

# Prevenzione delle Patologie Correlate o Riduzione del Danno: Evidenze di utilità ed efficacia

Roma, 15 settembre 2009



# Struttura della presentazione

- Premessa

## La situazione epidemiologica oggi

- HIV e HCV

## Il contrasto all'HIV e HCV nel mondo - RDD

- Comunità scientifica e istituzioni

## Cosa è necessario fare oggi in Italia

- Comunità scientifica e istituzioni



# Premessa

Le politiche di Riduzione del Danno sono state avviate negli anni 80 in Inghilterra e Olanda quale risposta all'emergenza HIV/AIDS.

Inizialmente proposte per contrastare un focolaio di Epatite B (Amsterdam 1984), con la comparsa del virus HIV (1985) sono state utilizzate per contrastarne la diffusione.



# Premessa

L'impatto dell'infezione da HIV sulla popolazione tossicodipendente in tutti i paesi occidentali in quegli anni è fortissimo, sia in termini di decessi sia per quanto concerne i costi sanitari e sociali



Cronache italiane

IL MESSAGGERO 9 AGOSTO 94

La conferenza mondiale di Yokohama/La malattia ha raggiunto un primato nella fascia di età che va dai 25 ai 34 anni

# Giovani, niente uccide più dell'Aids

*E' la prima causa di morte in Lombardia, Lazio, Liguria e Sardegna*

di CARLA MASSI

ROMA-La polemica sull'apertura o la chiusura delle discoteche può essere, per un momento, interrotta. In quattro regioni italiane, infatti, non è la strage del sabato sera ad uccidere i giovani, ma l'Aids. Lombardia, Lazio, Liguria e Sardegna hanno questo tragico record: l'infezione è diventata la prima causa di morte di chi ha un'età compresa tra i 25 e i 34 anni. Il "prima-

□ Il dato emerge da uno studio presentato in Giappone dagli epidemiologi dell'Istituto superiore di sanità. Solo in Val d'Aosta e in Molise nessun decesso

**Un appello dagli Stati Uniti:  
donne, usate il profilattico**



"Guerra" finita dopo 10 anni  
Robert Gallo ammette:  
Montagnier ha scoperto il virus

YOKOAMA - A dieci anni dall'isolamento del virus dell'Aids, e dopo dieci anni di polemiche, l'americano Robert Gallo ha riconosciuto pubblicamente che la scoperta del virus dell'Aids va attribuita al francese Luc Montagnier e al suo gruppo dell'Istituto Pasteur di Parigi. Un evento nella storia di questa malattia. La loro "guerra", infatti, ha influenzato non poco l'attenzione della ricerca scientifica.

«Credo che ormai non si debba più mettere in dubbio





Testata LA... REPUBBLICA...  
 Data 23... MARZO... 95...  
 Argomento ... PREVENZIONE...

*La sindrome è la prima causa di morte per i giovani in Lombardia*

# Aids, la minaccia continua

di IVAN BERNI

**D**iminuiscono i morti per overdose di eroina: 54 a Milano e provincia nel corso del '94, contro le 74 vittime del '93 e le 165 dell'anno precedente. E cala, anche, la percentuale di sieropositivi fra i tossicodipendenti. «Dati positivi, merito, anche, dei nostri servizi di prevenzione e assistenza, che funzionano», dichiara il sindaco presentando il piano triennale per le tossicodipendenze approvato dalla giunta nelle scorse settimane. Dati contraddittori, tuttavia. Perché mentre cala il consumo di eroina cresce, e si espande a macchia d'olio fra i giovani, la fruizione di altri stupefacenti: ecstasy, amfetami-



Una macchinetta  
scambia siringhe

servizi è scesa al 33 per cento. Segno che le campagne di prevenzione dell'Aids stanno iniziando a modificare il comportamento dei tossicodipendenti.

L'Aids rimane, comunque, la prima causa di morte per persone di età compresa tra i 20 e i 40 anni in Lombardia, l'area più colpita di tutto il continente europeo da questa malattia sociale che interessa al 50% i giovani. Ieri la Provincia di Milano ha annunciato lo stanziamento di 270 milioni che serviranno, grazie al contributo dell'Associazione nazionale per la lotta contro l'Aids e la Lega italiana per la lotta contro l'Aids,



**Tabella 1: Distribuzione annuale dei casi di AIDS, dei casi corretti per ritardo di notifica, dei decessi e del tasso di letalità**

Anni	Casi diagnosticati	Casi corretti per ritardo di notifica	Morti per anno di decesso	Decessi per anno di diagnosi**	Tasso di letalità <sup>#</sup>
1982	1	1	0	0	0,0
1983	8	8	2	7	87,5
1984	37	37	16	37	100,0
1985	198	198	89	186	93,9
1986	458	458	268	436	95,2
1987	1030	1030	563	973	94,5
1988	1775	1775	857	1664	93,7
1989	2483	2483	1407	2326	93,7
1990	3135	3135	1947	2918	93,1
1991	3829	3829	2620	3546	92,6
1992	4258	4258	3279	3864	90,7
1993	4803	4803	3670	4050	84,3
1994	5508	5508	4335	4414	80,1
1995	5653	5653	4581	3827	67,7
1996	5052	5052	4201	2474	49,0
1997	3381	3381	2147	1205	35,6



# HIV è HCV oggi in Italia: Emergenza conclusa?



# HIV in Italia

- CASI DI AIDS IN ITALIA **59.573**

Fonte: Dati COA al 31.12.2007

- Stima delle persone sieropositive viventi  
oggi nel nostro paese **150.000**

Fonte: ISS - Rezza - ICAR maggio 2009

**200/210.000** Fonte UNAIDS 2008 Report on the Global Epidemic

- **4.000** nuove infezioni all'anno

Fonte: ISS - Rezza - ICAR maggio 2009



# HIV in Lombardia

- CASI DI AIDS IN LOMBARDIA **17.660**

Fonte: Dati COA 31.12.2007

- Persone con HIV/AIDS che hanno usufruito di prestazioni del SSR nel 2007

**40.000 (46.695)** Fonte: dati commissione regionale AIDS 2008

- Stima di persone sieropositive viventi oggi in Lombardia **75/80.000** Fonte: stime LILA



# HCV in Italia

Non esiste un Registro e si stima che vivano circa 2.000.000 di persone con HCV

Nel nostro Paese, che detiene il primato europeo per la prevalenza delle malattie epatiche ed è pure ai primi posti per i trapianti di fegato, la cirrosi è la quinta causa di morte con 10.000 decessi all'anno



# HCV in Italia

## Diffusione dell'epatite C in Italia (Studi 3 diverse località)



Bellentani et al, Minerva Gastroenterol Dietol. 2005 Mar;51 (1):15-29.

### STIME DECESSI CORRELATI AD ALCUNI VIRUS INFETTIVI ITALIA ANNO 2003



- HCV: stime su fonte ISTAT cause di morte 2003, somma mortalità malattie epatiche cod. B15-19, C22, K70-K73-K74.
- Comunicato stampa AISF nov. 2006, HCV causa unica o concausa di danno epatico nel 65% malattie Epatiche
- AIDS: fonte ISTAT, cause di morte 2003, cod. B20-B24



# HIV/AIDS e HCV

## tra le persone tossicodipendenti

Tabella 7: Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per categoria di esposizione e per anno di diagnosi

Modalità di trasmissione	Periodo di diagnosi								Totale	Maschi	Femmine
	<1996	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03	2004-05	2006-07				
<b>Contatti</b>	N	5079	1250	768	674	638	611	555	9575	9575	0
<b>Omo/Bisessuali</b>	%	15,6	15,0	16,9	18,0	18,5	19,7	21,8	16,4	21,1	0,0
<b>Tossicodipendente</b>	N	21167	4737	2063	1415	1196	953	680	32211	25664	6547
	%	64,9	56,7	45,4	37,8	34,6	30,7	26,7	55,2	56,5	50,6
<b>TD-OMO**</b>	N	726	116	32	28	21	22	19	964	964	0
	%	2,2	1,4	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	1,7	2,1	0,0
<b>Emofilico</b>	N	282	33	8	10	4	6	2	345	335	10
	%	0,9	0,4	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1	0,6	0,7	0,1
<b>Trasfuso</b>	N	330	50	23	10	9	8	4	434	248	186
											1,4
<b>Contat eterosessuale</b>											568
<b>Altro/Non de</b>											43,0
<b>Totale</b>											629
											4,9
											940

**TD + OMO TD**

**% nazionale = 27,4% anno 2007**

**% Lombardia ca. 40% anno 2005**



# HIV/AIDS e HCV

## tra le persone tossicodipendenti

La prevalenza di soggetti HCV positivi è il 65,4% nei soggetti già in carico, il 25,6% nei nuovi utenti. Basso risulta anche l'utilizzo del test per l'epatite C, soprattutto per i nuovi tossicodipendenti afferenti ai Servizi.

Alta la percentuale delle coinfezioni HIV e HCV; nel 43% dei pazienti.

Fonte: Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze 2008



# Il contrasto all'HIV e HCV nel contesto scientifico mondiale e nelle strategie delle agenzie internazionali

La Riduzione del Danno per le persone  
tossicodipendenti



**UNAIDS** dal 1987  
promuove, sostiene e invita  
i governi ad attivare  
interventi di RDD. (Jonathan Mann)

“Una strategia sanitaria e  
sociale che ha lo scopo di  
diminuire i rischi e i danni  
correlati all’uso di sostanze  
stupefacenti” (1994; Newcombe)

## The evidence base for HIV prevention

Extensive experience in diverse regions has demonstrated the effectiveness of a broad range of HIV-prevention strategies. Effective strategies exist to prevent every mode of HIV transmission—sexual, bloodborne (including through injecting drug use or in health-care settings), and mother-to-child (see Wegbreit, 2006). Available HIV prevention approaches include strategies to:

- change sexual and drug-using behaviours;
- promote correct and consistent use of male and female condoms;
- reduce the number of sexual partners;
- improve the management of sexually transmitted infections;
- broaden access to HIV testing and counselling;
- increase access to harm-reduction programmes for drug users;
- promote medical male circumcision; and
- ensure effective infection control in health care settings (UNAIDS, 2005).<sup>2</sup>

Fonte UNAIDS 2008 Report on the Global Epidemic



# Dicotomie esistenti tra agenzie

## Conflicting Policies

### UNGASS on AIDS

- ◆ By 2005 ensure wide range of prevention programmes .....
- Expanded access to essential commodities, including.....
- Condoms and sterile injecting equipment; harm reduction efforts related to drug use;

### UNGASS on DRUGS

- ◆ Vienna Convention 1988 established stricter obligations to criminalise all aspect of cultivation, production, distribution and possession of illicit drugs
- ◆ Commits governments to substantially reduce illicit drug demand and supply by 2008

Contrapposizioni che purtroppo esistono ancora oggi (*per esempio tra UNAIDS e UNDCP, Programma dell'ONU per il controllo sulla Droga ndr*) e sono nuovamente emerse alla *XVII International AIDS Conference (AIDS 2008)* di Città di Messico; un esempio eclatante di tali dicotomie è la *War on Drug* supportata dall'Assemblea Generale dell'ONU sulle Droghe (UNGASS), in forte contrasto con la *Position Paper* dell'UNGASS stesso sull'AIDS.



# La Comunità Europea

Il governo, le Commissioni e le Agenzie della CEE hanno da tempo riconosciuto la necessità di promuovere interventi di prevenzione, **tra cui quelli di Riduzione del Danno**, come finalizzati al contenimento del virus HIV

## I principali accordi sottoscritti anche dai governi italiani

- Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia, 24 February 2004
- Dichiarazione di Brema sulla responsabilità e il partenariato Insieme contro l'HIV/AIDS, 13 Marzo 2007
- Dichiarazione di Vilnius, 17 Settembre 2004



# La Comunità Europea

## Dichiarazione di Brema sulla responsabilità e il partenariato

Insieme contro l'HIV/AIDS del 13.03.2007

### II. Ci impegnamo:

- a fornire una guida politica a livello nazionale, europeo e internazionale per sconfiggere questa pandemia e a rispondere degli impegni presi in modo trasparente e responsabile;
- a rispettare i diritti umani e ad adoperarci e, qualora necessario, a legiferare per garantirli e promuoverli, e dunque anche a combattere discriminazione e stigmatizzazione soprattutto delle persone sieropositive e di coloro che sono colpiti più duramente dall'epidemia in Europa e nei Paesi vicini: consumatori di droghe infettive e loro partner, uomini che hanno rapporti omosessuali, giovani, donne, immigrati, bambini, detenuti, persone che praticano la prostituzione;
- a promuovere l'accesso universale alla prevenzione basata su prove di efficacia - compresa una onnicomprensiva riduzione del danno - il cui ruolo è determinante per il successo delle strategie contro l'HIV, per attenuare l'impatto dell'HIV/AIDS



# La Comunità Europea

Documento del 15 dicembre 2005 della Commissione Europea al Consiglio e al Parlamento, al Capitolo 4.1 Riduzione del danno per la salute causato dalla tossicodipendenza, riporta: "...Il Consiglio Europeo ha adottato nel dicembre 2004 la strategia anti-droga dell'UE per il 2005-2012 e....La prevenzione dell'HIV/AIDS è una questione centrale del piano di azione per la lotta contro la droga, che richiede l'attuazione di programmi integrati globali a livello nazionale e regionale. **La politica antidroga dell'UE deve essere coerente con quella relativa all'HIV/AIDS**".

Documento del 18.4.2007 al punto 3.1 si legge: "... 1. La riduzione dei danni provocati dalla droga **come obiettivo di salute pubblica**. In tutti gli Stati membri, la prevenzione e la riduzione dei danni provocati dalla droga costituiscono un obiettivo chiaramente individuato di sanità pubblica a livello nazionale".

Nella Risoluzione n. 1576 del 3 ottobre 2007 For a European convention on promoting public health policy in the fight against drugs, si legge: "9.2. Treatment, covering a range of methods, **including substitution treatment and needle exchange programmes, and incorporating a psychosocial component as integral to the various treatment methods**".



# Cosa è necessario fare oggi in Italia



## Cosa è necessario fare oggi in Italia

1. Stabilizzare l'attuale
2. Dare maggiore uniformità e congruità agli interventi di rdd/ppc
3. Implementare strategie finalizzate al controllo della diffusione delle patologie correlate
4. Avviare sperimentazioni e approcci innovativi
5. Garantire accesso e diritti ai consumatori



## Stabilizzare l'attuale

- Normare gli interventi
- Erogazione di finanziamenti triennali che prevedano una attenta valutazione
- Lavorare in concerto con la Conferenza Stato Regioni



## Dare maggiore uniformità e congruità agli interventi di RDD/PPC

- Censire gli interventi in Italia
- Valutare la congruità e l'appropriatezza degli interventi



## **Implementare strategie finalizzate al controllo della diffusione delle patologie correlate**

- Riportare le tematiche hiv/hcv e in generale Salute, Qualità della vita e diritti nell'agenda delle tossicodipendenze
- Monitoraggio attento delle infezioni e dei comportamenti a rischio nella popolazione con problemi di dipendenza (sia Sert/SMI che CT)
- Avviare studi di farmaco-economia per valutare i costi sanitari e socio-sanitari indotti da patologie correlate



## Avviare sperimentazioni e approcci innovativi

- Rdd non solo per eroinomani per via iniettiva
- Inclusione di pratiche e strumenti sicuri per altri consumi (inalati e fumati)
- Includere il pill testing tra gli interventi
- Sperimentare nelle aree metropolitane la somministrazione controllata e Stanze di iniezione



## Garantire accesso e diritti ai consumatori

- Fornire alle persone in carico ai servizi e attive nel consumo gli strumenti sterili, coinvolgendo anche le farmacie e le loro organizzazioni
- Avviare corsi di educazione alla salute e al consumo sicuro
- Fornire preservativi maschili e femminili
- **Garantire l'accesso ai trattamenti antiretrovirali e di contrasto all'HCV alle persone tossicodipendenti attive**



# Grazie

