

Obiettivi prioritari degli interventi previsti nel Piano sono:

Delineare e realizzare progetti finalizzati alla definizione di modelli di intervento per ridurre il numero delle nuove infezioni.

Facilitare l'accesso al test e l'emersione del sommerso

Garantire a tutti l'accesso alle cure

Favorire il mantenimento in cura dei pazienti diagnosticati e in trattamento

Migliorare lo stato di salute e di benessere delle persone che vivono con HIV e AIDS (PLWHA)

Coordinare i piani di intervento sul territorio nazionale

Tutelare i diritti sociali e lavorativi delle persone che vivono con HIV e AIDS

Promuovere la lotta allo stigma

Promuovere l'*Empowerment* e coinvolgimento attivo delle popolazioni chiave (Maschi che fanno sesso con maschi -MSM-, detenuti, migranti persone che utilizzano sostanze, lavoratori e lavoratrici del sesso -sex workers- persone Transgender).

Ad integrazione ed estensione di quanto già definito dalla “prevention-cascade” di UNAIDS, il Piano prevede per ogni obiettivo definito i risultati da raggiungere e gli indicatori di risultato e di percorso.

In particolare, il Piano si propone di conseguire:

L'incremento della percentuale dei casi diagnosticati e mantenuti in cura fino al raggiungimento del 90% delle persone PLWHA che si stimano viventi in Italia

L'attivazione di un percorso diagnostico terapeutico definito in almeno l'80% dei Centri clinici deputati all'assistenza delle persone PLWHA

Il mantenimento di livelli di viremia <50 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% di fallimenti virologici/anno)

La riduzione a meno del 5% all'anno della perdita di contatto da parte dei Centri clinici con i pazienti seguiti dai centri



La riduzione del 50% dei casi di diagnosi tardiva di infezione (AIDS presenter, conte di CD4 $\leq 200/\mu\text{L}$)

La riduzione del 25% dei casi che si presentano con CD4 $> 200 < 350/\mu\text{L}$

L'allineamento con '*Action plan for the health sector response to HIV in the WHO European Region*'

Il documento, nel 2016, ha acquisito il parere tecnico-scientifico delle Sezioni L ed M del Comitato Tecnico Sanitario. Successivamente è stato approvato dal Ministro e ha acquisito il parere favorevole del Consiglio Superiore di Sanità (CSS). Lo strumento per la sua promulgazione è quello dell'Intesa in Conferenza Stato-Regioni.



1.4 Progetti di ricerca

Area Progettuale Prevenzione AIDS

Presso il Ministero della salute è istituito un capitolo di bilancio finalizzato a “*Spese per l'attuazione dei programmi ed interventi mirati per la lotta e la prevenzione delle infezioni da HIV e delle sindromi relative, ivi comprese le spese per rilevamenti e ricerche, per il funzionamento dei comitati, commissioni nonché l'organizzazione di seminari e convegni sulla materia*”. Nell'ambito di tale finanziamento, il Ministero ha, nel corso degli anni, realizzato, in collaborazione con diversi Enti di ricerca competenti nell'ambito delle malattie infettive, diversi interventi finalizzati ad individuare le migliori metodiche per il potenziamento delle attività di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie correlate alla infezione da HIV.

Per il 2015, il Ministero ha ritenuto opportuno realizzare il progetto di sanità pubblica “***La diagnosi rapida di sifilide in ambiente extraospedaliero quale strategia di prevenzione dell'infezione da HIV mirata ai maschi che fanno sesso con maschi (MSM)***”, coordinato dall'Istituto dermatologico San Gallicano (IRCCS) di Roma, della durata di 18 mesi, con termine dei lavori previsto a settembre 2017. Esso costituisce il primo intervento mirato di controllo e prevenzione della sifilide condotto in ambiente extra sanitario in Italia e rivolto specificamente alla popolazione oggi a più elevato rischio per questa infezione, come quella degli MSM.

Per approfondimenti su Razionale, Obiettivi, Metodi e Risultati attesi, consultare la Relazione al Parlamento 2015, alla pagina 20 del seguente link:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2542_allegato.pdf

UNITÀ OPERATIVE	RUOLO
Centro MST/HIV della Struttura Complessa di Dermatologia Infettiva e Allergologica, Istituto Dermatologico San Gallicano	Screening sifilide e HIV, visite specialistiche, raccolta dati comportamentali, somministrazione terapie e follow-up dei pazienti, <i>counselling</i> specialistico. Approvvigionamento reattivi per la sifilide.
Circolo Mario Mieli, Roma	Promozione ed effettuazione con personale medico e infermieristico proprio del programma di screening per la sifilide nei luoghi di ritrovo della comunità. Messa a punto e disseminazione di materiale informativo scritto su supporto multimediale e/o digitale. Attività di formazione tra pari.

Composizione generale dei costi:

VOCE	EURO
1 Personale medico ed infermieristico da utilizzare “on site” (18 mesi)	41.100,00
2 Beni e Servizi (reattivi e consumabili)	21.000,00



3 Spese di funzionamento	6.400,00
TOTALE	68.500,00



Nel 2016 è stato finanziato il progetto: ‘**Percorso diagnostico-assistenziale delle IST: individuazione di criticità ed inappropriatezze nei percorsi; proposte operative di implementazione del sistema territoriale per un corretto inquadramento diagnostico-assistenziale**’, della durata di 18 mesi, coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità. Le altre strutture coinvolte sono: Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Università Sapienza, Roma; AOU Città della salute e della Scienza, SC Microbiologia e Virologia, Torino; Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze e SOD Microbiologia e Virologia Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze; Laboratorio di Malattie Sessualmente Trasmesse -Sezione di Dermatologia e Venereologia – Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia – Università di Napoli Federico II; Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P. Giaccone Palermo. U.O.C. 81.01.0 - Analisi di microbiologia, virologia e parassitologia- Università degli Studi di Palermo: Dipartimento PROSAM.

(Per approfondimenti riguardanti ‘Informazioni generali sulla procedura - Esito della valutazione dei progetti relativi a: Miglioramento del percorso diagnostico-assistenziale delle infezioni sessualmente trasmesse, consultare i seguenti link: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_4_1.jsp?lingua=italiano&id=148 http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_4_2_1.jsp?lingua=italiano&id=170)

Le Infezioni sessualmente trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuse in tutto il mondo che possono essere 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 (1). Oggi si conoscono circa trenta quadri clinici di IST determinati da oltre 20 patogeni sessualmente trasmessi.

Notoriamente, le IST sono strettamente associate all’infezione da HIV attraverso una sinergia epidemiologica che ne rafforza la diffusione reciproca; le persone con IST costituiscono una popolazione ad alto rischio di acquisire o trasmettere l’HIV attraverso le lesioni di continuo presenti a livello genitale, tanto da indurre il WHO a raccomandare l’offerta del test HIV a tutte le persone con una IST. È pertanto di cruciale importanza poter monitorare e controllare la diffusione delle IST in modo da agire parallelamente sulla prevenzione dell’HIV.

In Italia, le informazioni disponibili sulla diffusione nazionale delle IST provengono dal Ministero della Salute per quanto concerne le due IST a notifica obbligatoria, cioè gonorrea e sifilide; questi dati indicano un aumento dei casi per entrambe le patologie tra il 2007 e il 2013. Altre fonti di informazione sono i due sistemi di sorveglianza sentinella delle IST, uno basato su centri clinici e



uno basato su laboratori di microbiologia clinica, attivi rispettivamente dal 1991 e dal 2009. Il primo sistema, basato sui centri clinici, mostra un progressivo aumento dei casi di IST tra il 2004 e il 2014 e conferma l'elevato rischio di diffusione di HIV tra le persone con IST nel nostro Paese: la prevalenza di HIV tra persone con IST era nel 2014 del 9,5%, cioè circa 60 volte più elevata di quella riscontrata nella popolazione generale. Peraltro, a livello nazionale, circa il 4% delle nuove diagnosi di HIV vengono scoperte in seguito ad una diagnosi di IST.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

La popolazione con IST è estremamente eterogenea e, diversamente da altre patologie, non si concentra in centri specifici di assistenza ma piuttosto si rivolge a una molteplicità di specialisti e strutture sanitarie, pubbliche e private (medico di base, dermatologo, ginecologo, urologo, andrologo, farmacista, infettivologo, consultorio, laboratorio di microbiologia). Questa dispersione dei pazienti con IST sul territorio rende difficile descrivere il loro percorso, dal sintomo alla guarigione, e standardizzare le procedure sanitarie per ottimizzare tempi, costi ed efficacia dell'intervento medico.

Alla luce di queste evidenze risulta urgente poter migliorare il controllo delle IST e dell'HIV, ridurne l'incidenza e limitarne la diffusione conducendo un'analisi dettagliata dei percorsi e dei flussi delle persone con un sospetto di IST, evidenziando le inappropriatezze del sistema ed individuando soluzioni adeguate.

In modo assolutamente innovativo, lo studio propone l'analisi del percorso diagnostico-assistenziale delle IST a partenza dai Centri di microbiologia, con il coinvolgimento degli specialisti del settore, articolandolo in due fasi:

1) Studio retrospettivo: Verranno coinvolti 4 Centri di riferimento per la diagnosi delle IST, situati in grandi strutture universitarie, in stretta contiguità con specialisti infra-struttura che vedono pazienti con sospetta IST; ogni Centro produrrà, utilizzando i dati archiviati di richieste di analisi, un elenco di specialisti infra-struttura che hanno richiesto accertamenti di laboratorio per IST nei 12 mesi precedenti.

2) Studio prospettico: Verrà realizzata una rete di specialisti infra-struttura identificati tramite lo studio retrospettivo che verranno formati per l'effettuazione dello studio; questi specialisti arruoleranno in modo prospettico persone con un sospetto di IST. Per ogni persona arruolata verranno raccolti dati individuali socio-demografici-clinici essenziali e verrà ricostruito, sulla base dell'anamnesi patologica prossima, il percorso già effettuato dal paziente in termini di visite,



indagini microbiologiche e/o sierologiche e terapia. Lo specialista riporterà quindi l'esito delle eventuali ulteriori indagini diagnostiche e trattamenti che prescriverà al paziente, nonché l'efficacia della terapia valutata attraverso il follow-up. A tutte le persone incluse nello studio verrà proposto il test HIV; alle persone che risulteranno HIV positive verrà effettuato il test di avidità anticorpale per stimare il tempo intercorso dall'infezione.

Tutti i dati verranno inseriti in una piattaforma elettronica disegnata specificamente per lo studio.

Ogni record individuale sarà anonimizzato al momento dell'invio al centro di analisi dei dati.

Il database sarà inviato al Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità ove verrà effettuato il data management e le analisi dei dati. I risultati verranno interpretati e discussi con i centri partecipanti allo studio.

Aree territoriali interessate e trasferibilità degli interventi

Verranno coinvolti 4 Centri di diagnosi microbiologica delle IST, situati in strutture universitarie di grandi città: 1 al nord, 1 al centro, 1 al sud e 1 nelle isole.

L'analisi dei percorsi diagnostico-assistenziali delle persone con IST/HIV costituirà un modello trasferibile ad altre realtà regionali per ampliare la raccolta di dati ed uniformare il percorso a livello nazionale. Inoltre, il trasferimento ad altre aree consentirà di esplorare le differenze per zona geografica, tipo di struttura e dimensione abitativa dell'area interessata.

Questo studio risponde alla necessità di delineare il miglior percorso possibile per conseguire gli obiettivi indicati come prioritari dalle agenzie internazionali (WHO, ECDC, UNAIDS) e nazionali per la prevenzione e il controllo delle IST e HIV.

OBIETTIVO GENERALE: Analizzare e migliorare l'assistenza sanitaria destinata alle persone con IST e HIV secondo i bisogni assistenziali del cittadino, al fine di garantire la qualità delle cure, migliorare l'appropriatezza diagnostico-terapeutica e ottimizzare le risorse economiche.

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Descrivere i percorsi e dei flussi delle persone con un sospetto di IST.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Stimare la quota di diagnosi IST/HIV ritardate o mancate e le inappropriatezze del sistema in termini di tempi di attesa per un corretto percorso diagnostico-terapeutico.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Valutare l'accesso al test HIV e la coinfezione da HIV nelle persone con IST.

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totali in €
Personale	63.000



<i>Beni e servizi</i>	36.500
<i>Missioni</i>	37.500
<i>Spese generali</i>	10.820
<i>Incontri/Eventi formativi</i>	19.000
Totale	166.820,00

1.5 Programma CCM – Azioni Centrali 2016

È stato finanziato nel 2016 dal Ministero della salute il Progetto ‘*Gestione e trasferimento progressivo sorveglianze*’ tra le sorveglianze è previsto il “**Sistema di sorveglianza nazionale HIV e AIDS**”, assegnato all’Istituto Superiore di Sanità – Centro Operativo AIDS (COA). La durata del progetto è di 12 mesi, in corso.

È stato finanziato nel 2015 dal Ministero della salute il Progetto “**Sorveglianza delle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) attraverso due reti sentinella basate su centri clinici e su laboratori di microbiologia clinica**”, e assegnato all’Istituto Superiore di Sanità – Centro Operativo AIDS (COA). La durata del progetto di 12 mesi è terminato nel 2016.

Obiettivo generale: Migliorare e sostenere la sorveglianza epidemiologica delle IST in Italia, nonché ottenere una descrizione accurata e rappresentativa della loro diffusione, attraverso l’uso degli unici due sistemi di sorveglianza sentinella attualmente esistenti, tra loro diversi e complementari.
Obiettivo specifico 1: Analizzare ed interpretare gli andamenti delle IST in termini di tempo, di specifiche aree geografiche e di particolari caratteristiche socio-demografiche della popolazione afferente ai centri clinici e ai laboratori di microbiologia clinica

Obiettivo specifico 2: stimare tassi di incidenza minima delle IST nel tempo

Obiettivo specifico 3: condurre una sorveglianza dei comportamenti nei soggetti con IST

Obiettivo specifico 4: monitorare l’andamento dell’infezione da HIV nei soggetti con IST

Obiettivo specifico 5: programmare e valutare interventi efficaci di prevenzione primaria e secondaria delle IST diretti a gruppi target.

Conclusioni

C’è stata la partecipazione del 100% dei centri clinici per le IST e dei laboratori di microbiologia clinica e il 90% delle schede di sorveglianza delle IST erano complete per le variabili di maggiore rilievo epidemiologico.



I principali risultati delle due sorveglianze sentinella delle IST sono stati pubblicati sul Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità del mese di febbraio 2016.

Inoltre, sono stati preparati due abstract, rispettivamente “HIV prevalence among patients with Sexually Transmitted Infections (STI) in Italy, 1991-2014”, per la sorveglianza basata su centri clinici e “Prevalence of Chlamydia trachomatis in Italy: data from the Italian STI Surveillance System based on a network of microbiology laboratories”, per la sorveglianza basata su laboratori di microbiologia, inviati a “The 30th IUSTI-Europe Conference” che si è svolto a Budapest dal 15 al 17 settembre 2016.

Infine, il 16 marzo 2016, presso l'ISS, si è svolta la riunione con i referenti delle due sorveglianze sentinella. Sono stati discussi i punti di forza, le criticità e le prospettive future delle due sorveglianze. Sono state elencate le ricadute delle Sorveglianze sentinella delle IST nel contesto nazionale ed internazionale.

È stato definito dalla U.O di coordinamento, ed inviato alle singole strutture cooperanti al progetto, il protocollo con le modalità di isolamento, conservazione e spedizione dei ceppi isolati di *N. gonorrhoeae*.

Sono stati isolati dai Centri collaboranti un totale di 270 ceppi di *N. gonorrhoeae*; tutti i ceppi, 100% (standard di risultato >90%), sono stati inviati c/o il Dip. MIPI dell'ISS per le successive caratterizzazioni microbiologiche. Dati clinici relativi ai pazienti, collezionati in anonimato e disaggregati, sono stati inseriti nel database Epiinfo.

Il 97% dei pazienti, dai quali sono stati isolati i ceppi di gonococco, era di sesso maschile, età media 34 anni. Di questi il 57.3% ha indicato come orientamento sessuale: omo/bisessuale.

I pazienti erano per il 86% di cittadinanza Italiana e per il 14.4% di altre nazionalità.

L' 85.2% dei ceppi sono stati isolati da siti uro-genitali; il 14.7% da sedi extra-genitali (retto, faringe, liquido seminale, urina).

Su 270 ceppi inviati c/o l'ISS, 233 sono risultati vitali (86.3%). Su tutti i ceppi vitali è stato effettuato il saggio di sensibilità ai seguenti antibiotici (standard di risultato >90%): cefixime; ciprofloxacina; ceftriaxone; azitromicina; gentamicina; spectinomicina.

Un totale di 159 ceppi di *N. gonorrhoeae* (68.2%) sono risultati resistenti alla ciprofloxacina e 10 all'azitromicina (4.3%). Tra i ceppi resistenti all'azitromicina si evidenzia un isolato ad alta



resistenza con un valore di MIC \geq 256 mg/L. Tutti i ceppi esaminati sono risultati sensibili al cefixime, ceftriaxone, gentamicina e spectinomicina.

Dei 233 ceppi esaminati, 198 (85%) sono risultati β -lattamasi negativi e 35 (15%) β -lattamasi positivi.

È stata effettuata l'analisi dei ceppi di gonococco antibiotico resistenti attraverso tipizzazione molecolare.

Nell'ottemperare all'obiettivo specifico 4, come indicato nel cronogramma del progetto, sono stati forniti i dati relativi al pattern di sensibilità agli antibiotici a tutti i Centri collaboranti.

Ad aprile 2015 (relativamente ai ceppi di gonococco isolati nell'anno 2014) e ad aprile 2016 (relativamente ai ceppi di gonococco isolati nell'anno 2015), in collaborazione con il Ministero della Salute, si è provveduto a trasmettere i dati relativi all'antibiotico resistenza e alla tipizzazione molecolare dei ceppi di gonococco ricevuti c/o ISS, nella piattaforma TESSy (The European Surveillance System).



1.6 Progetti di ricerca finanziati con i fondi previsti dalla Legge 27 dicembre 2006, n. 296

La Sezione del volontariato per la lotta contro l'AIDS (Sez. M) del Comitato Tecnico Sanitario, ha proposto la realizzazione di diversi progetti di ricerca, finanziati con i fondi previsti dalla Legge 27 dicembre 2006, n. 296, nell'ambito dei quali sono stati realizzati interventi in tema di lotta contro la diffusione dell'epidemia da HIV.

I progetti sono stati stipulati dal Ministero della salute con enti pubblici, operanti nel settore sanitario, sul tema delle materie proposte dalla Sezione.

I risultati finali dei progetti, presentati alle sezioni del CTS, costituiscono un utile riferimento per le associazioni che operano nel settore e un aggiornamento per la popolazione interessata alle strategie di prevenzione innovative e mirate.

I risultati, inoltre, possono supportare gli operatori sanitari ad individuare i bisogni di salute e i problemi di carattere sociale delle persone ammalate.

È possibile consultare l'elenco dei progetti e degli enti pubblici che li hanno realizzati alla pagina:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=200&area=aids&menu=vuoto

Nel 2016 si è concluso il progetto: ***“Il ruolo delle associazioni nella “retention in care” delle persone con infezione da HIV in Italia”***. Il progetto è stato coordinato dall'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” – IRCCS di Roma con la collaborazione di alcune associazioni della Consulta nazionale AIDS, la sua durata è stata di diciotto mesi.

Per approfondimenti su Dati relativi al fenomeno, Obiettivi, Metodi e Risultati attesi, consultare la Relazione al Parlamento 2014, alla pagina 29 del seguente link:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2482_allegato.pdf

Obiettivo generale del progetto è stato quello di contribuire all'implementazione e all'armonizzazione di attività stabili svolte dalle associazioni e finalizzate ad ottimizzare la “retention in care” (RiC) delle persone con infezione da HIV più vulnerabili.

Il progetto si è articolato in 3 linee di attività:



1. Survey a livello nazionale sul ruolo attivo delle associazioni nella retention in care
2. Indagine conoscitiva sulla conoscenza, l'accettabilità e i bisogni di interventi volti a favorire la retention in care dei pazienti e dei medici coinvolti nella cura dell'infezione da HIV
3. Corso di formazione sul ruolo delle associazioni nella retention in care: esperienze in Italia e in Europa.

L'analisi dei risultati del progetto ha permesso di mettere in evidenza:

PUNTI DI FORZA

- l'importanza di misurare la "percezione" delle persone con HIV sulla retention e sui diversi aspetti chiave che possono condizionarla: operazione innovativa.
- la diversa percezione delle dimensioni della retention dal punto vista di pazienti e operatori: percezioni realmente differenti? Gli operatori "vedono" anche i pazienti persi al follow up
- la necessità di comprendere "i nuovi bisogni" da parte degli addetti ai lavori: servirebbe maggior collaborazione/razionalizzazione da parte delle associazioni nell'offrire "i servizi"
- il ruolo delle associazioni "anche" in ospedale: possibile soluzione per risolvere parte dei problemi della retention. È necessario definire attività e ambiti di azione (orientamento e collegamento con altri servizi esterni e con le ONG, distribuzione materiale informativo, colloqui/counselling tra pari o con operatore delle associazioni)
- l'importanza di avere informazioni specifiche riguardanti "i percorsi" del proprio centro.
- misurare l'effettiva retention in care dei pazienti anche in relazione alle diverse condizioni di vulnerabilità.
- necessità di attenzione verso le popolazioni vulnerabili: donne, migranti.
- una "vulnerabilità geografica": nord versus sud.

CRITICITÀ

- "Caratteristica/appartenenza" dell'intervistatore: attenzione all'eterogeneità e ai conseguenti possibili bias.
- Possibile bias della Desiderabilità sociale da parte dei pazienti nella compilazione.
- Possibile bias della "fatica/anzianità" da parte dei medici nella compilazione.
- Possibili difficoltà linguistiche di comprensione degli strumenti individuati (questionari).
- Forte richiesta di "advocacy" e "informazione" da parte dei pazienti.
- Questionario "più facile" e "più breve".
- Luogo di somministrazione del questionario: più "neutralità"?



ULTERIORI SPUNTI DI RICERCA/INTERVENTO

- Individuazione di strategie mirate (e misurabili) a riportare le persone nel percorso di cura specialmente nel primo anno del percorso di cura.
- Necessità di monitorare eventuali spostamenti tra strutture di cura.
- Necessità di approfondire il ruolo dell'infermiere per favorire la retention in care dei pazienti
- Necessità di sviluppare strategie per facilitare il contatto tra utenti/pazienti e le associazioni?

Per approfondimenti consultare il seguente link:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_200_listaFile_itemName_5_file.pdf

VOCI DI COSTO	Totale	Richiesto al Ministero
BENI E SERVIZI		
Spese di funzionamento dell'INMI per il coordinamento; monitoraggio e analisi dati delle 3 attività	10.000	7.000
Kickoff Meeting	4.000	4.000
Spese di funzionamento delle associazioni per le attività 1 e 2	75.000	50.000
Corso di Formazione	29.000	29.000
PERSONALE		
Personale dipendente INMI	42.000	0
Personale a contratto INMI	39.600	24.000
SPESE GENERALI		
TOTALE	209.600	118.000

Nel 2015 è stato finanziato il seguente progetto: “**I.R.I.D.E.: Interventi di riduzione del danno efficaci secondo le Linee Guida Internazionali 2013. Una ricerca intervento nelle carceri**”, coordinato dall’Università di Torino, della durata di 18 mesi. Il progetto è in corso di svolgimento.

Per approfondimenti su Dati relativi al fenomeno, Obiettivi, Metodi e Risultati attesi, consultare la Relazione al Parlamento 2015, alla pagina 40 del seguente link:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2542_allegato.pdf

Voci di costo	Totale	Richiesto al Ministero
BENI E SERVIZI	67800	67800
PERSONALE		
Personale dipendente UNITO	9.936	0
Personale a contratto	35.200	35.200
MISSIONI	6.000	6.000
SPESE GENERALI		



Costi pubblicazione	4.000	4.000
TOTALE	122.936	113.000

Nel 2016 è stato finanziato il seguente progetto: '**I.RI.DE 2: una ricerca intervento per definire, confrontare e valutare modelli di intervento efficaci e trasferibili di riduzione del danno e dei rischi di trasmissione di HIV nella popolazione carceraria**' coordinato dall'Università di Torino, della durata di 18 mesi. Le regioni coinvolte sono 15, al Nord: Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna; al Centro: Toscana, Umbria, Lazio, Marche; al Sud: Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia, Sardegna, Basilicata. Le associazioni coinvolte sono: Il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, CNCA, (operante in 18 regioni), è un'associazione facente parte Comitato Tecnico Sanitario, sezione M , ha il ruolo di associazione Capofila, coordinando le azioni svolte dalle altre seguenti associazioni coinvolte, anch'esse facenti parte del Comitato Tecnico Sanitario, sezione M: ANLAIDS (operante in 12 regioni), ARCIGAY (operante in 19 regioni), LILA - Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids – (operante in 10 regioni), Circolo MARIO MIELI (operante in 1 regione, Lazio), Comunità di San Benedetto al Porto (operante in 2 regioni), Gruppo Abele (operante in 1 regione, Piemonte). Altre associazioni coinvolte sono l'ONG nazionale ANTIGONE e il Movimento di Identità Transessuale (MIT) che operano su tutto il territorio nazionale.

Descrizione ed analisi del problema

Il progetto PRIDE EUROPE, finanziato dalla Commissione Europea, ha messo in luce come l'Italia risulti, tra i paesi oggetto della ricerca, quello con minore offerta di interventi di riduzione del danno in carcere. Tale risultato sta trovando conferma nell'azione 1 del progetto "*I.Ri.D.E Interventi di Riduzione del Danno Efficaci secondo le Linee Guida Internazionali 2013. Una ricerca intervento nelle carceri italiane*", attualmente in corso di svolgimento. Da tale ricerca emerge che dei 15 interventi chiave raccomandati dall'OMS (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf), soltanto alcuni (tra cui informazione, formazione ed educazione, screening, *counselling* e trattamento HIV, prevenzione tubercolosi) vengono realizzati, ma quasi sempre soltanto in maniera estemporanea e non arrivano a coprire tutta la popolazione detenuta, mentre altri sono totalmente disattesi (in particolare la distribuzione di preservativi, aghi e siringhe o la prevenzione della trasmissione di malattie infettive tramite tatuaggi e piercing). A fronte di ciò, si riscontra una significativa apertura da parte degli operatori sanitari del SSN operanti nelle carceri di diversi servizi (tra i quali in particolare quelli che afferiscono ai Dipartimenti per le Dipendenze) e, relativamente a gran parte degli interventi raccomandati, anche



da parte dell'amministrazione penitenziaria, alla sperimentazione di interventi. Anche la relazione conclusiva del Tavolo 4 degli Stati Generali dell'Esecuzione Penale promossi dal Ministero Giustizia (“Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze” https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/sgep_tavolo4_relazione.pdf) indica la sostanziale non applicazione in Italia del pacchetto di 15 interventi e sollecita, attraverso le proposte 4 e 5, la ricerca e la sperimentazione ai fini dell'implementazione di politiche di sviluppo della riduzione del danno e di prevenzione in termini di diffusione dell'HIV in carcere, così come anche raccomandato dalle Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1, 17 Dicembre 2015 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2442_allegato.pdf pag. 105).

Come noto, tale diffusione risulta ben più elevata che all'esterno, non solo per la frequenza di comportamenti a rischio antecedenti o agiti durante la detenzione, ma altresì per via di alcune caratteristiche “strutturali” del contesto penitenziario (promiscuità, condizioni igieniche precarie, ecc.). La stessa OMS riporta che nel mondo la prevalenza di HIV, IST, HBV e HCV tra la popolazione detenuta è mediamente da 2 a 10 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

E' noto quanto sia difficile operare per un soggetto esterno all'interno del contesto carcerario, proprio per le caratteristiche organizzative interne al carcere, che risentono dell'interazione non sempre lineare tra organismi con mandati diversi (direzione penitenziaria, polizia penitenziaria e servizio sanitario nazionale); il progetto IRIDE, attualmente in corso, per superare gli ostacoli e favorire la sperimentazione di interventi ha tuttavia attivato delle strategie “resilienti”. Tali strategie riguardano prevalentemente l'attivazione di diversi *stakeholder*, istituzionali e del privato sociale operante all'interno delle carceri, al fine di costruire “percorsi virtuosi” di interventi di prevenzione HIV. Ciononostante, alcuni interventi programmati, quali la fattibilità di interventi di distribuzione di profilattici, l'organizzazione percorsi formativi per indurre comportamenti corretti quando vi è un possibile contatto con sangue (tatuaggi, tagli, scambio di rasoi etc.), nonché interventi di formazione rivolti sia ai detenuti che al personale penitenziario, si stanno realizzando in modo piuttosto diversificato, per cui è necessario indagare ulteriormente i programmi attuati e attuabili, confrontandone i processi e gli esiti con un strumento standardizzato, al fine di rendere tali programmi trasferibili in un più ampio numero di contesti penitenziari.



Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

Dalla ricerca, fino ad oggi realizzata nell'ambito del suddetto progetto “I.Ri.D.E”, sta emergendo un quadro multiforme in riferimento al grado di accettabilità dei possibili interventi di prevenzione HIV e riduzione del danno all'interno del contesto penitenziario. A fronte di un consenso pressoché generalizzato (da parte di popolazione detenuta, amministrazione penitenziaria, area sanitaria) sull'implementazione per esempio di strategie di formazione/informazione e screening, più controversa appare l'accettazione di interventi di distribuzione di preservativi, aghi e siringhe. Tale criticità può essere affrontata affiancando a questi tipi di interventi dei percorsi di formazione congiunta rivolti a tutti gli attori coinvolti, atti anche a condividere modalità di distribuzione che garantiscano il rispetto della privacy e del rapporto di fiducia tra operatore sanitario e utente. Inoltre, la condivisione delle ipotesi di sperimentazione con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, così come un'attenta analisi delle variabili strutturali dei vari istituti, che possono impattare sull'esito degli interventi proposti, sembrano costituire condizioni indispensabili per garantire la fattibilità delle proposte. Ulteriore garanzia di fattibilità delle azioni proposte è fornita dai diversi *stakeholder*, istituzionali, delle società scientifiche e del terzo settore.

OBIETTIVO GENERALE: analisi dei modelli di intervento di prevenzione HIV e riduzione del danno nelle carceri attualmente in corso, implementazione ulteriore sviluppo degli stessi, coinvolgendo più attori istituzionali e non, al fine di ottenere un consenso che aumenti il grado di fattibilità e trasferibilità, e faciliti una disseminazione capillare del modello in un numero maggiore di carceri italiane. Tale obiettivo generale viene declinato in tre obiettivi specifici.

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Individuazione degli interventi in atto a garantire ai detenuti le migliori condizioni di salute e cura al fine di prevenire la diffusione dell'HIV.

Descrizione: Individuare se e quali siano gli interventi, tra i 15 interventi chiave raccomandati dalle Linee Guida 2013, attualmente in atto in almeno un carcere tra le 15 regioni interessate dalle azioni progettuali, mediante un'indagine di tipo quantitativo (survey) adattando una versione ridotta dello strumento Monitoring HIV, HCV, TB and Harm Reduction in Prisons: A Human Rights-Based Tool to Prevent Ill Treatment). Lo strumento permette di individuare i fattori determinanti, ovvero i fattori strutturali e organizzativi, che sono alla base di tali interventi. Descrizione della situazione baseline

