

dimensione catastrofica di questa epidemia nel Sud del Mondo e ha avviato la grande battaglia per l'accesso universale alle cure, anche grazie alla partecipazione carismatica di Nelson Mandela. In realtà, questi dieci anni di lotta all'AIDS e di sforzi per l'accesso universale alle cure, hanno messo in evidenza che tra le più grandi sfide della medicina moderna c'è la lotta alle disuguaglianze nell'accesso alla salute che, appunto, non riguarda soltanto le cosiddette "malattie della povertà", HIV, malaria e tubercolosi. Oltre 350.000 donne muoiono ogni anno a causa di complicanze della gravidanza o del parto largamente prevenibili. Ogni anno muoiono 8 milioni di bambini di età inferiore agli otto anni, prevalentemente a causa di patologie facilmente curabili.

Le disparità in campo sanitario, derivano dall'impossibilità di molti Paesi del Sud del Mondo, di fornire assistenza sanitaria accessibile a causa sia della scarsa disponibilità di risorse nazionali per finanziare i sistemi sanitari, sia della precarietà delle strutture sanitarie e sia della mancanza di medici e operatori sanitari e dell'accesso limitato ai farmaci. Occuparsi di Salute Globale non vuol dire soltanto "portare i farmaci", ma lavorare anche sugli aspetti sociali, sui diritti umani e sulle ragioni economiche alla base di queste disuguaglianze. La relazione finale della Commissione sui determinanti sociali della salute dell'Organizzazione Mondiale della Salute evidenzia tra le cause alla base delle ampie disparità in termini di salute (tra paesi diversi, ma anche all'interno dei singoli paesi) la scarsa nutrizione, la mancanza di acqua pulita e di servizi igienici sanitari di base, le condizioni di insalubrità di alloggi e ambienti di lavoro, l'esclusione sociale (fattore questo di particolare rilievo per quanto riguarda le disparità nel genere femminile) e la scarsa istruzione. Non c'è da sorprendersi, quindi, se le disparità in termini di salute siano correlate alle disuguaglianze in termini di sviluppo e al divario di povertà. La Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite, firmata nel 2000 da 189 paesi, identifica otto Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG) intesi allo sviluppo globale e all'eradicazione della povertà. Tre di questi otto MDG sono direttamente correlati alla salute: riduzione della mortalità infantile, miglioramento della salute materna, lotta contro HIV/AIDS, malaria ed altre malattie trasmissibili.

La salute non è soltanto un diritto fondamentale di ogni uomo che viva su questa terra, ma riguarda da vicino lo sviluppo dei popoli e la pace. E' un concetto che non può che trascendere gli interessi individuali delle singole nazioni. Non solo perché i virus non hanno bisogno di passaporto. Ma perché in un mondo globale, interconnesso e sempre più "piccolo", occuparsi della salute, anche di chi è più lontano significa curare e prevenire le malattie di chi ti sta accanto. Per l'oggi, e per le generazioni future.

L'Europa ha cercato di caratterizzare un suo intervento su larga scala in Africa, attraverso il programma Esther, mettendo a disposizione quello che di meglio possedeva e che poteva offrire ai possibili paesi beneficiari: il bagaglio culturale e scientifico, maturato negli anni di lotta alla malattia e le capacità umane e manageriali maturate in tale ambito.

Il Progetto “ESTHER: Ensemble pour una Solidarité Therapeutique Hospitalière En Réseau contre le SIDA” è stato lanciato in Francia nel 2002, dal Ministro pro tempore degli Esteri Bernard Kouchner, con lo scopo principale di rafforzare le capacità dei Paesi del sud Africa per combattere l’HIV/AIDS e le patologie associate. Nell’aprile del 2002 un primo gruppo di paesi quali, Spagna, Francia, Italia e Lussemburgo, si è impegnato a sviluppare tale iniziativa e contestualmente è stato istituito, in Francia, il Segretariato europeo. Nel marzo del 2004 altri quattro Paesi si sono aggiunti al gruppo: Germania, Austria, Belgio e Portogallo. L’arrivo della Grecia, nel settembre 2006, e della Norvegia, nel novembre 2008, ha portato a 10 il numero dell’Alleanza europea ESTHER. Tutti i membri si sono impegnati a sviluppare l’iniziativa.

L’Alleanza europea ESTHER è una rete di Governi che favorisce i collegamenti tra le professionalità sanitarie e le associazioni delle varie regioni europee, per lavorare sinergicamente per combattere l’HIV/AIDS e le disastrose conseguenze nei paesi in via di sviluppo, utilizzando trattamenti ad alto standard e un approccio globale alle terapie, al fine di contribuire così al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e all’Accesso Universale alla prevenzione, cura e trattamento dell’HIV/AIDS.

L’Italia svolge un ruolo decisivo in questa battaglia contro l’AIDS nei paesi a risorse limitate. Esiste un legame di interdipendenza reciproco, tra Europa ed Africa, che non può essere dimenticato. L’Europa è già investita e, in alcuni ambiti, determinata dai problemi dell’Africa e numerosi professionisti italiani sono già attratti e operativi in tanti scenari africani impegnati nella lotta alla pandemia dell’AIDS. L’apporto specifico di ‘ESTHER Italia’ è quello di mettere a disposizione, da subito, professionalità sanitarie che operano e formano altrettanti professionisti in Africa. Il Ministero della Salute in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità, con il progetto ‘ESTHER Italia’, negli ultimi anni hanno realizzato, con un modesto impegno finanziario, interventi di cooperazione allo sviluppo nel settore sanitario per la lotta all’AIDS nei paesi africani.

La partecipazione italiana all’alleanza Europea ESTHER si basa, attualmente, su una rete di 10 centri clinici italiani “gemellati” con altrettante strutture sanitarie locali dell’Africa sub-sahariana. Obiettivo principale del progetto è contribuire alla diminuzione della prevalenza di popolazione infetta da HIV e al rallentamento della progressione della malattia nei paesi sub-sahariani.

Le attività principali svolte in Africa sono finalizzate al miglioramento globale della presa in carico del paziente con infezione da HIV attraverso il miglioramento: delle conoscenze del personale sanitario necessarie per far fronte alle specifiche problematiche sanitarie; dell’organizzazione sanitaria locale; del monitoraggio clinico e laboratoristico dei pazienti in terapia antiretrovirale.

A tale scopo la formula di ESTHER, nata su input francese, ha cercato di caratterizzare un importante intervento, non tanto per le somme impegnate, quanto per il lavoro di formazione,

accompagnamento e trasferimento delle conoscenze al personale africano impegnato nella lotta all'AIDS.

PROGRAMMA DI INTERVENTI URGENTI PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS. LEGGE 5 GIUGNO 1990, N. 135. STATO DI ATTUAZIONE

La legge 135/90 ha stanziato £ 2.100 miliardi per un programma di costruzione e di ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive, per la realizzazione di spazi per attività di ospedale diurno e per il potenziamento dei laboratori di virologia, microbiologia e immunologia.

La legge 492/1993 ha modificato il provvedimento, responsabilizzando le regioni nel completamento del programma stesso.

La legge 23 maggio 1997 n. 135 ha disciplinato le modalità di ridestinazione dei finanziamenti stanziati dalla legge 135/90 per i reparti di malattie infettive, residuati alla data del 31 agosto 1996, estendendone l'utilizzo anche a strutture extraospedaliere.

Ai fini dell'utilizzo della somma residua pari a £ 464.688.231.592, questo Ministero, in data 10 giugno 1997, ha inviato alle Regioni e alle province autonome una lettera circolare con la quale, considerato il carattere di urgenza del Programma, ha stabilito il termine di 30 giorni per la trasmissione delle richieste di finanziamento per la realizzazione urgente di strutture ospedaliere a completamento del programma ex lege 135/1990 per i reparti di malattie infettive nonché per garantire strutture per malati di A.I.D.S. alternative all'ospedale.

Sulla base delle richieste di finanziamento delle regioni, il Dipartimento della programmazione di questo Ministero ha formulato la proposta di riparto, approvata con deliberazione CIPE in data 6 maggio 1998, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n.169 del 22 luglio 1998. Con tale delibera, il CIPE ha assegnato alle regioni interessate la somma di £ 270.861.646.433, accantonando la restante somma di £ 193.806.585.159 in relazione alla evoluzione della programmazione regionale in materia di investimenti di edilizia sanitaria, con particolare riferimento ai programmi delle Regioni Sicilia e Campania.

Le verifiche dell'attuazione di detta delibera sono state effettuate da questo Ministero, a seguito della devoluzione delle competenze da parte del CIPE. Gli interventi risultano quasi tutti completati o in avanzato stato di realizzazione come rappresentato nella relazione al Parlamento relativa all'anno 2003.

Nel corso del 2003 si è proceduto ad una serie di incontri con le Regioni per una verifica dello stato di attuazione delle opere pianificate nell'ambito degli Accordi di programma e di quelle previste con altri canali di finanziamento, con l'intento di offrire un solido sostegno, in particolare alle Regioni in ritardo, per superare le criticità riscontrate e migliorare la programmazione strategica degli interventi, garantendo, altresì, l'ottimizzazione delle risorse erogate dallo Stato.

Verificata la possibilità di fruire ancora delle risorse residue della Delibera CIPE 1998 attraverso la contrazione di mutui con oneri a carico dello Stato, ha provveduto a predisporre la proposta di riparto dell'accantonamento citato, di £ 193.806.585.159, pari a Euro 100.092.747, da trasmettere al CIPE.

La proposta di riparto ha preso in considerazione, da una parte, la documentazione trasmessa dalle Regioni Campania e Sicilia, e dall'altra, l'esigenza prioritaria di rilievo nazionale di rispondere alle emergenze sanitarie in tema di malattie infettive.

Le due regioni hanno espresso la volontà di venire incontro alle esigenze di una programmazione seria e condivisa e si sono impegnate a sistematizzare i rispettivi programmi AIDS in coerenza con la programmazione regionale e tenuto conto del programma straordinario degli investimenti ex art. 20 L. 67/88.

Qualora dette Regioni non rispettino il termine fissato, i finanziamenti si intenderanno revocati e potranno essere ripartiti per ulteriori esigenze del Programma, d'intesa con la Conferenza Stato Regioni.

Sul FSN 2010 sono stati accantonati, in ottemperanza alla legge n. 135/90, **euro 49.063.000,00** finalizzati all'espletamento dei corsi di formazione e di aggiornamento per il personale dei reparti di ricovero per malattie infettive e degli altri reparti che ricoverano ammalati di AIDS, nonché all'attivazione di servizi per il trattamento domiciliare, rispettivamente per **euro 18.076.000,00 e euro 30.987.000,00**.

Si propone di ripartire la suddetta quota con gli stessi criteri utilizzati nel passato:

- quota per la formazione: numero di posti letto di day-hospital e di degenza ordinaria previsti ad inizio anno per le malattie infettive (fonte: Ministero della salute, SIS, anno 2009) e numero dei casi di AIDS rilevati nell'anno 2010 (fonte: ISS, rapporto COA anno 2011 aggiornamento 31/12/2010), pesati rispettivamente per il 70% e per il 30%;
- quota per il trattamento domiciliare: numero posti di assistenza domiciliare previsto dalla L. 135/90 e numero dei casi di AIDS, rilevato come sopra, pesati in parti uguali.

A norma della vigente legislazione vengono escluse dalla ripartizione le regioni Sardegna, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e di Bolzano, mentre per la regione Siciliana sono state operate le previste riduzioni, di cui al comma 830 della articolo 1 della legge 296 del 27 dicembre 2006, pari al 49,11 %.

2. L'ATTIVITA' DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' PROGRAMMI E INTERVENTI DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' MIRATI ALLA LOTTA ALL'AIDS – 2010

INTRODUZIONE

Le direttive di indirizzo politico-amministrativo in tema di iniziative per la prevenzione e la lotta all'AIDS sono approvate annualmente dal Comitato Amministrativo dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Le attività dell'ISS nell'anno 2010, nel campo della prevenzione e della lotta contro l'AIDS, possono essere raggruppate in due grandi categorie:

I. Attività di sorveglianza e di servizio, in stretto coordinamento con istituzioni Regionali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), o internazionali, gestite e realizzate direttamente dall'ISS con la collaborazione, ove richiesta, di Centri esterni.

II. Attività di ricerca, attuata sia 1) tramite la gestione amministrativa di Progetti di ricerca finanziati dal Programma Nazionale AIDS, sia 2) mediante finanziamenti, da parte dell'ISS o di altri enti o Istituzioni, nazionali ed internazionali, di progetti di ricerca presentati e condotti dai ricercatori dell'ISS.

Il primo meccanismo finanzia progetti svolti sia dai ricercatori ISS, sia da altre strutture di ricerca nazionali (dell'Università e del Servizio Sanitario Nazionale), tramite il Programma Nazionale AIDS, con l'obiettivo di svolgere attività identificate come prioritarie per potenziali ricadute applicative per il controllo ed il trattamento dell'AIDS.

Con il secondo meccanismo, i ricercatori dell'ISS compiono le proprie attività attingendo da fondi non derivanti dal Programma Nazionale AIDS, come, per esempio, i progetti finanziati dalla commissione europea (Progetti Europei) o i progetti i cui fondi derivino da altre Istituzioni (WHO, Global Fund, European Developing Countries Clinical Trial Partnership [EDCTP], Global Vaccine Enterprise (GVE), Bill & Melinda Gates Foundation, NIH...etc) o Ministeri (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Ministero degli Affari Esteri, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca).

Infine, un'ulteriore categoria di attività nel campo dell'HIV/AIDS condotte dall'ISS riguarda attività relative alla consulenza, alla formazione e al supporto tecnico/scientifico, teorico e pratico, a Centri ed Istituti italiani.

ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA E DI SERVIZIO IN ISS

1. Il Registro AIDS (RAIDS)

In Italia, la raccolta dei dati sui casi di AIDS è iniziata nel 1982. Nel giugno 1984 è stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale al quale pervengono le segnalazioni dei casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche del Paese. Con decreto 28/11/86 n. 288 l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Attualmente l'AIDS rientra nell'ambito delle patologie infettive di classe III, ovvero è sottoposta a notifica speciale.

Dal 1982 al dicembre 2010 sono stati notificati 62.617 casi di AIDS. Di questi il 77,3% erano di sesso maschile, l'1,2% in età pediatrica o con un'infezione trasmessa da madre a figlio e l'8,5% stranieri. In totale a dicembre 2010, 39.344 (62,8%) pazienti risultavano deceduti per AIDS.

Nel 2010 sono stati notificati 1079 nuovi casi di AIDS. L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti, sia maschi, sia femmine, mostra un aumento nel tempo. L'andamento dei tassi d'incidenza per anno di diagnosi mostra un incremento dei casi fino al 1995, seguito da una rapida diminuzione fino al 1999 e negli anni successivi il numero dei casi diagnosticati subisce un rallentamento. Inoltre, si nota un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale e una diminuzione di quella delle altre modalità di trasmissione. Solo il 33,2% dei malati ha fatto uso di terapie antiretrovirali.

I dati del Registro sono resi disponibili, criptandone l'identificazione, a studiosi italiani, e stranieri, e confluiscono, per singoli records, alla banca dati europea. Il COA (Centro Operativo AIDS) dell'ISS provvede alla diffusione di un aggiornamento annuale dei dati sui nuovi casi di AIDS che viene pubblicato sul Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità (reperibile nel sito www.iss.it).

Il Registro serve da base per una serie di studi collaterali, quali:

A) Lo studio sistematico del ritardo di notifica, che ha permesso di correggere il trend e fornire dati maggiormente accurati ed aggiornati;

B) La verifica dei decessi per AIDS (Codice ISTAT 279.1) e dello stato in vita dei pazienti con AIDS, che permette la stima della sottonotifica dei casi di AIDS e l'elaborazione di accurate stime di sopravvivenza. I risultati di questo studio hanno suggerito che meno del 10% dei casi di AIDS non viene notificato al RAIDS e che la sopravvivenza delle persone con AIDS a 2 anni dalla diagnosi è più che raddoppiata in seguito all'introduzione delle HAART nel 1996, passando dal 31% negli anni 1990-1995, al 66% nel periodo 1996-1998, per raggiungere il 75% nel 2006. È stato rilevato, inoltre, il persistere di un rischio di morte più alto nei casi di età superiore ai 50 anni, nei tossicodipendenti e nei casi di AIDS affetti da linfomi non-Hodgkin (soprattutto i linfomi primitivi cerebrali). Rispetto alle donne della popolazione generale affette da carcinoma della cervice uterina,

le donne con AIDS presentano ancora una aspettativa di vita inferiore – una osservazione che indica la necessità di intensificare ulteriormente gli sforzi per la diagnosi precoce di questo tumore nelle donne.

2. Sorveglianza dell'infezione da HIV

Le limitate conoscenze dell'effetto delle nuove terapie sulla durata dell'infezione, la mancanza di dati precisi sull'uso dei farmaci antiretrovirali e sulle eventuali differenze nei singoli sottogruppi, rendono problematica la stima della curva epidemica delle infezioni da HIV. I dati dei sistemi locali di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che diversamente dai dati sui casi di AIDS non sono influenzati dall'accesso alle terapie antiretrovirali né dall'aumento della sopravvivenza dei pazienti con AIDS, forniscono oggi delle informazioni essenziali sull'epidemia di HIV nel nostro Paese.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, con Decreto in data 31.03.2008 (GU n. 175 del 28.07.08), ha promosso l'attivazione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, provvedendo ad aggiungere l'infezione da HIV all'elenco della Classe III delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria. Come indicato nel decreto, l'Istituto Superiore di Sanità ha il compito di raccogliere, gestire e analizzare tali dati e di assicurare un pronto ritorno delle informazioni.

La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stata attivata fino ad oggi in 16 regioni/province italiane che rappresentano il 70,6% della popolazione residente. I dati riportati da questo sistema di sorveglianza indicano che nel 2009 sono stati diagnosticati 4,5 nuovi casi di HIV positività ogni 100.000 residenti italiani e 22,2 nuovi casi di HIV positività ogni 100.000 stranieri residenti. Nel 2009 quasi una persona su tre diagnosticate come HIV positive è di nazionalità straniera.

L'incidenza è maggiore al centro-nord rispetto al sud-isole. Negli ultimi 10 anni si osserva, nelle aree per le quali il dato è disponibile, una stabilizzazione delle segnalazioni. Le persone che hanno scoperto di essere HIV positive nel 2009 hanno un'età mediana di 39 anni per i maschi e di 35 anni per le femmine. Aumentano i casi attribuibili a contatti eterosessuali ed omosessuali, che nel 2009 costituiscono complessivamente l'80,1% di tutte le segnalazioni.

Un terzo delle persone con una nuova diagnosi di HIV viene diagnosticato in fase avanzata di malattia, con una rilevante compromissione del sistema immunitario (numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/mm³).

Commento

La diminuzione dell'incidenza dei casi di AIDS osservata a partire dalla metà del 1996 sembra ormai tendere alla stabilizzazione. Nel 2010 i casi di diagnosi attesi (tenendo conto del ritardo di notifica) sono praticamente gli stessi di quelli del 2009.

Come suggerito da alcune simulazioni (con dei modelli matematici) sull'andamento dei casi di AIDS, la repentina diminuzione di casi verificatasi negli ultimi anni non è attribuibile a una riduzione delle nuove infezioni da HIV, ma soprattutto all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate. Tale effetto è stato osservato in tutte le categorie di trasmissione. Tuttavia, è necessario sottolineare che l'accesso alle terapie prima dell'AIDS è ritardato o addirittura assente nelle persone che non sono a conoscenza della propria sieropositività HIV.

Al momento attuale, quindi, le limitate conoscenze sulla durata dell'effetto delle nuove terapie, la mancanza di dati precisi sull'uso dei farmaci antiretrovirali e sulle eventuali differenze di accesso alla terapia nei singoli sottogruppi, rendono più problematica la stima della curva epidemica delle infezioni da HIV basata sui casi di AIDS.

Viceversa, i dati dei sistemi locali di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che diversamente dai dati sui casi di AIDS non sono influenzati dall'accesso alle terapie antiretrovirali né dall'aumento della sopravvivenza dei pazienti con AIDS, forniscono oggi delle informazioni essenziali sull'epidemia di HIV nel nostro Paese. Tali dati rivelano che, dopo un massimo di infezioni verificatosi alla fine degli anni '80, vi è stata una progressiva diminuzione dei nuovi casi di infezione fino alla fine degli anni '90. Successivamente il numero di nuove infezioni si è stabilizzato, ma negli ultimi anni appare in aumento in alcune zone; questo andamento potrebbe preludere a una riattivazione dell'epidemia in varie aree del nostro Paese.

Le caratteristiche di coloro che oggi si infettano con l'HIV sono completamente diverse da quelle di coloro che si infettavano dieci o venti anni fa: non si tratta più di persone giovani e prevalentemente tossicodipendenti, ma di adulti maturi che si infettano attraverso i rapporti sessuali. Tra questi la maggior parte delle donne acquisisce l'infezione da un partner che sapeva di essere HIV-positivo. Negli anni è aumentata progressivamente la quota di soggetti che scopre di essere infetta solo in fase avanzata di malattia, costituendo quindi, a loro insaputa, una possibile fonte di diffusione del virus. Si stima che circa un quarto dei soggetti HIV-positivi in Italia non sappia di essere infetto e più della metà dei soggetti con AIDS ignori la propria sieropositività al momento della diagnosi di AIDS, principalmente persone che hanno acquisito l'infezione attraverso rapporti, sia omosessuali, sia eterosessuali.

L'incidenza di HIV appare elevata in alcune province e regioni (Emilia-Romagna e Lazio), ove è attivo un sistema di sorveglianza HIV, ma non è possibile sapere come si collochino questi dati nell'ambito di un quadro nazionale che purtroppo non è ancora disponibile. Questi risultati

sottolineano la necessità di implementare interventi informativi e preventivi anche nei confronti di popolazioni non appartenenti alle classiche categorie a rischio per HIV.

È quindi necessario non abbassare la guardia e rafforzare, a livello nazionale, i sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV che costituiscono una fonte insostituibile di informazioni sulle dinamiche attuali di diffusione dell'infezione.

3. Programmi di Prevenzione

Progetto: L'Italia in Europa: studio nazionale basato su indicatori dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)(a cura del Centro Nazionale AIDS)

La nuova strategia di lotta all'AIDS suggerita dall'Unione Europea, per il quinquennio 2009/2013, contiene principi e misure generali per contrastare la diffusione dell'HIV/AIDS e suggerisce specifiche strategie di intervento ai Paesi Membri.

In particolare, la Commissione Europea ritiene che la prevenzione dell'infezione da HIV debba essere considerata, ancora oggi, una priorità delle politiche sanitarie di prevenzione, assistenza e terapia, individuando in efficaci strategie di prevenzione, in particolare nell'uso del preservativo e nelle politiche di riduzione del danno, gli elementi fondanti per contrastare la pandemia. Viene ribadita la volontarietà del test per verificare l'infezione da HIV e la necessità che questo sia accompagnato dal counselling pre- e post testing, aspetto chiave di cui si sta occupando la Commissione Nazionale AIDS (CNA) e la Consulta delle Associazioni per la lotta contro l'AIDS del Ministero della Salute, così come vanno combattuti a livello culturale ed informativo la discriminazione e lo stigma nei confronti delle persone sieropositive che continuano ad esistere e comportano un problema sociale grave per i pazienti infettati da HIV. Da ultimo, l'invito ad individuare, all'interno delle popolazioni vulnerabili, i gruppi a maggior rischio e su questi intervenire con programmi mirati. Inoltre, sarebbe opportuno integrare il monitoraggio dell'infezione da HIV anche tramite l'utilizzo di tests in grado di rilevare l'RNA virale dei differenti sottotipi di virus, in quanto differenti sottotipi stanno circolando ad in Italia.

Gli obiettivi globali della strategia possono riassumersi in:

- a) ridurre il numero di nuovi casi di infezione da HIV in tutti i Paesi europei entro il 2013;
- b) migliorare l'accesso alla prevenzione, alle cure e all'assistenza;
- c) migliorare la qualità della vita delle persone colpite dall'HIV/AIDS e delle persone maggiormente vulnerabili all'infezione nell'UE e nei Paesi limitrofi.

Tale strategia invita gli attori-chiave, incluse le autorità nazionali e le organizzazioni non governative, a:

- migliorare l'informazione della popolazione, e in particolare dei giovani, sulle modalità di trasmissione e di prevenzione dell'HIV/AIDS;
- dedicare particolare attenzione agli immigrati provenienti da Paesi con un tasso elevato di HIV per sensibilizzarli su come prevenire l'infezione, sulla necessità di sottoporsi al test e sulle terapie disponibili e il counselling;
- migliorare le politiche sanitarie e sociali concentrandosi sulle popolazioni più esposte, con particolare riguardo ai diritti umani e lottando contro la discriminazione e i pregiudizi associati all'HIV/AIDS.

Il terzo aspetto cui riferirsi riguarda gli indicatori individuati dall'ECDC, suddivisi in due sottocategorie, di cui la prima si attiene alle questioni specifiche contenute nel National Composite Policy Index (NCPI), la seconda nel set di indicatori utilizzati a livello internazionale.

Nel giugno 2001, durante l'Assemblea Generale dell'ONU, sull'AIDS (UNGASS), a cui l'Italia ha partecipato con la presenza del Direttore del Centro Nazionale AIDS (CNAIDS), tutti gli Stati Membri hanno sottoscritto la "Dichiarazione d'impegno sull'HIV/AIDS" delle Nazioni Unite e hanno preso l'impegno di presentare ogni 2 anni un "Progress Country Report" quale documento di monitoraggio degli impegni presi dai governi e sottoscritti nella stessa "Dichiarazione d'impegno sull'HIV/AIDS" in merito al contenimento dell'infezione da HIV/AIDS ed ai programmi di prevenzione, di assistenza, cura e di ricerca.

Nel documento COM (2009) 569, licenziato nell'incontro dei Paesi Membri a Bruxelles il 26.10.2009, la Commissione Europea ha ribadito, tra le priorità per il controllo dell'infezione da HIV/AIDS, l'importanza di condurre strategie mirate di prevenzione e che siano scientificamente fondate, in considerazioni delle realtà locali e concentrate sulle popolazioni maggiormente colpite. La Commissione indica chiaramente che la prevenzione efficace richiede una solida base di prove sperimentali e dotata di robusti sistemi di sorveglianza, integrati da pertinenti dati comportamentali per poter agire in modo adeguato sui principali fattori di diffusione dell'epidemia e, così, implementare i sistemi di sorveglianza, attuando idonei sistemi di comunicazione e formazione.

In considerazione dei dati italiani, da cui si evince un'alta incidenza HIV tra gli uomini che fanno sesso con altri uomini (MSM), e delle indicazioni europee in materia di sorveglianza e prevenzione dei gruppi con comportamento a rischio, il progetto condotto dal Centro Nazionale AIDS, in collaborazione con il Centro Operativo AIDS e le Associazioni della Consulta Nazionale per la lotta contro l'AIDS (Anlaids, LILA, Circolo Mario Mieli e Arcigay) intende condurre uno studio limitato al predetto target che rilevi i seguenti dati:

- percentuale di accesso al test per la diagnosi di HIV;
- accesso a programmi di prevenzione;

- accesso a informazioni corrette su HIV e altre infezioni sessualmente trasmesse (STI);
- percentuale di utilizzo del condom/preservativo;
- prevalenza dell'infezione da HIV;
- incidenza dell'infezione da HIV;
- proporzione di infezioni recenti tra le diagnosi di infezione da HIV.

Il Progetto si articola in Unità di Coordinamento (Istituto Superiore di Sanità – Ministero della Salute) e in Unità Operative, all'interno delle quali sono previste Sotto-Unità. Ciò al fine di soddisfare le specifiche finalità prioritarie previste nel Progetto.

Progetto: Artemis: Associazionismo & Reti Territoriali per la Mediazione Interculturale sulla Salute (Fondo Europeo per l'integrazione di cittadini dei paesi terzi 2007 – 2013, Ministero dell'Interno - Ministero della Salute) (Responsabile: Centro Nazionale AIDS)

Come nel resto d'Europa, anche in Italia l'accesso ai servizi socio-sanitari inizia ad essere considerato un indicatore di livello primario di integrazione dei migranti, al quale va prestata la massima attenzione soprattutto perché si continua ad osservare una persistente difficoltà da parte di cittadini stranieri nell'accesso e nella fruizione delle prestazioni sanitarie, in particolare per la medicina preventiva e la prevenzione sanitaria.

Raggiungere e sensibilizzare le persone migranti a un approccio ai servizi sanitari rivolto alla tutela e prevenzione della propria salute significa pertanto agire in un'ottica di costo/efficacia sia economica che sociale. L'utilizzo della mediazione linguistico culturale all'interno dei servizi ha rappresentato, sia in Europa che in Italia, un rinforzo all'utilizzo dei servizi da parte dei migranti, ma tale dispositivo incontra alcuni ostacoli, come la difficoltà di una attuazione conforme a un modello standard - quale quello del progetto Migrant Friendly Hospital (OMS). Da qui il bisogno di identificare un modello di intervento territoriale a supporto della mediazione culturale all'interno dell'ospedale. L'associazionismo straniero, essendo un forte riferimento sul territorio soprattutto nei primi anni di permanenza, potrebbe divenire nell'ambito socio-sanitario un efficace strumento di supporto alla mediazione culturale; potrebbe inoltre opportunamente sostenere la rilevazione dei fabbisogni, anche in fasi antecedenti al bisogno terapeutico, attraverso iniziative territoriali di sensibilizzazione alla prevenzione sanitaria, favorendo un percorso di integrazione attraverso le tematiche socio-sanitarie.

Nell'ambito di queste riflessioni e a partire dalla partnership tra l'OIM – Organizzazione Internazionale per le Migrazioni - e la Struttura di riferimento per la Promozione della salute dei migranti della Regione Toscana “L'Albero della Salute”, con il coordinamento dell'Istituto

Superiore di Sanità - Centro Nazionale AIDS, prende vita il progetto Artemis, connesso al modello, creato e sperimentato in UK, di promozione della “health literacy” attraverso l’Educatore di salute di comunità, una nuova figura di leader di comunità, in grado di rilevare il bisogno, trasmettere conoscenze e indirizzare ai servizi.

I territori identificati sono Roma, Firenze e Prato.

Obiettivo generale:

Contribuire a migliorare il processo di integrazione di cittadini di paesi terzi, costruendo un modello di intervento che possa avvicinare i cittadini stranieri ai servizi socio-sanitari.

Obiettivi specifici:

- Rafforzare l’“empowerment” e la “health literacy” delle associazioni di cittadini stranieri e della società civile italiana, integrando competenze specifiche in ambito socio-sanitario – (componente di formazione).
- Attivare una rete di “Educatori di salute di comunità” sul territorio, per favorire la comunicazione tra istituzioni pubbliche (enti locali e servizi socio-sanitari) e cittadini di paesi terzi sul tema socio-sanitario – (componente di networking).
- Realizzare un modello sperimentale di mediazione culturale integrato con il territorio per favorire l’informazione, l’orientamento, l’accompagnamento ai servizi sanitari e migliorare l’accesso e la fruizione da parte dei cittadini di paesi terzi – (componente operativa sperimentale).
- Determinare gli indicatori stabiliti dall’European Centre for Diseases Prevention and Control (ECDC) per la valutazione quantitativa e qualitativa di alcuni interventi di prevenzione dell’infezione da HIV/AIDS, quali, rispettivamente, la determinazione di tassi di prevalenza e/o incidenza dell’infezione da HIV/AIDS nella popolazione target e l’adozione di programmi informativi specifici.

I beneficiari diretti sono associazioni di cittadini stranieri, società civile italiana, enti locali, referenti delle strutture sanitarie; i destinatari finali saranno cittadini di paesi terzi legalmente soggiornanti sul territorio da non più di cinque anni, con particolare riferimento a donne e giovani.

4. Attività di Counselling Telefonico sull’Infezione da HIV/AIDS e sulle Infezioni a Trasmissione Sessuale svolta dal Servizio Telefono Verde AIDS dell’ Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione e Formazione – RCF

L’Unità Operativa RCF, da oltre 23 anni, opera all’interno dell’Istituto Superiore di Sanità, integrando l’attività di counselling telefonico sull’Infezione da HIV/AIDS e, da giugno 2010, anche

sulle Infezioni a Trasmissione Sessuale, con l'attività di ricerca in campo psico-socio-comportamentale, con l'attività di formazione intra ed extra murale su aspetti riguardanti la comunicazione efficace e il counselling, nonché con l'attività di consulenza scientifica su tematiche relative alla prevenzione delle Malattie Infettive nella popolazione generale e in target specifici e con quella di coordinamento di Reti (National Focal Point- Infectious diseases and Migrant - NFP e Rete dei Servizi di counselling telefonico italiani – Re.Te. AIDS).

Attività di counselling telefonico

Nell'ambito degli interventi di informazione personalizzata sull'infezione da HIV/AIDS e sulle Infezioni a Trasmissione Sessuale, il counselling si è rivelato un valido strumento operativo. Tale metodo, che coinvolge un operatore opportunamente formato e una persona/utente, è caratterizzato dall'applicazione di conoscenze specifiche, di qualità personali, di abilità, quali l'ascolto attivo e l'empatia, nonché di strategie e tecniche comunicative del professionista, finalizzate all'attivazione e alla riorganizzazione delle potenzialità (*empowerment*) della persona. Ciò per rendere possibili scelte e cambiamenti in situazioni percepite come difficili dall'individuo stesso o per affrontare, in modo attivo, problemi e difficoltà che lo riguardano.

Quanto sopra riportato è alla base dell'attività di HIV/AIDS/IST counselling telefonico erogata dal Servizio Telefono Verde AIDS collocato all'interno dell' Unità Operativa RCF dell'Istituto Superiore di Sanità. Tale Servizio, istituito nel 1987 dalla Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS e co-finanziato dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità, ha costituito la prima esperienza di "AIDS helpline" pubblica, a copertura nazionale, impegnata nella prevenzione primaria e secondaria dell'infezione da HIV rivolta alla popolazione generale italiana e straniera. Da marzo 2007 a dicembre 2008 è stato, infatti, attivo, all'interno del TVA, anche un Servizio di counselling telefonico "transculturale" che con l'apporto di mediatori linguistico-culturali, opportunamente formati, ha consentito di rispondere in sette lingue (inglese, francese, romeno, spagnolo, arabo, cinese e russo).

Il gruppo di esperti dell' U.O. RCF, coordinati da un responsabile scientifico, psicologo, anche nel 2010 si è avvalso della collaborazione di ricercatori e consulenti con diverse professionalità, di collaboratori tecnici di ricerca e periodicamente di un supervisore esterno.

L'impatto positivo di tale impostazione è da ricercare nell'opportunità di erogare alla persona/utente, attraverso un colloquio specialistico mirato e non direttivo, informazioni scientifiche trasformate in messaggi personalizzati, utili per facilitare la messa in atto di modifiche comportamentali e decisionali necessarie per la diminuzione del disagio, nonché per permettere l'attuazione di *lifeskills* finalizzate ad evitare comportamenti a rischio. L'HIV/AIDS/IST

counselling telefonico è svolto in anonimato e gratuitamente, dal lunedì al venerdì, dalle ore 13.00 alle ore 18.00.

Tale intervento, proposto dall'equipe del Telefono Verde, permette all'utente di esprimere dubbi, perplessità, paure, di ricevere informazioni conformi alle sue reali necessità, rappresentando una vera e propria relazione professionale tra un operatore, con competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali specifiche e una persona/utente che esprime una richiesta, un bisogno, una necessità.

Da giugno 1987 a dicembre 2010, il TVA ha ricevuto un totale di 671.823 telefonate di queste il 73,9% sono pervenute da utenti di sesso maschile.

La distribuzione per classi di età evidenzia che 524.074 (78,1%) telefonate sono state effettuate da utenti di età compresa tra i 20 e i 39 anni (il 47,2% ha un'età tra i 20 e i 29 anni e il 30,8% tra i 30 e i 39 anni).

Per quanto riguarda la distribuzione geografica delle telefonate, dal Nord ne sono giunte 313.608 (46,7%), dal Centro 190.842 (28,4%), dal Sud 119.963 (17,9%), dalle Isole 42.129 (6,3%). Per 5.281 (0,7%) telefonate l'informazione è mancante. Il calcolo dei tassi delle telefonate (per 100.000 abitanti) per aree geografiche evidenzia che dalle regioni del Centro Italia sono pervenute la maggior parte delle telefonate.

I gruppi di utenti più rappresentati sono persone, non tossicodipendenti, che hanno avuto contatti eterosessuali 369.491 (55,1%) - in tale numero sono inclusi anche i clienti di prostitute che ne rappresentano il 26,0% - e persone che non hanno avuto fattori di rischio (NFDR) 204.558 30,4%.

La restante proporzione riguarda persone che dichiarano di essere:

- omo-bisessuali 40.426 (6,0%)
- sieropositivi 24.138 (3,6%)
- tossicodipendenti 4.778 (0,7%)
- emotrasfusi 2.056 (0,3%)
- volontari vaccino anti TAT 2.596 (0,4%)
- altro/non indicato 23.780 (3,5%).

Il numero totale dei quesiti formulati agli esperti del TVA è di 1.762.369 e riguarda in particolar modo (52,5%) due argomenti specifici:

- modalità di trasmissione 479.374 (27,2%)
- informazioni sul test 445.545 (25,3%)

I dati relativi alle telefonate pervenute nell'anno 2010 sono riportati nella tabella 1.

Tabella 1. Sintesi dei dati relativi all'attività di HIV/AIDS counselling telefonico svolta nell'anno 2010

		Numero	Percentuale (%)
TOTALE TELEFONATE		21.211	
TOTALE QUESITI		57.829	
SESSO	Maschi	18.332	86,4
	Femmine	2.879	13,6
CLASSE D'ETA' PIU' RAPPRESENTATA	20-39 anni	16.225	76,5
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER AREE GEOGRAFICHE	Nord	9.908	46,7
	Centro	5.618	25,5
	Sud	4.238	20,0
	Isole	1.434	6,8
	Non Indicato	13	0,0
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER GRUPPI DI UTENTI	Eterosessuali	13.902	65,5
	NFDR	5.327	25,1
	Omo-bisessuali	1.209	5,7
	Sieropositivi	527	2,5
	Volontari vaccino anti TAT	163	0,8
	Tossicodipendenti	55	0,3
	Emotrasfusi	21	0,1
	Altro/Non Indicato	7	0,0
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER GRUPPI DI QUESITI	Modalità trasmissione Informazioni sul test	20.852	36,2
	Aspetti psicosociali	12.492	21,6
	Disinformazione	9.799	16,9
	Prevenzione	8.103	14,0
	Virus	2.129	3,7
	Sintomi	1.647	2,7
	Sintomi	1.570	2,8
	Terapia e Ricerca	1.647	2,7
	Vaccino TAT	489	0,8
	Vaccino TAT	484	0,8
	Altro	264	0,5

Counselling Telefonico su IST

Come già riportato, dal 21 giugno 2010 gli esperti del TVA forniscono informazioni scientifiche e personalizzate alle persone-utenti che pongono quesiti in merito alle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST).

L'analisi delle frequenze assolute e relative dei dati raccolti durante l'attività di IST counselling telefonico si riferisce al periodo 21 giugno – 31 dicembre 2010. In tale arco temporale sono pervenute al TVA 1.153 telefonate durante le quali è stata focalizzata l'attenzione, in modo specifico e preminente sulle IST, attraverso i 3.767 quesiti. (Tabella 2).

Il 77,7% delle persone che telefonano per chiedere informazioni su tali infezioni hanno un'età non superiore ai 39 anni. Si tratta di una fascia di popolazione di giovani-adulti, infatti il 43,7% ha un'età