

Per lungo tempo questi aspetti sono rimasti ai margini della programmazione delle attività di intervento contro la malattia. Nel precedente Progetto obiettivo AIDS 1998-2000, per la prima volta, è stato dedicato ampio spazio ai temi del volontariato, della tutela delle persone sieropositive e degli aspetti psicosociali, aree d'intervento che vengono riconfermate ed approfondite nel documento in parola.

In particolare, per il volontariato viene evidenziata l'importanza della formazione e dell'aggiornamento professionale, in un contesto storico che richiede una sempre maggiore specializzazione da parte di tutti i soggetti impegnati sul fronte della lotta alla malattia, fornendo nel contempo importanti indicazioni per coloro che agiscono nel settore.

Si ribadiscono nel paragrafo sulle tutele delle persone sieropositive, i diritti che tali soggetti hanno e la necessità di garantirne l'esercizio, in particolare di quelli connessi all'informazione, alla riservatezza e alle cure disponibili.

Accanto ai diritti si fa menzione anche dei doveri che le persone ammalate hanno, in primo luogo quello di non nuocere agli altri trasmettendo l'infezione.

In ultimo, non certo per importanza, il documento si chiude con la trattazione degli aspetti psicologici e psichiatrici che sin dall'inizio dell'epidemia hanno avuto un ruolo rilevante nella pianificazione degli interventi di prevenzione ed assistenza.

I recenti mutamenti registrati nell'epidemiologia e nella clinica dell'HIV, richiedono una rinnovata attenzione verso tali aspetti, in relazione al corrispondente cambiamento dei bisogni e delle aspettative di cura e di vita delle persone sieropositive.

L'aumento della vita media ha inoltre consentito un nuovo interesse verso la qualità della vita che strettamente interferisce con i regimi terapeutici di cui fruiscono tali soggetti.

Un aspetto particolare della consulenza psicologica e psichiatrica è infatti quello di interventi finalizzati a migliorare l'aderenza ai protocolli terapeutici.

2) Il documento recante "Proposte per la realizzazione di un programma di interventi per la lotta contro l'AIDS in Africa"

a) Obiettivi

L'obiettivo principale delle proposte contenute nel documento è quello di costruire uno o più punti di riferimento (tendenzialmente strutture ospedaliere) nel Paese/i in via di sviluppo che possa(no) svolgere, con il supporto di un ospedale italiano, oltreché alle ordinarie attività medico-sanitarie (nel campo della presa in carico di persone con infezione da HIV, ad es. diagnosi e assistenza ai malati conclamati, assistenza e prevenzione nei confronti delle donne gravide), anche in funzione di "nodo" per una rete di servizi medici generali, di unità di ONG e di quant'altro disponibile sul territorio di afferenza della struttura ospedaliera, per offrire azioni preventive e assistenza "di base".

Un elemento fondamentale che emerge dal documento è la formazione del personale locale, da attuarsi sia in loco, con il concorso di medici e tecnici italiani, sia con periodi di permanenza nei centri clinici italiani.

Un ulteriore elemento che emerge dalle proposte contenute nel documento è quello della organizzazione delle terapie farmacologiche (antivirali e antibiotici e antimicotici per la cura delle infezioni opportunistiche), che dovrà tenere conto della possibilità di assicurarne la somministrazione e il monitoraggio secondo i protocolli raccomandati dalle organizzazioni internazionali (OMS: Executive Summary April 2002). Tale approccio standardizzato permetterà una ottimale allocazione delle risorse, in quanto faciliterà le possibilità di accesso ai finanziamenti del "Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, tubercolosi e malaria".

b) Aspetti organizzativi

La realizzazione del progetto dovrà basarsi su accordi di partnership tra istituzioni ospedaliere/universitarie italiane (15-20 circa) e analoghe istituzioni dei Paesi in via di sviluppo.

La selezione preliminare degli ospedali italiani avverrà, di intesa con le amministrazioni regionali, tenendo conto, in primo luogo, delle esperienze già in corso (che sono state oggetto di un censimento, a grandi linee, da parte dell'Istituto Superiore di Sanità, dei cui risultati si allega una sintesi) e mirando al consolidamento e alla estensione nel Paese dove tali esperienze hanno avuto inizio. Ulteriori iniziative potranno essere promosse tenendo presente le priorità geo-politiche valutate anche con il conforto del ministero degli Affari Esteri.

3) Il documento *“Raccomandazioni per la chemioprolifassi con antiretrovirali dopo esposizione occupazionale ad HIV ed indicazioni di utilizzo nei casi di infezione non occupazionale”*

Esso prevede una serie di indicazioni che sono da considerarsi provvisorie in quanto basate su dati limitati riguardanti l'efficacia e la tossicità della PPE e il rischio di infezione da HIV conseguente a tipi diversi di esposizione. Tali raccomandazioni potranno essere pertanto modificate qualora si rendessero disponibili ulteriori possibilità di profilassi farmacologica o immunologia, attiva o passiva, o di mezzi diagnostici e nuove conoscenze.

Le raccomandazioni rappresentano lo sviluppo delle *“Linee guida per la profilassi post esposizione (PPE) ad HIV con zidovudina”*, già approvate dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, e del successivo documento *“Aggiornamento delle linee-guida per la chemioprolifassi con antiretrovirali dopo esposizione occupazionale ad HIV negli operatori sanitari”*, anch'esso approvato dalla Commissione nazionale AIDS.

In una fase in cui la *“evidence based medicine”* è indicata come una garanzia ed una esigenza delle attività sanitarie, non è del tutto fattibile applicarne i principi alla PPE. Non sono infatti disponibili evidenze di efficacia derivanti da studi clinici controllati e sono piuttosto rare le indicazioni che siano sostenute da chiare prove scientifiche applicate all'uomo. Per tale motivo le raccomandazioni e le indicazioni contenute nel documento non sono accompagnate, come dovrebbero esserlo linee guida formali, dalla indicazione della *“forza della raccomandazione e livelli di evidenza”*, in quanto esse sarebbero in massima parte classificate come CIV, cioè derivanti da *“conferenze di consenso o comitati di esperti o opinioni e/o esperienze di autorità scientifiche”*.

Nel documento la PPE è raccomandata o è sconsigliata per quelle esposizioni per cui sono disponibili *“robuste”* conoscenze scientifiche.

In alcuni casi tali conoscenze non sono del tutto definite e per tale motivo le raccomandazioni affermano che la PPE può essere considerata sulla base di una valutazione caso per caso che tenga conto della presenza o meno di fattori aggravanti il rischio di trasmissione, sulla base delle modalità di esposizione, del materiale biologico coinvolto nella esposizione, delle caratteristiche del paziente fonte e dell'esposto.

4. Il documento *“Indicazioni per la riduzione degli effetti indesiderati e interazioni farmacologiche del trattamento antiretrovirale”*

I farmaci attualmente in uso per la terapia dell'infezione da HIV possono essere raggruppati in tre classi in base al meccanismo di azione: gli inibitori nucleosidici della trascrittasi inversa (NRTI), gli inibitori non-nucleosidici della trascrittasi inversa (NNRTI) e gli inibitori della proteasi (IP).

La storia del trattamento dell'infezione da HIV inizia nel 1987 con l'introduzione del primo NRTI, la zidovudina; negli anni successivi, a questa si sono aggiunti altri farmaci della stessa classe utilizzati dapprima in monoterapia e poi in terapia duplice.

Questi trattamenti avevano raggiunto risultati limitati per quanto riguarda il controllo della malattia e quindi il miglioramento della qualità di vita e la sopravvivenza.

La vera "rivoluzione terapeutica" è iniziata nel "1996-97" con l'introduzione degli inibitori della proteasi e successivamente degli inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa; l'avvento dei nuovi farmaci ha dato inizio all'era della "highly active antiretroviral therapy" (HAART) e conseguenza è stata una significativa riduzione di nuovi casi di AIDS, di infezioni opportunistiche e di decessi che l'utilizzo su vasta scala della triplice combinazione ha determinato nei paesi dove è stato possibile accedervi.

Inoltre, per la prima volta dall'inizio dell'epidemia da HIV, si è iniziato a parlare di recupero del sistema immunitario e, sia pur con eccessivo entusiasmo, di eradicazione della malattia.

Attualmente le linee-guida internazionali consigliano di utilizzare una terapia di combinazione comprendente tre o più farmaci tra quelli sopra ricordati.

Numerosi studi clinici controllati hanno dimostrato che questo trattamento è in grado di ottenere una soppressione virale efficace e duratura e di permettere la ricostituzione del sistema immunitario.

Questi risultati permettono oggi di considerare l'infezione da HIV come una malattia cronica che può consentire una buona qualità di vita. Al contrario la speranza di eradicare la malattia ha subito una battuta d'arresto e si è reso evidente che il trattamento deve essere prolungato per un periodo indefinito.

Questa necessità ha fatto emergere nuovi problemi legati al trattamento cronico: il primo legato alla comparsa di eventi avversi e di tossicità a lungo termine, il secondo conseguente alle numerose interazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche fra gli antiretrovirali e altri trattamenti farmacologici di cui il paziente può necessitare. Il documento tratta analiticamente tutti questi aspetti.

5) Il documento "Aggiornamenti in materia di gestione clinica, diagnostica e terapeutica delle epatiti virali croniche".

Il documento ha la finalità di aggiornare informazioni ed indicazioni sulla diagnostica, la gestione ed il trattamento delle epatiti virali croniche, sulla base di una revisione delle conoscenze disponibili al dicembre 2002. Per la sua elaborazione si è fatto riferimento alle linee-guida elaborate nel corso di "Consensus confereces" europee ed americane ed alle bozze di linee-guida elaborate da associazioni scientifiche italiane. Il costante progresso delle metodologie diagnostiche, la disponibilità di nuovi farmaci, e la conseguente definizione di nuovi protocolli di trattamento *validati* in studi controllati internazionali ne richiederà un costante aggiornamento.

6) Il documento "Raccomandazioni per l'applicazione dei test di resistenza di HIV ai farmaci antiretrovirali".

I benefici clinici della HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) sono ostacolati dalle resistenze dell'HIV ai farmaci antiretrovirali che ne riducono progressivamente il margine di successo. Dai risultati di numerosi studi retrospettivi e prospettici si evince l'opportunità di impiegare i test di resistenza per decidere la terapia alternativa in caso di fallimento ma i termini di utilizzo dei test e l'interpretazione dei risultati dovrebbero venire criticamente vagliati.

Ceppi virali portatori di mutazioni di resistenza possono venire trasmessi sia orizzontalmente che verticalmente. La prevalenza di ceppi farmaco-resistenti in pazienti nuove al trattamento antiretrovirale a livello di popolazione trattata che a sua volta condiziona la probabilità di

trasmissione dell'infezione dai pazienti in trattamento, tempo intercorso tra l'avvenuta infezione con ceppi resistenti e il momento in cui il paziente viene sottoposto al test di resistenza; tipo di test impiegato (genotipo o fenotipo), mutazioni considerate e cut-off del test fenotipoetc.). Tali fattori possono giustificare le prevalenze (dal 2% al 25%) e i trend temporali che sono altamente variabili a seconda dello scenario epidemiologico. Sebbene non siano disponibili evidenze di studi prospettici randomizzati controllati a supporto dei test di resistenza per orientare la scelta farmacologica in pazienti naive, è stato dimostrato come la presenza di farmaco-resistenze si associ ad un significativo incremento del rischio di non risposta iniziale e/o a un accorciamento della durata di risposta al trattamento (Little, 2002).

Gli obiettivi dell'utilizzo dei test di resistenza sono essenzialmente i seguenti: a) determinare la responsabilità delle resistenze nella genesi del fallimento; b) consentire (ove possibile) di escludere dalla terapia i farmaci nei cui confronti HIV abbia sviluppato livelli di resistenza; c) ottenere la massima soppressione della replicazione virale; d) impedire l'accumolo di mutazioni di resistenza cui conseguirebbe un'ulteriore estensione della cross-resistenza di classe.

ATTIVITA' DELLA CONSULTA DEL VOLONTARIATO PER I PROBLEMI DELL'AIDS

La Consulta del volontariato per i problemi dell'AIDS è stata ricostituita per l'anno 2002 con D.M. 18/12/2001, ai fini dell'approfondimento delle questioni informativo-educative, psico-sociali, etiche, dell'assistenza e della prevenzione in materia di AIDS. Esprime pareri e formula proposte nell'ambito delle materie concernenti la lotta contro l'AIDS che sono, di volta in volta, oggetto di discussione nelle riunioni della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e le malattie infettive emergenti

La Consulta si riunisce, di norma, prima della Commissione nazionale AIDS. E' presieduta dal Vice-Presidente della C.N.A. e ai lavori partecipano, con compiti di coordinamento con l'attività della Commissione, due componenti di quest'ultima, designati nel decreto di ricostituzione. Possono, altresì, essere chiamati a partecipare ai lavori altri componenti della C.N.A. designati dal Vice-Presidente.

Nel corso dell'anno 2002 la Consulta del volontariato per i problemi dell'AIDS si è riunita otto volte e precisamente: il 14/1/02, il 25/3/02, il 29/4/02, il 27/5/02, il 22/7/02, il 24/9/02, il 22/10/02, il 16/12/02. Gli argomenti trattati sono stati i seguenti:

- linee guida relative alla profilassi post-esposizione;
- progetto obiettivo AIDS 2002-2004;
- aggiornamento dello stato di attuazione del programma di costruzione e ristrutturazione delle unità operative per le malattie infettive;
- discussione sul protocollo elaborato dal Centro nazionale trapianti;
- aggiornamento sul programma di interventi contro l'AIDS in Africa;
- problematiche attinenti i LEA e l'assistenza ai malati di AIDS;
- applicazione delle linee guida per l'impiego dei test di resistenza all'HIV dei farmaci antiretrovirali.

2. L'ATTIVITA' DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Introduzione

Le direttive di indirizzo politico-amministrativo in tema di iniziative per la prevenzione e la lotta all'AIDS sono approvate annualmente dal Comitato Amministrativo dell'ISS.

Nell'anno 2002 è continuato il finanziamento delle attività di ricerca ed intervento nel campo dell'AIDS per evitare l'interruzione di un lavoro che, sotto tutti gli aspetti, è stato proficuo e produttivo e che impegna, oltre ai ricercatori dell'ISS, larga parte della comunità biomedica italiana.

Le attività sostenute, con i finanziamenti dell'ISS nell'anno 2002, nel campo della prevenzione e della lotta contro l'AIDS possono essere raggruppate essenzialmente in due grandi filoni:

- I. Attività di intervento e di sorveglianza in stretto coordinamento con istituzioni Regionali, del Servizio Sanitario Nazionale o internazionali, gestite e realizzate direttamente dall'ISS con la collaborazione, ove richiesta, di Centri esterni.
- II. Attività di ricerca attuata: 1) mediante l'organizzazione, il coordinamento e la gestione di Progetti annuali di ricerca intramurali ed extramurali finanziati dall'ISS tramite il Programma Nazionale AIDS; 2) mediante finanziamenti da parte dell'ISS o di altri enti o Istituzioni, nazionali ed internazionali, di progetti di ricerca presentati e condotti dai ricercatori dell'ISS. In particolare, tramite il primo meccanismo, l'ISS finanzia progetti svolti sia dai propri ricercatori (ricerca intramurale) che quelli svolti dalle altre strutture di ricerca nazionali (dell'Università e del Servizio Sanitario Nazionale - ricerca extramurale) impegnate in attività identificate come prioritarie per potenziali ricadute applicative per il controllo ed il trattamento dell'AIDS.

ATTIVITA' DI INTERVENTO E DI SORVEGLIANZA

La sorveglianza dell'AIDS è un'attività specifica del Reparto AIDS e Malattie Sessualmente Trasmesse, precedentemente denominato Centro Operativo AIDS (COA), del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, che provvede alla gestione delle schede di notifica dei casi nonché alla pubblicazione di rapporti sull'andamento dell'epidemia, e del reparto Infezioni da Retrovirus del Laboratorio di Virologia.

Si illustrano di seguito le attività di intervento e sorveglianza nel campo dell'AIDS più importanti eseguite in ISS.

Il Registro AIDS (RAIDS)

Il Registro AIDS raccoglie i dati di notifica, i quali sono resi disponibili, criptandone l'identificazione, a studiosi italiani, e stranieri, e confluiscono, per singoli *records*, alla Banca Dati europea. Il Reparto AIDS e Malattie Sessualmente Trasmesse provvede alla diffusione di un aggiornamento semestrale (fino al 1998 trimestrale) dei dati sui nuovi casi di AIDS che viene pubblicato sul notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il Registro serve da base per una serie di studi collaterali, quali:

A) Lo studio sistematico del ritardo di notifica, che ha permesso di correggere il trend e fornire dati maggiormente accurati ed aggiornati;

B) La verifica dei decessi per AIDS (Codice ISTAT 279.1) e dello stato in vita dei pazienti con AIDS, che permette la stima della sottonotifica dei casi di AIDS e l'elaborazione di accurate stime di sopravvivenza. I risultati di questo progetto hanno suggerito che meno del 10% dei casi di AIDS non viene notificato al RAIDS. A partire dal 1996 si è evidenziato un significativo allungamento della sopravvivenza dei pazienti con AIDS.

C) Lo sviluppo di modelli matematici per la previsione dell'andamento della malattia, che hanno permesso di costruire le basi epidemiologiche su cui si è articolato il Piano Nazionale AIDS nell'ultimo triennio. Questa linea ha ottenuto risultati importanti, permettendo di ricostruire l'incidenza dell'infezione da HIV nel nostro paese, nonché di valutare con buona approssimazione le dimensioni dell'epidemia HIV in Italia. I modelli di "back-calculation", sino ad ora utilizzati, non sono però, più validi, dal momento che l'introduzione delle nuove combinazioni di farmaci anti-retrovirali ha modificato il tempo di incubazione, uno dei parametri essenziali per la costruzione di tali modelli. Ciò implica lo sviluppo di metodi innovativi.

D) indagini sui casi a trasmissione non nota sono state da tempo avviate ed hanno portato alla riclassificazione di un elevato numero di pazienti che inizialmente non avevano fattori di rischio noti.

Sorveglianza dell'infezione da HIV e indagini sierologiche

Secondo le indicazioni della Commissione Nazionale AIDS, peraltro già contenute nella Legge AIDS, n. 135 del 1990, un crescente interesse viene dedicato alla stima del numero degli infetti ed al trend dell'infezione da HIV, in modo da consentire un tempestiva conoscenza del fenomeno.

Analogamente a quanto avviene negli Stati Uniti ed in altri paesi europei, l'effetto di popolazione delle nuove terapie anti-retrovirali ha determinato la necessità di affiancare ai tradizionali sistemi di sorveglianza dell'AIDS dei sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Infatti, come già accennato, i parametri su cui si basano le stime effettuate in base ai modelli di "back-calculation" (es: andamento dell'incidenza dei casi di AIDS e distribuzione dei tempi di incubazione dell'AIDS) sono ora fortemente condizionati dal trattamento. Sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV sono già attivi in 3 regioni e in 2 provincie, mentre altre regioni hanno attivato dei sistemi locali già nel corso dell'anno 2001 ed altri sistemi regionali sono stati attivati nel 2002. L'obiettivo è quello di realizzare sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV in tutte le regioni italiane; questo prevede la presenza di un coordinamento attivo di tali sistemi da parte del Reparto AIDS e Malattie Sessualmente Trasmesse che fornirà un supporto tecnico alle regioni che lo richiederanno.

Sono stati inoltre validati metodi di laboratorio atti a identificare le infezioni recenti a partire da sieri prelevati all'atto della diagnosi di infezione da HIV.

Questi metodi si basano sull'esecuzione di un test che valuta il grado di avidità anticorpale (che è minore nelle infezioni recenti).

Sorveglianza delle malattie sessualmente trasmesse (MST)

La sorveglianza delle malattie a trasmissione sessuale (MST) ha fornito una descrizione dell'epidemiologia di 23 quadri clinici di MST in Italia negli ultimi 12 anni, consentendo quindi di ottenere nuovi dati su numerose patologie non sottoposte a notifica obbligatoria, sulle quali non si aveva alcuna informazione. Una rete sentinella composta da 48 centri pubblici, specializzati nella diagnosi e cura delle MST e distribuiti sul territorio italiano, ha segnalato dal 1991 più di 87.000 casi di MST. Sulla base di questi dati sono stati descritti gli andamenti temporali e geografici delle

patologie segnalate, le caratteristiche dei pazienti MST, il contributo di soggetti stranieri nella diffusione delle MST nel nostro paese, è stata monitorata la diffusione dell'infezione da HIV in questa popolazione, sono stati attivati progetti locali/regionali per migliorare l'assistenza sanitaria e la prevenzione di varie MST. Inoltre, nell'ultimo anno è stata identificata un'epidemia di sifilide primaria-secondaria in varie regioni italiane. In collaborazione con gli assessorati regionali sono stati organizzati corsi di formazione rivolti ai medici specialisti del settore ed ai laboratoristi, e sono stati promossi convegni e corsi di aggiornamento a livello locale. Da quest'anno, inoltre, è stata attivata una rete europea per la sorveglianza delle MST alla quale partecipa anche l'Italia attraverso i dati del sistema di sorveglianza MST.

Il Telefono Verde AIDS

Il Telefono Verde AIDS 800-861061 (TVA) del Reparto AIDS e MST del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, è un Servizio Nazionale, anonimo e gratuito, che dal 1987 svolge attività di prevenzione primaria e secondaria sull'infezione da HIV e sull'AIDS rivolta alla popolazione generale, attraverso un'informazione scientifica e personalizzata erogata con il metodo del counselling telefonico.

L'équipe multidisciplinare del Telefono Verde AIDS, coordinata da una ricercatrice (psicologa), costituita da sei ricercatori (medici e psicologi) e da un collaboratore tecnico svolge:

- attività di counselling telefonico sull'infezione da HIV e sull'AIDS;
- attività di studio e di ricerca a livello nazionale e internazionale;
- attività di educazione sanitaria rivolta a studenti delle Scuole Medie Inferiori e Superiori;
- attività di formazione teorico-pratica sul counselling vis à vis e telefonico per operatori psico-socio-sanitari.

Si riporta di seguito il rapporto relativo all'attività di counselling telefonico svolta dal Servizio a partire dal giugno 1987.

Il TVA è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 13.00 alle ore 18.00 e attraverso sei linee telefoniche offre agli utenti l'opportunità sia di ricevere informazioni, sia di approfondire quelle già in loro possesso. L'intervento effettuato da ricercatori esperti si basa sulla tecnica del counselling vis à vis ed ha lo scopo di:

- fornire informazioni scientifiche e personalizzate alla persona/utente;
- favorire attraverso il colloquio l'individuazione del reale problema della persona/utente;
- prospettare insieme alla persona/utente possibili soluzioni;
- facilitare nella persona/utente la diminuzione del disagio e dell'ansia per una migliore ricezione del messaggio informativo, al fine di favorire modifiche comportamentali e decisionali;
- supportare la persona/utente nel momento di crisi.

Il Servizio è fornito di un software di data entry e di gestione archivi on-line. I dati statistici raccolti durante l'attività telefonica riguardanti la provincia, il sesso, l'età, l'eventuale comportamento a rischio e il tipo di domanda posta dall'utente, vengono immessi direttamente in personal computer attraverso l'uso di un sistema di codifica alfanumerico.

Tale sistema permette un'elaborazione periodica dei dati, che consente una puntuale valutazione del processo informativo svolto.

Il TVA dal giugno 1987 al dicembre 2002 ha ricevuto un totale di 497.909 telefonate; di queste 348.707 (70,0%) da utenti di sesso maschile, 148.811 (29,9%) da utenti di sesso femminile, per 391 (0,1%) tale informazione è mancante.

La distribuzione per classi di età, evidenzia che il 77,6% delle telefonate proviene da utenti di età compresa tra i 20 e i 39 anni.

Per quanto riguarda le aree geografiche di provenienza delle telefonate si rileva che dal Nord sono giunte 233.878 telefonate (47,0%); dal Centro 139.737 (28,1%); dal Sud 87.190 (17,5%); dalle Isole 31.905 (6,4%); per 5.199 (1,0%) l'informazione non è indicata.

I gruppi di utenti più rappresentati risultano gli Eterosessuali 255.552 (51,4%) e i "Non fattori di rischio" cioè persone che non hanno corso alcun rischio - NFDR 148.048 (29,7%).

Gli esperti del TVA hanno risposto negli anni a 1.332.922 quesiti che riguardano i seguenti argomenti: informazioni sul test 25,9%, modalità di trasmissione 24,2%, aspetti psico-sociali 14,6%, disinformazione 12,4%, prevenzione 7,9%, virus 6,7%, sintomi 3,6%, terapia e ricerca 1,7%, altro 3,0%.

Per quanto riguarda i giovani, fino al dicembre 2002 hanno chiamato il TVA 40.619 persone di età inferiore a 20 anni, di questi il 61,2% sono di sesso maschile e il 38,7% di sesso femminile; per lo 0,1% tale informazione non è disponibile.

Il numero totale dei quesiti posti dai giovani è di 104.153 e riguardano i seguenti argomenti: informazioni sul test 26,4%, modalità di trasmissione 24,5%, aspetti psico-sociali 12,4%, disinformazione 11,6%, prevenzione 10,5%, virus 7,7%, sintomi 2,3%, terapia e ricerca 0,6%, altro 4,0%.

Infine, in questi anni sono pervenute al Servizio 1.682 telefonate da parte di persone straniere: 493 (29,3%) da cittadini Americani, 484 (28,8%) da cittadini Africani, 262 (15,6%) da cittadini non appartenenti all'Unione Europea (U.E.), 253 (15,0%) da cittadini dell'Unione Europea (U.E.), 174 (10,3%) da cittadini Asiatici e 4 (0,2%) da cittadini che provengono dall'Oceania. Per 12 (0,7%) utenti non è stato possibile individuare la provenienza. Il 60,8% degli stranieri sono di sesso maschile; il 38,6% sono di sesso femminile; per lo 0,6% tale informazione non è disponibile.

I quesiti posti dagli stranieri sono 4.696 e riguardano i seguenti argomenti: informazioni sul test e centri 36,6%, modalità di trasmissione 24,1%, aspetti psico-sociali 15,2%, disinformazione 8,0%, prevenzione 6,7%.

Il metodo del counselling telefonico, utilizzato dai ricercatori del TVA tenendo conto della complessità delle variabili psicologiche, sociali e culturali dei singoli individui, permette di fornire informazioni scientifiche, aggiornate e individualizzate, fondamentali per prevenire il diffondersi del virus HIV/AIDS e aiutare la persona a trovare le basi motivazionali per non "agire" comportamenti a rischio e/o per modificare quelli già esistenti.

Progetti di carattere terapeutico specificamente mirati a definire strategie di intervento applicabili ai paesi in via di sviluppo

Nei paesi in via di sviluppo, l'andamento dell'epidemia è più grave e le risorse più limitate. I progetti di carattere terapeutico specificamente mirati a definire strategie di intervento applicabili ai paesi in via di sviluppo sono coordinati dal Reparto Infezioni da Retrovirus del Laboratorio di Virologia e si articolano su vari piani che comprendono: 1) lo svolgimento in paesi africani di studi clinici per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da madre a figlio, tenendo conto dell'importanza specifica delle modalità di allattamento; 2) lo svolgimento in collaborazione con organismi nazionali europei ed industria farmaceutica di ricerche precliniche per l'identificazione di microbicidi vaginali utilizzabili nella prevenzione della trasmissione sessuale dell'HIV; 3) l'allestimento in collaborazione con l'OMS di un piano internazionale di sorveglianza sulla diffusione nelle varie aree nel modo di ceppi di HIV resistenti ai farmaci anti-retrovirali; 4) la creazione di una rete di solidarietà terapeutica ospedaliera per la lotta all'AIDS e la definizione di progetti di intervento in vari paesi africani volti ad assicurare l'accesso a quelle cure che nei paesi con adeguate risorse economiche hanno modificato la storia clinica dell'infezione.