

PRESENTAZIONE

La presente Relazione è predisposta ai sensi dell'articolo 8, comma 3, della legge 5 giugno 1990, n. 135. I programmi e gli interventi di prevenzione e di lotta all'AIDS sono raccolti in due capitoli nei quali sono riportate, rispettivamente, le attività svolte dal Ministero della salute e quelle effettuate dall'Istituto superiore di sanità.

Le attività svolte dal Ministero sono illustrate con riferimento ai settori della informazione, della prevenzione, dell'assistenza e dell'attuazione di progetti di ricerca.

Sono, inoltre, riportate le attività svolte dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS (CNA) e dalla Consulta delle Associazioni per la lotta all'AIDS (CAA) che, in applicazione al decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, che regola il riordino degli organi collegiali ed altri organismi operanti presso il Ministero della salute, sono confluite, dal 20 maggio 2015, nel Comitato tecnico sanitario (CTS), rispettivamente Sezione L e Sezione M.

I due organismi furono istituiti alla fine degli anni '80 per coordinare tutte le misure necessarie al controllo del diffondersi dell'infezione da HIV e della patologia AIDS.

Per quanto riguarda l'attività svolta dall'Istituto superiore di sanità, sono circostanziatamente riportate le iniziative svolte in tema di sorveglianza dell'infezione da HIV/AIDS, di ricerca, formazione e di consulenza telefonica (Telefono Verde AIDS e IST).

Epidemiologia

Secondo i dati dell'ultimo report UNAIDS, nel 2015 ci sono state, in tutto il mondo, oltre 2 milioni di nuove diagnosi di infezione da HIV e sono 36,7 milioni le persone che vivono con l'infezione da HIV.

Gli ultimi dati forniti dall'ECDC (Centro Europeo per il controllo delle Malattie), riferiti al 2014, riportano circa 30.000 nuove diagnosi di infezione da HIV nei 31 paesi dell'Unione Europea e European Economic Area (EU/EEA).

L'Italia, con un'incidenza del 6,1 per 100.000 abitanti nel 2014, si posiziona al 12° posto rispetto ad altri paesi dell'Europa occidentale, mostrando un andamento stabile negli ultimi 5 anni.

L'HIV, pertanto, continua a rappresentare un grave problema di sanità pubblica a livello globale. Dalla prima metà degli anni Ottanta la sorveglianza della sindrome da immunodeficienza acquisita (acquired immune deficiency syndrome, AIDS) ha rappresentato l'elemento chiave per guidare gli sforzi nazionali nel controllo dell'epidemia di HIV/AIDS, dando indirizzi e indicazioni per i

programmi di prevenzione e per la gestione appropriata dei servizi sociosanitari. Le esigenze di conoscenza epidemiologica erano soddisfatte da tale sorveglianza, in quanto la diagnosi della malattia era ritenuta un indicatore utile per lo studio della diffusione dell'infezione.

L'avvento delle nuove terapie antiretrovirali e un'assistenza medica avanzata hanno modificato, in modo particolare nell'ultimo decennio, le caratteristiche principali dell'epidemia di AIDS in Italia. Rispetto agli anni Ottanta, infatti, i pazienti sieropositivi sperimentano oggi un periodo asintomatico di benessere prolungato e una migliore qualità di vita.

Pertanto, è l'andamento delle nuove infezioni da HIV, che devono essere costantemente monitorate per descrivere le modificazioni in atto dell'epidemia e per fornire gli strumenti necessari a pianificare interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Politiche di prevenzione della trasmissione dell'infezione da HIV/AIDS

Il Ministero della salute, sin dalla comparsa dell'infezione da HIV/AIDS, nei primi anni '80, ha promosso iniziative per la prevenzione e la comunicazione, la diagnosi, il trattamento e le cure connessi a tale patologia.

Nel 1987 è stata istituita la Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS (CNA) e nel 1990 è stata emanata la Legge n. 135, tutt'ora vigente, che dà indicazioni su assistenza, ricerca, formazione, sostegno alle associazioni e tutela dei diritti delle persone con HIV.

Nei primi anni '90 sono state attuate politiche specifiche di prevenzione e di intervento in popolazioni colpite, quali le politiche di riduzione del danno per i tossicodipendenti per via iniettiva e, nel 1991, è stata istituita la Consulta delle Associazioni per la lotta contro l'AIDS (CAA).

La CNA e la CAA, come sopra riportato, sono confluite recentemente nel Comitato Tecnico Sanitario (CTS).

Il Ministero della salute, insieme alla CNA e CAA, ha affrontato, in tutti questi anni, temi tecnici, scientifici e socio-sanitari, spesso complessi, che hanno richiesto approfondimenti attraverso ricerche e/o studi e progetti che questo Ministero ha finanziato e, ove necessario, coinvolto, ulteriori esperti e altre Istituzioni/Amministrazioni.

Sono stati prodotti vari documenti di riferimento sulla prevenzione, informazione, ricerca, sorveglianza epidemiologica dell'infezione da HIV.

Sono state condotte campagne di comunicazione volte a rafforzare la percezione del rischio dell'infezione da HIV e a sensibilizzare sulla modalità di trasmissione e sulle misure di prevenzione,

in particolare le popolazioni con comportamenti ritenuti a maggior rischio, quali adulti, migranti, uomini che fanno sesso con uomini (MSM), giovani, donne.

L'Italia, come gli altri Stati Membri dell'ONU, si è impegnata e vuole continuare a combattere e arrestare la diffusione di HIV, tubercolosi e malaria entro il 2030 (Obiettivi di Sviluppo Sostenibile - Sustainable Development Goals - SDGs).

Il nostro paese ha avuto un ruolo di rilievo nella costituzione del Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria (GFATM) sin dal 2001. Dopo un periodo di finanziamenti limitati, dal 2014 ha ripreso a erogare contributi. L'Italia, con 850 milioni di euro di contributi versati al fondo globale dal 2002, rappresenta oggi il settimo Paese donatore. Il Fondo Globale ha dato un contributo decisivo a salvare un elevato numero di vite umane e a permettere a milioni di persone con HIV di ricevere il trattamento antiretrovirale.

L'HIV e le co-infezioni, quali la tubercolosi, le epatiti e le infezioni sessualmente trasmesse (IST), restano serie sfide per la sanità pubblica, i diritti umani e l'equità a livello globale e in Europa, dove le nuove infezioni da HIV sono in aumento, in particolare nell'Europa dell'Est e in Asia centrale, e dove in tutta la regione europea le principali popolazioni colpite sono popolazioni chiave, quali i consumatori di droghe per via iniettiva e i loro partner sessuali, gli uomini che fanno sesso con uomini (MSM), gli LGBT (lesbiche, gay, bisessuali, transgender), i migranti e le minoranze etniche, i sex workers e i detenuti.

Un approccio efficace e sostenibile per il trattamento e la cura dell'HIV richiede il coordinamento e la collaborazione tra i pazienti e le loro famiglie, interventi a livello di comunità e operatori sanitari formati. Nei paesi ad epidemia concentrata, quale l'Italia, molti di coloro che sono più a rischio di infezione da HIV sono spesso emarginati e hanno esigenze particolari che richiedono approcci specifici per l'assistenza sanitaria. In Italia, dall'inizio dell'epidemia le organizzazioni e i network di persone sieropositive hanno svolto un ruolo attivo nel fornire orientamento, sostegno e consulenza alle persone che vivono con HIV e AIDS, ed ultimamente si sono concentrate anche sulla diagnosi precoce.

Per far fronte alle diverse problematiche che caratterizzano i paesi più poveri del mondo è essenziale intervenire attraverso un approccio multidisciplinare e contestualizzato alle realtà locali.

Tra le priorità nei futuri interventi di sanità pubblica per ciò che riguarda l'infezione da HIV/AIDS ci sono la riduzione del numero di nuove infezioni, facilitare l'accesso al test e l'emersione del sommerso, favorire percorsi di diagnosi, cura e follow-up delle infezioni opportunistiche e delle co-

infezioni per facilitare l'accesso ai servizi sanitari alle persone a maggior rischio di esclusione sociale.

In questa “sfida” è cruciale il coinvolgimento delle persone che vivono con HIV e delle popolazioni chiave in tutte le fasi: di ricerca, progettazione, attuazione e valutazione, oltre a far rispettare le norme per la lotta contro la discriminazione, derivanti da norme internazionali sui diritti umani, al fine di eliminare lo stigma, la discriminazione e la violenza nelle popolazioni chiave e di ridurre la loro vulnerabilità all'HIV.

Beatrice Lorenzin

ATTIVITA' DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Introduzione

L'attività del Ministero della salute nell'anno 2015 è stata svolta nel segno della continuità rispetto a quanto fatto negli anni precedenti e, contestualmente, anche della innovazione ed ideazione di nuovi progetti di studio e ricerca.

Tra le attività riconducibili al Ministero vi sono anche quelle realizzate in collaborazione con la Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e con la Consulta delle Associazioni per la lotta all'AIDS che, in applicazione al decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, sono confluite nel Comitato tecnico sanitario (CTS), rispettivamente Sezione L e Sezione M. Tali attività sono descritte in un apposito paragrafo, con l'indicazione dei lavori svolti e dei documenti predisposti come previsto dalla legge n. 135/1990.

1.1 Iniziative informativo-educative per la prevenzione e la lotta contro l'HIV/AIDS

In linea a quanto disposto dalla legge 5 giugno 1990 n. 135, recante “Programma di interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS” - che promuove la realizzazione da parte del Ministero di iniziative di informazione allo scopo di contrastare la diffusione del virus HIV - questo Ministero pianifica ogni anno una campagna di comunicazione in base alle indicazioni generali formulate dalla Commissione Nazionale per la lotta all'AIDS.

Nel 2015 sono state realizzate le seguenti attività.

Per dare impulso ad una nuova sinergia con il territorio e con le istituzioni locali, il Ministero della salute ha lanciato l'iniziativa “**Un impegno in comune contro l'AIDS!**”. Nell'ambito della XXXII Assemblea annuale dell'ANCI (Associazione nazionale comuni italiani), tenutasi a Torino dal 28 al 30 ottobre 2015, il Ministero della salute ha invitato i Sindaci ed i loro delegati ad un coinvolgimento attivo per la diffusione dell'informazione istituzionale contro l'AIDS, attraverso l'utilizzo dei canali di comunicazione locali e dei rispettivi social, in vista della giornata mondiale per la lotta all'AIDS. I comuni che hanno aderito hanno messo a disposizione del Ministero uno spazio dei loro siti su cui pubblicare un banner condiviso che rimandava direttamente alle pagine di approfondimento del portale www.salute.gov.it

L'iniziativa ha avuto un enorme successo. Solo nell'ambito dell'Assemblea ben 348 comuni si sono impegnati in prima persona a promuovere l'informazione sull'AIDS “mettendoci...la faccia”. Nelle giornate passate al Polo fieristico Lingotto Fiere, i sindaci e i loro delegati hanno, infatti, manifestato la loro volontà di aderire all'iniziativa facendosi fotografare con un cartello riportante lo slogan “Un impegno in... comune contro l'AIDS!”.

La campagna di comunicazione 2015 ha previsto, inoltre, la diffusione di uno **SPOT radiofonico** della durata di 30”. Lo spot è stato diffuso in occasione della “Giornata mondiale per la lotta all'AIDS” a partire dalla data del 1° dicembre 2015 sulle principali emittenti radiofoniche nazionali e locali per un totale di n. **740** passaggi totali.

Il messaggio di prevenzione è stato affidato alla recitazione voce di un noto doppiatore italiano, la cui voce è immediatamente riconoscibile: Roberto Pedicini, che ha doppiato alcuni dei più famosi attori del cinema mondiale (*Javier Bardem - Kevin Spacey - Ralph Fiennes - Vincent Cassel*).

La campagna radiofonica invita a “non abbassare la guardia” nei confronti dell’adozione di misure di prevenzione per evitare il contagio ed intende contrastare l’abbassamento dell’attenzione della popolazione nei confronti del problema AIDS.

Focus della campagna è quello di incentivare i giovani adulti, di qualunque orientamento sessuale, italiani e stranieri, ad effettuare il test HIV.

A supporto della campagna, il Ministero della salute e l’Istituto superiore di sanità hanno continuato ad erogare on line tutti gli approfondimenti informativi necessari a supportare le altre iniziative di sensibilizzazione. In particolare, il sito “www.uniticontrolAIDS.it” il cui funzionamento è stato avviato nell’ambito delle iniziative della scorsa campagna di comunicazione, consente ai visitatori di informarsi correttamente sulle problematiche della malattia, sul virus, sulle modalità per prevenire il contagio e di porre domande personalizzate agli operatori del Dipartimento Malattie Infettive dell’Istituto Superiore di Sanità. Attraverso il sito è, inoltre, possibile conoscere anche le iniziative avviate dalle associazioni.

È stata curata anche la presenza sui social attraverso la gestione di:

- L’account Twitter **@UniticontrolAIDS**
- Il canale YouTube **uniticontrolaids** (raggiungibile al link:
www.youtube.com/user/uniticontrolAIDS)
- L’account Skype **uniticontrolaids**

Infine, il Ministero della salute ha contribuito a finanziare anche il funzionamento del “**Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse**” che è attivo da più di 25 anni e rappresenta un punto di riferimento per l’attività di counselling telefonico per i cittadini. Nel periodo di attività del 2015, gli esperti del TV AIDS e IST hanno risposto a 9.145 telefonate. Nel corso del 2015, la percentuale di “Nuove Telefonate” è stata pari al 65,0%. Si tratta di 5.948 persone che hanno scelto di rivolgersi per la prima volta al TV AIDS e IST, spesso a seguito dell’utilizzo di social network, forum e motori di ricerca come, per esempio, Google.

1.2 Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS

(ora Comitato Tecnico Sanitario/Sezioni per la lotta all'AIDS)

La Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS (CNA) ha svolto, su specifiche e contingenti questioni che sono state poste alla sua attenzione, un'attività di consulenza, quali iniziative programmate nell'ambito dell'attività informativa sull'HIV/AIDS, la sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, l'utilizzo e l'accesso al test contro l'HIV, gli indirizzi della ricerca in materia di AIDS, l'utilizzo dei farmaci antiretrovirali per l'HIV.

Tali attività e il continuo confronto tra le diverse professionalità e competenze che compongono la CNA, nonché l'operatività a diretto contatto con i soggetti positivi o malati e la conseguente ricca esperienza delle Associazioni componenti la Consulta, hanno portato a migliorare l'approccio alla malattia e ai soggetti da essa affetti, con il supporto di documenti, linee guida tese a garantire procedure avanzate, sotto il profilo tecnico-scientifico, e standardizzate nelle strutture sanitarie del SSN.

Linee guida italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1 (LG) - aggiornamento 2015

In linea con quanto già fatto in altre nazioni, il Ministero della Salute, dal 2010, rende pubbliche sul suo sito le *“Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1 (LG)”*.

Le LG hanno lo scopo di fornire le indicazioni al governo clinico della patologia con l'obiettivo di giungere all'uso ottimale della terapia antiretrovirale. La partecipazione ampia e multidisciplinare alla discussione e stesura dei contenuti, ha visto protagonisti, con entusiasmo e grande spirito di collaborazione numerosi medici specialisti della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), esperti di altre discipline e delle associazioni dei pazienti e/o delle comunità colpite dall'infezione. Il coinvolgimento di un numero così rilevante di partecipanti al progetto non ha avuto esclusivamente la finalità di garantire la multidisciplinarietà delle esperienze per avere un testo autorevole, ma soprattutto quella di favorire la condivisione di regole accettate e aggiornate nella pratica clinica di tutti i giorni, premessa fondamentale per prevedere una corretta applicazione.

La cART è oggi riconosciuta di indubbio beneficio per la persona con HIV - per bloccare la replicazione virale, prevenire le complicanze ed evitare la forma conclamata della patologia detta

AIDS (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita) garantendo così una prospettiva di vita a lungo termine del paziente, ma anche come strumento efficace per ridurre notevolmente la possibilità di trasmettere l'infezione. In conseguenza, anche se al momento non è possibile eradicare l'infezione da HIV (ossia guarire definitivamente da essa), la diagnosi tempestiva di HIV e la presa in carico dei pazienti da parte delle strutture competenti, oltre che servire alla cura dei pazienti stessi, rappresentano un intervento di sanità pubblica in grado di ridurre la trasmissione del virus.

La cART oggi è basata su un'ampia scelta di farmaci e regimi, che vanno dalle molecole di nuova generazione ai farmaci già in uso da tempo ancora attivi, cui, dopo la scadenza brevettuale, si aggiungono i farmaci equivalenti*.

Per essere efficace ed evitare/ridurre il rischio d'insorgenza di resistenze, deve essere non solo condotta nel rispetto dei principi che ne garantiscano un'efficacia duratura, ma anche personalizzata a seconda delle caratteristiche cliniche, sociali e comportamentali del paziente.

La cART richiede un'assunzione quotidiana e necessita di una assunzione assidua dei farmaci che è stata ed è la chiave del successo terapeutico di questi anni. La tollerabilità, infine, è un fattore cruciale alla continuità della cura e all'aderenza del paziente.

Le Linee Guida, essendo basate sulle prove di evidenza ricavate dalla letteratura scientifica e su una valutazione esperta, consentono di indirizzare la prescrizione e la gestione delle terapie secondo parametri di efficacia e appropriatezza.

L'edizione del 2015, oltre ad avere aggiornato tutte le parti in merito alle evidenze scientifiche disponibili, propone particolari novità sul perché, quando e come iniziare la terapia antiretrovirale di combinazione (cART) nonché sulla sua ottimizzazione, sulla continuità di cura, la profilassi post-esposizione, la gravidanza e sul trattamento della coinfezione HIV/HCV, a seguito dell'avvento dei nuovi farmaci ad azione diretta contro l'HCV.

Le LG sono consultabili alla pagina:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2442_allegato.pdf

**Un farmaco equivalente è una copia del suo farmaco di riferimento (farmaco "di marca" o "griffato") presente sul mercato già da molti anni e il cui brevetto sia scaduto; esso ha la stessa composizione qualitativa e quantitativa di sostanze attive e la stessa forma farmaceutica del medicinale di riferimento. (Decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219). Maggiori informazioni sul sito www.aifa.gov.it*

1.3 Piano di interventi per la lotta contro l'AIDS anno 2015

Nel 2015 si è concluso lo “*Studio epidemiologico, clinico e virologico in popolazioni di migranti HIV-positivi. Il monitoraggio epidemiologico delle varianti virali quale possibile intervento di prevenzione*”, della durata di 12 mesi con proroga, finanziato dal Ministero della salute nel 2013 e coordinato dal Centro Nazionale AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità.

L'elevata variabilità genetica dell'HIV e la sua rapida replicazione rendono il virus adattabile facilmente all'individuo infettato e sono responsabili della diversificazione del virus in gruppi, sottotipi, forme ricombinanti (CRF) e infinite varianti, tanto che è stato calcolato che in una singola persona infettata possano esistere varianti dello stesso sottotipo con una diversità, tra loro, che può arrivare fino a circa il 10%. Questa ampia diversità può avere un ruolo nel grado di infettività del virus, nella sua capacità di diffusione tra la popolazione, nella diagnosi di infezione e può influenzare la terapia antiretrovirale con l'emergenza di varianti che possono essere resistenti a diverse classi di farmaci antiretrovirali.

I problemi posti dalla rapida diffusione dell'HIV nelle popolazioni di differenti aree geografiche per la prevenzione dell'infezione, per la sua diagnosi ed il suo trattamento, richiedono una continua sorveglianza sulla diffusione di nuovi sottotipi all'interno delle popolazioni, tanto che l'OMS ha sentito l'esigenza di iniziare un monitoraggio periodico sulla diffusione dei sottotipi di HIV a livello globale a partire dall'anno 2000. A questo scopo, l'OMS richiede a diversi gruppi di ricerca disseminati in tutto il mondo, incluso il Centro Nazionale AIDS, di comunicare i risultati delle loro indagini sui sottotipi e sulle CRF di HIV circolanti nelle diverse popolazioni in studio (popolazione generale e popolazioni con comportamenti a rischio di infezione da HIV) allo scopo di creare e mantenere un database aggiornato sulla dinamica della diffusione di nuovi sottotipi e forme ricombinanti ed ha riunito in un network i gruppi di studio che aderiscono alla collaborazione (WHO-UNAIDS Network for HIV Isolation and Characterisation).

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 e CRF 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, diffusi nell'area africana ed indiana, siano più virulenti ed

infettivi degli altri sottotipi. Infine i diversi sottotipi possono essere più o meno suscettibili alle diverse terapie antiretrovirali e presentare una diversa sensibilità ai test diagnostici.

Quanto sopra esposto porta ad ipotizzare che nuovi sottotipi e forme ricombinanti di HIV possano essere introdotti nella popolazione generale in Italia come conseguenza dell'evoluzione dei flussi migratori; esse, pertanto, possono presentare differenti sensibilità alla terapia e possono essere diagnosticate con una maggiore difficoltà.

Alcuni studi svolti in precedenza presso il CNAIDS, e finanziati dal Ministero della Salute, hanno avuto come scopo quello di raccogliere e valutare una serie di parametri clinici, demografici, immunologici e virologici in campioni di migranti afferenti a Centri Clinici dislocati al Nord al Centro e al Sud dell'Italia, allo scopo di studiare l'infezione da HIV. E' stato evidenziato che tra la popolazione dei migranti circolano sottotipi e CRF di HIV diversi dal sottotipo B, comune tra la popolazione italiana, in particolare la forma ricombinante CRF02_AG e il sottotipo G. Le indagini hanno evidenziato che tra la popolazione di migranti possono esserci anche infezioni recenti da HIV. Inoltre, è stata rilevata in alcune varianti, la presenza di mutazioni verso i farmaci antiretrovirali, in alcuni casi anche tra gli individui non sottoposti alla terapia. La presenza di numerosi sottotipi e forme ricombinanti, nella popolazione migrante evidenzia la continua introduzione e diffusione di nuovi sottotipi nel nostro paese. Tutto ciò potrebbe fortemente influenzare lo scenario della storia naturale dell'infezione da HIV in Italia così come noi la conosciamo, con la conseguente necessità di individuare ed attuare in tempi ristretti nuovi interventi diagnostici e terapeutici. Tali nuove dinamiche andrebbero anticipate e monitorate attraverso adeguate politiche di prevenzione che includano il monitoraggio dei sottotipi dei virus circolanti nell'ambito delle più ampie strategie di prevenzione costituite dall'informazione e dalla facilitazione dell'accesso ai servizi da parte della popolazione migrante.

Obiettivo finale: Il progetto si è proposto un monitoraggio mirato alla sottotipizzazione delle varianti di HIV circolanti e all'identificazione di infezioni da HIV recenti afferenti a Centri clinici dislocati sul territorio italiano.

Risultati: L'analisi filogenetica ha messo in evidenza un'estesa variabilità di forme di HIV nelle popolazioni dei migranti in Italia. In particolare, l'80% delle varianti erano forme diverse dal sottotipo B comune (oltre l'80% di prevalenza) nella popolazione italiana di individui infettati da HIV. Colpisce la presenza di numerose forme di ricombinanti (oltre il 42%), alcune delle quali molto complesse, nelle popolazioni migranti. Sono state trovate mutazioni che conferiscono resistenza ai più comuni farmaci antiretrovirali (DRMs), soprattutto di prima linea. La presenza di

DRMs è stata accertata nel 19% delle varianti sottotipizzate, in individui sia in ART sia naïve per l'ART.

In un quadro caratterizzato da un'estrema diversificazione di forme di HIV, le aumentate probabilità di diffusione dell'infezione potrebbero determinare la rapida introduzione nella popolazione italiana di forme di HIV non comuni, con conseguenti problemi di sanità pubblica per il trattamento e la diagnosi.

Piano Finanziario Generale

RISORSE	Euro
Personale	24.000,00
Beni e servizi	7.910,00
Missioni	2.000,00
Pubblicazioni	2.000,00
Spese generali	3.990,00
Totale	39.900,00

Nel 2015 è stato finalizzato il progetto “*Valutazione dell'efficacia di un modello comunicativo-relazionale per la prevenzione dell'HIV nella popolazione migrante presente in alcune aree regionali italiane*”, della durata di 12 mesi con proroga, finanziato dal Ministero della salute nel 2013 e coordinato dall'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione - UO RCF, dell'Istituto superiore di sanità.

Nella realtà italiana il fenomeno migratorio risulta essere piuttosto articolato e in costante evoluzione, caratterizzato da condizioni socio-culturali diversificate e complesse che rischiano di minare la salute del migrante e di creare difficoltà nell'aderire a programmi di prevenzione, talvolta, considerati dalla persona straniera non prioritari. A tale proposito risulta indispensabile per gli operatori socio-sanitari impegnati nei Servizi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie infettive, identificare un percorso standardizzato. La finalità è quella di rispondere in modo appropriato e mirato alla domanda di salute posta dalla persona immigrata, la quale, a causa di condizioni di disagio sociale, potrebbe risultare maggiormente esposta sia al rischio di contrarre patologie infettive (quali ad esempio l'HIV), sia di accedere con notevole ritardo ai programmi di screening e cura.

In questo ambito l'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate dell'Istituto Superiore di Sanità con la collaborazione dell'Italian National Focal Point – Infectious Diseases and

Migrant, ha elaborato e, successivamente, applicato in alcune strutture sanitarie del Lazio, un Modello Operativo per la comunicazione della diagnosi e la presa in carico della persona immigrata con patologia infettiva. Si è trattato di un complesso lavoro di sistematizzazione di procedure e di metodologie mirato ad un più preciso e puntuale management della persona-utente migrante in tutte le fasi della relazione professionale con l'operatore socio-sanitario. Tale lavoro è stato svolto all'interno di due linee progettuali (Modello Operativo relativo alla comunicazione della diagnosi e alla presa in carico della persona immigrata con patologia infettiva, aa. 2008-2010 e Applicazione del Modello Operativo per favorire interventi di prevenzione dell'infezione da HIV e della Tubercolosi in fasce di popolazioni migranti, aa.2011-2013) promosse e finanziate dal Ministero della Salute.

La possibilità di implementare il Modello comunicativo-relazionale a livello nazionale è stata oggetto di indagine di questa terza annualità progettuale dal titolo "Valutazione dell'efficacia di un Modello comunicativo-relazionale per la prevenzione dell'HIV nella popolazione migrante presente in alcune aree regionali italiane" (27 febbraio 2014 – 26 agosto 2015). L'obiettivo generale ha riguardato infatti, l'applicabilità del Modello in diverse Regioni italiane (Piemonte, Lazio, Calabria e Sicilia) al fine di attuare interventi omogenei di prevenzione rivolti alla persona migrante, finalizzati a favorire un accesso appropriato e tempestivo ai Servizi di prevenzione, diagnosi e cura dell'infezione da HIV.

I maggiori punti di forza del Modello sono da ricercare nell'opportunità di applicare una metodologia standardizzata e, al contempo, rispondente alla specificità dei contesti sanitari nei quali afferiscono persone-utenti immigrate. Pertanto, nella relazione professionale con il migrante coinvolto in una malattia infettiva lo standard del rapporto operatore – persona può presentare enormi limitazioni. In primis le difficoltà linguistiche che possono comportare un'assenza di comprensione dei reali bisogni sanitari del migrante, favorendo il rischio di un ritardo diagnostico o addirittura di una mancata diagnosi.

Inoltre, le differenze culturali su argomenti legati alla sessualità o ad una possibile infezione come l'HIV, a tutt'oggi segnata da stigma e discriminazione, possono rappresentare un ostacolo al processo di presa in carico e cura della persona. Appare, quindi, evidente l'utilità di incrementare le competenze dell'operatore socio-sanitario sul piano comunicativo-relazionale, nonché integrarle con quelle tecnico-scientifiche al fine di favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle risposte fornite alla persona migrante. In quest'ottica l'intervento dell'operatore socio-sanitario svolto secondo procedure, azioni e fasi temporali collocate all'interno di un protocollo comunicativo-relazionale

standardizzato, può costituire elemento di base utile per favorire un approccio globale alla prevenzione dell'HIV.

Tali considerazioni hanno consentito, nelle due precedenti annualità sopra citate, di definire ed applicare sul campo un protocollo che intende costituire una mappa concettuale per gli operatori del settore, in quanto fornisce loro un aiuto nel processo di preparazione del setting interno ed esterno, nonché nelle diverse fasi di accoglienza, comunicazione della diagnosi, presa in carico e concordanza del processo terapeutico. Infatti, per ogni fase vengono definite le procedure (azioni) replicabili, ma al tempo stesso, adattabili ogni volta alla singola persona, alla sua storia, al contesto socio-culturale di appartenenza, alla sua specifica situazione e all'intervento sanitario richiesto.

Obiettivo generale: valutare l'applicabilità del Modello Operativo comunicativo-relazionale in diverse Regioni italiane per attuare interventi omogenei di prevenzione rivolti alla persona migrante, finalizzati a favorire un accesso appropriato e tempestivo ai Servizi di diagnosi e cura dell'infezione da HIV.

Risultati: La sperimentazione del Modello comunicativo-relazionale nelle differenti Strutture coinvolte è stata vincolata dai flussi di persone migranti afferenti alle singole realtà nel periodo prescelto per l'applicazione del Modello, nonché dalla diversa tipologia di persone per area geografia di provenienza e per età.

In totale il Modello è stato applicato nell'accoglienza e nel management di 64 persone-utenti. Per ciascun utente è stata utilizzata una scheda cartacea che riproduce le fasi del Modello comunicativo-relazionale; per ogni Fase gli operatori coinvolti nella sperimentazione hanno individuato i punti di forza e le aree critiche nella relazione con la persona migrante.

L'analisi dei dati relativi alle caratteristiche anagrafiche rileva che il 53,1% del campione è di sesso maschile. La fascia di età maggiormente rappresentata riguarda per il 48,4% utenti di età compresa tra i 20 – 29 anni, per il 20,3% tra i 30 – 39 anni. Il 71,9% del campione proviene dall'Africa, il 9,4% dall'America Centro Meridionale, il 6,3% dai Paesi dell'Unione Europea (UE), una eguale proporzione dal continente Asiatico e un restante 1,6% da Paesi europei non appartenenti all'UE.

In conclusione il Progetto sembra confermare che, in presenza di contesti sanitari caratterizzati da estrema variabilità e complessità, sia quanto mai necessario avvalersi di un protocollo di riferimento comunicativo-relazionale comprendente specifiche procedure (azioni) che possa tradurre ipotesi teoriche, risultati di ricerche e di riflessioni scaturite dal dialogo tra le scienze umane e quelle biomediche in modelli operativi corredati di procedure condivisibili, replicabili e, al contempo, dinamiche e flessibili.