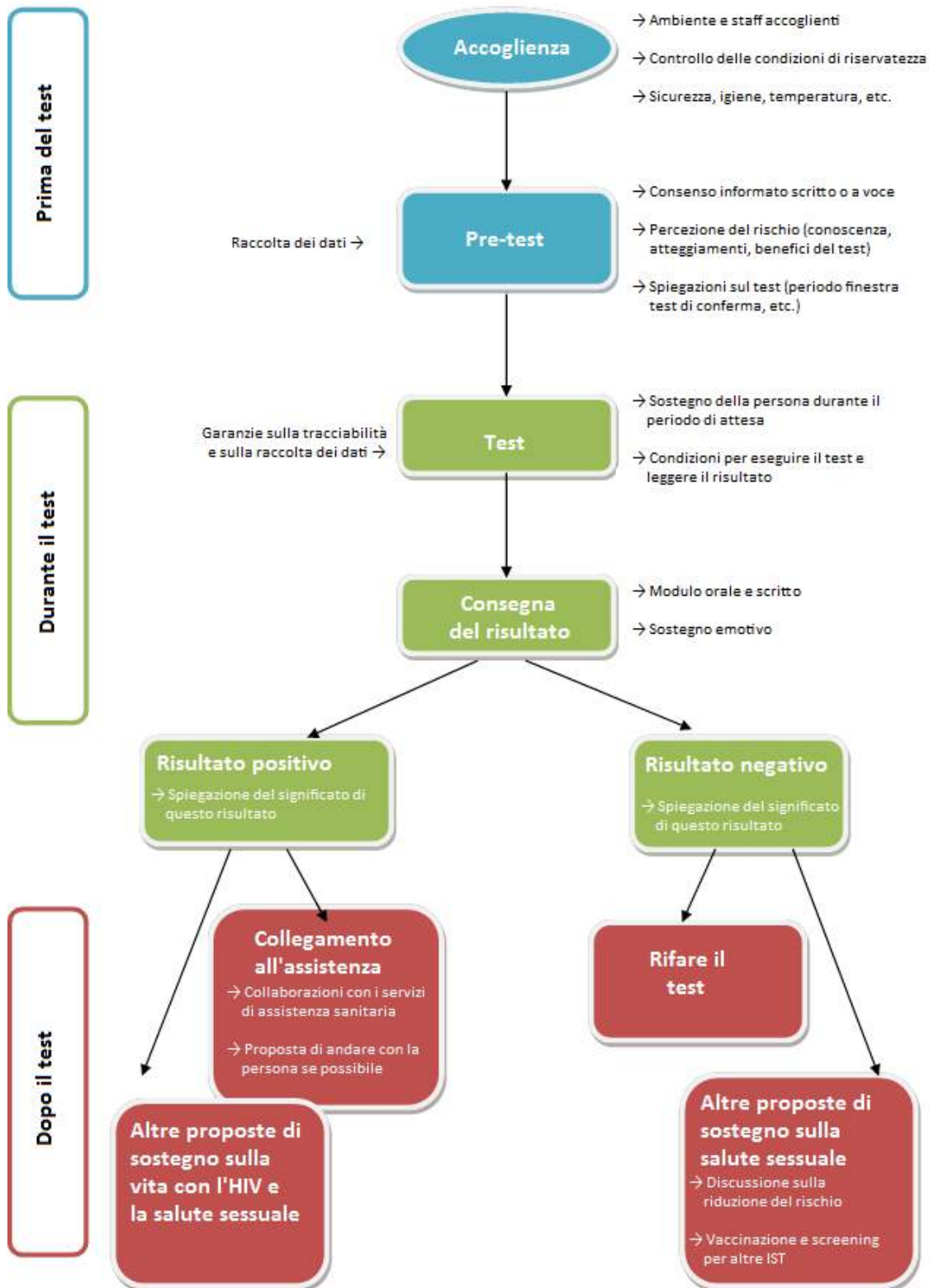
---

<sup>26</sup> Giornata mondiale AIDS 2012: Dichiarazione sul test e counselling HIV, [www.who.int/hiv/events/2012/world\\_aids\\_day/hiv\\_testing\\_counselling/en/index.html](http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/en/index.html)



## HIV-COBATEST

Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT







## **a) Prima del test**

### ***Informazioni e counselling pre-test per ottenere il consenso informato***

Prima di eseguire il test, è importante offrire all'assistito lo spazio e il tempo per una discussione in cui possa ricevere e chiedere informazioni.

La discussione va orientata a permettere agli assistiti di fare una scelta informata e di dare il proprio consenso. Vanno discusse alcune questioni:

- Eventuale esposizione all'HIV (quale e quando) e verifica della conoscenza sulla trasmissione dell'HIV (percezione del rischio, esperienze di vita reale, etc.).
- Informazioni sul test HIV, soprattutto quando si utilizza un test rapido.
- Anticipazione dei risultati, modo in cui sarà gestito un risultato positivo o negativo e modo in cui il risultato potrebbe influenzare la qualità di vita dell'assistito (benefici clinici e rischio).

La questione rappresenta uno dei principi chiave del quadro strategico della divisione europea dell'OMS sull'incremento di scala del test e counselling HIV al momento dell'offerta del test. È un obbligo di legge nella maggioranza dei paesi della UE.

Si devono tenere a mente due aspetti nella fase di pre-test per ottenere il consenso informato, quando i centri CBVCT utilizzano i test rapidi:

- Il consenso deve includere informazioni aggiuntive sul test HIV: gli assistiti devono capire il significato, compreso il fatto che nessun test è accurato al 100%, e i propositi della procedura. Gli assistiti devono capire che i risultati saranno disponibili durante la sessione. Inoltre si deve dire loro che i risultati positivi nei test rapidi richiedono un test di conferma che può essere eseguito nello stesso momento e luogo a seconda delle possibilità a disposizione di un particolare centro CBVCT.
- Anticipazione dei risultati. Un ostacolo comunemente citato al test HIV *community-based* era la mancanza di preparazione all'essere testati e ricevere il risultato nello stesso giorno. Questo vale in particolare per chi riceve un test rapido per la prima volta nella sua vita e nelle *community* in cui le strutture CBVCT che forniscono i test rapidi sono un servizio nuovo. Va identificato con l'assistito il sostegno sociale ed emotivo che ha a disposizione, soprattutto se il risultato è positivo. È anche importante comunicare le possibilità di sostegno offerte dallo staff CBVCT.

L'analisi di diversi studi<sup>27</sup> suggerisce che il consenso verbale è adeguato e che un modulo di consenso separato non è obbligatorio.

---

<sup>27</sup> European Centre for Disease Prevention and Control, *HIV Testing: Increasing uptake and effectiveness in the European Union. Evidence synthesis for Guidance on HIV testing*, 2010.



## **b) Durante il test**

In qualche caso, il periodo di attesa per avere il risultato può essere stressante. Effettivamente, chi arriva al centro CBVCT dichiara che l'attesa del risultato è molto difficile e angosciante. Per questo, con i test rapidi utilizzati in molti centri CBVCT, si è accorciato questo tempo di attesa e così l'intero processo di test si è reso più semplice<sup>28</sup>.

A seconda che il test utilizzato sia quello rapido o quello tradizionale, è importante anticipare il modo in cui sarà organizzato il periodo di attesa all'interno del centro CBVCT e come la persona sarà accompagnata al fine di alleviarne l'ansia.

L'interpretazione del risultato da parte di chi esegue il test è un altro momento importante ed è una sua responsabilità. Essendo un tempo di stress, è consigliabile dare al fornitore del test le condizioni ottimali per leggere il risultato e per prepararsi a riferirlo:

- Non leggere il risultato del test davanti alla persona. È difficile concentrarsi su di esso e, allo stesso tempo, essere attenti ai sentimenti della persona. Se il luogo lo permette, far aspettare l'assistito fuori dalla stanza o dal furgone.
- Avere abbastanza luce.
- Assicurare la tracciabilità dei test utilizzati e della raccolta dei dati dei risultati.
- Tenere a mente quello che l'assistito ha detto nel counselling pre-test e che potrebbe aiutare per la consegna del risultato.

## **c) Dopo il test**

### **➡ Notifica del risultato del test**

Per rispettare la riservatezza, le politiche e i quadri normativi evidenziano che "il risultato del test HIV deve sempre essere dato alla persona testata. Sta alla persona decidere di condividere il risultato con altri"<sup>29</sup>. In alcuni paesi, la legge stabilisce che il risultato del test deve essere notificato solo attraverso un'intervista individuale, anche se l'assistito chiede di essere accompagnato da un'altra persona. Allo stesso modo, il documento che prova il risultato deve essere consegnato personalmente all'assistito.

Dopo aver riferito il risultato, è importante che l'interlocutore crei uno spazio per far esprimere all'assistito i suoi sentimenti riguardo al risultato (negativo o positivo).

Sia esso orale e/o scritto, il risultato del test va accompagnato da qualche informazione. Queste informazioni varieranno a seconda dell'esito positivo o negativo. Nei centri CBVCT, va data particolare attenzione alla comprensione del risultato che dovrebbe, se possibile, essere espresso nella lingua e cultura dell'assistito.

<sup>28</sup> COBATEST- Quality report, *Implementation of Community-Based Voluntary Counseling and Testing (CBVCT) Programs and Services*.

<sup>29</sup> OMS, *Rapid HIV Tests: Guidelines for use in HIV Testing and counseling services in resource-constrained settings*, Ginevra, 2004.



## **HIV-COBATEST**

### **Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT**

Quando lo staff CBVCT consideri che le condizioni di riservatezza e qualità del rinvio all'assistenza non siano raggiunte in alcune sedi (come saune, spazi pubblici, etc.), può decidere di non consegnare i risultati in questi luoghi e chiedere agli assistiti di andarli a prendere nel loro ufficio. Sia il risultato negativo o positivo (ma soprattutto se è positivo), il counselling post-test va utilizzato come opportunità per incoraggiare l'assistito a invitare anche i partner ad accedere al counselling e test HIV.

#### **Risultato negativo**

- Evidenziare l'importanza di rifare il test, quando necessario o a scadenze regolari come una volta all'anno.
- Se il test è stato fatto durante il periodo finestra, ricordare alla persona l'importanza di rifare il test alla fine di questo periodo. Prendere un appuntamento, se possibile.

#### **Risultato positivo**

- Evidenziare i vantaggi di conoscere il proprio stato positivo il prima possibile e il fatto che è ora disponibile un trattamento che diminuisce la quantità di virus nel corpo e ricostruisce il sistema immunitario (trattamento che può evitare uno sviluppo ulteriore dell'infezione).
- Discutere con la persona la questione di dire ad altri del risultato. Con chi può parlarne? È importante ricordarle che non è obbligata a farlo.
- Offrirsi di andare con la persona a prendere il test di conferma in un servizio medico specializzato per l'HIV.
- Discutere dell'uso del preservativo per evitare la trasmissione ad altri e per proteggere sé stessi, anche se il partner sessuale è positivo.
- Discutere della possibilità di invitare il partner sessuale dell'assistito a fare il test.
- Rassicurare la persona e ridurre il senso di colpa che potrebbe provare. Informarla sul fatto che dopo l'inizio del trattamento e quando la carica virale è non rilevabile, il rischio di trasmissione del virus è significativamente ridotto.



## ➔ **Sostegno dopo il risultato positivo**

Secondo il rapporto sullo studio qualitativo COBATEST, è particolarmente importante che lo staff CBVCT offra sostegno emotivo e personalizzato nello stesso momento in cui aiuta gli assistiti riguardo al collegamento con l'ospedale e al seguimento del trattamento.

- ⇒ Lo staff CBVCT deve offrire la possibilità di organizzare un appuntamento per la conferma del risultato positivo e per almeno la prima consulenza medica. Si raccomanda di proporsi di andare con la persona. Dare informazioni precise come il giorno, l'ora e il nome del dottore che incontrerà, dare una mappa che mostri come arrivarci.
- ⇒ Proporre un appuntamento presso il servizio CBVCT quando l'assistito avrà ricevuto i primi risultati dall'ospedale, per rispondere alle sue domande e dargli aiuto in questa prima fase di diagnosi, nella decisione di iniziare il trattamento, etc.

Alcuni centri CBVCT hanno nel loro staff alcuni sieropositivi che possono scegliere di parlare delle loro esperienze di vita con l'HIV. In altri casi, sono disponibili specifici gruppi di auto-aiuto, focalizzati sull'annuncio dello stato HIV positivo.

## ➔ **Collegamento e rinvio all'assistenza**

Sembra estremamente importante assicurare questo collegamento con un counselling post-test di elevata qualità, per sostenere gli assistiti che devono attendere un test di conferma in un contesto diverso dal centro CBVCT e che devono affrontare l'eventualità di vivere con l'HIV.

Poiché molti servizi *community-based* e centri CBVCT di sensibilizzazione offrono solo il test di screening e il sistema sanitario fornisce il test di conferma, l'assistenza e il trattamento per le persone HIV positive a esso rinviate, è molto importante sviluppare tempestivi e durevoli collegamenti all'assistenza medica in corso.

Alcune esperienze, come quelle della Danimarca, della Spagna e della Germania, dove i test di conferma sono eseguiti nei loro propri centri, mostrano la presenza di un ottimo collegamento con i centri medici, non dipendendo da un contesto istituzionale.

In questo modo, il servizio CBVCT diventa un ponte tra la *community* e i contesti sanitari convenzionali.

Per ottimizzare le capacità dello staff e anche per ridurre la portata del rinvio, alcuni centri hanno allargato i loro servizi clinici per includere programmi culturalmente sensibili per affrontare l'uso di sostanze, i problemi genitoriali e la violenza domestica e omofobica così come programmi di assistenza medica specializzata per lesbiche, bisessuali e transgender<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Pedrana,A.,Guy,R.,Bowring,A.,Hellard,M,e Stooove,M., *Community models of HIV testing for men who have sex with men(MSM): Systematic Review 2011*, Report commissionato da ACON, 2011.



## ➡ **Riservatezza, anonimato, privacy**

La riservatezza è fondamentale per l'assistenza sanitaria, sia come principio etico sia come diritto legale. Infatti una delle maggiori preoccupazioni espresse dalle persone è la mancanza di riservatezza o la segnalazione del nome al momento del test.

Si deve assicurare la privacy, a partire dal consenso informato (richiesto e fornito in un contesto privato) fino al counselling post-test per gli assistiti HIV positivi e alle altre comunicazioni relative allo stato HIV, che deve avvenire lontano da altri assistiti o dallo staff non coinvolto nel caso in esame.

Ci devono essere definizioni, principi guida e raccomandazioni approvati a livello nazionale per privacy, riservatezza e sicurezza, riguardo ai dati relativi all'HIV, con rilevanti capacità sul loro mantenimento.

L'anonimato, cioè il non richiedere nomi o altri dati personali, si trova un gradino al di sopra della riservatezza. Il test anonimo (che di solito è anche gratuito nei paesi della UE, tranne che in Germania) migliora la protezione della privacy delle persone per le *community* o i contesti in cui ci sia la paura della discriminazione e dello stigma, ma anche quando esistano ostacoli legali o economici, per esempio per i migranti privi di documenti e non assicurati.

La critica solitamente sollevata dalle istituzioni al test anonimo è la difficoltà di assicurare il collegamento all'assistenza per chi ha una diagnosi di HIV. La qualità del counselling pre-test e post-test è fondamentale se vogliamo evitare che alcuni scivolino fuori dal radar. Al momento, è molto importante che chi riceve un risultato positivo capisca i propri benefici individuali, p. es. la diagnosi precoce permette che la ART (terapia antiretrovirale) sia iniziata nel momento più idoneo, favorendo migliori risultati nella salute e di conseguenza la longevità. La conoscenza dell'efficacia della ART nella prevenzione della trasmissione sessuale ai propri partner può anche favorire l'accettazione di un risultato positivo e la comunicazione al partner.

Quando i centri CBVCT sviluppano collegamenti tempestivi e durevoli con l'assistenza medica in corso, il rinvio degli individui con un risultato positivo ai centri ospedalieri si rende più semplice. Si può anche dare alla persona un riferimento anonimo, così che sia identificato e gli venga data rapidamente assistenza all'ospedale.

Eppure, i coordinatori CBVCT riferiscono alcune difficoltà nello sviluppare e assicurare strette collaborazioni con le agenzie per il rinvio e i contesti medici. Pur essendo state provate la fattibilità e la qualità del test *community-based*, alcuni medici o altri operatori sanitari rimangono sospettosi, come se i servizi *community-based* fossero "meno professionali".



### 3.7 Monitoraggio e valutazione dei servizi CBVCT

Le attività CBVCT vanno monitorate e valutate con attenzione<sup>31</sup>.

I programmi dell'OMS<sup>32</sup> hanno riconosciuto la necessità di sviluppare e offrire un insieme di modelli di fornitura del servizio per il test e counselling HIV (HTC) per soddisfare con più efficacia i bisogni nei diversi contesti dell'epidemia, mantenendo i valori di base del consenso informato, della riservatezza e del counselling e assicurando risultati dei test HIV accurati.

Il monitoraggio e la valutazione (M&E) svolgono un ruolo fondamentale nella gestione efficace ed efficiente dei programmi sanitari assicurando che:

- Le risorse destinate a un programma siano usate adeguatamente.
- Ai servizi offerti acceda la popolazione destinataria.
- Le attività del programma avvengano in tempo utile.
- I servizi offerti abbiano un miglioramento della qualità.
- Si raggiungano i risultati attesi.

La creazione di partnership di collaborazione con professionisti della sanità pubblica ed epidemiologici è utile per migliorare la qualità dei programmi di monitoraggio e valutazione.

#### **Raccolta dei dati e monitoraggio**

Il progetto COBATEST include un documento intitolato "Indicatori di base per il monitoraggio delle attività di counselling e test volontari *community-based* (CBVCT) per l'HIV"<sup>33</sup>.

Lo scopo di questo documento è quello di fornire una guida ai servizi di counselling e test volontari *community-based* (CBVCT) sul virus dell'immunodeficienza umana (HIV) riguardo all'uso degli indicatori per il monitoraggio e la valutazione delle loro attività.

Questi indicatori sono studiati per aiutare i servizi CBVCT a valutare lo stato attuale delle attività CBVCT nel raggiungimento dei loro obiettivi e/o traguardi, in relazione all'aumento della percentuale di persone infette da HIV, attraverso la diagnosi precoce nelle popolazioni a maggiore rischio di esposizione al virus, come gli uomini che fanno sesso con altri uomini (MSM), gli operatori e le operatrici del sesso (SW), i consumatori di droghe iniettate (IDU) e i migranti dei paesi con un'epidemia generalizzata. Le linee guida sono progettate per migliorare la qualità e la coerenza dei dati raccolti a livello dei servizi CBVCT per le finalità di M&E e, di conseguenza, anche per aumentare l'accuratezza delle conclusioni ottenute, se la raccolta avviene a livello nazionale

<sup>31</sup> Organizzazione mondiale della sanità, *Scaling up HIV testing and counseling in the WHO European Region as an essential component of efforts to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support. Policy framework*. 2010, Ginevra.

<sup>32</sup> Organizzazione mondiale della sanità, *Guide for monitoring and evaluating national HIV testing and counselling (HTC) programmes: field-test version*, 2011.

<sup>33</sup> [www.cobatest.org/mant/php/generic-download-md5-public.php?f=742f9e45904204c469d7b53a3f459e78.pdf@@@CBVCT\\_core\\_indicators\\_\\_IT.pdf](http://www.cobatest.org/mant/php/generic-download-md5-public.php?f=742f9e45904204c469d7b53a3f459e78.pdf@@@CBVCT_core_indicators__IT.pdf)



## **HIV-COBATEST**

### **Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT**

ed europeo. Il M&E standardizzato permetterà di confrontare i dati all'interno della rete europea HIV-COBATEST dei servizi CBVCT e tra i servizi CBVCT negli stati membri.

Il M&E dei CBVCT a livello dei singoli servizi richiede l'assegnazione delle risorse necessarie, come i tempi del personale e il supporto logistico, da pianificare e garantire. Per i singoli servizi CBVCT partecipanti, i risultati di questo M&E forniranno informazioni per migliorare le loro prestazioni e permetteranno di confrontare il loro rendimento con altri servizi simili. I risultati del M&E possono essere utili anche per sostenere l'offerta di servizi CBVCT in aggiunta ai test e counselling HIV (HTC) basati sull'assistenza sanitaria e per comprovare le loro attività nella ricerca di finanziamenti.

### ***Sistema per condurre la certificazione della qualità del servizio presso i centri CBVCT***

Si devono sviluppare strumenti di raccolta dei dati strutturati e standardizzati per la certificazione della qualità del servizio nelle strutture CBVCT come parte di un protocollo di buone pratiche. La certificazione della qualità (QA) si riferisce ad attività pianificate e passo passo che consentono di sapere che il test è condotto correttamente, i risultati sono accurati e gli errori sono scoperti e corretti per evitare esiti sfavorevoli. La certificazione della qualità è un insieme continuo di attività che aiutano ad assicurare che i risultati del test forniti siano accurati e affidabili il più possibile per tutti quelli che sono testati. Le attività di certificazione della qualità devono essere in atto durante tutto il processo di test, vale a dire dal momento in cui un assistito chiede di essere testato utilizzando il test HIV rapido fino alla consegna del risultato.

Per migliorare la qualità delle attività CBVCT, sono disponibili un quadro di miglioramento della qualità e alcuni strumenti<sup>34</sup>. Tra questi possono esserci indagini per gli assistiti presso le strutture che forniscono il test. Così si può monitorare la qualità e accettabilità dei servizi e identificare i problemi. Ciò si può anche svolgere nel contesto della ricerca operativa o della valutazione del programma.

Il protocollo per la raccolta e l'analisi delle informazioni che sviluppa ciascun paese può essere o non essere ampio, a seconda di chi è responsabile della conduzione della valutazione, del numero di strutture da coprire, della diversità dei modelli di fornitura del servizio CBVCT e delle risorse allocate per la certificazione della qualità del servizio.

Servono risorse per stabilire e mantenere un programma di QA, indipendentemente dalla semplicità del test. Qualcuno designato dall'amministrazione del centro CBVCT deve sovrintendere il programma e assicurare che siano disponibili lo staff e le forniture necessari. È indispensabile la conoscenza delle norme nazionali e regionali.

---

<sup>34</sup> OMS, *Handbook for improving HIV testing and counselling services*, 2010, [whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500463\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500463_eng.pdf)



## **HIV-COBATEST**

### **Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT**

Il processo di qualità è destinato a coniugare la miriade di linee guida e requisiti normalmente riscontrata in molti siti diversi. Ciascun nuovo membro dello staff CBVCT deve essere in grado di leggere questo piano e capire i pro e i contro del test HIV in quel luogo. Comunque, è anche destinato a funzionare come uno strumento di riferimento per i somministratori del test e i counsellor con più esperienza, in caso di circostanze particolari o domande.

*Che valore ha il feedback per la certificazione della qualità?*

I dati a livello di struttura CBVCT sono in genere inoltrati a un sito più centralizzato, come un ufficio distrettuale, provinciale o statale, dove possono essere ulteriormente aggregati e inoltrati al livello nazionale. I dati di M&E hanno un utilizzo a ogni livello gestionale e devono essere attivamente riesaminati. Le informazioni raccolte per il programma HTC nazionale devono essere rese disponibili a tutti i livelli (ossia nazionale, sub-nazionale, e di struttura CBVCT) attraverso meccanismi di feedback strategicamente progettati. La comunicazione tra i livelli gestionali deve fluire in due direzioni: non appena si stabiliscono i sistemi di presentazione dei dati ai livelli più alti della gestione, l'analisi dei feedback e dei dati deve ritornare regolarmente indietro.

La diffusione dei risultati del programma dall'analisi dei dati e l'utilizzo delle scoperte per il miglioramento del programma e lo sviluppo delle politiche rappresentano una fase fondamentale nel processo di M&E. Con questo si permette anche alle strutture di capire le loro prestazioni nel contesto del modo in cui stanno agendo le altre strutture e si può incoraggiare la condivisione delle buone pratiche e una risoluzione congiunta dei problemi tra le strutture.

Una più ampia condivisione e discussione dei dati dei programmi CBVCT a tutti i livelli ha lo scopo di:

- arrivare a migliorare la fornitura e consegna dei servizi;
- identificare le popolazioni destinatarie che hanno bisogno di sforzi maggiori nelle attività CBVCT;
- motivare lo staff del programma e stimolarne il rendimento;
- affrontare i problemi della qualità dei dati;
- assicurare che le strutture CBVCT, insieme agli uffici distrettuali e nazionali, comprendano i vantaggi ottenibili dedicando risorse al processo di M&E.





## **Proposta per lo sviluppo dei processi di qualità nei programmi CBVCT**

Per attuare un processo di buona qualità nei programmi CBVCT, la maggior parte delle linee guida internazionali afferma che si devono rispettare le fasi seguenti<sup>35</sup>:

- ✘ Scrivere una spiegazione dei punti fondamentali del programma di test HIV nel vostro servizio CBVCT. Descrivere in questo modo i tipi di test HIV attualmente disponibili e il flusso clinico previsto nella vostra struttura e il modo in cui gli assistiti devono ricevere i servizi al loro arrivo.
- ✘ Aggiungere la descrizione delle procedure CBVCT (una per il test rapido e una, se necessario, per il test convenzionale).
- ✘ Aggiungere i requisiti e i servizi di laboratorio, nel momento in cui si applichino al test HIV, e alcune informazioni sulla sicurezza di laboratorio.
- ✘ Descrivere il collegamento con altri servizi, ossia il collegamento all'assistenza per chi ha un risultato reattivo, offrire un servizio globale di salute sessuale (diagnosi delle IST, sostegno psico-sociale, collegamento all'assistenza, etc.).
- ✘ Scrivere il processo di monitoraggio dell'intero programma: qual è la partecipazione della *community* e qual è la posizione del programma nel campo.
- ✘ Descrivere il processo di certificazione della qualità (QA). Questo documento di QA deve specificare ampiamente chi nel centro CBVCT è il responsabile di ciascun elemento del programma di test HIV e fornire una serie di azioni correttive che si possano intraprendere se necessario in qualsiasi momento.

Questo documento va riesaminato periodicamente per assicurare che sia tenuto aggiornato e che il programma continui a essere in linea con il piano, che è stato attentamente pensato e deve essere seguito con cura.

Per condurre l'indicazione della qualità, ogni struttura CBVCT deve creare meccanismi per la comunicazione in modo che chi ne ha bisogno sia informato sulle questioni relative alla QA, insieme allo staff, quando opportuno<sup>36</sup>.

**In pratica** possiamo suggerire la creazione di una struttura per controllare i criteri di qualità e osservare le possibilità di migliorare i progetti CBVCT. Questa struttura può ispirarsi allo European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP)<sup>37</sup>:

---

<sup>35</sup> Secondo la dichiarazione del San Francisco Department of Public Health

<sup>36</sup> *id.*

<sup>37</sup> European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP), *User manual*. Progetto "Getting evidence into practice", settembre 2005



## **HIV-COBATEST**

### **Una guida per lavorare al meglio nei nostri centri CBVCT**

#### **Coerenza con i principi di promozione della salute**

Il CBVCT accoglie i principi di promozione della salute (e della salute sessuale), includendo un approccio positivo e globale alla salute (e alla sessualità), l'attenzione alle ampie determinanti della salute, della partecipazione, della responsabilizzazione, dell'equità e dell'uguaglianza.

#### **Sviluppo e attuazione dei servizi CBVCT**

Il progetto CBVCT si basa su un'analisi sistematica del contesto, dei problemi di salute e dei bisogni della popolazione destinataria. Gli interessati sono associati all'analisi<sup>38</sup>.

Gli scopi e gli obiettivi del CBVCT sono chiaramente definiti.

Sono delineati chiaramente i gruppi e le *community* che il programma CBVCT vuole mobilitare e raggiungere.

Sono delineati chiaramente le strategie e i metodi per un intervento efficace.

C'è una descrizione chiara del modo in cui saranno svolti gli interventi CBVCT.

Saranno certificati gli effetti (valutazione degli effetti) e la qualità (valutazione del processo).

#### **Gestione del progetto**

Direzione: è stato designato chi è il responsabile ultimo per gestire il servizio CBVCT ed è in grado di farlo.

Pianificazione e documentazione: sono saldamente stabiliti il piano di lavoro e l'organizzazione del servizio CBVCT.

Capacità e risorse: sono disponibili l'esperienza (le competenze dello staff) e le risorse (fondi, strumenti, etc.) necessari per la riuscita attuazione del servizio CBVCT.

Partecipazione e impegno: sono chiaramente delineati i modi in cui le varie parti saranno coinvolte e impegnate nel progetto.

Comunicazione: è stabilito chiaramente il modo in cui tutti i partecipanti (gruppo destinatario e interessati) saranno informati sui progetti CBVCT.

#### **Sostenibilità**

Si richiedono il coinvolgimento degli intermediari, l'utilizzo delle risorse, la direzione degli investimenti, l'orientamento dello sviluppo tecnologico e istituzionale in modo da assicurare la continuazione dei progetti CBVCT.

---

<sup>38</sup> La collaborazione con le organizzazioni (accademiche o governative) che lavorano nel campo dell'epidemiologia dell'HIV aiuteranno ad aggiornare questa analisi prendendo in considerazione le ultime tendenze locali o nazionali in tema di HIV.



## Appendice

OMS EUROPA, *Scaling up HIV testing and counselling in the WHO European Region as an essential component of efforts to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support*, 2010

Questo quadro strategico contiene **dieci principi fondamentali** e fornisce raccomandazioni dettagliate per guidare gli stati membri nel loro impegno per **l'incremento di scala del test e counselling HIV**.

- L'incremento di scala del test e counselling HIV è un imperativo per la salute pubblica e per i diritti umani e deve collegarsi a sforzi più ampi per ottenere l'accesso universale alla prevenzione, al trattamento, all'assistenza e al sostegno globali e basati su dati oggettivi in tema di HIV (pagina 4).
- Un esteso test e counselling HIV deve essere personalizzato per diversi contesti, popolazioni e bisogni degli assistiti (pagina 5).
- Gli sforzi per aumentare l'accesso e l'adozione del test e counselling HIV devono comprendere l'attuazione del test e counselling HIV richiesti dal fornitore del servizio nelle strutture sanitarie, quando opportuno (pagina 6).
- Gli sforzi per aumentare l'accesso e l'adozione del test e counselling HIV devono soddisfare i bisogni delle popolazioni a maggior rischio e più vulnerabili e allargarsi oltre i contesti clinici e coinvolgere la società civile e le organizzazioni *community-based* nella fornitura dei servizi di test e counselling HIV (pagina 8).
- Quando opportuno, si devono utilizzare i test HIV rapidi (pagina 9).
- Indipendentemente dal luogo e dal modo in cui è svolto, il test HIV deve essere sempre volontario e accompagnato dal consenso informato della persona testata, da informazioni o counselling pre-test adeguati, dal counselling post-test, dalla protezione della riservatezza e dal rinvio ai servizi (pagina 10).
- Le politiche e le pratiche del test HIV devono essere riesaminate per eliminare qualsiasi forma di test non volontario (pagina 12).
- Gli sforzi per aumentare l'accesso e l'adozione del test e counselling HIV devono essere accompagnati da uguali sforzi per assicurare ambienti di sostegno sociale, politico e legale.
- In ciascun paese si dovrebbero intraprendere consultazioni per formulare piani per l'ampliamento del test e counselling HIV basato su questo quadro (pagina 13).
- Gli sforzi per aumentare l'accesso e l'adozione del test e counselling HIV devono essere monitorati e valutati con cura (pagina 14).



**INDICATORI DI BASE PER IL MONITORAGGIO  
DELLE ATTIVITÀ DI COUNSELLING E TEST VOLONTARI  
*COMMUNITY-BASED* (CBVCT)  
PER L'HIV**

**Linee guida per i servizi CBVCT**

**Versione per la prova sul campo**

**Luglio 2012**



## Sommario

Riconoscimenti .....	2
Acronimi e abbreviazioni .....	3
1. Introduzione .....	5
1.1. Finalità .....	5
1.2. Background .....	6
1.2.1. Indicatori relativi al test HIV di UNAIDS, OMS ed ECDC .....	7
1.2.2. Monitoraggio e valutazione dei programmi nazionali di test e counselling HIV .....	8
1.2.3. Monitoraggio e valutazione dei servizi di test e counselling volontari .....	10
2. Finalità, obiettivi e intenti delle attività CBVCT .....	12
3. Indicatori CBVCT di base .....	14
3.1. Indicatori CBVCT di base per i servizi CBVCT .....	14
3.1.1. Fonti dei dati .....	15
3.1.2. Dati .....	16
3.1.3. Frequenza delle rilevazioni .....	17
3.1.4. Metodi di rilevazione e di calcolo .....	17
3.2. Possibili indicatori CBVCT di base per il monitoraggio CBVCT a livello nazionale .....	22
3.2.1. Indicatori relativi al test HIV di UNAIDS, OMS ed ECDC adattati al CBVCT .....	22
3.2.2. Possibili indicatori di base aggiuntivi a livello nazionale per il monitoraggio CBVCT ....	22
4. Raccomandazioni per l'attuazione delle linee guida per i servizi CBVCT .....	24
5. Riferimenti .....	25
Appendice 1 Modulo per la raccolta dei dati degli indicatori CBVCT per la rete HIV-COBATEST	26
Appendice 2 Guida per la codifica SOUNDEX .....	44



## Riconoscimenti

Il documento “Indicatori di base per il monitoraggio della diagnosi dell’HIV nei servizi di counselling e test volontari *community-based* (CBVCT)” è stato sviluppato con il contributo e le competenze di diverse persone all’interno del progetto “HIV Community-Based Testing Practices in Europe” [Pratiche di test HIV *community-based* in Europa] (HIV-COBATEST), con il co-finanziamento dell’Agenzia esecutiva per la salute e i consumatori (EAHC), nell’ambito del Programma per la salute pubblica dell’UE (Convenzione di sovvenzione N° 2009 12 11).

Una prima bozza è stata elaborata da Irena Klavs (National Institute of Public Health - NIPH, Slovenia), in collaborazione con Jordi Casabona (Centre d’Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya - CEEISCAT, Spagna), Cristina Agustí Benito (CEEISCAT), Laura Fernández López (CEEISCAT), Eduardo Ditzel (Projecte dels Noms-Hispanosida, Spagna), Miha Lobnik (LEGEBITRA, Slovenia) e Per Slaaen Kaye (STOP AIDS, AIDS-Foundation, Danimarca).

La bozza del documento è stata discussa al Convegno sul gruppo di indicatori di base per il monitoraggio della diagnosi dell’HIV nei servizi CBVCT, svoltosi a Barcellona il 24 maggio 2012. Si è raggiunto un accordo sull’elenco degli indicatori CBVCT di base e opzionali. Un ringraziamento speciale a Tobias Alfvén (Programma delle Nazioni Unite per l’HIV/AIDS - UNAIDS, Svizzera) per il suo contributo al convegno e per i suggerimenti su come migliorare il documento. Oltre alle persone nominate sopra, hanno partecipato al convegno anche: Elena Adán (CAS Lluís Companys - Creu Roja, Spagna), Maite Arrillaga (CEEISCAT), Alison Brown (Health Protection Agency - HPA, Regno Unito), Michele Breveglieri (ULSS 20, Italia), Laia Ferrer (CEEISCAT), Ricardo Fuertes (CheckpointLX, Portogallo), Frank Funz (AIDS-Hilfe, Germania), Martina Furegato (ULSS 20, Italia), Jakob Haff (AIDS-Foundation, Danimarca), Michael Melbroek (Projecte dels Noms-Hispanosida, Spagna), Adriana Morales (Stop Sida, Spagna), Galina Musat (ARAS, Romania), Félix Pérez (Projecte dels Noms-Hispanosida, Spagna), Ivo Procházka (Institute of Sexology, Repubblica Ceca), Ferran Pujol (Projecte dels Noms-Hispanosida, Spagna), Daniela Rojas Castro (Association AIDES, Francia), Giorgio Sandrini (Arcigay, Italia), Sílvia Silva (Àmbit Prevenció-Àmbit Dona, Spagna), Igor Sobolev (Estonian Network of People Living with HIV, Estonia), Július Szabó (Česká společnost AIDS pomoc, Repubblica Ceca), Inga Upmace (The Baltic HIV association, Lettonia) e Iwona Wawer (National AIDS Centre, Polonia).

Dopo il Convegno sul gruppo di indicatori di base per il monitoraggio della diagnosi dell’HIV nei servizi CBVCT, il documento è stato inviato per le osservazioni conclusive a tutti i membri del comitato direttivo e del consiglio consultivo del progetto HIV-COBATEST, ossia: Cinthia Menel-Lemos, responsabile del progetto HIV-COBATEST (Agenzia esecutiva per la salute e i consumatori - EAHC, Lussemburgo), Marita Van der Laar (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie - ECDC, Svezia), Luisa Frescura (UNAIDS), Martin C. Donoghoe (Organizzazione mondiale della sanità - OMS, Europa, Danimarca), Brenda Spencer (Istituto di medicina sociale e preventiva dell’Università di Losanna, Svizzera), Ricardo Fernandes (European AIDS Treatment Group, Belgio) e Jens D. Lundgren (National University Hospital & University of Copenhagen HIV programme e HIV in Europe, Danimarca).

La stesura del documento finale è stata coordinata da Irena Klavs e Cristina Agustí Benito, con varie revisioni via e-mail e in videoconferenza e con il contributo di Jordi Casabona, Laura Fernández López, Eduardo Ditzel, Miha Lobnik e Per Slaaen Kaye.



## Acronimi e abbreviazioni

AIDS	sindrome da immunodeficienza acquisita ( <i>acquired immunodeficiency syndrome</i> )
ANC	assistenza prenatale ( <i>antenatal care</i> )
ART	terapia antiretrovirale ( <i>antiretroviral therapy</i> )
ARV	antiretrovirale
CBVCT	attività di counselling e test volontari <i>community-based</i> ( <i>community based voluntary counselling and testing</i> )
CEEISCAT	Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya
CITC	test e counselling HIV richiesti dall'assistito ( <i>client-initiated HIV testing and counselling</i> )
DD	Dichiarazione di Dublino
EAHC	Agenzia esecutiva per la salute e i consumatori ( <i>Executive Agency for Health and Consumers</i> )
ECDC	Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie ( <i>European Centre for Disease Prevention and Control</i> )
ELISA	prova di immunoassorbimento legata all'enzima ( <i>enzyme-linked immunosorbent assay</i> )
FHI	Family Health International
GARP	stato di avanzamento della risposta globale all'AIDS ( <i>Global AIDS Response Progress</i> )
HIV	virus dell'immunodeficienza umana ( <i>human immunodeficiency virus</i> )
HIV-COBATEST	pratiche di test HIV <i>community-based</i> in Europa ( <i>HIV community-based testing practices in Europe</i> )
HTC	test e counselling HIV ( <i>HIV testing and counselling</i> )
ICRH	International Centre for Reproductive Health
IDU	consumatori di droghe iniettate ( <i>injecting drug users</i> )
IMPACT	Progetto di attuazione della prevenzione e dell'assistenza per l'AIDS ( <i>Implementing AIDS Prevention and Care Project</i> )
IST	infezioni sessualmente trasmissibili
MARPs	popolazioni più vulnerabili ( <i>most at risk populations</i> )
MDD	monitoraggio della Dichiarazione di Dublino
MSM	uomini che fanno sesso con altri uomini ( <i>men who have sex with men</i> )
M&E	monitoraggio e valutazione ( <i>monitor and evaluate</i> )
NA	non applicabile
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
ONG	organizzazione non governativa
PITC	test e counselling HIV richiesti dal fornitore del servizio ( <i>provider-initiated HIV testing and counselling</i> )
PMTCT	prevenzione della trasmissione da madre a figlio ( <i>prevention of mother-to-child transmission</i> )
SW	operatori e operatrici del sesso ( <i>sex workers</i> )
TB	tubercolosi
UA	accesso universale ( <i>Universal Access</i> )
UNAIDS	Programma delle Nazioni Unite per l'HIV/AIDS ( <i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i> )



UNGASS	Sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite ( <i>United Nations General Assembly Special Session</i> ) sull'AIDS
UNICEF	Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia ( <i>United Nations Children's Fund</i> )
USAID	Agenzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale ( <i>United States Agency for International Development</i> )
VCCT	counselling e test volontari e confidenziali ( <i>voluntary confidential counselling and testing</i> )
VCT	counselling e test volontari ( <i>voluntary counselling and testing</i> )





## 1. Introduzione

### 1.1. Finalità

Lo scopo di questo documento è quello di fornire una guida per i servizi di counselling e test volontari *community-based* (CBVCT) sul virus dell'immunodeficienza umana (HIV), riguardo all'uso degli indicatori per il monitoraggio e la valutazione (M&E) delle loro attività.

Il M&E delle attività CBVCT a livello dei singoli servizi richiede l'assegnazione delle risorse necessarie, come tempi del personale e supporto logistico, che vanno pianificate e garantite. Per i singoli servizi CBVCT partecipanti, i risultati di questo M&E forniranno informazioni per migliorare le loro prestazioni e permetteranno di confrontare il loro rendimento con altri servizi simili. I risultati del M&E possono essere utili anche per sostenere l'offerta di servizi CBVCT, in aggiunta al test e al counselling HIV (HTC) basati sull'assistenza sanitaria, e per comprovare le loro attività nella ricerca dei finanziamenti.

Riconoscendo la difficoltà di definire i programmi o i servizi CBVCT e l'eterogeneità di tali servizi in Europa, per le finalità del progetto "HIV Community-Based Testing Practices in Europe" [Pratiche di test HIV *community-based* in Europa] (HIV-COBATEST) e per gli scopi di questo documento, si definisce CBVCT "qualunque programma o servizio che offra test e counselling HIV su base volontaria al di fuori del sistema sanitario ufficiale e che sia stato progettato per rivolgersi a gruppi specifici delle popolazioni più vulnerabili e sia chiaramente adattato e accessibile a queste comunità. Inoltre, tali servizi devono garantire la partecipazione attiva della comunità, con il coinvolgimento dei suoi rappresentanti nella pianificazione o nell'attuazione degli interventi e delle strategie delle attività di test HIV".

Gli indicatori CBVCT di base e opzionali suggeriti saranno provati sul campo nella rete HIV-COBATEST dei servizi CBVCT. Anche gli altri servizi CBVCT in Europa sono incoraggiati a prendere in considerazione l'integrazione di questi indicatori nelle loro attività di M&E in corso.

Il documento suggerisce inoltre quali indicatori potrebbero essere presi in considerazione dai programmi nazionali di prevenzione, trattamento e assistenza per l'HIV e la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), per il M&E delle attività CBVCT, come parte degli impegni di M&E dei programmi nazionali HTC.

Questi indicatori sono studiati per aiutare i servizi CBVCT a valutare lo stato attuale delle attività CBVCT nel raggiungimento dei loro obiettivi e/o intenti, in relazione all'aumento della percentuale di persone infette da HIV con diagnosi precoce nelle popolazioni a maggiore rischio di esposizione al virus, come gli uomini che fanno sesso con altri uomini (MSM), gli operatori e le operatrici del sesso (SW), i consumatori di droghe iniettate (IDU) e i migranti dei paesi con un'epidemia generalizzata. Le linee guida sono progettate per migliorare la qualità e la coerenza dei dati raccolti a livello dei servizi CBVCT per le finalità di M&E e, di conseguenza, anche per aumentare l'accuratezza delle conclusioni ottenute, se la raccolta avviene a livello nazionale ed europeo. Il M&E standardizzato permetterà di confrontare i dati all'interno della rete europea HIV-COBATEST dei servizi CBVCT e tra i servizi CBVCT negli stati membri.

Quando i dati degli indicatori CBVCT di base saranno disponibili attraverso il progetto HIV-COBATEST o il M&E dei programmi HTC a livello nazionale, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo



delle malattie (ECDC) potrà prendere in considerazione l'inserimento di tali indicatori nel monitoraggio dell'attuazione della Dichiarazione di Dublino.

## 1.2. Background

La diagnosi precoce dell'infezione da HIV è fondamentale per ridurre la mortalità e la morbosità HIV correlate e per prevenirne l'ulteriore trasmissione. Si tratta di una condizione preliminare per il trattamento e la prevenzione dell'HIV. Un programma nazionale HTC efficace dev'essere in grado di stabilire gli standard e garantire la qualità e la copertura con questi servizi all'interno delle popolazioni chiave più vulnerabili e con i maggiori bisogni. Si otterrà così una percentuale più alta di persone infette da HIV con diagnosi precoce. Si riconosce che i servizi CBVCT sono un buon approccio per migliorare l'accesso alla diagnosi precoce dell'HIV nelle popolazioni più vulnerabili all'infezione, come MSM, SW, IDU e migranti, che potrebbero non cercare attivamente il test e counselling HIV all'interno del sistema di assistenza sanitaria ufficiale o trovare ostacoli nel farlo.

La Commissione europea ha inserito l'accesso al test HIV tra le priorità del "Piano di lavoro per il 2009 del Programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica". Si sono condotte o si stanno attualmente conducendo in Europa diverse azioni relative al test HIV. Il convegno per specialisti tenuto a Stoccolma nel gennaio del 2008 e organizzato dall'ECDC e dall'International Centre for Reproductive Health (ICRH), Università di Gent, ha prodotto il rapporto: "HIV Testing in Europe: from Policies to Effectiveness" [Il test HIV in Europa: dalle politiche all'efficacia] (1). Nel 2010, l'ECDC ha pubblicato la guida "HIV Testing: Increasing Uptake and Effectiveness in the European Union" [Test HIV: aumento dell'accesso e dell'efficacia nell'Unione europea], che suggeriva come l'aumento dell'accesso al test HIV potesse implicare l'estensione dei servizi HIV in scenari di comunità per i gruppi emarginati (2).

Tra i vari altri progetti connessi all'HIV, l'Agenzia esecutiva per la salute e i consumatori (EAHC) sta anche cofinanziando il progetto "HIV Community-Based Testing Practices in Europe" [Pratiche di test HIV *community-based* in Europa] (HIV-COBATEST) (Convenzione di sovvenzione n° 2009 12 11). L'obiettivo generale è quello di promuovere la diagnosi precoce dell'infezione da HIV in Europa migliorando l'attuazione e la valutazione delle pratiche di test HIV *community-based*. Il progetto integra rapporti e azioni precedenti e attuali, concentrandosi sulle pratiche CBVCT, attraverso una comprensione più profonda di questi programmi e servizi nei diversi paesi e la standardizzazione dei protocolli e degli indicatori, per migliorarne l'attuazione e la valutazione. Il primo dei vari pacchetti di lavoro del progetto aveva l'obiettivo di determinare le caratteristiche dell'attuazione dei programmi CBVCT nei paesi europei, svolgendo un'indagine tra i punti centrali dei servizi HIV e CBVCT che operano in Europa. Come risultato del secondo pacchetto di lavoro, si preparerà un codice sulle linee guida delle buone pratiche specifiche delle attività CBVCT, con uno studio qualitativo tra utenti e fornitori dei servizi. Ciò ha contribuito alla proposta di un gruppo di indicatori di base per il M&E delle attività CBVCT. Si creerà la rete europea HIV-COBATEST dei servizi CBVCT, all'interno della quale saranno monitorate e valutate le attività CBVCT e si condurrà la ricerca operativa.

Il documento "Indicatori di base per il monitoraggio delle attività CBVCT per l'HIV: linee guida per i servizi CBVCT", sviluppato dal progetto HIV-COBATEST, è coerente con le raccomandazioni attuali per gli indicatori relativi al test HIV suggeriti dal Programma delle Nazioni Unite per l'HIV/AIDS (UNAIDS), dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e dall'ECDC, così come è coerente con il documento "Guide for Monitoring and Evaluating National HIV Testing and Counselling (HTC) Programmes: Field-Test Version" [Guida per il monitoraggio e la valutazione dei programmi nazionali di test e



counselling HIV (HTC): versione per la prova sul campo], pubblicato dall'OMS nel 2011, e con il documento "Monitoring and Evaluating Voluntary Counseling and Testing Services: a Facilitator's Training Guide" [Monitoraggio e valutazione dei servizi di counselling e test volontari: guida per la formazione del facilitatore], pubblicato dal Family Health International (FHI) nel 2004.

Questo documento definisce un approccio standardizzato per il M&E delle attività CBVCT. Per i singoli servizi CBVCT partecipanti, i risultati di questo M&E forniranno informazioni per migliorare le loro prestazioni e permetteranno di confrontare il loro rendimento con altri servizi simili. I risultati del M&E possono essere utili anche per sostenere l'offerta di servizi CBVCT, in aggiunta alle attività HTC basate sull'assistenza sanitaria, e per comprovare le loro attività nella ricerca dei finanziamenti. Il M&E standardizzato permetterà anche di confrontare i dati all'interno della rete europea HIV-COBATEST dei servizi CBVCT, tra i servizi CBVCT negli stati membri e anche a livello internazionale.

### 1.2.1 Indicatori relativi al test HIV di UNAIDS, OMS ed ECDC

Sono stati sviluppati diversi indicatori di M&E relativi al test HIV e si è suggerito di utilizzarli per i programmi nazionali di prevenzione, trattamento e assistenza per HIV e AIDS e per il monitoraggio e la presentazione dei dati della risposta nazionale a UNAIDS, OMS ed ECDC.

Nel 2011, l'UNAIDS ha suggerito i seguenti cinque indicatori relativi al test HIV per monitorare lo stato di avanzamento della risposta globale all'AIDS (GARP), con il proposito, entro il 2015, di ridurre del 50% la trasmissione sessuale dell'HIV e la trasmissione dell'HIV tra i consumatori di droghe iniettate, di eliminare la trasmissione dell'HIV da madre a figlio e di ridurre considerevolmente la morte delle madri AIDS correlata (indicatori GARP) (3):

- GARP 1.5: Test HIV nella popolazione generale  
(Percentuale di uomini e donne tra i 15 e i 49 anni sottoposti a un test HIV negli ultimi 12 mesi che ne conoscono l'esito)
- GARP 1.9: Operatori e operatrici del sesso: test HIV  
(Percentuale di SW sottoposti a un test HIV negli ultimi 12 mesi che ne conoscono l'esito)
- GARP 1.13: Uomini che fanno sesso con altri uomini: test HIV  
(Percentuale di MSM sottoposti a un test HIV negli ultimi 12 mesi che ne conoscono l'esito)
- GARP 2.4: Consumatori di droghe iniettate: test HIV  
(Percentuale di consumatori di droghe iniettate sottoposti a un test HIV negli ultimi 12 mesi che ne conoscono l'esito)
- GARP 3.2: Diagnosi infantile precoce  
(Percentuale di bambini nati da una donna HIV-positiva sottoposti a un test virologico per l'HIV entro 2 mesi dalla nascita)

Le informazioni sui primi quattro di questi cinque indicatori GARP sono già state raccolte nelle precedenti serie di presentazione dei dati sul monitoraggio della Dichiarazione di impegno su HIV e AIDS, adottata dalla Sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite (UNGASS) sull'AIDS nel giugno del 2001. Questi indicatori si chiamavano in precedenza indicatori UNGASS (4).

Nel 2011, OMS, UNAIDS e Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF) hanno pubblicato il documento: "Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal Access: Progress Report 2011" [Risposta globale a HIV e AIDS: aggiornamento sull'epidemia e progressi del settore sanitario verso l'accesso universale: stato di avanzamento nel 2011], che presentava i dati sull'aumento graduale dell'accesso agli interventi del settore sanitario per la



prevenzione, il trattamento, l'assistenza e il sostegno per l'HIV, con l'inclusione dei dati disponibili sul test HIV (5). Nel 2012, l'OMS ha raccolto i dati sui seguenti indicatori relativi al test HIV in relazione all'accesso universale (UA), in aggiunta ai già citati indicatori GARP e UA GARP/UA 1.9, GARP/UA 1.13 e GARP/UA 3.2:

- UA 1.15: Strutture sanitarie che forniscono servizi di test e counselling HIV  
(Percentuale di strutture sanitarie che forniscono servizi HTC – tutte le strutture, specificandone anche lo stato: pubblica, privata, stato sconosciuto)
- UA 3.4: Donne in gravidanza che conoscono il loro stato HIV  
(Percentuale di donne in gravidanza sottoposte al test HIV che ne hanno ricevuto l'esito – durante la gravidanza, durante il travaglio e il parto e durante il periodo post-partum (<72 ore), comprese quelle che conoscevano in precedenza lo stato HIV)
- UA 4.5: Diagnosi tardiva dell'HIV  
(Percentuale di persone con l'infezione da HIV che hanno già la necessità di un trattamento antiretrovirale al momento della diagnosi)

Nel 2010, l'ECDC ha pubblicato il documento "Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report" [Attuazione della dichiarazione di Dublino sul partenariato per la lotta all'HIV/AIDS in Europa e Asia centrale: relazione 2010] (6), che comprendeva le informazioni disponibili sul test HIV tra IDU, MSM e SW. Sono stati proposti diversi indicatori sul monitoraggio della Dichiarazione di Dublino (MDD), o indicatori della Dichiarazione di Dublino (DD) relativi all'HIV. I dati connessi con l'HIV raccolti dall'ECDC nel 2012 comprendevano il seguente indicatore relativo al test HIV, in aggiunta ai già citati indicatori GARP, UA e DD GARP/UA/DD 1.9, GARP/UA/DD 1.13, GARP/UA/DD 3.2 e UA/DD 4.5:

- DD 1.19: Migranti: test HIV  
(Percentuale di migranti dei paesi con un'epidemia di HIV generalizzata sottoposti a un test HIV negli ultimi 12 mesi che ne conoscono l'esito)

Nessuno di questi indicatori è stato sviluppato per monitorare le attività HTC specificamente per i servizi CBVCT e per valutarne il contributo sulla diagnosi precoce dell'infezione da HIV a livello nazionale.

### 1.2.2. Monitoraggio e valutazione dei programmi nazionali di test e counselling HIV

Nel 2011, l'OMS ha pubblicato il documento "Guide for Monitoring and Evaluating National HIV Testing and Counselling (HTC) Programmes: Field-Test Version" [Guida per il monitoraggio e la valutazione dei programmi nazionali di test e counselling HIV (HTC): versione per la prova sul campo] (7), con la finalità di descrivere un gruppo di indicatori che potevano essere utilizzati dai programmi nazionali di prevenzione, trattamento e assistenza per HIV e AIDS per il monitoraggio e la valutazione dei servizi HTC.

Il documento definiva la seguente terminologia relativa al test HIV:

- Il termine test e counselling HIV (HTC) si usa per riferirsi a tutti i servizi che coinvolgono il test HIV fornito con counselling. Diversi paesi possono usare termini differenti, per esempio:
- *Test e counselling HIV richiesti dall'assistito (CITC)* – servizi HTC in cui le persone cercano attivamente HTC. Si può trattare di un servizio a sé stante o parte di un servizio clinico, nel posto



di lavoro o in un centro giovanile. Alcuni paesi usano il termine counselling e test volontari (VCT), o counselling e test volontari e confidenziali (VCCT) per descrivere i servizi CITC.

- *Test e counselling HIV richiesti dal fornitore del servizio (PITC)* – servizi HTC raccomandati normalmente dai fornitori di assistenza sanitaria a chi si rivolge alle strutture sanitarie, come parte integrante dell'assistenza medica. Si può trattare di un servizio medico o speciale destinato, per esempio, a chi si rivolge alle cliniche per la tubercolosi (TB) o per le infezioni sessualmente trasmissibili (IST), ai servizi di assistenza prenatale (compresa la prevenzione della trasmissione da madre a figlio, PMTCT), ai servizi di pianificazione familiare o ai servizi per IDU.

Il documento affermava inoltre che i servizi HTC possono essere condotti anche come parte di una *campagna*, o attraverso *servizi di sensibilizzazione*, o mediante *test a domicilio*. Il termine servizi CBVCT non era menzionato nello specifico, ma è incluso nel termine servizi speciali.

In breve, si suggeriva di prendere in considerazione i seguenti indicatori, da utilizzarsi nei programmi HTC nazionali per il M&E dei servizi HTC:

- Esistenza di politiche e linee guida nazionali per i servizi HTC coerenti con gli standard internazionali
- Percentuale di siti HTC in linea con gli standard nazionali di qualità del servizio
- Numero di strutture sanitarie che forniscono servizi HTC
- Percentuale di strutture con servizi di assistenza prenatale (ANC) che forniscono anche HTC per donne in gravidanza
- Percentuale di strutture con servizi di assistenza prenatale (ANC) che forniscono il test HIV e i farmaci antiretrovirali (ARV) per PMTCT sul posto
- Numero di donne e uomini con più di 15 anni sottoposti a un test HIV negli ultimi 12 mesi che ne conoscono l'esito
- Percentuale di popolazioni più vulnerabili (MARPs) sottoposte a un test HIV negli ultimi 12 mesi che ne conoscono l'esito
- Rapporto tra il numero di pazienti che ricevono assistenza, pre-terapia antiretrovirale (ART) o servizi ART e il numero di nuovi casi di persone risultate HIV-positive
- Percentuale di donne in gravidanza che conoscono il loro stato HIV
- Percentuale di pazienti con TB che avevano l'esito di un test HIV inserito nel registro della TB
- Percentuale di persone sottoposte al test attraverso PITC
- Percentuale di individui con più di 15 anni che hanno ricevuto l'esito e dichiarano di essere stati sottoposti al test HIV in precedenza
- Percentuale di individui con più di 15 anni sottoposti a HTC di coppia che hanno saputo l'esito del test HIV insieme al partner negli ultimi 12 mesi
- Percentuale di donne in gravidanza che si rivolgono a servizi di ANC e il cui partner di sesso maschile sia stato sottoposto al test HIV
- Percentuale di bambini nati da donne con infezione da HIV sottoposti a un test HIV entro i primi 12 mesi di vita
- Percentuale di strutture sanitarie che forniscono servizi di test virologico
- Percentuale di bambini nati da donne con infezione da HIV sottoposti a un test virologico per l'HIV entro 2 mesi dalla nascita

Si è suggerito di prendere in considerazione i seguenti indicatori per indagini *population-based*:

- Percentuale di donne e uomini tra i 15 e i 49 anni sottoposti a un test HIV negli ultimi 12 mesi che ne conoscono l'esito



- Percentuale di donne e uomini tra i 15 e i 24 anni sottoposti a un test HIV negli ultimi 12 mesi che ne conoscono l'esito
- Percentuale di persone tra i 15 e i 49 anni che conoscono il loro stato HIV
- Percentuale di MARPs sottoposti a un test HIV negli ultimi 12 mesi che ne conoscono l'esito

Nessuno di questi indicatori è stato sviluppato per monitorare le attività HTC specificamente per i servizi CBVCT e per valutarne il contributo sulla diagnosi precoce dell'infezione da HIV a livello nazionale. Alcuni di questi, comunque, sarebbero adatti per essere utilizzati dai servizi CBVCT, se fossero modificati per le attività CBVCT, o anche dai programmi HTC nazionali, nel caso in cui il M&E dei servizi CBVCT sulla diagnosi precoce dell'infezione da HIV fosse stato introdotto a livello nazionale.

### 1.2.3. Monitoraggio e valutazione dei servizi di test e counselling volontari

Nel 2004, l'FHI, insieme con il Progetto di attuazione di prevenzione e assistenza per l'AIDS (IMPACT) e l'Agenzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale (USAID), ha pubblicato la guida per la formazione dei facilitatori "Monitoring and Evaluating Voluntary Counseling and Testing Services" [Monitoraggio e valutazione dei servizi di counselling e test volontari], come parte del documento "Monitoring HIV/AIDS Programs: a Facilitator's Training Guide (USAID Resource for Prevention and Treatment)" [Monitoraggio dei programmi HIV/AIDS: guida per la formazione del facilitatore (risorsa USAID per la prevenzione e il trattamento)] (8). La finalità era quella di fornire nei seminari una guida per i facilitatori, per creare nei partecipanti le competenze sul monitoraggio e sulla pianificazione della valutazione dei programmi VCT, ponendo l'accento sui loro obiettivi.

Il documento definiva il VCT come un processo con cui si offre counselling a un individuo, per metterlo nella condizione di compiere una scelta informata sul fatto di essere sottoposto al test per l'HIV, ed elencava diversi modelli di servizi VCT utilizzati: struttura autonoma, servizi ospedalieri, organizzazione non governativa (ONG) all'interno di un ospedale, struttura integrata in servizi ambulatoriali generali negli ospedali pubblici, struttura all'interno dell'assistenza medica specialistica (per esempio, una clinica per IST), centro sanitario, settore privato, clinica sul posto di lavoro, strutture di riferimento per i requisiti di legge (per esempio, un centro per il pre-impiego), servizi sanitari giovanili e scolastici, servizi sanitari per gruppi vulnerabili (per esempio, per MSM), struttura collegata a progetti di ricerca o progetti pilota, servizi per le trasfusioni.

Il termine servizi CBVCT non era specificamente menzionato, ma era incluso nel termine "servizi sanitari per gruppi vulnerabili", con i gruppi seguenti tra parentesi: SW di sesso femminile, popolazione carceraria, rifugiati, IDU, MSM, bambini, orfani e ragazzi di strada.

In breve, si suggeriva ai servizi VCT di prendere in considerazione il seguente elenco illustrativo di minimi indicatori di processo dei programmi VCT per il monitoraggio e la valutazione delle loro attività:

- Numero di corsi di formazione
- Numero di counsellor formati
- Numero di tecnici di laboratorio formati per il test HIV (specificando se si tratta di test rapido)
- Numero di donne cui è offerto counselling HIV pre-test
- Numero di donne che accettano di sottoporsi al test HIV
- Numero di donne che ricevono l'esito del test HIV e counselling post-test
- Numero di donne risultate HIV-positive



- Numero di donne risultate HIV-positive indirizzate ad altri servizi di assistenza e sostegno
- Numero di uomini cui è offerto counselling HIV pre-test
- Numero di uomini che accettano di sottoporsi al test HIV
- Numero di uomini che ricevono l'esito del test HIV e counselling post-test
- Numero di uomini risultati HIV-positivi
- Numero di uomini risultati HIV-positivi indirizzati ad altri servizi di assistenza e sostegno
- Numero totale di assistiti che ricevono counselling pre-test nei centri VCT
- Numero totale di assistiti sottoposti al test HIV presso i servizi VCT
- Percentuale degli assistiti nella struttura che accettano di sottoporsi al test HIV
- Numero totale di assistiti che ricevono counselling post-test nei centri VCT
- Percentuale degli assistiti sottoposti al test HIV che ne ricevono l'esito
- Numero totale di assistiti risultati HIV-positivi
- Percentuale di assistiti risultati HIV-positivi
- Numero totale di assistiti indirizzati ad altri servizi di assistenza
- Percentuale di assistiti indirizzati ad altri servizi di assistenza
- Numero dei gruppi di sostegno
- Numero di partecipanti ai gruppi di sostegno
- Numero di strutture VCT di nuova costituzione
- Numero totale di strutture VCT con assistenza USAID

Sebbene questi indicatori non siano stati sviluppati per il M&E delle attività di test e counselling HIV specificamente per i servizi CBVCT, la maggior parte sarebbe adatta per l'utilizzo da parte di tali servizi e alcuni anche da parte dei programmi nazionali HTC, nel caso in cui il M&E degli effetti dei servizi CBVCT sulla diagnosi precoce dell'infezione da HIV fosse stato introdotto a livello nazionale.



## 2. Finalità, obiettivi e intenti delle attività CBVCT

La selezione degli indicatori adatti per il M&E delle attività dei servizi CBVCT dipende dalle finalità, dagli obiettivi e dagli intenti del programma di counselling e test relativo all'HIV, definiti nel programma nazionale di prevenzione, trattamento e assistenza per HIV e AIDS, così come dipende dai requisiti nazionali e internazionali di presentazione dei dati.

In generale, i programmi e i servizi nazionali HTC contribuiscono all'obiettivo di diminuire la percentuale di diagnosi tardive dell'HIV, come prerequisito per un rapido indirizzamento al trattamento e per la prevenzione dell'HIV.

Concretamente, tre degli obiettivi complessivi per i programmi HTC potrebbero essere formulati in questo modo:

- aumentare il numero (la percentuale) di individui infetti da HIV consci del loro stato HIV
- ridurre la percentuale di diagnosi tardive dell'HIV
- ridurre la percentuale di persone con una diagnosi di HIV non iscritte a un programma di trattamento e assistenza

Questi obiettivi devono essere raggiunti con un programma HTC di elevata qualità, che assicuri l'aderenza agli standard qualitativi HTC nazionali e internazionali e abbia un'ampia copertura.

I servizi CBVCT, in particolare, integrano altri tipi di servizi del programma HTC, migliorando l'accesso alla diagnosi precoce dell'HIV per le popolazioni chiave più vulnerabili, come MSM, SW, IDU e migranti dei paesi con un'epidemia generalizzata, che potrebbero non cercare attivamente i servizi HTC all'interno del sistema di assistenza sanitaria ufficiale o trovare ostacoli nel farlo. Ciò andrebbe ottenuto a un costo accettabile per i servizi CBVCT.

Gli obiettivi generali delle attività CBVCT potrebbero essere formulati in questo modo:

- facilitare l'accesso al test e counselling HIV per le popolazioni chiave più vulnerabili
- aumentare il numero (la percentuale) di individui infetti da HIV tra le popolazioni chiave più vulnerabili consci del loro stato HIV
- ridurre la percentuale di diagnosi tardive dell'HIV tra le popolazioni chiave più vulnerabili
- ridurre la percentuale di persone tra le popolazioni chiave più vulnerabili con una diagnosi di HIV non iscritte a un programma di trattamento e assistenza

Questi obiettivi devono essere raggiunti con servizi CBVCT di elevata qualità, che assicurino l'aderenza agli standard qualitativi HTC o CBVCT internazionali o nazionali e abbiano un'ampia copertura per le popolazioni chiave più vulnerabili cui sono destinati i servizi. Gli elevati standard qualitativi comprendono:

- l'offerta di counselling pre-test (o pre-esito) o di una discussione pre-test a tutti gli individui che cercano counselling e/o il test presso i servizi CBVCT
- la garanzia che un'alta percentuale di individui sottoposti al test presso le strutture CBVCT ne ricevano l'esito
- l'offerta di counselling post-test (o post-esito) a un'alta percentuale di individui risultati HIV-positivi presso le strutture CBVCT
- l'offerta di counselling post-test (o post-esito) a un'alta percentuale di individui risultati HIV-negativi presso le strutture CBVCT





Si possono definire gli intenti specifici delle attività CBVCT in conformità con gli obiettivi e gli intenti del programma HTC nazionale e/o con gli obiettivi delle attività CBVCT menzionati sopra, tenendo in considerazione i risultati della valutazione di riferimento.

Per esempio, con l'intento di migliorare i servizi CBVCT nel tempo e rispetto all'obiettivo di offrire counselling post-test (o post-esito) a un'alta percentuale di individui risultati HIV-positivi presso le strutture CBVCT, si potrebbe aspirare al traguardo di offrirlo al 90% di questi individui.

Il M&E dei CBVCT a livello dei singoli servizi richiede l'assegnazione delle risorse necessarie, come tempi del personale e supporto logistico, che vanno pianificate e garantite. Per i singoli servizi CBVCT partecipanti, i risultati del M&E forniranno informazioni per migliorare le loro prestazioni e permetteranno di confrontare il loro rendimento con altri servizi simili. L'elenco degli indicatori di base per il M&E delle attività dei servizi CBVCT dovrebbe essere breve e pertinente con le finalità di base, gli obiettivi e gli intenti di queste. Gli scopi e gli obiettivi di particolari studi o progetti di ricerca che possono essere condotti nell'ambito dei servizi CBVCT richiedono, in genere, una raccolta di dati molto più ampia rispetto alle attività di M&E usuali e, spesso, metodi più sofisticati di raccolta e non andrebbero confusi con le finalità e gli obiettivi di base delle normali attività CBVCT.

Andrebbero attentamente valutati sia il corretto equilibrio tra le esigenze dei dati di M&E e il carico di lavoro per la raccolta a livello di servizi CBVCT, sia le risorse di M&E a livello di programma nazionale di prevenzione, trattamento e assistenza per HIV e AIDS. Andrebbe anche attentamente valutata la realizzabilità dell'introduzione, dello svolgimento e del mantenimento degli impegni per il M&E nel tempo.

Le singole strutture CBVCT possono anche identificare ulteriori obiettivi non in relazione con gli obiettivi generali delle attività CBVCT menzionati sopra e traguardi pertinenti con i risultati o la valutazione di riferimento. In questo modo, le singole strutture CBVCT possono prendere in considerazione l'identificazione di indicatori di M&E aggiuntivi pertinenti sia con gli obiettivi e gli intenti del loro specifico servizio CBVCT, sia con i requisiti degli enti finanziatori o dei donatori.



### 3. Indicatori CBVCT di base

#### 3.1. Indicatori CBVCT di base per i servizi CBVCT

In conformità con lo scopo e gli obiettivi menzionati sopra per le attività CBVCT, si raccoglieranno normalmente all'interno della rete HIV-COBATEST dei servizi CBVCT gli 11 indicatori CBVCT di base seguenti, con il suggerimento di raccogliarli in altri servizi CBVCT con finalità di M&E in Europa:

- CBVCT 1: Numero di assistiti<sup>1</sup> sottoposti al test HIV con una prova di screening<sup>2</sup>
- CBVCT 2: Percentuale di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV in precedenza
- CBVCT 3: Percentuale di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV nei 12 mesi precedenti
- CBVCT 4: Percentuale di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV presso la stessa struttura CBVCT nei 12 mesi precedenti
- CBVCT 5: Percentuale di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo
- CBVCT 6: Percentuale di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening che ne hanno ricevuto l'esito
- CBVCT 7: Percentuale di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito
- CBVCT 8: Percentuale di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo sottoposti a un test HIV di conferma<sup>3</sup>
- CBVCT 9: Percentuale di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma
- CBVCT 10: Percentuale di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT
- CBVCT 11: Percentuale di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che hanno ricevuto counselling post-esito<sup>4</sup> presso la struttura CBVCT

Inoltre, si raccoglieranno normalmente all'interno della rete HIV-COBATEST dei servizi CBVCT i 5 indicatori CBVCT opzionali seguenti, con il suggerimento di raccogliarli in altri servizi CBVCT con finalità di M&E in Europa:

- CBVCT 12: Percentuale di assistiti che hanno ricevuto una discussione pre-test<sup>5</sup>, counselling pre-test o counselling pre-esito<sup>6</sup> e sono stati sottoposti al test HIV con una prova di screening

---

<sup>1</sup> Si deve utilizzare un codice univoco d'identificazione dell'assistito specifico per il servizio CBVCT, per escludere i duplicati e per collegare le informazioni ottenute dallo stesso assistito in visite differenti e quelle ricevute da altri servizi (per esempio un laboratorio per il test HIV). Per esempio, si possono utilizzare il codice Soundex del cognome e la data di nascita. Alcuni servizi CBVCT possono decidere di raccogliere dati personali sui loro assistiti.

<sup>2</sup> Test HIV con prova di immunoassorbimento legata all'enzima (ELISA) o test HIV rapido.

<sup>3</sup> Solo un risultato positivo a un test HIV di conferma è la prova conclusiva di un'infezione da HIV.

<sup>4</sup> Il termine counselling post-esito è equivalente al termine counselling post-test.

<sup>5</sup> Secondo il codice di procedura CBVCT stilato dal progetto HIV-COBATEST, si può far precedere il prelievo del campione da una più breve discussione pre-test invece che da una sessione di counselling pre-test o pre-esito. Quando si utilizzano i test HIV rapidi, si possono tenere una discussione pre-test e un counselling post-test all'interno di un'unica sessione con l'assistito.

<sup>6</sup> Il termine counselling pre-esito implica il counselling durante l'attesa dell'esito del test HIV rapido.



CBVCT 13: Percentuale di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito

CBVCT 14: Percentuale di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT

CBVCT 15: Costo per ciascun assistito sottoposto al test

CBVCT 16: Costo per ciascuna diagnosi di HIV

Tutti questi indicatori, con eccezione degli ultimi due, andrebbero monitorati anche in forma "disaggregata" per genere, per età (minore o maggiore di 25 anni) e per popolazione chiave più vulnerabile (MSM, SW, IDU, migranti).

Si suggerisce inoltre di raccogliere normalmente da parte dei servizi CBVCT alcuni dati contestuali descrittivi a livello di servizio CBVCT per finalità di M&E, compreso il tipo di test HIV utilizzato.

Infine, sarebbe di grande utilità per i servizi CBVCT poter monitorare il riuscito collegamento degli assistiti infetti da HIV con l'assistenza sanitaria e la percentuale di assistiti dei servizi CBVCT con diagnosi tardiva. *Tale collegamento è definito come l'accesso all'assistenza sanitaria o l'osservazione da parte di uno specialista o all'interno di una unità per l'HIV, entro i tre mesi successivi alla diagnosi di HIV presso la struttura CBVCT e con l'agevolazione da parte di questa al collegamento. Si parla di diagnosi tardiva dell'HIV quando la conta delle cellule CD4 entro tre mesi dalla diagnosi di HIV è minore di 350 cellule CD4/mm<sup>3</sup>.* I due indicatori CBVCT di base opzionali opportuni, da considerare da parte dei servizi CBVCT sono:

CBVCT 17: Percentuale di assistiti risultati HIV-positivi presso la struttura CBVCT che sono stati collegati all'assistenza sanitaria

CBVCT 18: Percentuale di assistiti risultati HIV-positivi presso la struttura CBVCT con diagnosi tardiva

Nonostante l'elenco di indicatori CBVCT di base suggeriti sopra per il M&E dei servizi CBVCT sia già piuttosto lungo, le singole strutture CBVCT possono decidere di monitorare alcuni indicatori aggiuntivi pertinenti con gli obiettivi e gli intenti del loro particolare servizio CBVCT o richiesti, ai fini del monitoraggio, dagli enti finanziatori o dai donatori. Tra questi ulteriori indicatori, se ne possono prevedere alcuni sulla qualità e il contenuto del counselling, sulla soddisfazione degli assistiti, sui requisiti e la soddisfazione dei counsellor, etc. Ciò potrebbe richiedere non solo una più ampia raccolta di dati, ma anche metodi più complessi di raccolta (per esempio, interviste all'uscita, per monitorare la soddisfazione degli assistiti (9), o l'osservazione diretta dell'interazione tra assistiti e fornitori del servizio, per monitorare l'aderenza agli standard di qualità nazionali dei servizi HTC) e andrebbe considerato con attenzione.

### 3.1.1. Fonti dei dati

Le informazioni necessarie per la stima dei primi 16 indicatori CBVCT di base e opzionali suggeriti e i contestuali dati descrittivi a livello di servizio CBVCT possono essere raccolti come parte del normale sistema di registrazione dei dati dei servizi CBVCT. Gli indicatori dal CBVCT 1 al CBVCT 14 si basano sulle informazioni relative ai singoli assistiti. Gli indicatori CBVCT 15 e CBVCT 16 sono specifici dell'intero servizio CBVCT.

Le informazioni necessarie per la stima degli ultimi due indicatori CBVCT opzionali suggeriti (CBVCT 17 e CBVCT 18) potrebbero non essere disponibili presso il servizio CBVCT. Essendo questi due



indicatori importanti per due dei quattro obiettivi CBVCT generali, andrebbe esaminata la possibilità di ottenere queste informazioni dai servizi locali di assistenza sanitaria ai quali gli assistiti risultati positivi si sono rivolti o dal sistema nazionale di sorveglianza dell'HIV.

### 3.1.2. Dati

Per ciascun assistito esaminato presso i servizi CBVCT, è necessario raccogliere abitualmente almeno i dati seguenti, per riuscire a ottenere e/o calcolare o stimare gli 11 indicatori CBVCT di base e i 3 opzionali (dal CBVCT 1 al CBVCT 14):

#### Codice univoco d'identificazione dell'assistito:

- qualunque codice univoco d'identificazione specifico<sup>7</sup> utilizzato presso un singolo servizio CBVCT (per esempio, il codice Soundex del cognome e la data di nascita)

#### Dati caratteristici dell'assistito:

- genere (maschio, femmina)
- età (anni, o anni calcolati a partire dalla data della visita e dalla data di nascita, o semplicemente minore o maggiore di 25 anni)
- popolazione chiave più vulnerabile (MSM, SW, IDU, migrante, altro, non vuole dichiararlo, non chiesto)

#### Dati sulla visita per la richiesta del test:

- data della visita per la "richiesta del test" (gg/mm/aa)
- già sottoposto al test (sì, no, non sa, non vuole dichiararlo, non chiesto)
- sottoposto al test in precedenza – l'ultima volta nei 12 mesi antecedenti la visita per la "richiesta del test" (sì, no, non sa, non vuole dichiararlo, non chiesto)
- sottoposto al test in precedenza – l'ultima volta nei 12 mesi antecedenti la visita per la "richiesta del test" presso la stessa struttura CBVCT (sì, no, non sa, non vuole dichiararlo, non chiesto)
- discussione pre-test, counselling pre-test o counselling pre-esito (sì, no)
- prelievo del campione per il test HIV (sì, no)
- esecuzione di un test di screening HIV, per esempio test HIV rapido o test ELISA (sì, no)

#### Test di screening HIV:

- esito del test di screening HIV (reattivo, non reattivo)

#### Dati sulla sessione/visita per la consegna dell'esito del test di screening HIV<sup>8</sup>:

- sessione/visita per la consegna dell'esito del test di screening HIV (sì, no)
- data della sessione/visita per la consegna dell'esito del test di screening HIV (gg/mm/aa)
- l'assistito ha ricevuto l'esito del test di screening HIV (sì, no)
- counselling post-esito del test di screening HIV (sì, no)

---

<sup>7</sup> Si deve usare qualche tipo di codice univoco d'identificazione dell'assistito per escludere i duplicati e per collegare le informazioni ottenute dallo stesso assistito in visite differenti e quelle ricevute da altri servizi (per esempio un laboratorio per il test HIV). Per esempio, si possono utilizzare il codice Soundex del cognome e la data di nascita. Si veda la guida per la codifica Soundex nell'Appendice 2.

<sup>8</sup> La sessione/visita per la consegna dell'esito del test di screening HIV può coincidere con quella di richiesta del test se si utilizza un test HIV rapido.



I dati seguenti vanno raccolti solo per gli assistiti con un risultato del test di screening HIV reattivo:

Test HIV di conferma:

- esecuzione del test HIV di conferma (sì, no)
- esito del test HIV di conferma (positivo, negativo, dubbio)

Dati sulla visita per la consegna dell'esito del test HIV di conferma:

- visita per la consegna dell'esito del test HIV di conferma (sì, no)
- data della visita per la consegna dell'esito del test HIV di conferma (gg/mm/aa)
- counselling HIV post-test (sì, no)
- l'assistito ha ricevuto l'esito del test HIV di conferma (sì, no)

Per la stima degli indicatori di base CBVCT 15 e CBVCT 16, è necessario conoscere il costo d'esercizio totale della struttura CBVCT in un determinato periodo.

Le opportune informazioni sul tipo di test HIV utilizzato presso la struttura CBVCT in un determinato periodo (per esempio, un anno) sono disponibili presso la struttura stessa.

Per la stima degli indicatori CBVCT 18 e CBVCT 19, si dovrebbe cercare di ottenere le seguenti informazioni sugli assistiti risultati HIV-positivi presso le strutture CBVCT dai servizi locali di assistenza sanitaria ai quali si sono rivolti o dal sistema nazionale di sorveglianza dell'HIV:

- riuscito collegamento al sistema di assistenza sanitaria (sì, no)
- data di accesso all'assistenza sanitaria (gg/mm/aa)
- conta dei CD4 nel momento dell'accesso all'assistenza sanitaria (conta)
- data della conta dei CD4 al momento dell'accesso all'assistenza sanitaria (gg/mm/aa)

Gli ultimi quattro dati andrebbero collegati al codice univoco d'identificazione usato presso il singolo servizio CBVCT.

I singoli servizi CBVCT che utilizzeranno questi indicatori CBVCT di base e opzionali per il M&E dei propri servizi dovrebbero assicurare la raccolta di questi dati all'interno dei propri sistemi di raccolta o registrazione dei dati.

### **3.1.3. Frequenza delle rilevazioni**

Si suggerisce una stima annuale degli indicatori CBVCT. Questo corrisponderebbe a un periodo di riferimento di un anno per tutti gli indicatori.

Le singole strutture CBVCT possono stabilire una stima più frequente di almeno alcuni degli indicatori CBVCT di base (per esempio, un monitoraggio mensile degli assistiti sottoposti al test HIV).

### **3.1.4. Metodi di rilevazione e di calcolo**

Per l'indicatore di base CBVCT 1 è necessario un semplice conteggio in un determinato periodo (per esempio, un anno). Questo indicatore dovrebbe essere stimato anche in forma "disaggregata": per uomini e donne, per almeno due diversi gruppi di età (minori e maggiori di 25 anni) e per popolazioni



chiave più vulnerabili (MSM, SW, IDU, migranti dei paesi con un'epidemia generalizzata). Seguono alcuni esempi di indicatore CBVCT 1 in forma "disaggregata":

- Numero di assistiti SW di sesso femminile sottoposti al test HIV con una prova di screening
- Numero di assistiti SW di sesso maschile sottoposti al test HIV con una prova di screening
- Numero di assistiti SW minori di 25 anni sottoposti al test HIV con una prova di screening
- Numero di assistiti SW maggiori di 25 anni sottoposti al test HIV con una prova di screening

Per ottenere le stime di tutti gli altri indicatori CBVCT di base e opzionali (dal CBVCT 2 al CBVCT 18), sono necessari i dati dei numeratori e dei denominatori:

#### CBVCT 2:

Percentuale di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV in precedenza (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV in precedenza (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening (in un determinato anno)

Calcolo:  $\text{numeratore} / \text{denominatore} \times 100$  (per ottenere una percentuale [%])

#### CBVCT 3:

Percentuale di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV nei 12 mesi precedenti (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV nei 12 mesi precedenti (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening (in un determinato anno)

Calcolo:  $\text{numeratore} / \text{denominatore} \times 100$  (per ottenere una percentuale [%])

#### CBVCT 4:

Percentuale di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV presso la stessa struttura CBVCT nei 12 mesi precedenti (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV presso la stessa struttura CBVCT nei 12 mesi precedenti (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening (in un determinato anno)

Calcolo:  $\text{numeratore} / \text{denominatore} \times 100$  (per ottenere una percentuale [%])

#### CBVCT 5:

Percentuale di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening (in un determinato anno)

Calcolo:  $\text{numeratore} / \text{denominatore} \times 100$  (per ottenere una percentuale [%])



**CBVCT 6:**

Percentuale di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening che ne hanno ricevuto l'esito (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening che ne hanno ricevuto l'esito (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening (in un determinato anno)

Calcolo:  $\text{numeratore} / \text{denominatore} \times 100$  (per ottenere una percentuale [%])

**CBVCT 7:**

Percentuale di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo (in un determinato anno)

Calcolo:  $\text{numeratore} / \text{denominatore} \times 100$  (per ottenere una percentuale [%])

**CBVCT 8:**

Percentuale di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che sono stati sottoposti a un test HIV di conferma (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che sono stati sottoposti a un test HIV di conferma (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo (in un determinato anno)

Calcolo:  $\text{numeratore} / \text{denominatore} \times 100$  (per ottenere una percentuale [%])

**CBVCT 9:**

Percentuale di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening (in un determinato anno)

Calcolo:  $\text{numeratore} / \text{denominatore} \times 100$  (per ottenere una percentuale [%])

**CBVCT 10:**

Percentuale di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma (in un determinato anno)

Calcolo:  $\text{numeratore} / \text{denominatore} \times 100$  (per ottenere una percentuale [%])



**CBVCT 11:**

Percentuale di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che hanno ricevuto counselling post-esito presso la struttura CBVCT (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che hanno ricevuto counselling post-esito presso la struttura CBVCT (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma (in un determinato anno)

Calcolo:  $\text{numeratore} / \text{denominatore} \times 100$  (per ottenere una percentuale [%])

**CBVCT 12:**

Percentuale di assistiti che hanno ricevuto una discussione pre-test o counselling pre-test e sono stati sottoposti al test HIV con una prova di screening (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti che hanno ricevuto una discussione pre-test o counselling pre-test e sono stati sottoposti al test HIV con una prova di screening (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti che hanno ricevuto una discussione pre-test o counselling pre-test (in un determinato anno)

Calcolo:  $\text{numeratore} / \text{denominatore} \times 100$  (per ottenere una percentuale [%])

**CBVCT 13:**

Percentuale di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo (in un determinato anno)

Calcolo:  $\text{numeratore} / \text{denominatore} \times 100$  (per ottenere una percentuale [%])

**CBVCT 14:**

Percentuale di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma (in un determinato anno)

Calcolo:  $\text{numeratore} / \text{denominatore} \times 100$  (per ottenere una percentuale [%])

Gli indicatori CBVCT (dal CBVCT 2 al CBVCT 14) andrebbero anche stimati o calcolati in forma "disaggregata" per genere, età e popolazione chiave più vulnerabile (MSM, SW, IDU, migranti).





Per esempio,

indicatore CBVCT 5 “disaggregato” per assistiti SW e minori di 25 anni:

Percentuale di assistiti SW e minori di 25 anni con risultato del test di screening HIV reattivo (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti SW e minori di 25 anni con risultato del test di screening HIV reattivo (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti SW e minori di 25 anni (in un determinato anno)

Calcolo: numeratore / denominatore x 100 (per ottenere una percentuale [%])

Gli indicatori CBVCT 15 e CBVCT 16 sono specifici dell'intero servizio CBVCT.

#### CBVCT 15:

Costo per ciascun assistito sottoposto al test (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: costo d'esercizio totale del servizio CBVCT (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening (in un determinato anno)

Calcolo: numeratore / denominatore

#### CBVCT 16:

Costo per ciascuna diagnosi di HIV (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: costo d'esercizio totale del servizio CBVCT (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti con diagnosi di infezione da HIV (in un determinato anno)

Calcolo: numeratore / denominatore

#### CBVCT 17:

Percentuale di assistiti risultati HIV-positivi<sup>9</sup> presso la struttura CBVCT che sono stati collegati all'assistenza sanitaria<sup>10</sup> (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti risultati HIV-positivi presso la struttura CBVCT che sono stati collegati all'assistenza sanitaria (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti risultati HIV-positivi presso la struttura CBVCT (in un determinato anno)

Calcolo: numeratore / denominatore x 100 (per ottenere una percentuale [%])

#### CBVCT 18:

Percentuale di assistiti risultati HIV-positivi presso la struttura CBVCT con diagnosi tardiva<sup>11</sup> (in un determinato periodo, per esempio un anno)

Numeratore: numero di assistiti risultati HIV-positivi presso la struttura CBVCT con diagnosi tardiva<sup>9</sup> (in un determinato anno)

Denominatore: numero di assistiti risultati HIV-positivi presso la struttura CBVCT (in un determinato anno)

Calcolo: numeratore / denominatore x 100 (per ottenere una percentuale [%])

<sup>9</sup> Risultato positivo al test di conferma.

<sup>10</sup> Il collegamento è definito come l'accesso all'assistenza sanitaria o l'osservazione da parte di uno specialista o all'interno di una unità per l'HIV, entro i tre mesi successivi alla diagnosi di HIV presso la struttura CBVCT e con l'agevolazione da parte di questa al collegamento.

<sup>11</sup> Si parla di diagnosi tardiva dell'HIV quando la conta delle cellule CD4 entro tre mesi dalla diagnosi di HIV è minore di 350 cellule CD4/mm<sup>3</sup>.



## **3.2. Possibili indicatori CBVCT di base per il monitoraggio CBVCT a livello nazionale**

### **3.2.1. Indicatori relativi al test HIV di UNAIDS, OMS ed ECDC adattati al CBVCT**

I piani nazionali di prevenzione, trattamento e assistenza per HIV e AIDS europei che nei loro progetti HTC sottolineano l'importanza dei programmi CBVCT potrebbero prendere in considerazione l'utilizzo degli indicatori relativi al test HIV proposti da UNAIDS, OMS ed ECDC "adattati" per il monitoraggio e la valutazione dei servizi CBVCT.

Gli indicatori adattati di UNAIDS, OMS ed ECDC pertinenti con le attività CBVCT sarebbero i seguenti:

- CBVCT GARP/UA/DD 1.9:  
Percentuale di SW sottoposti a un test HIV negli ultimi 12 mesi presso il servizio CBVCT che ne conoscono l'esito;
- CBVCT GARP/UA/DD 1.13:  
Percentuale di MSM sottoposti a un test HIV negli ultimi 12 mesi presso il servizio CBVCT che ne conoscono l'esito;
- CBVCT GARP/UA/DD 2.4:  
Percentuale di IDU sottoposti a un test HIV negli ultimi 12 mesi presso il servizio CBVCT che ne conoscono l'esito.

Un indicatore adattato dell'ECDC (DD) pertinente con le attività CBVCT sarebbe:

- CBVCT DD 1.19:  
Percentuale di migranti dei paesi con un'epidemia generalizzata sottoposti a un test HIV negli ultimi 12 mesi che ne conoscono l'esito.

I suggerimenti sui metodi di raccolta dei dati per la stima ordinaria di questi indicatori CBVCT specifici esulano da queste linee guida e richiederebbero il coinvolgimento di opportuni partecipanti, come un gruppo di M&E del programma nazionale di prevenzione, trattamento e assistenza per HIV e AIDS. I metodi di raccolta dei dati dipenderebbero dallo specifico approccio del paese al M&E dell'impatto del programma HTC nazionale.

Nei paesi in cui gli indicatori GARP/UA/DD 1.9, 1.13, 2.4 e DD 1.19 sono stimati con la finalità del M&E sia dei programmi nazionali di prevenzione, trattamento e assistenza per HIV e AIDS, sia dei requisiti internazionali di presentazione dei dati e in cui le attività CBVCT sono considerate una parte importante dei programmi HTC nazionali, gli indicatori adattati al CBVCT GARP/UA/DD 1.9, 1.13 e 2.4 e DD 1.19 elencati sopra potrebbero essere stimati con l'inserimento, nelle relative indagini sul comportamento, di una sola domanda aggiuntiva per indicatore.

### **3.2.2. Possibili indicatori di base aggiuntivi a livello nazionale per il monitoraggio CBVCT**

I piani nazionali di prevenzione, trattamento e assistenza per HIV e AIDS europei che nei loro progetti HTC sottolineano l'importanza dei programmi CBVCT potrebbero prendere in considerazione l'utilizzo dei seguenti indicatori CBVCT per il monitoraggio e la valutazione del contributo dei servizi CBVCT al programma HTC entro il monitoraggio e la valutazione del proprio programma HTC:

- Numero di strutture CBVCT
- Rapporto tra il numero di individui sottoposti al test HIV presso la struttura CBVCT e il totale delle persone sottoposte al test HIV
- Rapporto tra le nuove diagnosi di HIV presso i servizi CBVCT e il totale di nuove diagnosi di HIV



- Rapporto tra le nuove diagnosi di HIV tardive (conta dei CD4 minore di 350 cellule/mm<sup>3</sup>) e il totale di nuove diagnosi di HIV presso i servizi CBVCT
- Rapporto tra le nuove diagnosi di MSM presso i servizi CBVCT e il totale di nuove diagnosi di MSM
- Rapporto tra le nuove diagnosi di SW presso i servizi CBVCT e il totale di nuove diagnosi di SW
- Rapporto tra le nuove diagnosi di IDU presso i servizi CBVCT e il totale di nuove diagnosi di IDU
- Rapporto tra le nuove diagnosi di migranti presso i servizi CBVCT e il totale di nuove diagnosi di migranti dei paesi con un'epidemia generalizzata
- Percentuale di assistiti dei servizi CBVCT risultati HIV-positivi che sono stati collegati con l'assistenza sanitaria
- Rapporto tra i risultati positivi al test HIV e il totale dei test HIV eseguiti presso i servizi CBVCT
- Costo medio per assistito sottoposto al test presso i servizi CBVCT
- Costo medio per diagnosi di HIV presso i servizi CBVCT
- Percentuale di servizi CBVCT che aderiscono agli standard HTC internazionali o nazionali di qualità del servizio

I suggerimenti sui necessari metodi di raccolta dei dati per la stima ordinaria di questi indicatori CBVCT specifici esulano da queste linee guida e richiederebbero il coinvolgimento di opportuni partecipanti, come un gruppo di M&E del programma nazionale di prevenzione, trattamento e assistenza per HIV e AIDS. I metodi di raccolta dei dati dipenderebbero dallo specifico approccio del paese al M&E dell'impatto del programma HTC nazionale.



#### 4. Raccomandazioni per l'attuazione delle linee guida per i servizi CBVCT

Tutti i servizi CBVCT membri della rete HIV-COBATEST attueranno queste linee guida per provare sul campo questi indicatori CBVCT. L'impegno di utilizzare gli indicatori CBVCT di base e opzionali suggeriti per il M&E delle attività dei servizi CBVCT sarà un prerequisito per diventare membro.

Anche gli altri servizi CBVCT in Europa sono incoraggiati a integrare gli indicatori CBVCT suggeriti nelle proprie attività di M&E.

Il M&E dei CBVCT a livello dei singoli servizi richiede l'assegnazione delle risorse necessarie, come tempi del personale e supporto logistico, che vanno pianificate e garantite. Per i singoli servizi CBVCT, l'inclusione degli indicatori CBVCT di base e opzionali nel loro M&E fornirà informazioni standardizzate a livello internazionale per il miglioramento dei loro servizi e permetterà di confrontare le loro prestazioni nel tempo e con altri servizi simili. I singoli servizi CBVCT possono anche utilizzare questi risultati del M&E per sostenere tali servizi in aggiunta a quelli HTC basati sull'assistenza sanitaria e per provare il proprio buon rendimento e influsso nel momento della ricerca dei finanziamenti. Tale approccio standardizzato permetterà anche di confrontare i dati di M&E delle attività CBVCT all'interno della rete europea HIV-COBATEST, tra i servizi CBVCT negli stati membri e anche a livello internazionale.

La grande maggioranza dei dati necessari per gli indicatori CBVCT suggeriti può essere raccolta nella struttura CBVCT attraverso la normale registrazione dei dati. La maggior parte dei servizi CBVCT attivi probabilmente raccoglie già la grande maggioranza dei dati, se non tutti, necessari per la stima degli indicatori CBVCT di base e opzionali suggeriti, all'interno dei propri sistemi di raccolta o registrazione dei dati. In questo modo, potrebbero essere necessari solo minimi adattamenti nei singoli servizi CBVCT al fine di standardizzare o armonizzare i dati di M&E.

Per la stima degli ultimi due indicatori CBVCT opzionali, molto importanti, si dovrebbero ottenere informazioni aggiuntive sugli assistiti risultati HIV-positivi presso le strutture CBVCT dai servizi locali di assistenza sanitaria ai quali si sono rivolti o dal sistema nazionale di sorveglianza dell'HIV. Ciò richiederà il coinvolgimento e la cooperazione di opportuni partecipanti locali e l'utilizzo di dati con codice univoco d'identificazione comune (per esempio, il codice Soundex del cognome e la data di nascita). Nella negoziazione dell'accesso a tali dati, andrebbero considerate con attenzione le questioni relative alla protezione dei dati personali e, se necessario, si dovrebbe richiedere il consenso del comitato etico medico locale.

Un esempio di modulo per la raccolta dei dati con gli indicatori CBVCT di base è fornito nell'Appendice 1. Questo modulo è stato progettato per essere utilizzato dai servizi CBVCT che saranno membri della rete HIV-COBATEST per l'invio dei dati al coordinatore HIV-COBATEST. Il modulo può anche essere utilizzato per inviare i dati al programma nazionale di prevenzione, trattamento e assistenza per HIV e AIDS, per essere usato con il fine di un M&E nazionale delle attività CBVCT all'interno del programma HTC del paese.



## 5. Riferimenti

1. Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC). *HIV Testing in Europe: from Policies to Effectiveness*. Stoccolma: ECDC; 2008.
2. Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC). *HIV Testing: Increase Uptake and Effectiveness in the European Union*. Stoccolma: ECDC; 2010.
3. UNAIDS. *Global AIDS Response Progress Reporting: Monitoring the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators: 2012 Reporting*. Ginevra: UNAIDS; 2011.
4. UNAIDS. *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators: 2010 Reporting*. Ginevra: UNAIDS; 2009.
5. Organizzazione mondiale della sanità (OMS). *Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress towards Universal Access: Progress Report 2011*. Ginevra: OMS; 2011.
6. Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC). *Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report*. Stoccolma: ECDC; 2010.
7. Organizzazione mondiale della sanità (OMS). *Guide for Monitoring and Evaluating National HIV Testing and Counselling (HTC) Programmes: Field-Test Version*. Ginevra: OMS; 2011.
8. Family Health International (FHI). *Monitoring and Evaluating Voluntary Counseling and Testing Services (Module 7). In: Monitoring HIV/AIDS Programs: a Facilitator's Training Guide (a USAID Resource for Prevention, Care and Treatment)*. Durham: FHI; 2004.
9. UNAIDS. *Tools for Evaluating HIV Voluntary Counselling and Testing*. Ginevra: UNAIDS; 2000.



Indicatori CBVCT di base

## **Appendice 1**

### **Modulo per la raccolta dei dati degli indicatori CBVCT per la rete HIV-COBATEST**

pagina 26 di 45



## **Istruzioni per l'utilizzo del MODULO DI PRESENTAZIONE DEI DATI PER IL M&E DEL PROGRAMMA CBVCT**

Questo modulo è stato progettato per essere utilizzato dai servizi CBVCT che saranno membri della rete HIV-COBATEST per l'invio dei risultati del M&E al coordinatore HIV-COBATEST.

Per tutti i membri della rete HIV-COBATEST sarà obbligatorio presentare i dati di M&E per gli indicatori dal CBVCT 1 al CBVCT 16 almeno una volta nel corso del progetto HIV-COBATEST. Tutti i dati necessari per questi indicatori possono essere raccolti a livello di servizio CBVCT. La maggior parte dei servizi CBVCT attivi probabilmente già raccoglie la grande maggioranza dei dati, se non tutti, necessari per la stima degli indicatori CBVCT di base e opzionali suggeriti, all'interno dei propri sistemi di raccolta o registrazione dei dati. In questo modo, potrebbero essere necessari solo minimi adattamenti nei singoli servizi CBVCT al fine di standardizzare o armonizzare i dati di M&E. Nel caso in cui il test HIV sia eseguito in un laboratorio esterno si dovranno fornire tutte le informazioni necessarie al servizio CBVCT.

Per la stima degli ultimi due indicatori CBVCT opzionali, molto importanti, si dovrebbero ottenere le informazioni aggiuntive sugli assistiti risultati HIV-positivi presso le strutture CBVCT dai servizi locali di assistenza sanitaria ai quali si sono rivolti o dal sistema nazionale di sorveglianza dell'HIV. Ciò richiederà il coinvolgimento e la cooperazione di opportuni partecipanti locali e l'utilizzo di dati con codice univoco d'identificazione comune (per esempio, il codice Soundex del cognome e la data di nascita).

Per la maggior parte degli indicatori, i dati andrebbero monitorati anche in forma "disaggregata" per genere, per età (minore o maggiore di 25 anni) e per popolazione chiave più vulnerabile (MSM, SW, IDU, migranti). Nel caso in cui alcuni assistiti appartengano a varie popolazioni chiave più vulnerabili (per esempio, MSM e migrante), questi andranno segnalati come tali (per esempio, sia come MSM sia come migrante). In questo modo, il numero totale di assistiti (Totale) potrebbe essere inferiore alla somma di MSM, SW, IDU e migranti.

Il modulo può anche essere utilizzato per inviare i dati al programma nazionale di prevenzione, trattamento e assistenza per HIV e AIDS, per essere usato per il monitoraggio e la valutazione nazionali delle attività CBVCT all'interno del programma di test e counselling HIV del paese.

Infine, il modulo può sembrare piuttosto lungo, ma, per la maggior parte dei servizi CBVCT che si rivolgono per lo più a una delle popolazioni chiave più vulnerabili, andrà inviato solo all'incirca un terzo dei dati richiesti nel modulo.

Si potrà concordare un modo alternativo di inviare i dati con i singoli servizi CBVCT che saranno membri della rete HIV-COBATEST, come l'invio disaggregato di registrazioni individuali di dati. La raccolta di tutti i dati necessari per gli indicatori CBVCT saranno inoltre integrati negli strumenti di raccolta dei dati per il *Work package 7* HIV-COBATEST.



**MODULO DI PRESENTAZIONE DEI DATI PER IL M&E DEL PROGRAMMA CBVCT**  
**Rete HIV-COBATEST dei servizi CBVCT**

**Nome del servizio CBVCT:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo del servizio CBVCT:** \_\_\_\_\_

**Responsabile:**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo e-mail:** \_\_\_\_\_

**Numero di telefono:** \_\_\_\_\_

**Periodo di riferimento:** dal (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_

**Data di invio:** (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_

**Informazioni relative al servizio CBVCT:**

**Tipo di test HIV utilizzato:**

**CBVCT 1: Numero di assistiti sottoposti al test HIV**

Numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening	Totale	Maschi	Femmine	< 25 anni	> 25 anni
MSM			NA		
SW					
IDU					
Migranti					
Totale					





**CBVCT 2: Percentuale di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV**

	Totale	Maschi	Femmine	< 25 anni	> 25 anni
<b>MSM</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV in precedenza			NA		
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV in precedenza			NA		
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening			NA		
<b>SW</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV in precedenza					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV in precedenza					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>IDU</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV in precedenza					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV in precedenza					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Migranti</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV in precedenza					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV in precedenza					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Totale</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV in precedenza					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV in precedenza					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					



**CBVCT 3: Percentuale di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV nei 12 mesi precedenti**

	Totale	Maschi	Femmine	< 25 anni	> 25 anni
<b>MSM</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV nei 12 mesi precedenti			NA		
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV nei 12 mesi precedenti			NA		
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening			NA		
<b>SW</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV nei 12 mesi precedenti					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV nei 12 mesi precedenti					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>IDU</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV nei 12 mesi precedenti					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV nei 12 mesi precedenti					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Migranti</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV nei 12 mesi precedenti					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV nei 12 mesi precedenti					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Totale</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV nei 12 mesi precedenti					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV nei 12 mesi precedenti					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					



**CBVCT 4: Percentuale di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV presso la stessa struttura CBVCT nei 12 mesi precedenti**

	Totale	Maschi	Femmine	< 25 anni	> 25 anni
<b>MSM</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV presso la stessa struttura CBVCT nei 12 mesi precedenti			NA		
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV presso la stessa struttura CBVCT nei 12 mesi precedenti			NA		
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening			NA		
<b>SW</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV presso la stessa struttura CBVCT nei 12 mesi precedenti					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV presso la stessa struttura CBVCT nei 12 mesi precedenti					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>IDU</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV presso la stessa struttura CBVCT nei 12 mesi precedenti					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV presso la stessa struttura CBVCT nei 12 mesi precedenti					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Migranti</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV presso la stessa struttura CBVCT nei 12 mesi precedenti					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV presso la stessa struttura CBVCT nei 12 mesi precedenti					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Totale</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV presso la stessa struttura CBVCT nei 12 mesi precedenti					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno dichiarato di essere stati sottoposti al test HIV presso la stessa struttura CBVCT nei 12 mesi precedenti					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					



**CBVCT 5: Percentuale di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo**

	Totale	Maschi	Femmine	< 25 anni	> 25 anni
<b>MSM</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo			NA		
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo			NA		
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening			NA		
<b>SW</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>IDU</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Migranti</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Totale</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					


**CBVCT 6: Percentuale di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening che ne hanno ricevuto l'esito**

	Totale	Maschi	Femmine	< 25 anni	> 25 anni
<b>MSM</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening che ne hanno ricevuto l'esito			NA		
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening che ne hanno ricevuto l'esito			NA		
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening			NA		
<b>SW</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening che ne hanno ricevuto l'esito					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening che ne hanno ricevuto l'esito					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>IDU</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening che ne hanno ricevuto l'esito					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening che ne hanno ricevuto l'esito					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Migranti</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening che ne hanno ricevuto l'esito					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening che ne hanno ricevuto l'esito					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Totale</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening che ne hanno ricevuto l'esito					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening che ne hanno ricevuto l'esito					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					



**CBVCT 7: Percentuale di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito**

	Totale	Maschi	Femmine	< 25 anni	> 25 anni
<b>MSM</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito			NA		
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito			NA		
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo			NA		
<b>SW</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					
<b>IDU</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					
<b>Migranti</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					
<b>Totale</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					



**CBVCT 8: Percentuale di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo sottoposti a un test HIV di conferma**

	Totale	Maschi	Femmine	< 25 anni	> 25 anni
<b>MSM</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo sottoposti a un test HIV di conferma			NA		
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo sottoposti a un test HIV di conferma			NA		
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo			NA		
<b>SW</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo sottoposti a un test HIV di conferma					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo sottoposti a un test HIV di conferma					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					
<b>IDU</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo sottoposti a un test HIV di conferma					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo sottoposti a un test HIV di conferma					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					
<b>Migranti</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo sottoposti a un test HIV di conferma					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo sottoposti a un test HIV di conferma					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					
<b>Totale</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo sottoposti a un test HIV di conferma					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo sottoposti a un test HIV di conferma					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV reattivo					



**CBVCT 9: Percentuale di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma**

	Totale	Maschi	Femmine	< 25 anni	> 25 anni
<b>MSM</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma			NA		
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma			NA		
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening			NA		
<b>SW</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>IDU</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Migranti</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Totale</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti sottoposti al test HIV con una prova di screening					





**CBVCT 10: Percentuale di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT**

	Totale	Maschi	Femmine	< 25 anni	> 25 anni
<b>MSM</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT			NA		
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT			NA		
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma			NA		
<b>SW</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					
<b>IDU</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					
<b>Migranti</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					
<b>Totale</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					



**CBVCT 11: Percentuale di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che hanno ricevuto counselling post-esito presso la struttura CBVCT**

	Totale	Maschi	Femmine	< 25 anni	> 25 anni
<b>MSM</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che hanno ricevuto counselling post-esito presso la struttura CBVCT			NA		
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che hanno ricevuto counselling post-esito presso la struttura CBVCT			NA		
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma			NA		
<b>SW</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che hanno ricevuto counselling post-esito presso la struttura CBVCT					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che hanno ricevuto counselling post-esito presso la struttura CBVCT					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					
<b>IDU</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che hanno ricevuto counselling post-esito presso la struttura CBVCT					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che hanno ricevuto counselling post-esito presso la struttura CBVCT					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					
<b>Migranti</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che hanno ricevuto counselling post-esito presso la struttura CBVCT					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che hanno ricevuto counselling post-esito presso la struttura CBVCT					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					
<b>Totale</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che hanno ricevuto counselling post-esito presso la struttura CBVCT					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma che hanno ricevuto counselling post-esito presso la struttura CBVCT					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato positivo al test HIV di conferma					



**CBVCT 12: Percentuale di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test o counselling pre-esito e sono stati sottoposti al test HIV con una prova di screening**

	Totale	Maschi	Femmine	< 25 anni	> 25 anni
<b>MSM</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test e sono stati sottoposti al test HIV con una prova di screening			NA		
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test e sono stati sottoposti al test HIV con una prova di screening			NA		
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test			NA		
<b>SW</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test e sono stati sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test e sono stati sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test					
<b>IDU</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test e sono stati sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test e sono stati sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test					
<b>Migranti</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test e sono stati sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test e sono stati sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test					
<b>Totale</b>					
<b>Percentuale (%)</b> di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test e sono stati sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test e sono stati sottoposti al test HIV con una prova di screening					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti che hanno ricevuto discussione o counselling pre-test					



**CBVCT 13: Percentuale di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito**

	Totale	Maschi	Femmine	< 25 anni	> 25 anni
<b>MSM</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito			NA		
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito			NA		
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo			NA		
<b>SW</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo					
<b>IDU</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo					
<b>Migranti</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo					
<b>Totale</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo che hanno ricevuto counselling post-esito					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato del test di screening HIV non reattivo					



**CBVCT 14: Percentuale di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT**

	Totale	Maschi	Femmine	< 25 anni	> 25 anni
<b>MSM</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT			NA		
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT			NA		
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma			NA		
<b>SW</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma					
<b>IDU</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma					
<b>Migranti</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma					
<b>Totale</b>					
<b>Percentuale</b> (%) di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Numeratore:</b> numero di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma che ne hanno ricevuto l'esito conclusivo presso la struttura CBVCT					
<b>Denominatore:</b> numero di assistiti con risultato negativo al test HIV di conferma					



**CBVCT 15: Costo per ciascun assistito sottoposto al test**

Numeratore: costo d'esercizio totale del servizio CBVCT: \_\_\_\_\_ €

Denominatore: numero di assistiti sottoposti al test: \_\_\_\_\_

Calcolo: numeratore / denominatore: \_\_\_\_\_ € / assistito testato

**CBVCT 16: Costo per ciascuna diagnosi di HIV**

Numeratore: costo d'esercizio totale del servizio CBVCT: \_\_\_\_\_ €

Denominatore: numero di assistiti con diagnosi di infezione da HIV: \_\_\_\_\_

Calcolo: numeratore / denominatore: \_\_\_\_\_ € / diagnosi di HIV

**CBVCT 17: Percentuale di assistiti risultati HIV-positivi presso la struttura CBVCT che sono stati collegati all'assistenza sanitaria**

Numeratore: numero di assistiti risultati HIV-positivi presso la struttura CBVCT che sono stati collegati all'assistenza sanitaria: \_\_\_\_\_

Denominatore: numero di assistiti risultati HIV-positivi presso la struttura CBVCT: \_\_\_\_\_

Calcolo: numeratore / denominatore x 100: \_\_\_\_\_ %

**CBVCT 18: Percentuale di assistiti risultati HIV-positivi presso la struttura CBVCT con diagnosi tardiva**

Numeratore: numero di assistiti risultati HIV-positivi presso la struttura CBVCT con diagnosi tardiva: \_\_\_\_\_

Denominatore: numero di assistiti risultati HIV-positivi presso la struttura CBVCT: \_\_\_\_\_

Calcolo: numeratore / denominatore x 100: \_\_\_\_\_ %



## COMMENTI



Indicatori CBVCT di base

## **Appendice 2**

### **Guida per la codifica SOUNDEX**

pagina 44 di 45





Il codice Soundex del cognome è sempre formato da una lettera seguita da tre numeri, come E235 o W-262 (il trattino è opzionale e può essere omesso). La lettera è sempre l'iniziale del cognome. I numeri sono assegnati alle lettere rimanenti del cognome secondo la guida seguente. Se necessario, si aggiungono degli zeri in fondo per ottenere un codice di quattro caratteri. Le lettere aggiuntive sono ignorate.

Ogni numero rappresenta una lettera:

1 = B, F, P e V

2 = C, G, J, K, Q, S, X e Z

3 = D e T

4 = L

5 = M e N

6 = R

Si ignorano le lettere A, E, I, O, U, H, W, e Y.

Alcuni semplici esempi:

Il codice di Washington è W252 (W, 2 per la S, 5 per la N, 2 per la G; le altre lettere si ignorano).

Il codice di Lee è L000 (L, non esiste un codice Soundex per la E, si aggiungono i numeri 000).

Alcune regole più complesse:

Qualsiasi lettera doppia nel cognome è trattata come una lettera singola. Per esempio:

Il codice di Gutierrez è G-362 (G, 3 per la T, 6 per la prima R, la seconda R si ignora, 2 per la Z).

Se nel cognome due lettere affiancate hanno lo stesso numero nella guida per la codifica Soundex, queste sono trattate come una lettera singola. Esempi:

Il codice di Pfister è P-236 (P, la F si ignora, 2 per la S, 3 per la T, 6 per la R).

Il codice di Jackson è J-250 (J, 2 per la C, la K si ignora, la S si ignora, 5 per la N, si aggiunge 0).

Il codice di Tymczak è T-522 (T, 5 per la M, 2 per la C, la Z si ignora, 2 per la K). Visto che la vocale "A" separa la Z e la K, la K si codifica.

Se il cognome ha un prefisso, come Van, Con, De, Di, La o Le, nel codice questo sarà ignorato. Esempio:

Il codice di VanDeusen è D-250 (D, 2 per la S, 5 per la N, si aggiunge 0).

Se una vocale (A, E, I, O, U) separa due consonanti con lo stesso codice Soundex, la consonante a destra della vocale si codifica. Esempio:

Il codice di Tymczak è T-522 (T, 5 per la M, 2 per la C, la Z si ignora (vedi sopra la regola delle lettere affiancate), 2 per la K). Visto che la vocale "A" separa la Z e la K, la K si codifica.

Se la "H" o la "W" separano due consonanti con lo stesso codice Soundex, la consonante a destra di queste lettere non si codifica. Esempio:

Il codice di Ashcraft è A-261 (A, 2 per la S, la C si ignora, 6 per la R, 1 per la F). Non si codifica come A-226.

Generatori di codici Soundex sono disponibili online. Per esempio:

<http://resources.rootsweb.com/cgi-bin/soundexconverter>