Dipartimento di scienze dell'educazione, Università di Bologna (Resp.le scientifico prof.ssa Zani), il Ministero ha proceduto all'affidamento del servizio stesso.

Obiettivo generale della ricerca è stato quello di valutare l'impatto e l'efficacia del messaggio della Campagna Ministeriale 2012 per la lotta all'AIDS, evidenziando l'efficacia dei singoli strumenti utilizzati per raggiungere gli specifici obiettivi informativo-conoscitivo-educativi della campagna nella popolazione generale e nei target prescelti. Di seguito, si riportano alcuni risultati emersi.

Allo scopo di verificare se i partecipanti all'indagine sono stati in grado di riconoscere le raccomandazioni riportate nel messaggio, sono state poste alcune domande relative alla comprensione del messaggio e delle raccomandazioni specifiche presenti nello spot video. Tra le risposte valide, il 64,1 % dei rispondenti ha dichiarato di ricordare raccomandazioni specifiche per la prevenzione fornite attraverso il video, mentre il 35,9% non ne ricordavano. In particolare, l'89,9% dei rispondenti è risultata essere d'accordo sul fatto che nel video fosse presente una

raccomandazione specifica relativa all'uso del preservativo e il 75,9% una raccomandazione relativa al fare il test HIV.

Inoltre, per quanto riguarda il ricordo spontaneo della campagna da parte della popolazione generale, il 63,2% degli intervistati ha dichiarato di ricordare tale iniziativa comunicativa, a fronte di un 36,8% che ha asserito di non ricordarlo. Tali percentuali sono ulteriormente cresciute per il ricordo indotto, vale a dire il riconoscimento del messaggio previa fruizione dello spot, in questo caso il 78,3% dei partecipanti ha affermato di ricordarsi dello spot, mentre il rimanente (21,7%) no.

Tra gli strumenti e i mezzi utilizzati per veicolare la campagna, lo spot trasmesso in tv è risultato essere quello maggiormente riferito (88,6% dei partecipanti). Il mezzo televisivo è stato quello di gran lunga più riportato rispetto agli altri, seguito a notevole distanza dalla radio (6,3% dei partecipanti).

Infine, in merito alla credibilità percepita di Raoul Bova come testimonial per questa campagna informativa sul tema dell'HIV/AIDS, i dati hanno confermato gli esiti positivi delle indagini pre-campagna: l'attore è risultato essere abbastanza credibile per il 42,7% e molto credibile per il 41%, per un totale quindi di 83,7% pareri favorevoli.

COMMISSIONE NAZIONALE PER LA LOTTA CONTRO L'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'AIDS, la sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, l'utilizzo del test anti HIV, gli indirizzi della ricerca in materia di AIDS, l'utilizzo dei farmaci antiretrovirali per l'HIV.

Tali attività ed 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.

Nei paesi occidentali i successi terapeutici contro l'AIDS sono in gran parte dovuti ai risultati ottenuti dalla ricerca scientifica che ha consentito di individuare farmaci dotati di potente attività antivirale. Occorre tuttavia tenere ben presente che le attuali strategie terapeutiche non consentono la guarigione dall'infezione, ma permettono di tenerla sotto controllo.

A tal proposito, la comunità scientifica propone la terapia HAART (terapia antiretrovirale altamente attiva) contro l'infezione da HIV alle persone sieropositive sulla base dei cosiddetti "valori" dei linfociti T CD4+ (cellule del sistema immunitario) e della carica virale (numero di copie per millilitro di sangue). La terapia è in genere composta da più farmaci antiretrovirali, che permettono di ridurre la carica virale e migliorare la situazione immunitaria.

Nel 2010, su mandato del Ministro della Salute al Centro Nazionale AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (CNAIDS-ISS), sono state redatte le *Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1 (LG-HIV)*.

L'HIV/AIDS Italian Expert Panel (EP) è stato composto da membri della Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS (CNA) e della Consulta delle Associazioni per la lotta

contro l'AIDS (CAA) - organi consultivi del Ministero della Salute, e da esperti individuati dalla Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT).

L'obiettivo delle LG-HIV è quello di fornire elementi di guida per la prescrizione della terapia antiretrovirale e per la gestione dei pazienti HIV-positivi agli infettivologi, agli altri specialisti coinvolti nella gestione multidisciplinare del paziente in trattamento, nonché fornire un solido punto di riferimento per le associazioni di pazienti, gli amministratori, i decisori politici e comunque tutti gli attori coinvolti dalla problematica a diverso titolo.

Fornire indicazioni al governo clinico di questa patologia è in linea con quanto già fatto in altre nazioni europee, al fine di migliorare l'appropriatezza della prescrizione in tale area della patologia, più di altre attraversata da una grande evoluzione delle opzioni terapeutiche. E tutto questo è stato ottenuto attraverso una partecipazione ampia e multidisciplinare alla discussione e stesura dei contenuti. Gli argomenti sono stati derivati dall'analisi della letteratura scientifica, dalla valutazione comparativa di altri documenti di linee-guida, dalla esperienza clinica.

La parte principale è costituita dall'inquadramento generale del paziente HIV, dagli aspetti diagnostici viro-immunologici rilevati al fine della sua gestione del paziente e della terapia, dalla definizione del momento ottimale per l'inizio della terapia in rapporto alla fase della storia naturale al momento della diagnosi, dalle opzioni preferenziali di farmaci e regimi per l'inizio della terapia nel paziente naive e per il mantenimento del successo terapeutico, dalla gestione del fallimento virologico iniziale e dei fallimenti successivi, dalla valutazione dell'aderenza al trattamento e della qualità di vita dei pazienti, dalla gestione delle comorbidità infettive (tubercolosi, coinfezione da virus epatitici, infezioni opportunistiche) e delle tossicità farmacologiche e delle comorbidità non infettive (complicanze metaboliche, cardiovascolari, renali, ossee, neurocognitive, psichiatriche, oncologiche), degli aspetti di farmacologia clinica, in termini di farmacocinetica e interazioni e farmacogenomica. Sono stati quindi indicati i criteri fondamentali della gestione del paziente e della terapia in rapporto a condizioni particolari quali gravidanza, tossicodipendenza e/o alcol-dipendenza, detenzione, o in popolazioni a cui porre particolare attenzione quali l'anziano, la donna, il paziente immigrato, il paziente pediatrico, e situazioni specifiche quali il trapianto di organo e la profilassi post esposizione.

I quesiti principali e i bisogni clinici sono stati rilevati dall'analisi delle aree controverse in cui la decisione clinica maggiormente necessita criteri di riferimento e raccomandazioni, secondo il principio della medicina basata sulle evidenze.

Nel 2012, si è ritenuto necessario, vista l'evoluzione della materia, l'aggiornamento del progetto, che è stato rispettato in modo rigoroso, in linea con i migliori esempi a livello internazionale. L'opera è stata pubblicata in primis sul sito web del Ministero della Salute, a seguire su quello della SIMIT. Si è, inoltre, proceduto alla divulgazione in formato cartaceo, attraverso un'edizione estesa e una breve. Al fine di entrare nel panorama scientifico internazionale, l'opera è stata pubblicata in inglese su una rivista scientifica specializzata *peer-reviewed*.

Reporting Progress of the Global AIDS Response 2012

Il processo di monitoraggio legato a UNGASS, condotto da UNAIDS, iniziato nel 2001, è terminato dopo 10 anni, nel 2011, ed è stato sostituito dal "Global AIDS Response Programma (GARP)".

A partire dal 2007, l'OMS effettua un monitoraggio annuale sulla risposta del settore salute all'HIV/AIDS, mentre l'ECDC ne conduce uno biennale, dal 2010, sull'implementazione della Dichiarazione di Dublino.

Queste tre organizzazioni hanno avviato un processo di armonizzazione del sistema di raccolta dati, per cui i Paesi, a partire dal 2012, devono rispondere utilizzando un meccanismo di notifica unificato.

Il "National Commitments and Policy Instrument (NCPI) 2012", è stato completato e inviato come parte del rapporto nazionale 2012. Il relativo questionario è suddiviso in due parti: la prima è stata completata dall'Amministrazione competente, la seconda dalla società civile. La loro struttura è in linea di massima sovrapponibile, in modo da permettere la raccolta di informazioni sia a livello governativo che sociale, anche se non completamente concordanti.

Gli Enti Istituzionali, quali l'Istituto Superiore di Sanità, il Ministero del Lavoro, l'AIFA, il Dipartimento delle Politiche Antidroga, coordinati da questo Ministero, nel 2012, hanno compilato il "Global AIDS Response Programma (GARP)", successivamente pubblicato alle pagine:

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/ncpi/2012countries/Italy%20NCPI%202012.pdf>

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/201207_KFF-UNAIDS-2012-Report_en.pdf

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/BackgroundCurrentLandscapeCriminalisationHIV_Final.pdf

Audizione presso la Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e efficienza del Sistema sanitario nazionale sul tema "modalità di accesso al test per l'HIV"

Il 2 agosto 2012 la Commissione d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale ha audito i rappresentanti di associazioni e istituzioni impegnate nella lotta contro l'Aids, relativamente all'efficacia e efficienza del SSN sul tema "modalità di accesso al test per l'HIV". I rappresentanti della Commissione nazionale AIDS e della società civile hanno sottolineato l'esistenza di realtà diverse sulla diffusione dei test HIV nel nostro Paese.

Si stima che nei paesi industrializzati circa un quarto dei soggetti affetti da infezione da HIV non è a conoscenza della propria infezione. In considerazione dell'elevato numero di persone sieropositive ancora inconsapevoli del proprio stato sierologico, è stato sottolineato che si ritiene strategico, prioritario ed urgente riconoscere l'importanza del fenomeno e attivare azioni di identificazione precoce (early detection) in grado di permettere il contatto e la diagnosi precoce di queste persone.

A oggi, non appare indicato realizzare in Italia programmi di screening generalizzato dell'infezione da HIV, in assenza di dati di prevalenza di infezione in specifici contesti assistenziali, di fattibilità e costo-efficacia. L'offerta del test HIV in strutture che assistono o sono punti di riferimento, anche al di fuori del contesto sanitario, per gruppi di popolazione con una prevalenza di infezione da HIV superiore alla media, può contribuire a favorire una diagnosi tempestiva dell'infezione.

E' opportuna, dunque, la promozione di programmi sperimentali di offerta del test, realizzati in modo da consentirne una valutazione di accettabilità ed efficienza nel promuovere l'accesso tempestivo alla cura.

Strategie di intervento di prevenzione dell'infezione da HIV rivolto al target giovani

La nuova strategia di lotta all'AIDS suggerita dall'Unione Europea, per il quinquennio 2009/2013, contiene principi e misure generali per contrastare la diffusione dell'HIV/AIDS e suggerisce specifiche strategie di intervento ai Paesi Membri.

In particolare, la Commissione Europea invita ad individuare, all'interno della popolazione generale, i gruppi vulnerabili e su questi intervenire con programmi mirati. I dati italiani, forniti dal Centro Operativo Aids (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità, mostrano che i casi attribuibili a trasmissione sessuale (eterosessuale e omosessuale) sono aumentati dal 7,8% (anno 1985) al 79,0% nel 2009; in particolare negli ultimi anni c'è stato un importante interessamento della classe di età 15-24 anni.

Alcuni studi condotti dal Centro Nazionale AIDS (CNAIDS), presentati nell'ambito dei congressi scientifici nazionali e internazionali (IAS Conference 2011, FEMP 2011 e ICAR 2012), sono stati finalizzati allo studio degli indicatori Europei di monitoraggio degli interventi di prevenzione e di accesso al test HIV in gruppi vulnerabili (migranti, omo-bisessuali e consumatori di sostanze per via iniettiva e non) nonché nella popolazione giovanile ed eterosessuale più in generale. Essi hanno evidenziato la necessità di: promuovere il test HTV e l'accesso ai servizi attraverso una campagna di informazione mirata ai consumatori di sostanze, con particolare riguardo ai giovani non IDU (età < 25 anni: 33,3%); promuovere l'uso del preservativo nel target di consumatori di sostanze, in particolare tra i giovani (età < 25 anni), che hanno mostrato un tasso di utilizzo dello stesso del 23,5% tra gli IDU e del 19,7% tra i non IDU; diffondere le corrette informazioni sulle modalità di trasmissione dell'infezione da HIV soprattutto tra i giovani non IDU (età < 25 anni: 26%). In particolare nel gruppo di omo-bisessuali, i giovani della classe di età 18-19 ha mostrato una percentuale inferiore di accesso al test HIV e i giovani omosessuali risultano essere meno informati riguardo le misure di prevenzione dell'infezione da HIV rispetto alla fascia di età maggiore ai 50 anni.

Infine, per quanto riguarda la popolazione giovanile dei migranti, i dati rilevati confermano che la diffusione delle informazioni relative all'accesso ai servizi sanitari e alla tutela della salute più globalmente intesa tra le persone straniere, emerge come punto critico nel lavoro con le comunità di migranti presenti sul territorio. L'ostacolo della lingua è

sicuramente significativo ma sembra non essere la sola criticità. Esiste una grande disinformazione sulle malattie infettive e virali (in particolare sull'HIV e l'AIDS) nelle comunità migranti; tra i vari aspetti messi in evidenza, quello più grave è rappresentato dalla mancanza di informazione sulla prevenzione e dallo scarso grado di "conoscenza" delle modalità di trasmissione.

I risultati dell'indagine evidenziano la necessità di: attivare "reti" operanti sul territorio per aumentare la conoscenza delle varie realtà associative dei migranti; potenziare i servizi di mediazione attraverso la formazione a più step (figura più specialistica del mediatore); creare i presupposti per migliorare l'accesso dei migranti ai servizi socio-sanitari del territorio diffondendo, tra l'altro, la propensione di una cultura consapevole della prevenzione verso malattie come l'AIDS. In tema di prevenzione dell'infezione da HIV, le indicazioni della Commissione Europea e la stessa Dichiarazione di Dublino prevedono che i progetti di prevenzione per i giovani rappresentino una priorità e una pluralità di intervento.

Nella popolazione eterosessuale (età <25 anni) si è rilevato uno scarso accesso al test per la diagnosi dell'infezione da HIV (15%) e un tasso di utilizzo del profilattico al di sotto del 50%.

I predetti dati hanno suggerito l'opportunità di condurre uno studio mirato ad un campione rappresentativo della popolazione giovanile negli specifici luoghi di aggregazione: *"Sperimentazione di un modello di intervento di prevenzione dell'infezione da HIV rivolto al target giovani secondo le azioni di "buona pratica" indicate dall'European Centre for Disease Control (ECDC)"*.

È stata sperimentata la fattibilità di alcune delle indicazioni di "buona pratica" indicate dall'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) nell'ambito delle aree di azione per la ricerca e gli interventi in sanità pubblica in materia di HI Ve AIDS tra cui:

- indagini sui fattori che limitano l'accesso ai servizi socio-sanitari dedicati all'esecuzione del test per la diagnosi dell'HIV;
- implementare e monitorare studi sui comportamenti a rischio di gruppi vulnerabili (giovani);

- implementare interventi di prevenzione secondo il modello della peer education.

Lo studio quantitativo è stata una survey realizzata attraverso la formulazione di questionari (n. 1500-2000) somministrati ad un campione rappresentativo della popolazione giovanile target (classe età 18-24 anni) da raggiungere nei specifici luoghi di aggregazione (discoteche, eventi pubblici etc). I luoghi di aggregazione come pure le modalità di arruolamento sono stati scelti con i referenti delle Associazioni/Società civile che hanno aderito allo studio. È stato definito un campionamento per quote, stratificato per età, genere e cittadinanza. Il campione e le sue frazioni per quanto riguarda la cittadinanza sono stati calcolati in base ai dati ISTAT al 1° gennaio 2012. Le interviste sono state anonime e corredate da consenso informato sulla finalità dello studio. Il questionario è stato costituito prevalentemente da domande di tipo chiuso, e strutturato in modo da raccogliere informazioni di tipo socio-demografico, di conoscenza dei servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale per la diagnosi dell'infezione da HIV, di conoscenza delle malattie sessualmente trasmesse, di eventuali comportamenti a rischio rispetto all'infezione da HIV, delle modalità di prevenzione di quest'ultimo e del grado di conoscenza sul fenomeno. Le domande sono state strutturate in modo da rendere possibile la valutazione degli indicatori UNGASS per la popolazione giovanile. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software SAS vers 8.2, mentre per l'Analisi delle Corrispondenza Multiple (ACM) è stato utilizzato il software SPAD vers 5.0.

L'analisi delle corrispondenze multiple (ACM) è stata utilizzata al fine di individuare diversi profili all'interno del campione considerato e studiare la correlazione tra fattori socio-demografici e grado di informazione sul tema dell'infezione da HIV e altre Malattie Sessualmente Trasmesse. Attraverso l'ACM è stato possibile determinare se esiste associazione tra le modalità del fenomeno multidimensionale in studio, caratterizzato da informazioni di tipo categorico (o di tipo quantitativo se opportunamente trasformate in variabili categoriche), mediante la loro rappresentazione grafica su uno spazio di dimensionalità minima.

L'analisi quantitativa dei dati è stata, pertanto, mirata a definire:

distribuzione socio-demografica: genere, età, anni di istruzione, occupazione;

distribuzione percentuale del grado di conoscenza dell'infezione da HIV e altre malattie sessualmente trasmesse;

grado di conoscenza delle modalità di accesso al test HIV in Italia;

grado di conoscenza delle modalità di trasmissione dell'infezione da HIV e AIDS;

numero di test HIV effettuati

grado di "percezione" rispetto alle cure e alle modalità di contrarre l'infezione da HIV

i tipi di comportamenti a rischio

grado di informazione su HIV e AIDS

-fattori associati:

- o alla difficoltà di accedere ai servizi di diagnosi dell'infezione da HIV
- o al comportamento sessuale a rischio
- o all'atteggiamento stigmatizzante.

Il progetto presenta i seguenti elementi innovativi rispetto agli altri studi condotti in precedenza:

approfondimento di dati rappresentativi della popolazione giovanile 18-24 anni secondo gli indicatori specifici per la classe di età coinvolta concordati a livello internazionale (UNGASS, ECDC, sistema di sorveglianza comportamentale); questi dati non sono mai stati rilevati in Italia;

la rilevazione dei dati costituirà la base per la definizione del programma dell'intervento formativo di peer education.

In considerazione del fatto che il modello di peer education può dare risultati positivi anche laddove i comportamenti a rischio per la diffusione dell'infezione da HIV sono consolidati, l'intervento formativo è stato:

- diretto a giovani (18-24 anni);
- incentrato sui seguenti ambiti: conoscenza delle malattie sessualmente trasmesse, dei comportamenti a rischio rispetto all'infezione da HIV, delle modalità di prevenzione di quest'ultimo e del grado di conoscenza del fenomeno;
- la numerosità e le modalità di arruolamento è stata definita insieme ai Referenti delle Associazioni/Società Civile coinvolti e sulla base delle risorse disponibili;

- valutato da una indagine pre e post per la determinazione dell'efficacia dello stesso anche al fine dell'analisi delle criticità eventualmente emerse; sono stati utilizzati test di valutazione delle competenze del percorso formativo e un questionario di gradimento del percorso formativo stesso (completamento del percorso formativo - unità di misura: numero ore effettuate/numero ore previste - valore atteso alla conclusione del progetto: 85%; incremento delle competenze- unità di misura: percentuale di discenti che supereranno il test di verifica finale - valore atteso alla conclusione del progetto: 85%);
- il programma formativo ha previsto la distribuzione di materiale informativo sulla prevenzione dell'infezione da HIV e altre malattie sessualmente trasmesse e la produzione di materiale di informazione da poter diffondere tra la popolazione giovanile attraverso i moderni mezzi di comunicazione multimediale condivisi con il Ministero della Salute; i temi saranno declinati anche secondo le necessità dei diversi target di popolazione vulnerabile descritti nel rationale della scheda di progetto;
- è stata assicurata la cooperazione con la popolazione target sia nella conduzione dell'indagine che nella stesura del programma formativo come raccomandato nel modello di intervento ECDC.

La fattibilità del progetto si è basata sull'esperienza accumulata dal Centro Nazionale AIDS relativamente alla sperimentazione e alla definizione di interventi di prevenzione e monitoraggio dell'infezione da HIV e dell'AIDS. Il CNAIDS opera attivando programmi di ricerca traslazionali mirati alla prevenzione dell'HIV/AIDS e ha condotto diversi progetti in collaborazione con le Associazioni della Consulta Nazionale per la lotta contro l'AIDS e diverse Associazioni di Migranti. Il consolidamento di questa componente di networking ha favorito il confronto tra i sottogruppi di popolazione (migrante, omo-bisessuali, consumatori di sostanze) della società civile, operatori socio-sanitari e referenti istituzionali mettendo in risalto la "necessità" e il "bisogno" di comunicazione di fatto esistente tra i fruitori e i fornitori di servizi e ha consentito di superare le eventuali criticità dovute ai diversi sottogruppi di popolazione giovanile da raggiungere.

Sorveglianza dell'infezione da HIV

A livello globale l'infezione da HIV continua a rappresentare, anche nel ventunesimo secolo, un problema prioritario di Sanità Pubblica. UNAIDS stima che 34 milioni di persone abbiano contratto l'infezione e che circa l'8% degli adulti di età compresa tra 15-49 anni, in tutto il mondo, vivano con l'HIV anche se il peso dell'epidemia continua a variare notevolmente tra Paesi e Regioni (UNAIDS 2012).

In Italia, nel periodo 1985-2011 sono state segnalate 52.629 nuove diagnosi di infezione da HIV. Nel corso del tempo sono stati rilevati notevoli cambiamenti in merito ad alcune variabili caratterizzanti l'infezione: è aumentata l'età mediana al momento della diagnosi di HIV, essendo passata da 26 anni per i maschi e da 24 per le femmine nel 1985 a 38 anni per i maschi e 34 anni per le femmine nel 2011; è stata osservata una variazione nel rapporto maschi/femmine che conferma, però, nel 2011 una proporzione di maschi pari a tre volte maggiore quella delle femmine. L'epidemia da HIV in Italia è mutata anche in relazione alle modalità di trasmissione del virus, che a metà degli anni ottanta colpiva prevalentemente consumatori di sostanze stupefacenti per via inietti va (76,2%), mentre nel 2011 la trasmissione sessuale ha rappresentato la principale via di diffusione del virus; "in particolare, i casi attribuibili a trasmissione eterosessuale sono aumentati dall'1,7% nel 1985 al 45,6% nel 2011 e i casi attribuibili a trasmissione tra i MSM (Maschi che fanno Sesso con Maschi) nello stesso periodo sono aumentati dal 6,3% al 33,2%" (COA, voi. 25(10) Suppl.1 -2012).

Questo scenario induce a riflettere sulla necessità di affiancare alla sorveglianza biologica (casi di AIDS, nuove diagnosi di HIV) anche studi specifici su gruppi di popolazione, al fine di rilevare dati sui comportamenti che possano implicare il rischio di contrarre il virus dell'immunodeficienza umana, predisponendo, quindi, le basi per implementare, in una fase successiva, una sorveglianza di seconda generazione su base nazionale.

Tale orientamento è stato anche sollecitato dalla Commissione Europea, con la decisione del 26 ottobre del 2009, di realizzare una sorveglianza di seconda generazione per comprendere meglio la dinamica dell'epidemia da HIV in Europa e avere dati adeguati per agire sui principali fattori di diffusione dell'infezione da HIV.

Infatti, l'integrazione dei dati provenienti dai sistemi di sorveglianza routinari dell'AIDS, dell'HIV (e anche delle IST), con quelli della sorveglianza di seconda generazione potrebbe favorire una maggiore conoscenza delle caratteristiche di chi si infetta con l'HIV, di identificare prematuramente i cambiamenti nell'andamento dell'epidemia e di monitorarli nel tempo.

Una migliore conoscenza dei determinanti di diffusione dell'HIV, sia in specifici gruppi, sia nella popolazione generale, potrebbe tradursi, in un'ottica di sanità pubblica, nella maggiore capacità di pianificare misure di prevenzione mirate ad una riduzione del rischio di diffusione dell'HIV.

Da un punto di vista operativo potrebbe essere utile, nella realtà italiana, focalizzare l'attenzione su due gruppi di popolazione - i giovani e le persone immigrate - in considerazione di alcune riflessioni scaturite da studi e rilevazioni epidemiologiche effettuate su questi due specifici target, come di seguito riportato.

Dall'analisi della letteratura si evince chiaramente che il tema giovani, HIV e disinformazione nel corso degli anni sia rimasta una priorità. È importante notare come l'età del primo rapporto sessuale si stia progressivamente abbassando a livello globale: confrontando gli studi di Peersman e Levy del 1998, nonché una recente pubblicazione dell'UNAIDS si evince come nei Paesi in via di sviluppo l'età del primo rapporto sessuale non sia più direttamente correlata al matrimonio abbassandosi così, in alcuni casi, anche di circa 2/3 anni.

Una serie di recenti studi dimostra come non sia chiara ancora nei giovani la correlazione tra rapporti sessuali e infezione da HIV, al contempo sembrerebbe scarsa la conoscenza delle misure necessarie per proteggersi. Dietro le "categorie a rischio" menzionate dall'UNAIDS quali giovani che utilizzano droghe iniettive, vittime di abusi sessuali, giovani costretti alla prostituzione, homeless, male having sex with male (MSM), orfani di genitori sieropositivi o loro stessi affetti da HIV, che danno un'immagine del virus legato alla marginalità sociale, c'è l'intera popolazione giovanile. Infatti, la grande fetta della popolazione mondiale tra i 15 ed i 24 anni corre il rischio di contrarre questo virus in quanto non informata adeguatamente sulle vie di trasmissione e sulle modalità di prevenzione.

Per ciò che riguarda i migranti, in Italia nel 2011, la distribuzione per area geografica di provenienza mostra che il 48,6% di stranieri con una nuova diagnosi di HIV proviene dall'Africa (di questi, il 65,6% dall'Africa occidentale), il 21,7% dall'America meridionale, il 16,2% dai paesi dell'Europa Centrale e Orientale, il 4,6% dall'Asia. I maschi costituiscono il 55,3% e la classe di età più rappresentata è di 30-34 anni, per entrambi i sessi. I rapporti eterosessuali rappresentano la modalità di trasmissione più frequente tra gli stranieri (63,3% nel 2011), nello specifico emerge che i rapporti sessuali tra maschi erano il 15,5% nel 2010 e il 15,9% nel 2011, la quota degli utilizzatori di droghe iniettagli era 3,6% nel 2010 e 3,0% nel 2011 (Dati COA).

Queste considerazioni indicano l'opportunità di definire un Sistema di Sorveglianza di seconda generazione in grado di rilevare, attraverso una metodologia rigorosa (campionamento, somministrazione di questionari, raccolta-analisi dei dati, interpretazione dei risultati) l'eventuale adozione di comportamenti a rischio di infezione da HIV in specifici gruppi (giovani e migranti) al fine di poter, successivamente, sulla base delle conoscenze acquisite, implementare un programma di sorveglianza dei comportamenti a rischio di HIV nella popolazione generale, a livello nazionale con l'apporto e il contributo delle Regioni.

A tal fine, è stato finanziato lo: *'Studio di fattibilità di un Sistema di Sorveglianza di seconda generazione dell'infezione da HIV in gruppi vulnerabili'*, in cui sono stati individuati due gruppi di popolazione, i giovani e le persone immigrate, di un'area metropolitana circoscritta, Roma.

Da un punto di vista organizzativo, il Progetto (della durata di 18 mesi) si è articolato in un'Unità di Coordinamento (Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione dell'Istituto Superiore di Sanità), in due Unità Operative anch'esse presenti all'interno dell'Istituto Superiore di Sanità (Centro Operativo AIDS, Dip.MIPI) e Centro Nazionale AIDS. La collaborazione integrata tra le tre Unità Operative ha consentito di soddisfare le specifiche finalità previste dal Progetto.

Lo svolgimento del Progetto ha consentito di ottenere risultati atti a definire una base conoscitiva utile per ampliare un Sistema di Sorveglianza di seconda generazione, da

specifici target alla popolazione generale, con il coinvolgimento delle diverse Regioni italiane.

Criteri e indicatori per la verifica dei risultati raggiunti:

- Raggiungere l'80% del campione prescelto ai fini dell'indagine
- Definire l'80% degli indicatori presi come riferimento per la valutazione/definizione del comportamento a rischio
- Utilizzare gli indicatori UNGASS come sistema di riferimento standardizzato per la rilevazione dei comportamenti a rischio
- Rilevare l'80% dei comportamenti a rischio (laddove presenti) nei target in studio
- Divulgazione dei risultati ottenuti e delle attività realizzate nell'ambito del Progetto attraverso la conduzione di workshops e seminari, nonché la stesura di documenti per i referenti istituzionali sanitari e i decisori politici.

Fattibilità e criticità

La fattibilità del Progetto si è realizzata grazie dalle competenze acquisite dall'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione dell'Istituto Superiore di Sanità nella conduzione di studi e ricerche concernenti gli aspetti psico-socio-comportamentali in gruppi di popolazione a rischio di contrarre l'HIV o che siano già sieropositivi.

Inoltre, in qualità di coordinatore dal 1997 dell'Italian NFP e dal 2008 della Re.Te.AIDS è stata in grado di coinvolgere operatori socio-sanitari, appartenenti a Strutture Pubbliche e a Organizzazioni non Governative, con differenti professionalità impegnati nell'area dell'HIV. Infine, alcuni componenti del Gruppo di Lavoro hanno rappresentato anche punti di riferimento, a livello internazionale e nazionale, per la sorveglianza epidemiologica e per lo studio di comportamenti a rischio di sottogruppi di popolazione.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE HIV E AIDS