

passa dall'11% nel 1992 al 31,6% nel 2008; tra gli stranieri i contatti eterosessuali rappresentano la modalità di trasmissione più frequente (55,2%) e in particolare la percentuale di immigrati che ha acquisito l'infezione attraverso questa via di trasmissione passa dal 24,6% del 1992 al 64,3% del 2008.

Altro dato importante, fornito dal COA, è l'aumento della proporzione di stranieri tra i casi di AIDS con TB, passata dal 10,8% nel 1993 al 76,9 % nel 2009. La metà dei casi registrati proveniva dall'Africa ed è rimasta costante nel tempo, mentre, nello stesso periodo è quasi raddoppiata la proporzione di casi provenienti dall'Europa dell'Est, (8,6% vs 14,3%).

Le condizioni socio-economiche, i differenti approcci culturali verso le malattie infettive e le maggiori difficoltà ad accedere ad adeguati trattamenti terapeutici, sono fattori che tendono ulteriormente ad isolare la persona migrante con infezione da HIV. Inoltre, le persone migranti possono provenire da paesi altamente endemici per l'infezione da HIV, dove circolano sottotipi del virus che non sono comuni in Italia. In particolare, studi riportati in letteratura sembrano indicare che i sottotipi D e C di HIV-1 siano più virulenti ed infettivi degli altri sottotipi. Questi sottotipi possono presentare una diversa sensibilità sia ai test diagnostici, sia alle differenti terapie antiretrovirali. A questo riguardo, giova ricordare che la presenza di specifici alleli dello Human Leukocyte Antigen (HLA) è stata associata ad un controllo della progressione dell'infezione.

Per questo motivo si possono introdurre, nella popolazione generale, varianti di HIV non facilmente identificabili e ceppi resistenti alla terapia.

Questo quadro ha, ovviamente, un notevole impatto sullo stato della diffusione del virus HIV, poiché, favorisce sia la diffusione dell'infezione, sia la generazione di varianti finora sconosciute nel nostro Paese, complicando la diagnosi di infezione da HIV nonché la risposta ai trattamenti antiretrovirali.

In considerazione dei predetti dati e delle indicazioni europee, in materia di sorveglianza e prevenzione dei gruppi maggiormente vulnerabili, si è ritenuto opportuno condurre uno studio pilota nella popolazione migrante che rilevi i seguenti dati: conoscenza di HIV/AIDS, MTS e TB, percentuale di accesso al test per la diagnosi di HIV rispetto a genere, etnia, età, scolarità, durata di permanenza in Italia, inserimento sociale, modalità di proposta del test, accesso a programmi di prevenzione e informazione su HIV/MTS/TB, comportamenti messi in atto per prevenire l'infezione ed in particolare utilizzo del preservativo, prevalenza dell'infezione da HIV, proporzione di infezioni recenti tra le diagnosi di infezione da HIV, studio dei sottotipi di HIV circolanti.

Il progetto si propone, inoltre, di promuovere ed offrire il test di laboratorio dell'infezione da HIV alla popolazione migrante. L'identificazione precoce dell'infezione da HIV e lo studio delle infezioni recenti consentono un tempestivo trattamento e, in particolare nelle donne in gravidanza, un sicuro intervento di prevenzione della trasmissione verticale dell'infezione. Questo è particolarmente importante se si considera che nella popolazione di stranieri, la proporzione di pazienti con diagnosi di sieropositività vicina alla diagnosi di AIDS (meno di 6 mesi) è particolarmente elevata (70,7%). Inoltre, la determinazione dei differenti sottotipi virali circolanti nella popolazione in studio permette l'adozione di terapie "specifiche" limitando lo sviluppo di resistenze. Per questo motivo si intende integrare il monitoraggio dell'infezione da HIV con l'utilizzo di test in grado di rilevare i sottotipi virali.

I dati ISTAT, relativi al 1° gennaio 2010, rilevano che gli stranieri residenti nel nostro Paese sono 4.235.059 e costituiscono il 7% della popolazione residente. Nel 2009 essi rappresentavano il 6,5% della popolazione residente: l'età media della popolazione immigrata è di circa 30 anni, con una distribuzione percentuale pari al 58% per la classe di età 19-40 anni, 21% per la classe 41- 60 anni, 15% per i minori e il 5% per la classe con età > 60 anni. Circa la metà dei residenti stranieri (2 milioni 86 mila individui, pari al 49,3% del totale) proviene dai paesi dell'Est europeo: in particolare, circa un quarto proviene dai Paesi UE di nuova adesione (1 milione 71 mila, escludendo Cipro e Malta, fra cui 888 mila dalla sola Romania); un altro quarto (1 milione 15 mila) è rappresentato dai cittadini dei paesi est-europei non appartenenti all'UE. I cittadini dei paesi est-europei (+181 mila nel corso del 2009, +9,5%) contribuiscono per circa la metà anche all'incremento degli stranieri residenti: quelli dei paesi UE di nuova adesione sono cresciuti complessivamente di circa 105 mila unità (+10,9%), mentre quelli dei paesi dell'Est europeo non facenti parte dell'Unione sono aumentati di 76 mila unità (+8,1%). Oltre il 60% dei cittadini stranieri risiede nelle regioni del Nord, il 25,3% in quelle del Centro e il restante 13,1% in quelle del Mezzogiorno, anche se nel 2009 la popolazione straniera è cresciuta più intensamente nelle regioni del Mezzogiorno rispetto a quelle del Centro-nord.

Nel periodo 2006-2007, l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM), ha condotto uno studio che ha evidenziato una serie di bisogni informativi, riguardanti l'infezione da HIV, in alcuni gruppi etnici maggiormente presenti in Italia e la necessità di condurre interventi di comunicazione e prevenzione in stretta collaborazione con le Associazioni, i leader di comunità e con le persone che hanno credibilità tra i diversi gruppi stranieri. I predetti risultati sono in linea con quanto raccomandato in sede internazionale e in altri studi presenti in letteratura. Pertanto, ai fini della realizzazione degli obiettivi specifici che riguardano l'accesso a programmi di prevenzione e

informazione sull'infezione da HIV, si ritiene opportuno integrare il progetto con una azione espressamente dedicata all'analisi dei bisogni informativi della popolazione migrante in studio, comparata ai dati rilevati in studi analoghi e alla formulazione di una proposta di messaggio di prevenzione da divulgare alla popolazione target del progetto.

Secondo il rapporto 2009 dell'Ocse (Organizzazione per la cooperazione economica e lo sviluppo), si stima che nel nostro Paese siano presenti tra i 500 e i 750 mila migranti non regolari, che rappresentano l'1,09% della popolazione totale e il 25,6% di tutti residenti stranieri.

Questi dati suggeriscono la necessità di conoscere quale siano i possibili interventi di prevenzione, diagnosi e cura dell'infezione da HIV, in un gruppo di popolazione estremamente vulnerabile, a causa dei molteplici fattori associati alla migrazione non regolare, quali la solitudine, lo stress, la presenza di comportamenti a rischio, il mancato accesso alle strutture sanitarie.

Per i motivi sopra detti, si ritiene utile, nell'ambito dello stesso progetto, conoscere il possibile ruolo delle strutture del privato sociale (ambulatori, centri di accoglienza, case alloggio, strutture semi residenziali) nella gestione del problema della salute dei migranti in termini di prevenzione, accompagnamento alla diagnosi e aderenza alla cura dell'infezione da HIV, in alcune realtà locali e alla luce della normativa vigente.

OBIETTIVO GENERALE:

Monitorare alcuni indicatori ECDC (European Centre for Disease Control) per la prevenzione dell'infezione da HIV e valutare una serie di parametri immunologici e virologici in popolazioni di migranti, afferenti a centri clinici per la diagnosi dell'infezione da HIV, allo scopo di fornire dati sulle caratteristiche dell'infezione stessa.

OBIETTIVI SPECIFICI:

Definire nella popolazione studiata:

- percentuale di accesso al test per la diagnosi di HIV
- accesso a programmi di prevenzione
- accesso a informazioni corrette su HIV
- percentuale di utilizzo del preservativo
- prevalenza dell'infezione da HIV
- proporzione di infezioni recenti tra le diagnosi di infezione da HIV
- sottotipi di HIV circolanti

RISULTATI/PRODOTTI ATTESI E LORO TRASFERIBILITÀ:

Monitoraggio:

- della prevalenza dell'infezione da HIV nella popolazione in studio;
- del numero delle nuove infezioni sui casi prevalenti;

- della diversità delle varianti virali circolanti in ognuna delle popolazioni prese in esame in cinque centri clinici per la diagnosi dell'infezione da HIV;
- della percentuale di accesso a programmi di prevenzione e informazione;
- dei dati relativi all'analisi dei bisogni informativi della popolazione migrante in studio;
- dei dati relativi alla gestione dell'infezione da HIV/AIDS nei migranti, attraverso le strutture integrazione socio/sanitaria dell'assistenza come definite dalla normativa vigente;

I risultati dello studio potranno costituire un aggiornamento, utile alle Associazioni che operano sul campo, ai mediatori culturali, agli operatori sanitari, agli esperti di "formazione", finalizzato a:

- informare la popolazione di riferimento su strategie di prevenzione innovative e mirate;
- favorire l'inserimento precoce della persona straniera nel percorso assistenziale per la cura dell'infezione da HIV.

CRITERI ED INDICATORI PER LA VERIFICA DEI RISULTATI RAGGIUNTI:

disponibilità di:

- dati di prevalenza dell'infezione da HIV nella popolazione in studio;
- dati relativi al numero di nuove diagnosi di infezione sui casi prevalenti;
- dati clinici, immunologici e virologici relativi a pazienti con infezione da HIV;
- dati relativi a indicatori ECDC di prevenzione dell'infezione da HIV.

Accesso, strategie di offerta attiva e modalità di gestione ed esecuzione del test per la diagnosi dell'infezione da HIV attraverso una Conferenza di Consenso

Si stima che in Italia, analogamente ad altri Paesi europei, vi sia una proporzione consistente di persone con infezione da HIV (circa un terzo) che non è a conoscenza del proprio stato di sieropositività. E' peraltro stato dimostrato che circa il 30% delle diagnosi di infezione da HIV viene effettuata in persone che sono già in stato avanzato di malattia (linfociti CD4< 200/mmc e/o patologie indicative di AIDS) e comunque quasi il 60% delle diagnosi di AIDS viene fatta in persone con tardivo riconoscimento dell'infezione da HIV. Questo fenomeno determina diverse conseguenze negative. In primo luogo la persona con HIV diagnosticata tardivamente non ha l'opportunità di iniziare nei tempi ottimali la terapia antiretrovirale ed ha, da una parte, un rischio più elevato di giungere ad una fase conclamata della malattia e dall'altra una ridotta probabilità di un pieno recupero immunologico una volta iniziato il trattamento farmacologico.

In secondo luogo la mancanza di consapevolezza dello stato di infezione può favorire un'ulteriore diffusione del contagio. E' stato, infatti, dimostrato che le persone con infezione da HIV riducono, in parte o completamente, i comportamenti a rischio di trasmissione dell'infezione una volta

informati del loro stato. Inoltre, vi sono evidenze di un'efficacia di interventi di prevenzione della diffusione del contagio indirizzati alle persone con infezione da HIV nota.

In terzo luogo la terapia antiretrovirale, riducendo sensibilmente la carica virale può anche contribuire a limitare la diffusione del contagio. Infatti, una persona consapevole del proprio stato sierologico che assume una terapia efficace ha un rischio molto ridotto di trasmettere l'infezione agli altri. Dati di programmi di sorveglianza sull'incidenza di nuove infezioni in Paesi, sia occidentali che in via di sviluppo, hanno mostrato una tendenza alla riduzione delle infezioni proporzionale all'incremento delle diagnosi e di trattamento dell'infezione.

Infine, le donne gravide consapevoli di avere l'infezione da HIV possono accedere ai programmi di profilassi materno-fetale che riducono drasticamente la trasmissione del virus al nascituro.

I dati del "Progetto di ricerca per l'individuazione e la sperimentazione di modelli di intervento atti a migliorare l'adesione al test di screening HIV" (finanziato dal Ministero della Salute, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e realizzato con il contributo delle Associazioni facenti parte della Consulta di Lotta all'AIDS) evidenziano una situazione di estrema disomogeneità dell'offerta del test HIV oggi in Italia e, con frequenze importanti su alcuni aspetti procedurali fondamentali, il non rispetto della Legge 135/90 e la difformità da quanto suggerito dagli organismi internazionali. In particolare evidenziano come, nei Centri coinvolti nell'indagine, manchi una comune modalità di esecuzione del test, in particolar modo per quanto riguarda gratuità, anonimato e colloquio di counselling pre e post test.

Inoltre vi è una tendenza ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento per le principali infezioni quali quelle da HIV, HCV e HBV. La percentuale nazionale media di utenti dei Sert sottoposti al test HIV è risultata nel 2009 solo del 37,3% degli utenti testabili e presenti all'interno dei servizi. (Dati del Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri)

Nel nostro paese diverse Regioni hanno elaborato in questi anni documenti di indirizzo sul test per HIV. E' mancata tuttavia l'elaborazione condivisa di una politica nazionale su questo tema che tenesse conto della mutata situazione epidemiologica, delle nuove possibilità terapeutiche e del modificarsi degli atteggiamenti, sia della popolazione che degli operatori sanitari nei confronti dell'infezione.

Inoltre, le attività di formazione per gli operatori della sanità non direttamente coinvolti nel problema sono notevolmente diminuite negli ultimi anni.

Questi fatti possono avere contributo sia a determinare le disomogeneità rilevate a livello nazionale, sia a rallentare il cambiamento delle politiche attuate dai servizi sanitari.

Si è proposto di sviluppare un nuovo documento di indirizzo sul test per HIV, focalizzando l'attenzione su di una serie di aspetti che possono essere considerati delle priorità principalmente sulla base delle considerazioni epidemiologiche e cliniche.

I temi che da affrontare sono

- 1) Le popolazioni target per l'offerta attiva del test
- 2) Le modalità dell'offerta ed i problemi del consenso
- 3) La gestione dei risultati
- 4) I problemi tecnici relativi all'esecuzione del test, incluso l'utilizzo dei test rapidi

Per lo sviluppo del documento si seguirà la metodologia proposta dal PNLG, scegliendo gli strumenti più appropriati sulla base della natura dei quesiti e della disponibilità di evidenze scientifiche. Rispetto a questo ultimo aspetto, si procederà in primo luogo a partire da linee guida ed altri documenti di indirizzo disponibili, ricorrendo solo dove indispensabile alla revisione della letteratura primaria.

In particolare, in considerazione della natura dei possibili quesiti principali appare adeguato procedere secondo il metodo della Conferenza di Consenso.

Il progetto si concluderà con la stesura dei documenti previsti. Una sua eventuale estensione potrebbe prevederne la valutazione di implementazione.

Il gruppo di lavoro del progetto includerà persone che hanno partecipato attivamente alle attività di ricerca ed intervento in questo settore negli ultimi anni e che hanno una specifica competenza nel processo di revisione delle evidenze. Le associazioni partecipanti in particolare saranno responsabili della raccolta e della sintesi dei dati relativi all'impatto sociale ed alla accettabilità delle diverse politiche di offerta del test.

Un ampio coinvolgimento degli stakeholder nella fase di sviluppo dovrebbe facilitare la disseminazione e l'implementazione delle raccomandazioni.

Come accennato una attività di sviluppo di raccomandazioni per il controllo della infezione da HIV è già stata condotta in alcune Regioni, anche se, in alcuni casi i documenti prodotti si configurano più che altro come protocolli operativi dei SSR. Tuttavia appare indispensabile stabilire un raccordo stretto con quanto si è sviluppato su base regionale.

Inoltre appare critico valutare attentamente gli aspetti di fattibilità ed accettabilità delle raccomandazioni sia in termini di impatto organizzativo che in termini di accettabilità sociale, onde evitare che le raccomandazioni si trasformino in un irrealizzabile libro dei sogni.

OBIETTIVO GENERALE

Contribuire migliorare la tempestività della diagnosi di infezione da HIV in Italia.

OBIETTIVO SPECIFICO

Sviluppare documento di consenso sulle politiche di accesso, offerta attiva, ed esecuzione del test per HIV attraverso una conferenza.

La Conferenza di Consenso rappresenta uno strumento per raggiungere un accordo formale su uno specifico tema particolarmente controverso o sul quale le prove scientifiche disponibili non sono sufficientemente valide per consentire la formulazione di raccomandazioni precise. La Conferenza di Consenso, a differenza di altre metodologie, consente di raggiungere, in tempi relativamente brevi e attraverso un percorso formale, un accordo da parte di un gruppo multidisciplinare di esperti e utenti, favorendo la scelta di linee di indirizzo uniformi nella pratica clinica.

Nella realizzazione della Conferenza di consenso saranno coinvolti, a vario titolo, diversi protagonisti con profili professionali, competenze e compiti differenti, che formeranno i gruppi di lavoro. Tutti gli esperti e i componenti dei gruppi di lavoro invitati a partecipare alla conferenza di consenso dovranno dichiarare il proprio potenziale conflitto di interessi.

I componenti del Comitato Promotore (CP) rappresentano le organizzazioni che promuovono la conferenza.

I compiti del CP sono:

- definire gli obiettivi della conferenza;
- ideare, programmare e organizzare le varie fasi della conferenza (compreso il convegno conclusivo);
- identificare i componenti della segreteria scientifica;
- selezionare i componenti del comitato tecnico-scientifico, interpellando i soggetti (istituzionali e non) interessati al tema della conferenza;
- individuare i componenti del panel giuria sulla base di criteri di autonomia intellettuale, rappresentatività, autorità scientifica;
- stabilire la politica editoriale relativa alla pubblicazione delle relazioni degli esperti, degli atti della conferenza e delle raccomandazioni;
- definire le strategie di diffusione ed eventualmente di misurazione dell'impatto delle raccomandazioni prodotte.

In accordo con il Comitato tecnico-scientifico, inoltre, sarà compito del CP proporre e definire i quesiti a cui il panel giuria dovrà rispondere ed individuare gli esperti a cui affidare l'analisi delle evidenze scientifiche in merito a ciascun quesito.

Per raccogliere i dati da presentare alla Giuria, il CP, in collaborazione con il Comitato tecnico-scientifico, costituirà una segreteria scientifica. I componenti della segreteria scientifica includeranno, ricercatori ed operatori che negli ultimi anni hanno partecipato attivamente alle attività di ricerca ed intervento in questo settore e che hanno una specifica competenza nel processo di revisione delle evidenze e rappresentanti delle associazioni dei pazienti, che, in particolare, saranno responsabili della raccolta e della sintesi dei dati relativi all'impatto sociale ed alla accettabilità delle diverse politiche di offerta del test.

In particolare il gruppo di lavoro avrà il compito di:

- effettuare revisione, selezione e valutazione della letteratura scientifica e analisi delle fonti non specialistiche (testate divulgative per medici, operatori sanitari e popolazione; opuscoli, siti internet; materiale prodotto da associazioni, istituti di ricerca, aziende farmaceutiche);
- preparare una sintesi delle prove scientifiche disponibili in merito al quesito affidato;
- fornire alla giuria, nei tempi stabiliti, le relazioni prodotte;
- presentare i dati raccolti durante la celebrazione della conferenza e partecipare alla discussione.
- assistere il comitato promotore ed il tecnico scientifico nella preparazione della proposta di documento finale da sottoporre alla giuria.

Il comitato tecnico-scientifico sarà composto da persone con esperienza e rappresentatività riconosciute in merito ai temi oggetto della conferenza ed è nominato dal comitato promotore, con il quale collabora per:

- elaborare le domande da sottoporre al panel giuria;
- individuare gli esperti che dovranno presentare alla giuria le relazioni sui diversi argomenti oggetto della conferenza;
- approvare la metodologia per la revisione delle evidenze e supervisionare questa attività;
- assistere il comitato promotore e quello tecnico scientifico nella definizione della proposta di documento finale da sottoporre alla giuria.

La Giuria è costituita da un gruppo multidisciplinare, rappresentativa di tutti i diversi possibili approcci al tema, con il compito di formulare le proprie conclusioni in forma di raccomandazioni sulla base delle evidenze presentate dagli esperti.

In particolare:

- leggere e valutare i documenti prodotti dai gruppi di lavoro;
- assistere alla discussione pubblica di tali documenti al momento della celebrazione della CC;

- discutere la bozza del documento di consenso da presentare alla fine della riunione di celebrazione della CC;
- approvare il documento finale da pubblicare.

La Giuria dovrà, inoltre, redigere un regolamento di discussione, nel quale siano definite a priori la metodologia e le procedure che la Giuria applicherà al proprio interno.

Sorveglianza delle infezioni sessualmente trasmesse (IST)

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuso in tutto il mondo, che è causa di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine per milioni di persone ogni anno, e le cui cure assorbono ingenti risorse finanziarie.

Oggi si conoscono oltre 30 diversi quadri clinici di IST determinati da circa 20 patogeni diversi, tra batteri, virus, protozoi e parassiti.

Il controllo e la prevenzione di queste rappresentano obiettivi prioritari di sanità pubblica, per vari motivi:

- per l'elevato numero di persone che ogni anno acquisisce una IST;
- per la proporzione rilevante di soggetti infetti asintomatici, che può favorire la diffusione e l'istaurarsi di complicanze;
- per la più alta diffusione in soggetti con una maggiore frequenza di comportamenti sessuali a rischio, come soggetti con più partner, giovani adulti, omosessuali e chi ha rapporti sessuali in cambio di denaro;
- per la maggiore suscettibilità biologica di alcuni soggetti, come le donne, che hanno un apparato genitale più complesso ed esteso nel quale i patogeni hanno una probabilità maggiore di stabilirsi; gli adolescenti, che hanno tessuti genitali ancora immaturi e più recettivi ai patogeni; o gli individui portatori di stati di grave immunodeficienza;
- per le gravi sequele e complicanze in caso di mancata o errata diagnosi e terapia, quali la cronicizzazione della malattia, la sterilità, la trasformazione oncogena, la sinergia con l'infezione da HIV;
- perché è possibile prevenire e curare efficacemente buona parte di queste.

Le IST fino a qualche anno fa sembravano sotto controllo, almeno nei Paesi occidentali, ma agli inizi del 2000 hanno fatto registrare, in questi Paesi, Italia compresa, una recrudescenza inaspettata e mai osservata dalla fine degli anni '70, soprattutto di infezioni batteriche, come sifilide, gonorrea e clamidia. Questa riemergenza ha definitivamente collocato il comportamento sessuale tra i più importanti determinanti di queste patologie e posto le condizioni epidemiologiche per un rapido aumento anche dell'incidenza dell'infezione da HIV.

In Italia, le informazioni disponibili sulla diffusione nazionale delle IST provengono dai dati riportati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, che sono limitati alle sole malattie a notifica obbligatoria, cioè sifilide e gonorrea, e condizionate dal problema della sottonotifica.

Non sono invece disponibili i dati sulla diffusione nazionale di altre IST che non sono a notifica obbligatoria, quali per esempio l'infezione da *Chlamydia trachomatis* (Ct), da *Trichomonas vaginalis* (Tv), da Herpes simplex virus di tipo 2 (HSV-2), da Papillomavirus umano (HPV).

Per sopperire a questa mancanza di dati nazionali sulle IST e per la necessità di disporre in tempi brevi di dati sulla diffusione di queste è stato avviato in Italia, in accordo con altri Paesi europei, un Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici. Questo sistema, avviato nel 1991 sotto il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e tutt'ora attivo, prevede la collaborazione di una rete sentinella di 12 centri clinici pubblici, altamente specializzati nella diagnosi e nella cura dei soggetti con IST. In questi anni, il sistema ha consentito di conoscere l'andamento delle diagnosi di IST in Italia, nonché di valutare la diffusione dell'infezione da HIV nei soggetti con una nuova IST, soprattutto in popolazioni più a rischio e cosiddette "hard-to-reach" (es.: giovani, stranieri, omosessuali), e ha consentito parallelamente di sperimentare già molti anni fa l'impiego del supporto magnetico nella segnalazione dei casi. Diversamente, il sistema ha fornito scarse informazioni su quelle infezioni largamente diffuse nella popolazione generale, ma più spesso asintomatiche, e quindi difficili da diagnosticare, come l'infezione da Ct, da *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) e da Tv.

Recenti direttive di organismi internazionali (Dichiarazione di Dublino, 2004; Commission decision of 28/IV/2008 amending Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council; United Nations General Assembly Special Session on HIV-AIDS 2010 Reporting; ECDC "Programme on HIV, STI and blood-borne viruses, 2007; WHO "Global strategy for prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015", 2006) in tema di sorveglianza e controllo delle IST hanno raccomandato di migliorare le conoscenze sulla diffusione di queste infezioni.

In particolare si sottolineano le seguenti necessità:

- Incrementare la consapevolezza pubblica del ruolo delle IST nella trasmissione/acquisizione del virus dell'HIV attraverso programmi di educazione e promozione della salute sessuale (es. utilizzo corretto e costante del condom, limitato numero di partner sessuali), aumento dell'offerta dei test di diagnosi per identificare i casi asintomatici, programmi di screening mirati alle sottopopolazioni più a rischio (es. giovani, gravide, stranieri, omosessuali),

controllo terapeutico dei soggetti e dei loro partner, incremento di servizi per la diagnosi e cura, facilità di accesso ai servizi di diagnosi e cura.

- Aumentare le diagnosi di IST e l'effettivo trattamento dei soggetti affetti utilizzando l'approccio sindromico e la diagnostica di laboratorio.
- Migliorare la sorveglianza epidemiologica delle IST (standardizzare la raccolta dei dati, per agevolare la loro confrontabilità tra aree geografiche diverse, migliorare i flussi informativi, per un più rapido monitoraggio delle incidenze: affiancare alle sorveglianze basate su centri clinici, sorveglianze basate su laboratori al fine di conoscere patologie a larga diffusione e con gravi complicanze, ma più spesso asintomatiche (es. l'infezione da Ct).
- Condurre una sorveglianza dei comportamenti nei soggetti con IST;
- Aumentare l'impegno dei governi e delle istituzioni nella prevenzione e nel controllo delle IST.
- Promuovere politiche, leggi ed iniziative sul controllo delle IST (es. notifica obbligatoria dell'infezione da Ct).

Pertanto, sia per rispondere alle recenti direttive in tema di sorveglianza e controllo delle IST, sia per migliorare le conoscenze sulla diffusione di queste infezioni nel nostro Paese, l'ISS in collaborazione con il Gruppo di Lavoro "Infezioni Sessualmente Trasmesse" (GLIST) dell'Associazione Microbiologi Clinici Italiani (AMCLI), ha avviato nel 2009, un Programma di Sorveglianza Nazionale basato sulla segnalazione dei nuovi casi di IST da parte di una rete sentinella di laboratori di microbiologia.

La scelta è caduta sui laboratori perché questi possono osservare le IST a 360 gradi (diversamente dai centri clinici che vedono una popolazione selezionata) in quanto la provenienza dei campioni che ricevono è molto variegata e rispecchia maggiormente la popolazione generale.

Il Programma ha previsto di segnalare i nuovi casi di infezione da Ct, da Ng e da Tv, con la possibilità, in futuro, di valutare la trasferibilità di questo sistema ad altre IST. Questo sistema di sorveglianza consentirà inoltre di poter calcolare dei tassi di incidenza e di prevalenza in quanto riceverà informazioni anche su tutti i soggetti sottoposti a test per le suddette infezioni.

OBIETTIVO GENERALE

Ottenere una descrizione accurata e rappresentativa delle diffusione delle IST in Italia, attraverso l'uso degli unici due sistemi attualmente esistenti a copertura nazionale, tra loro diversi e complementari:

- Sorveglianza clinica (attiva dal 1991): rafforzamento del già esistente Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST, basato su centri clinici altamente specializzati nella diagnosi e cura dei pazienti con IST.
- Sorveglianza di laboratorio (attiva dal 2009): attivazione piena di una Rete

Sentinella di Laboratori pubblici ad elevato standard clinico-diagnostico, basata su laboratori di microbiologia che fanno diagnosi di nuovi casi di infezione da Ct, da Ng e da Tv.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Analizzare ed interpretare gli andamenti delle IST in termini di tempo, di specifiche aree geografiche e di particolari caratteristiche socio-demografiche della popolazione di pazienti;
- stimare tassi di incidenza minima delle IST nel tempo;
- condurre una sorveglianza dei comportamenti nei pazienti con IST;
- identificare i fattori di rischio associati; monitorare l'andamento dell'infezione da HIV nei pazienti con IST;
- promuovere il miglioramento della qualità degli interventi di controllo (prevenzione, diagnosi, cura e follow-up) anche mediante la diffusione di linee guida nazionali e specifici protocolli di trattamento;
- programmare e valutare interventi efficaci di prevenzione primaria e secondaria diretti a gruppi target;
- predisporre interventi di supporto e allocazione mirata delle risorse finanziarie.

RISULTATI/PRODOTTI ATTESI E LORO TRASFERIBILITÀ

- Descrizione di diffusione, frequenza e andamenti di IST virali e batteriche;
- Monitoraggio di variazioni di frequenza delle IST nel tempo, nelle diverse aree geografiche, in diversi gruppi a rischio e fasce di età;
- identificazione di episodi epidemici di singole malattie e in sottogruppi di popolazione;
- monitoraggio della prevalenza dell'infezione da HIV nella popolazione con IST;
- studio dei pattern comportamentali a rischio nei pazienti con IST;
- verifica dell'effetto della campagna vaccinale per HPV sulla diffusione dei condilomi;
- implementazione delle linee guida italiane per la diagnosi, cura e prevenzione delle IST;
- redazione di rapporti tecnici periodici da distribuire sul territorio;
- validazione di un Sistema di segnalazione dei casi in tempo reale via internet.

INTERVENTI DI PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV

In Italia, nell'ultimo decennio, l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV si è stabilizzata e nel 2008 sono state rilevate 3.900 - 4.100 nuove diagnosi, la cui principale modalità di trasmissione è quella sessuale (rapporti etero/omosessuali 74%). Tale situazione richiede, ancora oggi, la programmazione di interventi di prevenzione rivolti alla popolazione generale e a target specifici. Tra le diverse strategie preventive un'informazione scientifica e aggiornata è condizione fondamentale, ma non sufficiente. Fare prevenzione nell'infezione da HIV significa mettere in atto un processo informativo-educativo che possa aiutare la persona ad acquisire una mentalità e uno

stile di vita volti a promuovere la salute come bene primario da difendere e potenziare. Affinché ciò si realizzi è fondamentale fornire informazioni "personalizzate" che si inseriscano negli schemi cognitivi della persona e nel suo vissuto, in modo da aiutarla ad individuare le basi motivazionali per non agire comportamenti a rischio e per modificare quelli esistenti. Strumento elettivo per un'informazione personalizzata si è rivelato l'intervento di counselling definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità "*un dialogo confidenziale, un'interazione che si svolge tra una persona e un operatore volto ad attivare e riorganizzare le risorse interne e esterne della persona per metterla in condizioni di far fronte a situazioni stressanti e di prendere decisioni autonome, relativamente all'infezione da HIV e all'AIDS*" (1995). Tale intervento, può essere attuato anche attraverso il mezzo telefonico e rappresenta una forma strutturata di 'relazione di aiuto' che ha particolari caratteristiche e peculiarità.

Nel nostro Paese, nel 1987, è stato istituito il Telefono Verde AIDS (TVA) con sede presso l'Istituto Superiore di Sanità, un Servizio nazionale di informazione e di educazione sanitaria erogata attraverso il telefono.

Negli anni, sono stati attivati numerosi altri Servizi telefonici, Centralini e AIDS Help Line, che nella maggior parte dei casi hanno una copertura locale. Alcuni di questi Servizi hanno partecipato al Progetto "*Creazione e Coordinamento di una Rete tra Servizi Telefonici italiani governativi e non, impegnati nella prevenzione dell'infezione da HIV e dell'AIDS*" promosso e finanziato dal Ministero della Salute. Il Progetto ha permesso di focalizzare l'attenzione sull'intervento di counselling telefonico, quale strategia elettiva per la prevenzione dell'infezione da HIV.

Inoltre, per la prima volta, sono stati condivisi contenuti tecnico scientifici relativi all'infezione da HIV, aspetti comunicativo-relazioni riguardanti l'intervento di counselling telefonico, nonché strumenti di raccolta dati.

Il Progetto si è concluso con la costituzione di una Rete di 21 Servizi Telefonici e di AIDS Help Line tra quelli più rappresentativi presenti sul territorio nazionale.

Tali Servizi collocati in differenti regioni italiane svolgono la loro specifica attività o all'interno di Strutture Pubbliche oppure di Organizzazioni non governative.

La Rete, con responsabilità scientifica e coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità rappresenta l'elemento fondamentale e la base operativa per poter avviare e condurre le attività previste dalla proposta progettuale "*Ampliamento e consolidamento della Rete italiana dei Servizi di Counselling Telefonico per la messa a punto di interventi di prevenzione dell'infezione da HIV*".

Nello specifico la presente proposta ha le seguenti finalità:

- rilevare in modo sistematico le caratteristiche anagrafiche di coloro i quali prediligono il

mezzo telefonico per soddisfare i propri bisogni informativi sull'infezione da HIV e sull'AIDS, caratteristiche che è possibile raccogliere durante l'abituale attività di counselling svolta dai servizi aderenti alle Rete;

- condurre un'Anonymous Cross-sectional telephone survey nazionale per identificare gli aspetti socio-comportamentali delle persone/utenti che accedono ai Servizi telefonici. Inoltre, l'indagine mira ad individuare le cause che sottendono il non uso di metodi di barriera (condom e profilattico femminile); a descrivere le motivazioni favorenti o ostacolanti l'accesso al test HIV delle persone/utenti che dichiarano di aver avuto comportamenti a rischio.

OBIETTIVO GENERALE

Promuovere strategie di prevenzione dell'infezione da HIV attraverso il contributo della Rete nazionale dei Servizi di Counselling Telefonico coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Consolidare/incrementare la Rete dei Servizi di Counselling Telefonico coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità.
2. Analizzare le caratteristiche anagrafiche e socio-comportamentali delle persone/utenti che accedono ai Servizi di Counselling Telefonico al fine di individuare possibili correlazioni tra percezione del rischio, comportamenti, uso del preservativo e accesso al test HIV.
3. Individuare indicatori per la predisposizione di interventi di prevenzione dell'infezione da HIV.

Migranti: progetto ARTEMIS

I dati ISTAT, relativi al 1° gennaio 2010, rilevano che gli stranieri residenti nel nostro Paese sono 4.235.059 e costituiscono il 7% della popolazione residente.

Secondo il rapporto 2009 dell'Ocse (Organizzazione per la cooperazione economica e lo sviluppo), si stima che nel nostro Paese siano presenti tra i 500 e i 750 mila migranti non regolari, che rappresentano l'1,09% della popolazione totale e il 25,6% di tutti i residenti stranieri.

Questi dati suggeriscono la necessità di conoscere quali siano i possibili interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle infezioni da HIV e AIDS e le coinfezioni, ovvero la tubercolosi e le malattie sessualmente trasmesse in un gruppo di popolazione estremamente vulnerabile, a causa dei molteplici fattori associati alla migrazione non regolare, quali la solitudine, lo stress, la presenza di comportamenti a rischio, il mancato accesso alle strutture sanitarie.

Poiché l'accesso ai servizi socio-sanitari è un indicatore di livello primario di integrazione dei migranti e vista l'esigenza di raggiungere e sensibilizzare l'utenza straniera ad un approccio ai servizi sanitari rivolto alla tutela e prevenzione della propria salute, questo Ministero ha stipulato

una convenzione con il Ministero dell’Interno con cui sono stati disciplinati gli aspetti realizzativi del *progetto ARTEMIS*.

Il progetto, finanziato dalla Comunità Europea e dal Ministero dell’Interno, è condotto dal Centro Nazionale AIDS dell’Istituto Superiore di Sanità, dall’Organizzazione Internazionale per le Migrazioni e la Struttura di riferimento per la Promozione della salute dei migranti - Regione Toscana - L’Albero della Salute, con il coordinamento del Ministero della Salute.

Nell’ambito della prevenzione della salute, particolare riguardo è stato posto all’infestazione da HIV e AIDS e le coinfezioni, ovvero la tubercolosi e le malattie sessualmente trasmesse.

Il progetto intende 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, attraverso attività di informazione, orientamento ed accompagnamento, per favorire la cultura della prevenzione sanitaria prima dell’effettivo bisogno terapeutico.

Il progetto intende creare una rete territoriale a Roma, Firenze e Prato, di “Educatori di salute di comunità”, strutturata da associazioni italiane e di stranieri, volta a favorire la comunicazione in ambito socio-sanitario tra istituzioni pubbliche (enti locali e servizi socio sanitari) e cittadini di paesi terzi.

Il modello di “Educatore di salute di comunità” offre l’opportunità di creare una nuova figura nell’ambito della mediazione interculturale nell’ambito della salute, in grado di potenziare interventi sul territorio per avvicinare le persone straniere ai servizi sanitari. Tale modello pone il concetto della health literacy come base sostenibile per la presa in carico dei bisogni di salute dei migranti.

Artemis intende sperimentare questo modello, investendo su figure appartenenti all’associazionismo straniero: si tratta di un approccio derivante dall’esperienza pilota nel settore AIDS del progetto PRISMA che ha avviato con successo il ruolo di referente di salute sul territorio per i cittadini stranieri operatori di associazioni di migranti.

In Italia, l’Ufficio OIM con competenze di coordinamento per il Mediterraneo, opera dal 2005 a fianco del Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria per lo sviluppo di una strategia di prevenzione del contagio HIV per gli stranieri, basata sull’analisi attenta delle informazioni, del rischio di contagio e dei bisogni degli stranieri che sono in Italia.

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:

1. 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).

2. 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).
3. 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).
4. 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 saranno 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.

ESTHER

La salute globale rappresenta un’area multidisciplinare di studio e ricerca che guarda al miglioramento della salute di tutta l’umanità, trascendendo le prospettive e gli interessi delle singole nazioni. Nel corso degli ultimi cinquant’anni, la ricerca biomedica e il miglioramento delle condizioni generali hanno portato ad un aumento importante dell’aspettativa e della qualità della vita nei Paesi ricchi. Un bambino che nasca oggi in alcuni Paesi in via di sviluppo può invece sperare di vivere in media non più di 40 anni.

Almeno 20 milioni di persone muoiono prematuramente nel mondo (tra cui milioni di bambini prima di compiere 5 anni) a causa di malattie che qui, nel mondo occidentale, sono prevedibili o curabili. Tra questi, i dieci milioni di persone con infezione da HIV che non hanno la possibilità di accedere a quelle cure che, nei Paesi ricchi, sono state in grado di trasformare una malattia “mortale” in una patologia “cronica” con la quale, in qualche modo, si riesce a convivere. Benché non sia davvero spenta neppure in occidente, visto che alcune centinaia di migliaia di cittadini europei e statunitensi continuano a infettarsi ogni anno con il virus HIV.

I numeri dell’AIDS nei Paesi in via di Sviluppo sono drammatici: ad oggi, 30 milioni di morti dall’inizio dell’epidemia. E ogni anno che passa, altri 2 milioni di morti, di cui 260 mila bambini. Otto milioni di orfani. E ancora, tre milioni di nuove infezioni ogni anno, di cui 370 mila bambini. Complessivamente, 33 milioni di persone nel mondo che vivono con questa infezione, di cui 2,5 milioni di bambini. La Conferenza AIDS dell’anno 2000, organizzata per la prima volta in Africa ha cambiato la storia di questa malattia, perché ha fatto comprendere al mondo occidentale la