

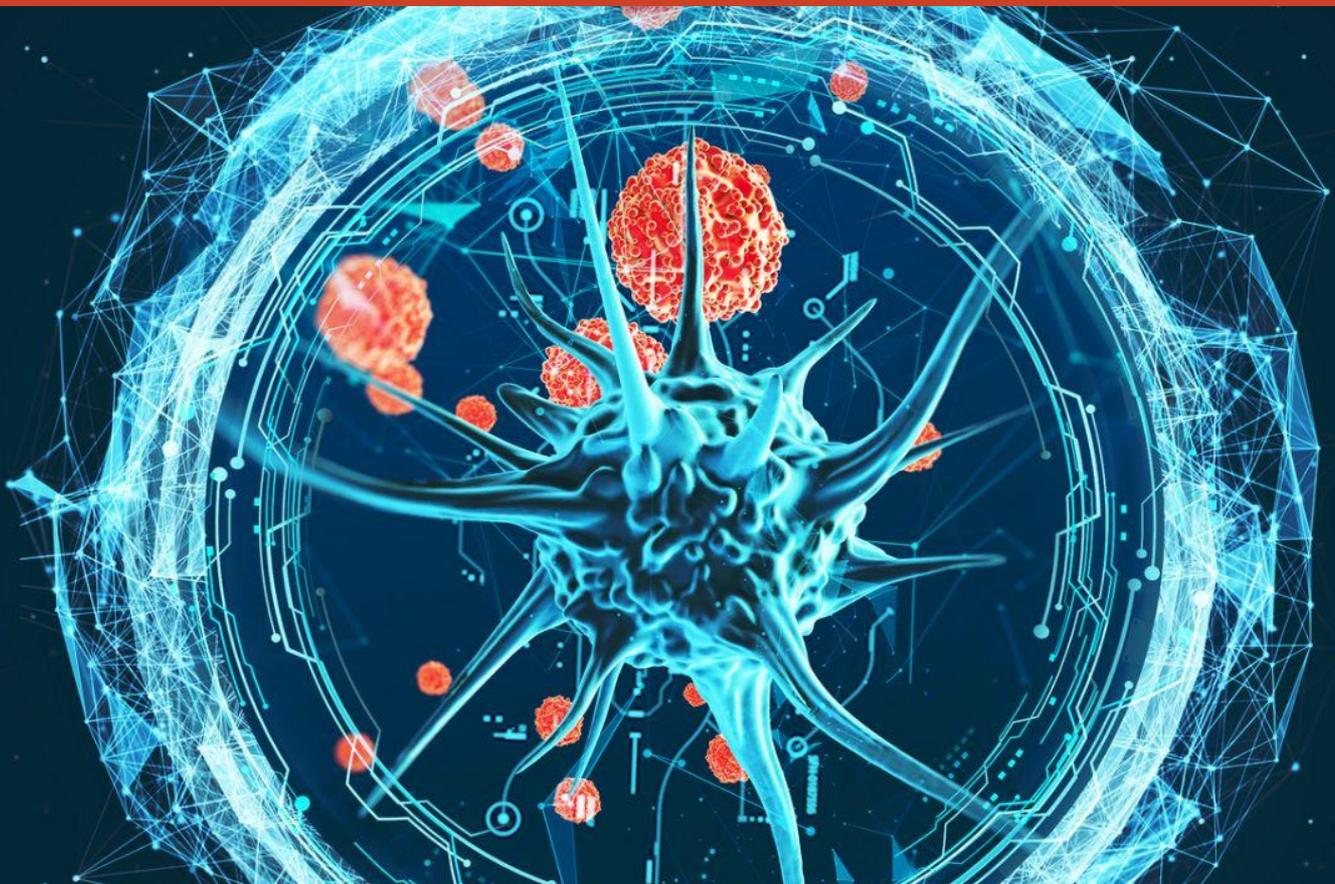
18 GIUGNO 2021

WEBINAR

HIV: UNA PANDEMIA SILENZIOSA

Emilia-Romagna/Marche/Triveneto

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

Il Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS) rappresenta il documento programmatico finalizzato a contrastare la loro diffusione dell'infezione. Previsto dalla Legge 135/90, il piano contempla l'attuazione di interventi di carattere pluriennale riguardanti la prevenzione, l'informazione, la ricerca, l'assistenza, la cura, la sorveglianza epidemiologica e il sostegno dell'attività del volontariato. Il Piano è stato approvato con intesa nella Conferenza Stato- Regioni del 26 ottobre 2017 stabilendo che il Ministero, in collaborazione con le Regioni:

- dovrà promuovere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori coinvolti nella cura e nell'assistenza nei luoghi di cura e sul territorio delle persone con infezione da virus HIV e con sindrome da AIDS;
- dovrà definire strategie di informazione in favore della popolazione generale e delle persone con comportamenti a rischio (popolazioni chiave).

In particolare, è stata focalizzata l'attenzione sulla lotta contro la stigmatizzazione e sulla prevenzione basata sulle evidenze scientifiche e azioni che, oltre a comprendere le campagne di informazione, l'impiego degli strumenti di prevenzione e gli interventi finalizzati alla modifica dei comportamenti, si estendono all'uso delle terapie ARV come prevenzione (TasP), con ricaduta sulla riduzione delle nuove infezioni e il rispetto dei diritti delle popolazioni maggiormente esposte all'HIV. Uno dei punti principali è la formazione del personale dedicato ai cittadini HIV positivi e a coloro che non sanno di essere positivi, sommerso importante da far emergere. Gli interventi formativi sono mirati a:

- Applicare le misure di prevenzione disponibili anche di natura farmacologica;
- Favorire l'accesso al test e la diagnosi precoce, il legame al percorso di cura ed in particolare al trattamento;
- Migliorare la qualità e la sicurezza delle cure;
- Contrastare lo stigma e la discriminazione nelle cure, anche attraverso la conoscenza e la corretta valutazione dei rischi inerenti alla sicurezza degli operatori.

Quanto approvato nel PNAIDS rappresenta un impegno con obiettivi condivisibili e con una presa in carico dei pazienti delineata a livello nazionale e regionale, ma il COVID-19 ha interrotto questo processo virtuoso per cui risulta necessario fare il punto nel futuro post pandemico su:

- La situazione della presa in carico del malato HIV pre e post Covid;
- I nuovi indicatori previsti dal PNAIDS;
- Il cluster pilota di popolazioni come le carceri, i SERD per l'emersione del sommerso e l'azione preventiva e curativa nei confronti dell'HIV, aderenza compresa;
- Il paradigma di patologia cronico-virale con una presa in carico trasversale del cittadino positivo e/o paziente e sulle criticità in essere.

LA SITUAZIONE DELLA PRESA IN CARICO DEL MALATO HIV PRE E POST COVID

La Regione Veneto si è mossa ormai da tempo nell'ambito dei PDTA dal paziente adulto affetto da HIV/AIDS. Dalle ricerche effettuate è emerso la gravità della presenza di comorbidità. Paradigmatico è il caso della presenza del diabete mellito nella popolazione HIV positiva, sotto trattato e poco aderente agli standard di percorso. Bisogna quindi progettare nuovi modelli di cura per i pazienti HIV con comorbidità, integrando la gestione dell'HIV delle comorbidità all'interno di percorsi di cura cronica standard gestiti dagli infettivologi.

In Regione Marche la pandemia non ha impattato sull'offerta sanitaria nei confronti dei pazienti con HIV. La diffidenza nel recarsi presso le strutture sanitarie ha però comportato un drastico calo di nuove diagnosi durante il periodo pandemico. La Regione, quindi, dovrà confrontarsi nel prossimo futuro con un maggiore numero di casi "sommersi" o con diagnosi tardiva.

In Emilia-Romagna sono sempre meno le persone che contraggono l'infezione da Hiv: i nuovi casi nel 2019 sono stati 209, rispetto ai 220 dell'anno precedente. Ma resta purtroppo ancora alto il numero di chi arriva a una diagnosi tardiva: è successo nel 58% dei casi, e il 43% delle persone era già affetta da Aids, o in una fase molto avanzata al momento della diagnosi. Un problema dovuto principalmente a una bassa percezione del rischio in alcune fasce della popolazione.

Modalità innovative introdotte nei Centri di Malattie Infettive durante il Covid:

- Videochiamate con specialisti
- Web Counselling
- Sito internet dedicato
- Consegna a domicilio dei farmaci

PROGETTO APRI

A distanza di due anni dall'approvazione del Piano, CERGAS SDA Bocconi, in partnership con SIMIT ha realizzato il progetto APRI – AIDS Plan Regional Implementation, ovvero un assessment volto ad esplorare lo stato di avanzamento nel recepimento del PNAIDS 2017-2019 all'interno dei vari contesti regionali. È venuto fuori come ci siano diverse velocità di implementazione e marcate differenze nel coinvolgimento dei vari stakeholder. Emergono cinque principali criticità che, anche alla luce di quanto è emerso durante l'emergenza Covid-19, risultano prioritarie per perseguire gli obiettivi condivisi di contenimento e cura dell'HIV/AIDS: 1. Recepimento del PNAIDS non uniforme e solo parziale: solo la metà delle Regioni (Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia e Veneto) ha nominato la Commissione Regionale AIDS 2. La presa in carico è ancora molto barriera centrata nei Centri HIV e manca una integrazione con i servizi territoriali e i servizi di prevenzione e sanità pubblica. 3. Manca un percorso di presa in carico continuativo: solo il 28% delle Regioni ha declinato il PDTA per l'HIV a livello regionale (Calabria, Campania, Marche, Lazio, Lombardia e Veneto) 4. Ad oggi i sistemi di sorveglianza HIV e AIDS "non sono ancora parlanti", né unificati, né compatibili e in essi non sono storicizzate una serie di informazioni potenzialmente utili a contrastare le infezioni e la malattia. 5. I programmi e le strategie di sensibilizzazione e comunicazione non sono strutturate: solo il 37% delle Regioni realizza programmi di comunicazione mirata volta alle popolazioni target e difficilmente si ricorre a progetti sperimentali.

CLUSTER PILOTA E PRESA IN CARICO TRASVERSALE DEL PAZIENTE CRONICO CON HIV

Secondo gli esperti intervenuti nel corso del panel è iniziata una nuova fase, per certi aspetti inedita, visto che alcuni cambiamenti indotti dalla pandemia sono diventati o diventeranno strutturali; ma siccome la pandemia ha posto in un cono d'ombra molte altre patologie, è fondamentale che le Società scientifiche, il Governo, le Regioni oltre che le Istituzioni rimettano nella loro agenda le tematiche legate alla cronicità, quale in particolare il paziente HIV/AIDS. Così da offrire la miglior presa in carico in uno scenario caratterizzato da nuove soluzioni e opportunità, per un paziente che - in attesa della cura eradicante - deve convivere con una patologia che era caratterizzata, fino a pochi anni fa, da un'altissima mortalità.

Tre elementi cruciali nel processo di presa in carico del paziente HV:

- 1.** Potenzialità e difficoltà nell'utilizzo dei DB amministrativi sia per identificare la Corte che nella ricostruzione dei consumi e questo è motivato da:
 - Assenza di precedenti osservazioni mirate a questa patologia in una logica di presa in carico
 - Difficoltà nella gestione dell'anonimato.
 - Concentrazione dell'assistenza presso i centri Hiv senza previsione nella continuità assistenziale: la possibile mobilità dei pazienti tra i Centri inoltre aumenta la frammentazione nel percorso e la sua ricognizione.

- 2.** Emerge il tema della comorbidità rispetto al quale si osserva:
 - Difficoltà nel ponderare correttamente il rischio di salute: piramide di popolazione sbilanciata e sottostima della popolazione con comorbidità.
 - Eterogeneità nell' intercettare le diverse comorbidità tramite gli algoritmi e i modelli di presa in carico.
 - Co-infezione presenta diversità nelle modalità di presa in carico.
 - Scarsa e assente integrazione con i servizi sociali e sociosanitari.
 - La comorbidità è il vero driver dei costi della patologia.

- 3.** Indicatori per la presa in carico e misurazione degli esiti oggi assenti nelle aziende sanitarie.

CONCLUSIONI

È necessario tornare a parlare delle malattie rimaste sottotraccia durante la pandemia da Covid-19. L'infezione da HIV è una di queste, che per la natura della sua trasmissione non può rimanere sconosciuta al grande pubblico. Infatti, prevenzione ed alfabetizzazione sanitaria sono ancora oggi le armi migliori per prevenire quella che da molti esperti viene definita una "pandemia silenziosa". A riportare al centro della discussione l'HIV però non devono essere soltanto gli operatori dell'Informazione ma anche e soprattutto le istituzioni sanitarie a cui spetta il compito di scrivere i nuovi percorsi sanitari per questi pazienti che grazie ai nuovi farmaci sono sempre più cronicizzati.

IL PANEL CONDIVIDE

- La telemedicina può svolgere un ruolo fondamentale per la gestione del paziente HIV cronicizzato.
- Lo stigma legato alla malattia HIV è ancora troppo presente, campagne di sensibilizzazione sono ancora necessarie.
- La comorbidità è il vero driver dei costi della patologia.
- Il self-test in farmacia durante il periodo Covid-19 non ha dato i risultati sperati.
- La prevenzione, sin dalla scuola dell'obbligo, rimane l'arma più efficace per evitare il diffondersi dell'HIV. Sanitari, Istituzioni, Associazioni e operatori dell'informazione devono collaborare per trasmettere il più possibile alle nuove generazioni i rischi legati all'HIV.
- I percorsi per il paziente HIV devono coinvolgere il territorio nella gestione del paziente.

ACTION POINTS

- L'aspettativa di vita del paziente HIV si avvicina sempre di più alla normalità, questo però deve comportare un cambiamento nel modello di presa in carico.
- Bisogna progettare nuovi modelli di cura per i pazienti HIV con comorbidità.
- I dati a disposizione indicano una diminuzione delle infezioni da HIV ma un aumento delle malattie sessualmente trasmissibili. È necessario tornare a sensibilizzare la popolazione sui rischi dei rapporti "non sicuri" prima che il trend dei contagi HIV torni ad aumentare.
- Il MMG svolge un ruolo fondamentale nella presa in carico del paziente HIV, è necessario creare sinergie e canali di comunicazione stabili tra lo specialista e queste figure territoriali.

Sono intervenuti (i nomi riportati sono in ordine alfabetico):

Eleonora Biaggi, FIMMG Marche

Daniela Boresi, Giornalista

Luca Butini, Infettivologo SOSD Immunologia Clinica Ospedali Riuniti Marche e Presidente ANLAIDS

Annamaria Cattelan, Direttore UOC Malattie Infettive Tropicali, AOU Padova

Lucia Di Furia, Direttore dell'Agenda Regionale Sanitaria ad interim Regione Marche

Lucia Ferrara, Lecturer Government Health & Not for profit Division, SDA Bocconi

Luciano Flor, Direttore Generale Area Sanità e Sociale Regione del Veneto

Antonio Vittorino Gaddi, Presidente Società Italiana di Salute Digitale e Telemedicina

Giovanni Guastella, Vice Segretario Vicario Regionale FIMMG Veneto

Alessandro Malpelo, Giornalista

Andrea Marinozzi, Dirigente Farmacista Ospedali Riuniti Ancona - Assistenza Farmaceutica Regione Marche

Valentina Solfrini Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Servizio Assistenza Territoriale, Area Farmaci e Dispositivi Medici, Regione Emilia-Romagna

Marcello Tavio Direttore UOC divisione di malattie infettive emergenti e degli immunodepressi, AOU Ospedali riuniti di Ancona Presidente SIMIT

Claudio Zanon Direttore Scientifico Motore Sanità

*Il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità** con il patrocinio di **Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, Azienda Ospedale Università Padova***

Con il contributo incondizionato di:



IT-MED

