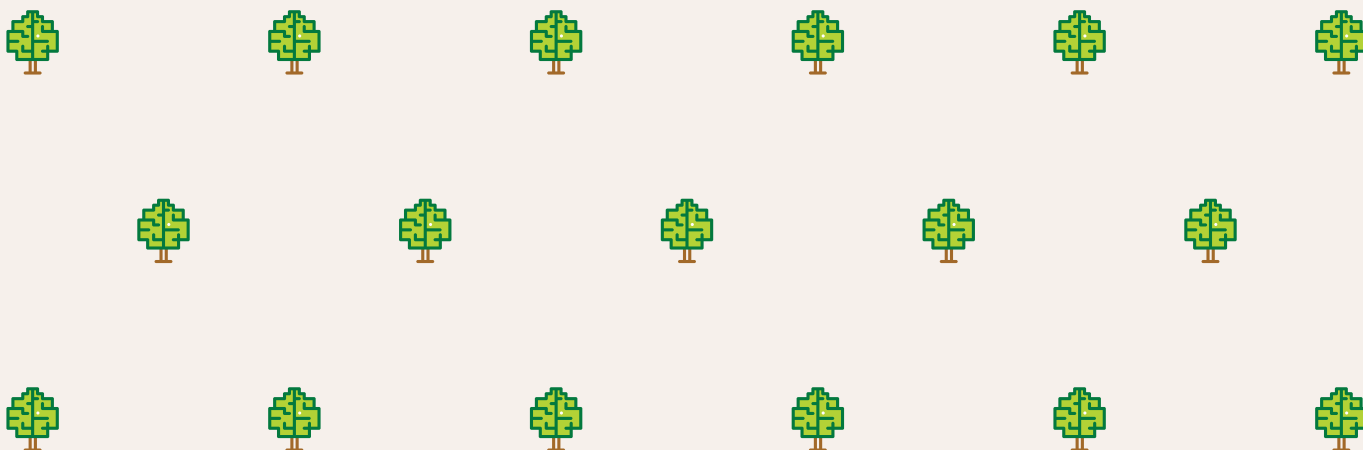


REPORT RIASSUNTIVO

RICERCA SULLA SALUTE MENTALE DELLE PERSONE CON HIV

**e sul lavoro svolto dalle organizzazioni che lavorano nel
campo dell'HIV nella Regione europea dell'OMS**

ENGLISH | FRANÇAIS | **ITALIANO** | PORTUGUÊS | ROMÂNĂ | РУССКИЙ | УКРАЇНСЬКА



**EA
TG**

European
AIDS Treatment
Group



Ringraziamenti

Ringraziamo tutti i partecipanti a questa ricerca per il loro tempo e per le informazioni fornite. Cercheremo di usare questi dati nel migliore dei modi per migliorare la qualità dei servizi per le persone che vivono con HIV nella Regione europea dell'OMS.

Questa ricerca è il frutto del lavoro di molte persone dell'European AIDS Treatment Group (EATG):

Design questionario: Maryan Said and Miran Šolinc

Traduzione e diffusione questionario: Mario Cascio, Mihai Lixandru, Viktor Tretiakov, Willian Gomes

EATG Project Officers: Marina Cogne and Bojan Cigan

EATG Programme Manager: Ann-Isabelle Von Lingen

HIV & Mental health Project Advisory Group: Nyambe Mukelabai, Nataliia Moyseeva, Kiromiddin Gulov, Ivana Benković, Mario Cascio

Analisi dei dati e stesura del report: Daniel Simões



Copyright:

© 2021 European AIDS Treatment Group

Interoffices | Avenue des Arts 56 -4c, 1000 Brussels, Belgium

Citazioni: Simões, D. on behalf of the EATG HIV & Mental Health project team.

Short report on mental health of People living with HIV and staff of organisations working in the field of HIV in the WHO European Region. Brussels, Belgium, January 2021.

Il progetto "HIV e Salute Mentale" è stato sviluppato e condotto dalle EATG e reso possibile grazie al contributo incondizionato di Gilead Sciences, Merck Sharp and Dohme e ViiV Healthcare Europe Ltd.

EATG dichiara che gli sponsor non hanno avuto alcun ruolo nella definizione della struttura e contenuto del progetto.



Introduzione

Scopo di questo report è presentare un breve resoconto di una survey condotta dall'European AIDS Treatment Group (EATG) come parte del progetto "HIV & Mental Health", il cui scopo era quello di esplorare le attuali conoscenze sull'interazione tra salute mentale, benessere e HIV e tradurre queste conoscenze in raccomandazioni pratiche a beneficio delle associazioni e dei clinici che si occupano di HIV nel contesto europeo.

La survey è stata strutturata per:

- fornire una panoramica dei servizi di salute mentale oggi disponibili presso le associazioni che si occupano di HIV nella Regione europea dell'OMS
- rilevare lo stato di salute mentale autovalutato dei partecipanti, i sintomi generalmente associati a disordini di salute mentale, l'impatto dell'HIV sulla salute mentale e l'utilizzo dei servizi di salute mentale nella Regione europea dell'OMS.

I risultati riportati qui rappresentano una sintesi dei dati generati dalla ricerca. La versione più dettagliata, completa di tabelle e grafici [disponibile a](#).

Questa ricerca esplorativa e intersettoriale ha preso in esame due gruppi: persone che vivono con HIV (PLHIV) e persone che lavorano in organizzazioni/associazioni che si occupano di HIV nella Regione europea dell'OMS e si è avvalsa di un questionario suddiviso in due parti:

- Una prima parte costituito da 8 domande dirette ad individui che fanno parte di associazioni che si occupano di HIV (OW) e relative alla disponibilità dei servizi di salute mentale offerti alle PLHIV e a comprendere le problematiche di salute mentale più comuni incontrate nel loro lavoro quotidiano.
- Una seconda parte diretta alle PLHIV con ulteriori 40 domande sui seguenti aspetti:
 - Dati demografici (genere, età, orientamento sessuale, paese di residenza, lavoro, abitazione, difficoltà nell'affrontare le spese quotidiane)
 - Anni dalla diagnosi di HIV
 - Livello di conoscenza autovalutato sulle problematiche relative alla salute mentale, precedenti diagnosi di disturbi di salute mentale o sintomi presenti prima e dopo la diagnosi di HIV; essere o essere stati in cura per problemi di salute mentale presso una figura professionale o attraverso altri servizi di supporto (compreso il supporto tra pari)
 - Livello di benessere mentale/psicologico autovalutato e di sintomi normalmente associati alla depressione
 - L'impatto percepito dell'HIV e dello stigma legato all'HIV sul proprio benessere psico-sociale
 - L'impatto percepito del COVID-19 sul proprio benessere mentale e il supporto ricevuto durante la pandemia.

La ricerca è stata lanciata in occasione della Giornata Mondiale sulla Salute Mentale 2020 (10 ottobre), e l'accesso al questionario si è protratto per 3 settimane fino al 3 novembre 2020. Il questionario è stato tradotto e reso disponibile nelle seguenti lingue: Inglese, Francese, Italiano, Portoghese, Rumeno, Russo e Ucraino, al fine di ridurre le barriere linguistiche e renderlo accessibile ad un maggior numero di persone nelle varie aree geografiche europee.



2. Risultati

L'indagine ha raggiunto 646 PLHIV da entrambe le regioni europee: paesi dell'Unione Europea/Spazio Economico Europeo (UE/SEE) (389 partecipanti al sondaggio provenienti da 14 paesi), e paesi non-EU/SEE (257 partecipanti al sondaggio provenienti da 13 paesi). Inoltre, hanno risposto al questionario un totale di 187 persone che prestano servizio in associazioni che si occupano di HIV nell'area EU/SEE e 172 dell'area non-EU/SEE.¹

2.1 Persone che lavorano presso associazioni HIV nella Regione europea dell'OMS

Del gruppo di partecipanti al sondaggio che lavorano presso associazioni/organizzazioni che si occupano di HIV, l'87% nell'area UE/SEE e l'89% di quelli nell'area non-EU/SEE hanno risposto di far parte di un'associazione di pazienti o che si rivolge ai gruppi di popolazione chiave.

Tra le problematiche di salute mentale più comuni riscontrate nel corso del proprio lavoro quotidiano troviamo: depressione (64%), stati d'ansia (68,4%), isolamento sociale/solitudine (59%) e vergogna (51,3%), tutti riportati da oltre il 50% dei partecipanti. A seguire, sensi di colpa (46,3%) e disturbi del sonno (38,6%). L'uso problematico di alcohol e droghe viene segnalato abbastanza frequentemente (39,5%). Si evidenzia un numero estremamente alto di segnalazioni di idee suicidarie, specialmente nei paesi dell'Europa dell'Est (14% EU/SEE; 28,5% non-EU/SEE).

I servizi di supporto offerti alle PLHIV dalle associazioni sono risultati rappresentati soprattutto dal supporto tra pari (65,5%) e dal supporto psicologico (60,4%), ma anche dai gruppi di auto-aiuto (51,5%). In generale, la disponibilità di questi tre tipologie di servizi sembra maggiore nei paesi dell'est Europa (14% UE/SEE; 28,5% non-UE/SEE).

Se guardiamo agli strumenti e servizi di salute mentale segnalati come mancanti/non disponibili nella propria organizzazione/associazione, il 41,2% delle risposte ha indicato l'offerta di supporto psicologico e il 59,5% le sessioni di psicoterapia. Le percentuali sono simili tra le due regioni, ma sembrano leggermente prevalere nella regione non-UE/SEE. Un sistema efficace di invio a specialisti esterni è stato segnalato, sebbene meno frequentemente, come servizio necessario dal 35% dei rispondenti.

Nei paesi UE/SEE sono stati segnalati più frequentemente come mancanti la disponibilità di servizi di psicoterapia (51,5%) e quelli di supporto psicologico (42,9%), con sistemi di invio a specialisti esterni subito a seguire (38,7%). La situazione si presenta simile nei paesi non-UE/SEE, sebbene con percentuali più alte per quanto concerne i servizi di psicoterapia (68,2%) e con percentuali leggermente più basse per i servizi di supporto psicologico (39,2%) e per i servizi di invio a specialisti esterni (31,1%).

Oltre la metà dei partecipanti ha segnalato un aumento delle problematiche legate alla salute mentale durante la pandemia COVID-19, il 53,5% nei paesi UE/SEE e il 54,8% nei paesi non-UE/SEE.

Per quanto riguarda i servizi offerti durante la pandemia COVID-19, il 53,5% dei rispondenti nei paesi UE/SEE e il 54,8% nei paesi non-UE/SEE ha segnalato di avere offerto gli usuali servizi di supporto psicologico. Probabilmente questi dati sono legati ai diversi tipi di lockdown e di misure restrittive implementate in tempi diversi nelle varie regioni europee.

I servizi online di supporto psicologico e di supporto tra pari sono tra i servizi più segnalati, con percentuali rispettivamente del 62,1% e del 55,6% nei paesi non-UE/SEE, e 36,9% e 33,2% nei paesi UE/SEE. I servizi di psicoterapia sono stati forniti dalle associazioni nei paesi UE/SEE (11,8%) e nei paesi non-UE/SEE (11,2%), meno della metà degli invii a specialisti esterni (23,5% UE/SEE; 39,1% non-UE/SEE).

Le organizzazioni/associazioni che hanno segnalato di avere offerto i servizi usuali durante la pandemia COVID-19 fornivano soprattutto servizi online di supporto psicologico e supporto tra pari (entrambi non di tipo professionale), seguiti da servizi di invio a specialisti esterni, mentre tra le organizzazioni/associazioni che

¹ Le categorie non si escludono a vicenda; lo stesso partecipante potrebbe far parte di entrambe le sub-categorie



hanno segnalato di non aver offerto i servizi usuali di supporto è stato maggiormente strutturato e incrementato il servizio di invio a specialisti esterni, in parallelo ai servizi online di supporto psicologico e tra pari. Il servizio di psicoterapia online era scarsamente disponibile, sebbene fosse disponibile in misura maggiore tra le associazioni che hanno implementato nuovi servizi.

Altri servizi offerti durante la pandemia COVID-19 hanno incluso visite domiciliari, consegna pasti a domicilio, consegna farmaci ART, spedizione farmaci ART, gruppi di supporto online, rifugi di emergenza (per situazioni di violenza), rifugi per altri tipi di difficoltà, supporto online per sostenere le persone in isolamento, servizi di sostegno economico.

2.2 PLHIV

2.2.1 Dati demografici

Le persone con HIV che hanno risposto al questionario erano prevalentemente uomini e donne cisgender (rispettivamente 57% e 37%), si identificavano in larga parte come eterosessuale (52%) o gay/lesbica (41%) e vivevano per la maggior parte nella città capitale (32%) o in altra grande città (24%).

Il 60% aveva un'età compresa tra i 30 ed i 39 anni. La maggior parte dei partecipanti (85,1%) ha dichiarato di possedere almeno il titolo di studio di scuola media superiore o un titolo più alto, in particolare la laurea universitaria (38,1%), o il diploma di scuola media superiore (21,16%). La maggior parte ha dichiarato di avere un lavoro (66,88%) e di avere una casa in affitto (34,74%) o di vivere in una casa di proprietà (45,38%).

E' stata rilevata una simile distribuzione in termini di tempo dalla diagnosi di HIV (23,1-24,1% per tutte le categorie), eccetto quelli con diagnosi da meno di un anno (5,51%) e l'87,18% ha riportato una carica virale non rilevabile, che corrisponde più o meno alla percentuale di persone (89,77%) che ha dichiarato di non avere mai saltato l'assunzione della terapia ART nell'ultimo mese o di averne saltato una dose solamente una volta o due.

2.2.2 L'utilizzo di servizi di salute mentale, la ricerca di aiuto, e la diagnosi o l'esperienza di sintomi legati ai disturbi di salute mentale

La maggior parte delle persone (53,8%) ha dichiarato di non avere mai fatto uno screening di salute mentale, con una più alta percentuale nei paesi non-UE/SEE (64,8%, rispetto al 47% nei paesi UE/SEE).

Solamente il 31,7% delle PLHIV proveniente dai paesi UE/SEE e il 23,2% delle PLHIV proveniente dai paesi non-UE/SEE ha dichiarato di essere stato in cura per disturbi di salute mentale, nonostante il fatto che il 55% del campione totale segnalasse sintomi o diagnosi legati a problemi di salute mentale dopo la diagnosi da HIV (**Tabella 1**).

Le ragioni di questo livello così basso di cure/trattamenti effettuati possono essere varie e può rappresentare un'area da esplorare e comprendere meglio in futuro in quanto diversi fattori possono influenzare una tale decisione: la mancanza di conoscenze, la non disponibilità di servizi, problemi economici, difficoltà nell'accettare la necessità/importanza di un supporto di salute mentale, e infine lo stigma attorno alla salute mentale e/o all'HIV.

Inoltre, nella regione non-UE/SEE è stata segnalata la difficoltà nell'accesso alle cure nel 22,9% delle risposte (55 persone), mentre la percentuale è del 12% nella regione UE/SEE.

Tra coloro che hanno dichiarato di avere ricevuto trattamenti/terapie, la percentuale che dichiara di avere avuto difficoltà nell'accedere a tali trattamenti/servizi è del 19,5% nella regione UE/SEE e del 32,7% nella regione non-UE/SEE. Un'ulteriore futura ricerca per comprendere meglio il tipo di difficoltà riscontrato sarebbe certamente utile.



Se guardiamo a chi ci si è rivolti nel cercare aiuto/supporto (**Tabella 2**), gli operatori sociali e gli psicologi rappresentano solo il 22,4% delle risposte (22,7% UE/SEE; 21,9% non-UE/SEE). Coloro a cui ci si è rivolti di più in cerca di aiuto/supporto sono famiglia/parenti (percentuale molto più elevata nella regione non-UE/SEE se paragonata al 27,1% in UE/SEE) e amici (57,7% UE/SEE; 41,1% in non-UE/SEE). A seguire le associazioni HIV (13% UE/SEE, 16,1% non-UE/SEE), medici di medicina generale (11,9% UE/SEE; 3,1% non-UE/SEE) e clinici/infermieri HIV (12,2% UE/SEE; 9,4% non-UE/SEE).

2.2.3 Percezione del proprio stato di salute mentale e segnalazione di sintomi normalmente associati alla depressione

La maggior parte dei partecipanti al questionario ha percepito la propria salute mentale come buona (30,9%) o mediamente buona (37,8%), sebbene si siano riscontrate delle differenze nelle due aree geografiche UE/SEE e non-UE/SEE. Nell'area UE/SEE il 38,4% ha risposto di percepire la propria salute mentale come buona, contro il 18,9% nei paesi non-UE/SEE. In maniera simile, il 3,3% delle persone in area UE/SEE e il 14,1% in area non-UE/SEE ha dichiarato di percepire la propria salute mentale come pessima e il 12,3% (UE/SEE) e il 19,4% (non-UE/SEE) come piuttosto scadente.

Ai partecipanti è stato inoltre richiesto di segnalare la frequenza di sintomatologia associata alla depressione, che è risultata maggiore tra coloro che hanno dichiarato una salute mentale più precaria. La proporzione delle persone, per entrambe le aree geografiche, che hanno segnalato tali sintomi è risultata ben oltre il 50%, sia in coloro che hanno riportato disturbi del sonno e una ridotta capacità di concentrazione e perdita di memoria (rispettivamente 61,4%/65,6% in area non-UE/SEE; 89%/91,7% in area UE/SEE), fino ad arrivare ad oltre il 90% in coloro che hanno segnalato anedonia (91% and 91,7% in EU/EEA; 81,8% and 93,8% in non-EU/EEA).

Il sentirsi particolarmente giù di umore o depressi per oltre due settimane di fila è stato segnalato dal 73,3% (UE/SEE) e dal 59,1% (non-UE/SEE) delle persone che hanno dichiarato di avere una salute mentale "piuttosto scadente", e nel 100% (UE/SEE) e 78,1% (non-UE/SEE) da coloro che hanno dichiarato di avere una salute mentale "pessima". Allo stesso modo, gli episodi di idee suicidarie e di autolesionismo sono stati segnalati dal 68,9% (UE/SEE) e dal 54,5% (non-UE/SEE) tra coloro che hanno riportato una salute mentale "piuttosto scadente" e nel 91,7% (UE/SEE) e nel 75% (non-UE/SEE) di coloro con salute mentale "pessima".

Questi dati ci confermano l'esistenza di un livello estremamente alto di problematiche di salute mentale tra le PLHIV in tutta la regione europea, di molto superiore a quello riscontrato tra la popolazione generale europea, stimato al 17,3% nel 2018.²

Nonostante l'alto numero di sintomi segnalati, il 63,7% del campione ha dichiarato di non essere mai andato da uno specialista per un aiuto o un supporto psicologico negli ultimi 6 mesi (**Tabella 3**). Tra coloro che hanno dichiarato di averne visto uno, il 14,7% si è rivolto a un peer consultant (24,3% non-UE/SEE; 8,9% UE/SEE), mentre l'11,8% ad uno psicoterapeuta privato (14,7% EU/SEE; 7,1% non-UE/SEE) e il 6,5% ad uno psicoterapeuta presso un'associazione HIV (8,1% non-UE/SEE; 5,5% UE/SEE).

Inoltre, oltre la metà del campione di PLHIV (51,5%) ha dichiarato di provare sentimenti di colpa/fallimento rispetto alla propria sieropositività e di pensare che l'HIV abbia avuto un impatto negativo sulla propria vita sociale e relazionale (55,9%) e nella propria vita sessuale (56%). Il 63,4% pensa che lo stigma da HIV abbia avuto un ruolo negativo sulla propria salute mentale (**Tabella 4**).

Le persone dell'area UE/SEE hanno riportato un maggior impatto su queste 3 dimensioni rispetto alle PLHIV dell'area non-UE/SEE.

2 https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1612482538&id=id&accname=guest&checksum=7993A9D86557E11D6CE3450336F48968



2.2.4 Disponibilità di servizi di salute mentale nella propria città

Nell'insieme, il 42,7% del campione ha segnalato che un qualche tipo di servizio psicologico fosse disponibile nella propria area di residenza (40,3% UE/SEE; 46,7% non-UE/SEE), mentre il 22,7% ha dichiarato che tali servizi non fossero disponibili e il 34,5% di non esserne a conoscenza.

Vorremmo evidenziare che benchè molte persone segnalassero una presenza di servizi, più della metà del campione ha dichiarato che non vi erano servizi disponibili oppure che non erano a conoscenza dell'esistenza di tali servizi. Se consideriamo che il campione era composto da persone che vivevano soprattutto nella città capitale o in altra grande città, e che avevano una scolarità medio-alta, è molto probabile che tali percentuali diminuirebbero tra le persone con HIV più vulnerabili.

La tabella 5 ci mostra la disponibilità di servizi di salute mentale nella propria città di residenza (come segnalato dalle PLHIV) ed i servizi forniti dalle associazioni HIV (come segnalato da OW). I dati ci indicano una bassa conoscenza da parte delle PLHIV dei servizi disponibili, con il 43,6% delle risposte che hanno indicato di non sapere se fossero disponibili servizi di salute mentale (50% di PLHIV in UE/SEE; 33,5% di PLHIV in non-UE/SEE).

Il 29,6% ha dichiarato di essere a conoscenza della disponibilità di servizi di supporto psicologico (37,9% non-UE/SEE; 24,4% UE/SEE), mentre allo stesso tempo la disponibilità di tali servizi è stata segnalata dal 52% delle persone che lavorano nelle associazioni HIV (53,5% UE/SEE; 49,8% non-UE/SEE).

I servizi di psicoterapia sono stati segnalati come disponibili dal 9,4% delle PLHIV (8,9% UE/SEE; 10,1% non-UE/SEE), mentre lo stesso servizio era disponibile secondo quanto dichiarato da oltre la metà delle OW (50% UE/SEE; 57,6% non-UE/SEE), mentre i gruppi di auto-aiuto sono stati segnalati come disponibili dal 31% delle PLHIV (25,3% UE/SEE; 40,1% non-UE/SEE) e dal 40,1% delle OW (38,9% UE/SEE; 41,9 non-UE/SEE).

2.2.5 Impatto di COVID-19 sulla salute mentale

Quasi la metà delle PLHIV in area UE/SEE (50%) e non-UE/SEE (46,4%) hanno risposto che i lockdown causati dall'emergenza COVID-19 hanno avuto un impatto negativo sulla propria salute mentale, contro il 39,2% (UE/SEE) ed il 35,7% (non-UE/SEE) i quali hanno dichiarato che i lockdown determinati dall'emergenza COVID-19 non hanno avuto conseguenze negative sul proprio stato di salute mentale. Inoltre, il 29,5% (EU/SEE) ed il 28,2% (non-UE/SEE) hanno segnalato che i periodi di lockdown hanno riattivato oppure peggiorato pregressi problemi di salute mentale.

Non c'è modo di stabilire se tale impatto fosse maggiore di quanto riscontrato in altri gruppi di popolazione (compresa la popolazione generale) senza un adeguato studio di confronto, ma dal punto di vista della possibilità di accesso a servizi di supporto/sostegno in tali situazioni di peggioramento della propria salute mentale, il 67,1% delle PLHIV in area UE/SEE e il 63,2% delle PLHIV in area non-UE/SEE ha dichiarato di non avere ricevuto alcun tipo di supporto. Il 34,1% ha ricevuto sostegno solamente dalla famiglia e dagli amici, il 21,2% solamente dalle associazioni HIV e il 7,1% solamente presso il proprio ambulatorio HIV.

3. Commenti finali

I dati della ricerca ci indicano che il carico di problematiche relative alla salute mentale sulle PLHIV nella Regione europea OMS è sensibilmente più importante che nella popolazione generale. Se consideriamo anche il fattore stigma e discriminazioni, che vengono ancora segnalati in percentuali alte, sembra evidente come tali problematiche dovrebbero essere argomenti prioritari nel lavoro delle EATG e di altre organizzazioni che lavorano nel campo dell'HIV.

Sebbene la ricerca sia riuscita a raggiungere PLHIV provenienti da molti paesi in aree geografiche diverse, il suo format online ed i canali utilizzati per la sua diffusione avranno certamente lasciato fuori segmenti di



PLHIV, in particolare le persone con meno accesso alle informazioni, meno contatti con le associazioni, minore accesso ad internet e probabilmente meno possibilità economiche e/o livelli più bassi di scolarità. Ciò significa che le PLHIV più 'trascurate' e con meno accesso ai servizi probabilmente non saranno stati intercettati da questa ricerca.

La conoscenza dell'esistenza e disponibilità sul territorio di servizi di supporto e sostegno ai problemi di salute mentale variano considerevolmente tra quanto riportato dalle PLHIV e dalle OW. Se consideriamo i preoccupanti livelli di sintomi e diagnosi segnalati attraverso molteplici domande contenute nel questionario, sembra chiaro – e relativamente ovvio – che investire in una mappatura ed in una capillare comunicazione dei servizi disponibili sul territorio possa essere un intervento relativamente semplice e immediato in grado di colmare in tempi rapidi questo vuoto di conoscenza.

Ciò andrebbe accompagnato da una chiara definizione, sia internamente che nelle comunicazioni esterne, di quali specifici tipi di servizi di supporto sono disponibili.

Sebbene il ruolo dei servizi di supporto tra pari e quelli community-led nell'ambito della salute mentale sia senza dubbio estremamente importante, come anche il ruolo delle reti sociali (famiglia e amici), la terminologia utilizzata nel questionario relativa ai servizi di salute mentale varia, e vi è una mancanza di una chiara definizione dei diversi tipi di servizi, che a sua volta rende più difficile il compito di identificare i gap esistenti (supporto psicologico, servizi psico-sociali etc).

Con i nostri sistemi sanitari già sotto stress prima del COVID-19, l'ulteriore pressione portata dalla pandemia a livello di risposta alla cura dei problemi di salute mentale ci dimostra come non solo vi è una inadeguata conoscenza dei servizi disponibili, ma che mancano servizi su vasta scala.

Molte delle persone intervistate hanno vissuto un peggioramento della propria salute mentale nel corso della pandemia, che per alcuni si è aggiunto a delle preesistenti esperienze di stigma e discriminazione relativi sia ad HIV che alla propria salute mentale. Di conseguenza, aumentare la disponibilità dei servizi di salute mentale affidandosi esclusivamente ai vari servizi offerti dagli specialisti del campo non sembra essere una via sostenibile. Inoltre, molte persone non avranno la necessità di interventi a lungo termine o di terapie psichiatriche per migliorare la propria salute mentale, e questo significa che vi è un'opportunità per interventi meno strutturati, sia tecnicamente che finanziariamente.

Gli interventi da parte delle associazioni possono quindi ricoprire un importante ruolo rispetto ai bisogni in quest'ambito, ma ciò necessiterà di una maggiore strutturazione e articolazione rispetto a quanto fatto finora.

Modelli di cura flessibili e variamente articolati, partendo da interventi a bassa soglia forniti da personale non professionista (lay workers) ma formato e fornito di strumenti per un triage "di primo approccio" e con accesso a strumenti e reti per l'invio a specialisti esterni per risposte differenziate, fino a trattamenti psichiatrici per coloro che ne avessero necessità, sono tutti interventi concettualmente facili da implementare su larga scala, più economici da attuare, e in grado di fornire una risposta di qualità alle persone con varie problematiche di salute mentale, da sintomatologie lievi a patologie più severe.

Tuttavia, ciò richiederà di ripensare i sistemi esistenti, la salute mentale e le modalità per rispondere ai problemi di salute mentale emergenti. Inoltre, richiederà una collaborazione strutturata con i professionisti del settore e i loro ordini professionali, i decisori politici, le istituzioni, gli sponsor, con la finalità di rendere la salute mentale un argomento prioritario nel dibattito sulla salute, identificando ed implementando strumenti adeguati e modelli di servizi di cura a livello nazionale e locale e naturalmente assicurare risorse economiche adeguate e sostenibili.

Sebbene le associazioni e le organizzazioni che si occupano di HIV hanno la volontà e la capacità di poter svolgere un ruolo significativo in questa sfida, è necessario che riconoscano i propri limiti e che non confondano il ruolo che possono avere nel fornire sostegno emotivo e nel triage, con la necessità di un supporto di tipo più professionale di cui molte persone potrebbero necessitare.



Tabelle

Tabella 1 – Diagnosi di disturbi di salute mentale o segnalazione di sintomi di disturbi di salute mentale prima e dopo la diagnosi di HIV

		Prima della diagnosi di HIV				Dopo la diagnosi di HIV			
		Subregione europea		Totale	Missing	Subregione europea		Totale	Missing
		UE/SEE	Non-UE/SEE			UE/SEE	Non-UE/SEE		
Sì	N.	142	118	260	40	215	150	365	39
	% regione	37.6%	47.8%	41.6%		56.6%	61.0%	58.3%	
No	N.	228	117	345		153	91	244	
	% regione	60.3%	47.4%	55.2%		40.3%	37.0%	39.0%	
Non ricordo	N.	8	12	20		12	5	17	
	% regione	2.1%	4.9%	3.2%		3.2%	2.0%	2.7%	
Totale	N.	378	247	625		380	246	626	
	% regione	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	

Tabella 2 – Fonti di sostegno per problemi di salute mentale

		Subregione europea		Totale	Missing
		UE/SEE	Non-UE/SEE		
Famiglia/parenti	N	98	92	190	80
	% regione	27.1%	41.1%	32.5%	
Amici	N.	207	92	299	
	% regione	57.3%	41.1%	51.1%	
Organizzazione/associazione HIV	N.	47	36	83	
	% regione	13.0%	16.1%	14.2%	
Medici di medicina generale (MMG)	N.	43	7	50	
	% regione	11.9%	3.1%	8.5%	
Medico/Infermiere in ambulatorio HIV	N.	44	21	65	
	% regione	12.2%	9.4%	11.1%	
Operatore sociale/ Psicologo	N.	82	49	131	
	% regione	22.7%	21.9%	22.4%	
Altro	N.	60	43	103	
	% regione	16.6%	19.2%	17.6%	



Tabella 3 – Visite presso specialisti della salute mentale negli ultimi 6 mesi

		Subregione europea		Totale	Missing
		UE/SEE	Non-UE/SEE		
Psicologo/psicoterapeuta privato	N.	51	15	66	108
	% regione	14.7%	7.1%	11.8%	
Consulente di salute mentale presso l'ambulatorio HIV	N.	22	7	29	108
	% regione	6.3%	3.3%	5.2%	
Peer consultant (presso associazione HIV)	N.	31	51	82	108
	% regione	8.9%	24.3%	14.7%	
Psicoterapeuta (presso associazione HIV)	N.	19	17	36	108
	% regione	5.5%	8.1%	6.5%	
Altro	N.	14	14	28	108
	% regione	4.0%	6.7%	5.0%	
NO	N.	228	127	355	108

Tabella 4 – Impatto percepito dell'HIV sul proprio benessere sociale ed emotivo

			Subregione europea		Totale	Missing
			UE/SEE	Non-UE/SEE		
A causa dell'HIV, ti sei mai sentito in colpa o ti sei mai sentito un fallimento o una delusione per te stesso o per la tua famiglia?	Si	N.	201	113	314	55
		% regione	53.9%	47.7%	51.5%	
Pensi che il fatto di avere l'HIV abbia avuto un impatto negativo sulla tua vita relazionale e sociale?	Si	N.	242	100	342	53
		% regione	64.5%	42.2%	55.9%	
	Non saprei	N.	34	28	62	
		% regione	9.1%	11.8%	10.1%	
Pensi che il fatto di avere l'HIV abbia avuto un impatto negativo sulla tua vita sessuale?	Si	N.	215	128	343	53
		% regione	57.3%	54.0%	56.0%	
	Non saprei	N.	27	8	35	
		% regione	7.2%	3.4%	5.7%	
Pensi che lo stigma e le discriminazioni associate all'HIV abbiano avuto un impatto negativo sul tuo benessere mentale?	Si	N.	251	133	384	59
		% regione	67.7%	56.6%	63.4%	



Tabella 5 – Servizi di salute mentale forniti dalle associazioni/organizzazioni HIV locali/regionali (come riferito dalle PLHIV) e i servizi di salute mentale forniti dalle associazioni/organizzazioni HIV (come dichiarato dalle persone che lavorano nelle associazioni/organizzazioni)

PLHIV: I servizi di salute mentale forniti alle PLHIV dalle organizzazioni/associazioni locali/regionali		Subregione europea		Totale	Missing	OW: Servizi erogati dalle associazioni/organizzazioni		Subregione europea		Totale	Missing	
		UE/SEE	Non-UE/SEE					UE/SEE	Non-UE/SEE			
Supporto psicologico	N.	88	86	174	78	Supporto psicologico	N.	169	101	270	146	
	% regione	24.4%	37.9%	29.6%			% regione	53.5%	49.8%	52.0%		
Sessioni di psicoterapia	N.	32	23	55		Sessioni di psicoterapia	N.	158	117	275		
	% regione	8.9%	10.1%	9.4%			% regione	50.0%	57.6%	53.0%		
Supporto tra pari	N.	95	105	200		Un sistema di invio a specialisti esterni	N.	91	50	141		
	% regione	26.4%	46.3%	34.1%			% regione	28.8%	24.6%	27.2%		
Gruppi di auto-aiuto	N.	91	91	182		Gruppi di auto-aiuto	N.	123	85	208		
	% regione	25.3%	40.1%	31.0%			% regione	38.9%	41.9%	40.1%		
Nessuno	N.	25	16	41		Altro	N.	27	14	41		
	% regione	6.9%	7.0%	7.0%			% regione	8.5%	6.9%	7.9%		
Non saprei	N.	180	76	256								
	% regione	50.0%	33.5%	43.6%								



European AIDS Treatment Group: chi siamo

Il Gruppo Europeo per il Trattamento dell'AIDS (EATG) è una ONG guidata dai pazienti che promuove la tutela degli interessi e dei diritti delle persone che vivono con o affette da HIV/AIDS e da coinfezioni all'interno della regione Europea definita dall'OMS. Fondata nel 1992, l'EATG è costituita da una rete di oltre 160 persone provenienti da 45 paesi europei. I nostri membri sono persone che vivono con l'HIV e rappresentanti delle diverse comunità affette da HIV/AIDS e da coinfezioni. L'EATG riflette la diversità di oltre 2,3 milioni di persone che vivono con HIV in Europa, come anche di coloro che sono affette da HIV/AIDS e da coinfezioni.

Per maggiori informazioni: www.eatg.org