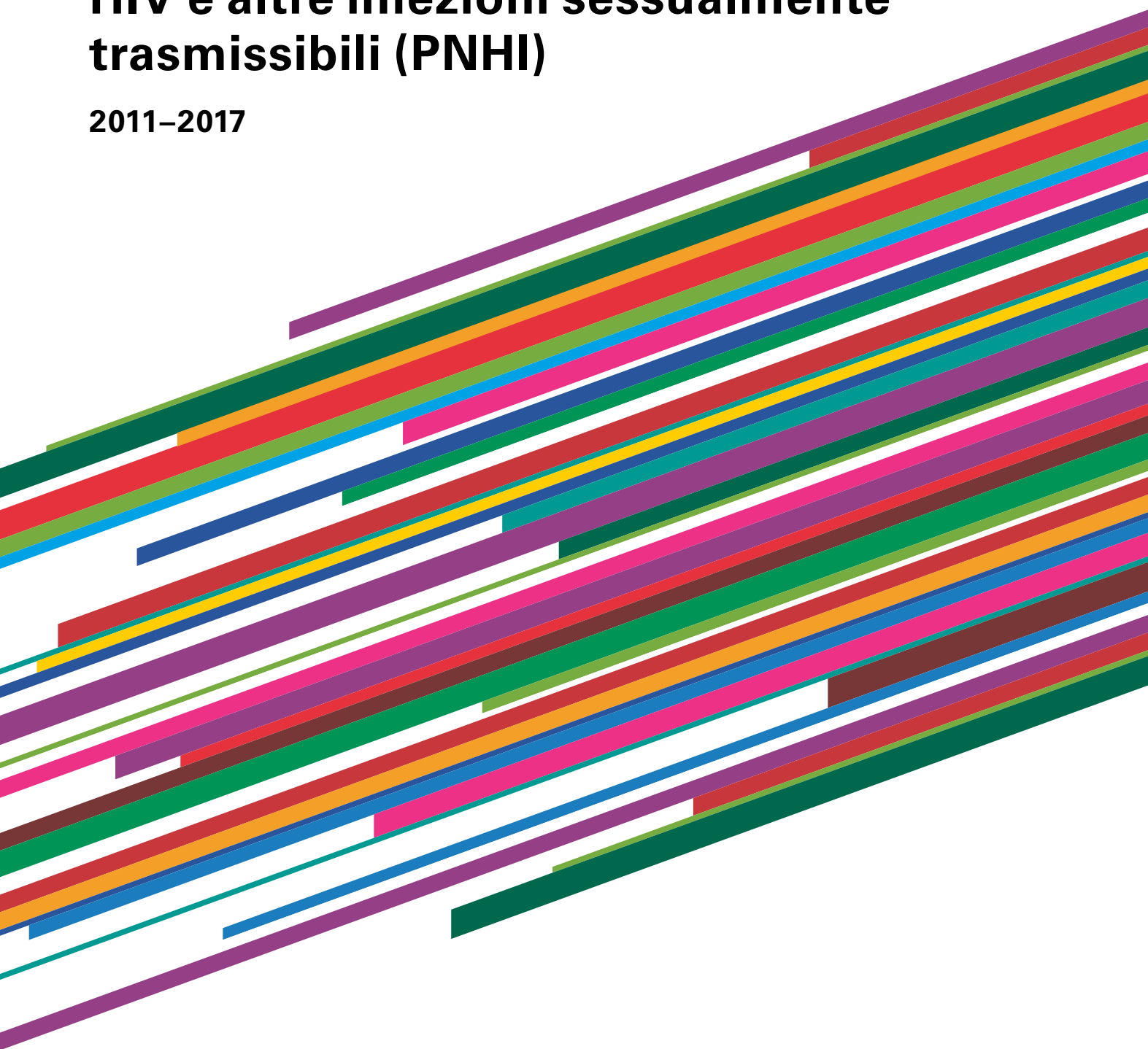


Programma nazionale

HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili (PNHI)

2011–2017



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Sigla editoriale

© Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Editore: Ufficio federale della sanità pubblica, dicembre 2010

Informazioni: Sezione prevenzione e promozione, UFSP, 3003 Berna

Telefono +41 (0)31 323 88 11, Internet: aids@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch/aids

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco, francese e inglese.

Essa può anche essere scaricata nel formato PDF.

Responsabile del progetto: Roger Staub, capo della Sezione prevenzione e promozione (UFSP)

Direzione di progetto: Gaby Szöllösy, Matthias Gnädinger (UFSP)

Assistenza al progetto:

Commissione federale per i problemi legati all'Aids CFPA

Comitato strategico (composto dalle principali organizzazioni mantello, da gruppi delle persone colpite e dalle associazioni professionali mediche nel campo dell'HIV e delle IST)

Aids Service Action Plan (un servizio offerto da UNAIDS e dalla Banca mondiale che esamina le strategie nazionali di lotta contro l'HIV).

Team di redazione dell'UFSP: Gaby Szöllösy, Matthias Gnädinger, Martin Werner, Luciano Ruggia, Steven Derendinger, Simone Eigenmann-Schüttel, Stefan Boller, Deborah Gaspoz, Karen Klaue, Martin Gebhardt, Francisca Morán Cadenas, Jean-Luc Richard, Norina Schwendener.

Contributi esterni: Prof. Dr. Pietro Vernazza (presidente della CFPA), Prof. Dr. Kurt Pärli (vicepresidente della CFPA), Dr. Claudia Kessler (Swiss Centre for International Health, Basilea), Dr. Barbara Haering (per il capitolo «Ricerca»)

Grafica: visu'! AG, Agentur für Identity und Kommunikation, Berna

Numero di pubblicazione UFSP: OeG 12.10 1200 d 600 f 100 i 400 e 20EXT 1015

Ordinazioni:

UFCL, Pubblicazioni federali, 3003 Berna

www.bundespublikationen.admin.ch

Numero d'ordinazione: 311.932.i

Riproduzione (anche parziale) autorizzata con indicazione della fonte

Stampato su carta sbiancata senza cloro

Programma nazionale

HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili (PNHI)

2011–2017



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

1	Sommario	5
2	La prevenzione dell'HIV e delle altre infezioni sessualmente trasmissibili segue la linea di lavoro collaudata e apre nuove prospettive	9
3	HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili: rilevanza per la salute pubblica e conoscenze mediche	15
4	Sorveglianza biologica: panoramica sull'HIV e sulle altre IST soggette a obbligo di dichiarazione	21
4.1	HIV: epidemiologia in Svizzera e in Europa	23
4.1.1	L'HIV in Svizzera	23
4.1.2	L'HIV in Europa	30
4.2	Altre IST: epidemiologia in Svizzera e in Europa	32
4.2.1	Le IST soggette all'obbligo di dichiarazione in Svizzera	32
4.2.2	Le IST in Europa	42
5	Sorveglianza comportamentale: panoramica sui singoli gruppi di popolazione	43
6	Tassi di trasmissione elevati malgrado l'intenso lavoro sull'HIV	53
7	Nuove sfide per il lavoro di prevenzione	57
7.1	La prevenzione richiede partecipazione e mira all'empowerment	60
7.2	La strategia del test HIV	63
7.3	I messaggi di prevenzione (riquadro delle sfide)	66
8	Risorse necessarie per la realizzazione	67
9	La visione del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili	71
10	Quattro obiettivi generali indicano la direzione del futuro lavoro sull'HIV e sulle IST	75
11	Tre assi d'intervento strutturano il futuro lavoro sull'HIV e sulle IST	81

12	Preambolo agli obiettivi del programma	87
13	Obiettivi secondo gli assi d'intervento nonché relative misure e competenze	91
13.1	Obiettivi, misure e competenze nell'asse d'intervento 1	94
13.2	Obiettivi, misure e competenze nell'asse d'intervento 2	98
13.3	Obiettivi, misure e competenze nell'asse d'intervento 3	102
14	I compiti di sostegno permettono di raggiungere gli obiettivi	107
14.1	Impegno contro la discriminazione e la stigmatizzazione delle persone affette dall'HIV e/o da un'IST e vulnerabili	109
14.2	Governance: il coordinamento è la chiave per la riuscita del lavoro sull'HIV e sulle IST	112
14.3	L'evidenza scientifica fornisce le basi per la pianificazione delle misure (di prevenzione)	114
14.4	La ricerca mirata colma le lacune scientifiche	117
14.5	Iscrizione del lavoro sull'HIV e sulle IST nel contesto internazionale	120
15	Appendice	125
15.1	Stakeholder che hanno contribuito all'elaborazione del programma	127
15.2	Operazionalizzazione del PNHI da parte dei vari attori: ripartizione dei ruoli	129
15.3	Rilevanza dell'agente patogeno in base a criteri epidemiologici e non epidemiologici	133
15.4	Tabella riassuntiva delle infezioni sessualmente trasmissibili	134
15.5	La distribuzione di siringhe non aiuta solo i tossicodipendenti	140
15.6	Dichiarazione della CFPA su specifiche questioni giuridiche concernenti l'informazione del partner nel PNHI	141
15.7	Estratto dal rapporto: «Forschung zu Sexual Health/STI: Übersicht und Möglichkeiten der Förderung»	142
16	Glossario	145
17	Abbreviazioni	159
18	Bibliografia	163

1 SOMMARIO



Il Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili 2011–2017 (PNHI) è volto a migliorare la salute sessuale della popolazione svizzera. La sua base legale è costituita dalla legge sulle epidemie e la sua azione si svolge sul piano della lotta contro le malattie: il PNHI è una strategia nazionale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell'HIV e delle altre infezioni sessualmente trasmissibili (IST), come clamidiosi, sifilide, gonorrea, epatite, papillomavirus umano (HPV), linfogranuloma venereo, herpes e altre ancora.

Il programma si basa sull'evidenza scientifica, in particolare sui risultati di quattro studi esterni¹ condotti da specialisti di rinomanza internazionale. Elaborato mediante un processo partecipativo con le principali cerchie interessate (stakeholder), il programma definisce le linee guida contenutistiche per il lavoro sull'HIV e sulle IST in Svizzera per i prossimi sette anni, costituendo così la «unità de doctrine» per tutte le organizzazioni attive nel campo dell'HIV e delle IST.

Sono quattro i motivi principali che hanno spinto allo sviluppo di un nuovo programma in tema di HIV e IST:

1. L'HIV è una malattia cronica grave e complessa la cui eradicazione oggi appare irrealistica. HIV e Aids sono trattabili, ma non curabili. Non è ancora stato sviluppato un medicamento così potente da guarire una persona malata né si intravede la possibilità di disporre di un vaccino efficace nei prossimi anni.
2. In Svizzera, negli ultimi 10 anni si sono registrate annualmente da 600 a 800 nuove infezioni da HIV. Queste persone richiedono una terapia farmacologica per il resto della loro vita. Il trattamento di una persona infetta costa fino a un milione di franchi svizzeri (costo lifetime della terapia: 25'000 CHF all'anno per una speranza di vita media di 40 anni dalla diagnosi). Se non è trattata, l'infezione da HIV è letale.
3. Le IST, se non trattate, possono avere gravi conseguenze: malattie croniche, sterilità, cancro, complicazioni della gravidanza e serie malformazioni o problemi nei neonati. Le infezioni da *Chlamydia trachomatis* sono la principale causa di infertilità in Europa.
4. Considerando la globalizzazione e la mobilità della popolazione, HIV e le IST rimangono malattie potenzialmente epidemiche e possono minacciare la salute pubblica in Svizzera.

Da questa situazione iniziale deriva *la visione* del PNHI:

In Svizzera vi sono le premesse affinché le persone possano vivere una sessualità senza preoccupazioni e senza rischi, in modo autonomo e nel rispetto reciproco. Il Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili 2011–2017 fornisce un contributo essenziale a questo obiettivo, permettendo ai cittadini di proteggere e migliorare la loro salute sessuale.

Il programma definisce quattro obiettivi generali:

1. Grazie a un'adeguata opera di sensibilizzazione e informazione, gli abitanti della Svizzera sono in grado di difendere i loro diritti in materia di sessualità (che derivano dai diritti umani in generale).
2. Mediante efficaci e innovative misure di prevenzione comportamentale e strutturale diminuisce il rischio di trasmissione di HIV e di altre IST rilevanti sotto il profilo della salute pubblica.
3. Le persone infette sono diagnosticate precocemente, trattate tempestivamente e correttamente e godono di un'assistenza completa, affinché continuino a vivere la loro quotidianità con la massima qualità di vita possibile. La diagnosi precoce e il trattamento corretto riducono le conseguenze tardive e i danni nel lungo termine alla salute.
4. Il lavoro sull'HIV e sulle IST ha un effetto duraturo poiché è accettato dalla popolazione, fa leva sulla partecipazione dei gruppi bersaglio, si basa sull'evidenza scientifica e nel contempo consente di apportare innovazioni. Le offerte sono pensate in base alle esigenze dei gruppi bersaglio e sono coordinate tra loro.

Modello dei 3 assi d'intervento:

Per strutturare il lavoro sull'HIV e sulle IST, il PNHI suddivide l'insieme degli interventi in tre assi. Ogni asse d'intervento si rivolge a determinati gruppi bersaglio. Questa suddivisione si basa su considerazioni di prevalenza e di vulnerabilità (pericolo).

■ **Asse d'intervento 1:** tutte le persone che vivono in Svizzera.

Quest'asse mira a preservare l'elevata aderenza ai comportamenti di protezione della popolazione generale. Tutte le persone che vivono in Svizzera devono essere consapevoli che l'HIV e le IST continuano a costituire un problema e devono proteggersi in caso di contatti a rischio (safer sex).

■ **Asse d'intervento 2:** persone sessualmente attive con elevato rischio di esposizione all'HIV e/o alle IST (uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, migranti provenienti da Paesi ad alta prevalenza, lavoratori del sesso, consumatori di stupefacenti per via endovenosa, detenuti) e loro partner.

¹ Kessler et al. (2009) Nationales HIV/Aids-Programm: Webbasierte Stakeholderbefragung 2009
 Rosenbrock et al. (2009) Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts
 Kessler (2009) International Context Analysis HIV & STI Strategies and Programmes: The European and International Reference
 Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

L'obiettivo in quest'asse è rallentare al massimo la diffusione dell'HIV e delle IST. Le persone che appartengono a un gruppo con elevata prevalenza di IST e/o di HIV o che frequentano un ambiente di questo tipo devono rimanere HIV negativi e non contrarre altre IST malgrado il rischio accresciuto.

■ **Asse d'intervento 3:** persone affette da HIV e/o da una IST e loro partner sessuali (non contagiati).

In quest'asse il compito consiste nell'eliminare rapidamente o ridurre al minimo l'infettività delle persone colpite, evitare il contagio dei partner e impedire che le persone HIV positive o affette da IST contraggano altre IST.

Gli obiettivi generali di ogni asse d'intervento vengono scomposti in singoli obiettivi da raggiungere.

Innovazione

Oltre a costituire lo sviluppo del lavoro già collaudato nel campo HIV/Aids, la nuova strategia contiene alcune importanti *innovazioni*:

1. L'inclusione nel programma delle altre infezioni sessualmente trasmissibili (IST): questo ampliamento si è reso urgente per diversi motivi.

- Epidemiologico: le diagnosi di sifilide, gonorrea, clamidiosi sono in aumento dal 2000.
- Le IST sono un motore dell'epidemia di HIV: aumentano l'infettività dei portatori di HIV e incrementano la predisposizione all'HIV. Inoltre, l'interazione tra l'HIV e le altre IST può complicare la terapia.
- Creare sinergie: i messaggi di prevenzione contro l'HIV in parte sono identici o simili a quelli contro le IST. Per la prevenzione si possono sfruttare le strutture già presenti per il lavoro sull'HIV.
- L'inclusione delle IST riflette la tendenza internazionale: numerosi altri Paesi sviluppati (es. Regno Unito) adottano strategie combinate.

2. L'informazione sui propri diritti in materia di sessualità: i diritti delle persone in materia di sessualità derivano dai diritti umani e comprendono la libertà, la parità giuridica, la sfera privata, l'autodeterminazione, l'integrità e la dignità di ogni essere umano. In Svizzera questi diritti sono garantiti, ma non tutte le persone riescono a farli valere. Mediante la necessaria informazione il programma fa in modo che gli abitanti della Svizzera possano determinare la loro vita sessuale e provvedere alla loro salute sessuale, ricorrendo in caso di bisogno ai servizi di prevenzione e assistenza disponibili.

3. Prevenzione per gruppi di popolazione particolarmente a rischio: rispetto al passato, il PNHI concentra maggiormente gli sforzi di prevenzione sui gruppi bersaglio interessati. Sono previste misure di preven-

zione comportamentale e strutturale anche nei contesti in cui si muovono i gruppi bersaglio, oltre a concetti di testing specifici.

4. Normalizzazione dell'informazione volontaria del partner: ad ogni diagnosi la persona infetta viene incoraggiata a informare il partner o ad acconsentire che venga informato (se necessario in modo anonimo). I partner sono testati rapidamente e all'occorrenza trattati per evitare una reinfezione «ping-pong».

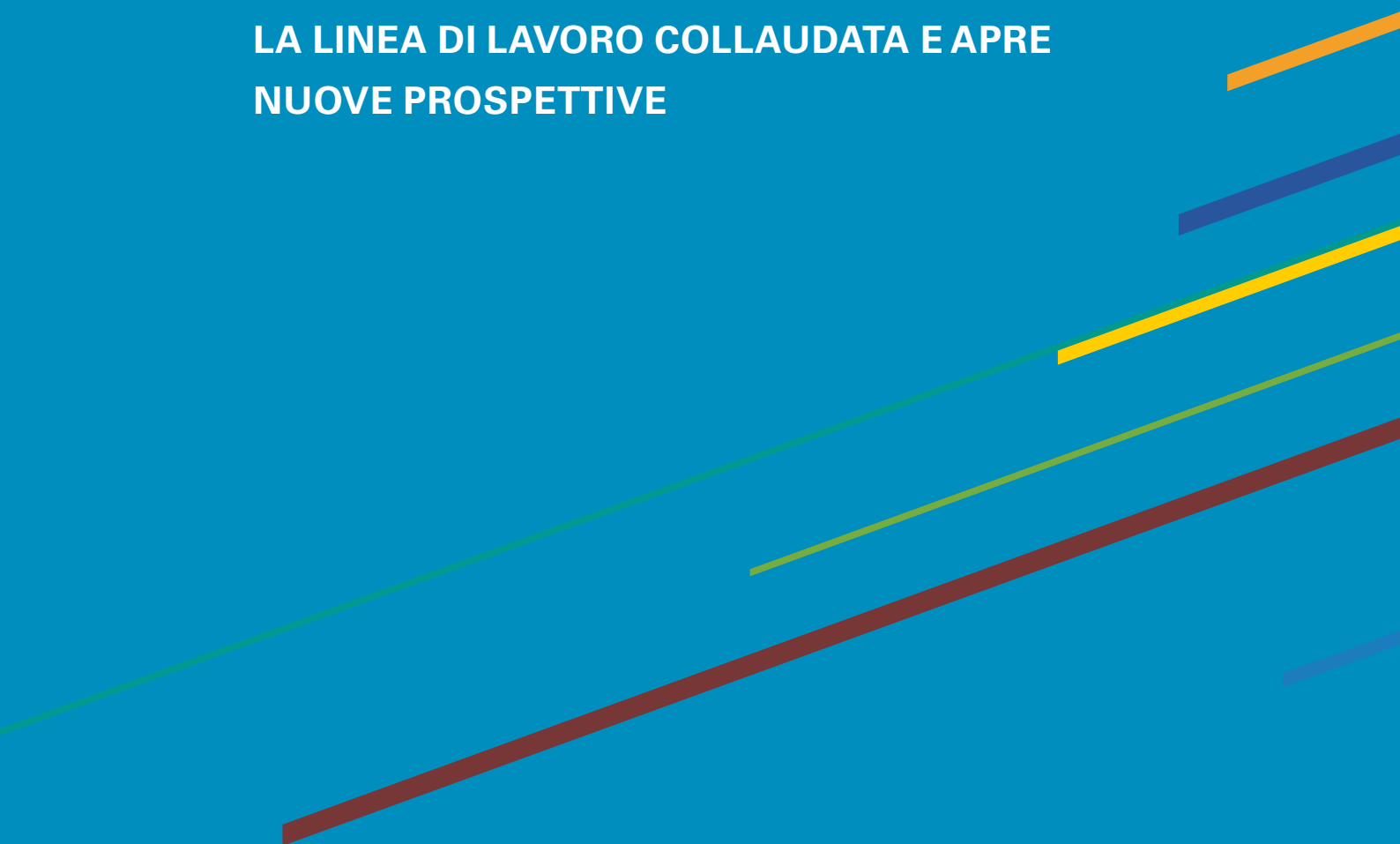
5. Diagnosi e terapia sono elementi importanti della prevenzione: il trattamento di una IST o dell'HIV va avviato quanto prima per ridurre al minimo il rischio di ulteriori contagi. Le persone infette sono incoraggiate a sottoporsi tempestivamente alla terapia e incentivate a mantenere la necessaria aderenza al trattamento. Nelle persone con IST, i fornitori di prestazioni sanitarie di norma sono tenuti a controllarne l'esito dopo la terapia.

6. Trattamento completo dei pazienti con HIV: data l'importanza dell'aderenza al programma terapeutico, per la salute pubblica così come per il paziente, le persone HIV positive devono ricevere un trattamento completo, integrato all'occorrenza da un sostegno (giuridico, sociale, ecc.). Va lanciato un progetto pilota per verificare l'efficacia di un modello di gestione della malattia nel campo HIV/IST, al fine di migliorare ulteriormente la qualità della terapia.

7. La «third generation surveillance» fornisce l'evidenza richiesta: oggi le decisioni strategiche per l'allocazione delle risorse sono rese difficili dal fatto che le varie misure di prevenzione non sono confrontabili tra loro in termini di efficacia e di costi. Il PNHI prevede lo sviluppo di un modello di cosiddetta third generation surveillance (sorveglianza di terza generazione), che amplia la sorveglianza biologica nel settore delle IST e colma le lacune nella sorveglianza comportamentale. Questo modello combina quindi le conoscenze acquisite nella sorveglianza dell'HIV e delle IST e comprende un monitoraggio con analisi costi-benefici delle offerte di prevenzione e di assistenza.

8. Promozione di progetti innovativi: l'istituzione di un pool per l'innovazione consente di erogare finanziamenti iniziali per nuovi progetti promettenti (o per progetti pilota) nei settori della prevenzione, della diagnosi e della terapia. Questo provvedimento è teso a garantire che le idee innovative – anche se provenienti da piccole organizzazioni – abbiano una possibilità di essere testate e adeguatamente monitorate. Le idee che alla prova dei fatti si dimostrano di successo diventano nuovi elementi di evidenza.

2 LA PREVENZIONE DELL'HIV E DELLE ALTRE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI SEGUE LA LINEA DI LAVORO COLLAUDATA E APRE NUOVE PROSPETTIVE



La Svizzera vanta quasi tre decenni di esperienza nel lavoro sull'HIV. Nel 1981 è stata effettuata la prima diagnosi di Aids (i termini preceduti da una freccia sono definiti nel glossario del capitolo 16). Da quel momento la Confederazione e i suoi partner principali hanno realizzato quattro programmi nazionali HIV, raggiungendo importanti obiettivi: praticamente tutti gli abitanti in Svizzera attivi sessualmente conoscono il pericolo di un'infezione da HIV e sanno come proteggersi. L'accesso a servizi di consulenza professionale e a un'assistenza medica di alta qualità è generalmente garantito. Malgrado ciò, ogni anno da 600 a 800 persone contraggono il HIV. Oggi più di 20'000 persone convivono con l'HIV in Svizzera. Sebbene l'infezione da HIV non conduca più automaticamente all'Aids perché ora è trattabile (ma non curabile) con farmaci, negli ultimi anni nel nostro Paese si sono comunque registrati annualmente circa nuovi 200 casi di Aids e diverse decine di decessi dovuti alla malattia.

Per impedire l'insorgenza dell'Aids, le persone infette da HIV devono assumere medicinali per tutta la vita. I costi totali di una terapia antiretrovirale a vita possono raggiungere la cifra di un milione di franchi (25'000 franchi all'anno per una speranza di vita media di 40 anni dal momento della diagnosi). Secondo le stime², i costi annuali per i trattamenti con i medicinali antiretrovirali (ART) a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel 2008 hanno superato i 200 milioni di franchi (circa 8000 pazienti per 25'000 franchi ciascuno) e crescono del 10% ogni anno. La terapia dell'HIV costituisce quindi quasi l'uno per cento dell'intero volume annuale dei premi assicurativi. In altre parole, ogni singolo contagio che riusciamo ad evitare consente di far risparmiare all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie 20'000 franchi di farmacoterapia ogni anno. E soprattutto risparmia a una persona una terapia che dovrà seguire ininterrottamente per decenni attenendosi a un piano di assunzione prestabilito.

La speranza che il progresso medico riesca nel medio termine a neutralizzare l'infezione, mediante nuovi medicinali che portino alla completa guarigione o con un potente vaccino che consenta una realistica eradicazione del virus, è ancora lontana dal concretizzarsi. E anche ipotizzando che nell'immediato futuro si giungesse a una svolta, l'esperienza insegna che occorrerebbero ancora anni se non decenni prima di poter impiegare un preparato o un nuovo provvedimento su larga scala, raggiungendo l'obiettivo desiderato. Perciò è necessario un quinto Programma nazionale dedicato a combattere la diffusione dell'HIV e delle IST mediante la prevenzione, il riconoscimento precoce e il trattamento corretto e a migliorare la qualità della vita delle persone affette da HIV e/o da IST.

Integrazione delle altre infezioni sessualmente trasmissibili

Il Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili 2011–2017 si fonda sulle esperienze e le conquiste delle passate strategie, sviluppando ulteriormente il collaudato lavoro sull'HIV nei settori della prevenzione, della diagnosi e della terapia, vale a dire: la campagna di enorme successo «LOVE LIFE STOP AIDS» per sensibilizzare la popolazione generale, le misure di prevenzione per i gruppi bersaglio, le offerte professionali di consulenza e test, l'assistenza medica di alta qualità e la ricerca integrata sull'HIV/Aids, per esempio quella condotta nell'ambito dello studio svizzero della coorte HIV (SHCS).

Nel contempo il programma presenta un'innovazione decisiva: come recita il nome, infatti, integra le altre infezioni sessualmente trasmissibili (IST). Questo ampliamento si è reso necessario per numerosi motivi:

Da una parte è stato dettato dall'evoluzione epidemiologica, che negli ultimi anni ha conosciuto un aumento dell'incidenza di varie IST. Per esempio il numero di dichiarazioni di infezioni da clamidia è triplicato dal 2000, mentre nello stesso periodo si è registrato un aumento delle diagnosi di sifilide, principalmente presso gli uomini. Le infezioni da gonococchi (gonorrea) sono rimaste stabili a un livello elevato. La sifilide e la gonorrea sono più diffuse in Svizzera rispetto alla media dell'Europa occidentale. Spesso il decorso delle IST è asintomatico, il che complica il loro riconoscimento. Tuttavia, le IST non trattate possono comportare gravi conseguenze come malattie croniche, tumori maligni, sterilità, complicazioni della gravidanza e danni al feto o malformazioni neonatali. Le IST possono inoltre provocare una grave sofferenza individuale e, dato che parecchie di loro si trasmettono facilmente e/o sono molto diffuse, diventare un problema per la salute pubblica.

² La stima dell'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP si basa su inchieste tra le casse malati e sui dati dello studio svizzero della coorte HIV.

In secondo luogo, l'evidenza medica depone nettamente a favore della prevenzione concertata di HIV e IST, perché presentano interazioni: la maggior parte delle IST aumenta la suscettibilità a un'infezione da HIV, mentre nelle persone HIV positive un'IST concomitante può accrescere l'infettività dell'HIV³. Nelle persone infette da HIV, le IST sono in parte più difficili da riconoscere e da trattare. Altre IST sono inoltre implicate nella diffusione dell'HIV: allo stato attuale delle conoscenze sono considerate infatti un acceleratore importante dell'epidemia di HIV.

Da tutto ciò nasce, in terzo luogo, la consapevolezza che la lotta comune contro l'HIV e le altre IST sia utile e crei sinergie per dare un impulso alla prevenzione delle IST non solo sulla base, ma anche all'interno delle collaudate strutture di prevenzione dell'HIV. A maggior ragione in considerazione del fatto che le regole del «safer sex» formulate nel quadro della lotta all'HIV contribuiscono a ridurre (se non a eliminare del tutto) il rischio di contrarre la maggior parte delle altre IST: i messaggi di prevenzione sono in parte gli stessi o molto simili. Tuttavia, occorrono ulteriori misure e messaggi di prevenzione specifici per le altre IST, poiché oggi la maggior parte della popolazione, tra cui i gruppi a rischio, è scarsamente informata in merito alle IST e non conosce l'interazione reciproca tra IST e HIV.

In quarto luogo, con l'inclusione delle IST nella strategia nazionale, la Svizzera viene incontro al desiderio di molti «stakeholder» che nell'attività quotidiana mettono già in pratica la prevenzione combinata dell'HIV e delle altre IST, e si conforma alla tendenza internazionale: già molti Stati, tra cui il Regno Unito, la Francia, la Svezia e la Norvegia, hanno sviluppato strategie per la lotta comune contro l'HIV e le altre IST. In alcuni Paesi (Regno Unito) si tratta di veri programmi di «sexual health» (per promuovere la salute sessuale).

Questi motivi spiegano perché il PNHI faccia confluire in ampia misura l'HIV e le altre IST sullo stesso piano strategico e li menzioni entrambi nella denominazione. Tuttavia va sempre tenuto presente che l'HIV è una malattia cronica molto più grave della maggior parte delle altre IST: la vita di una persona sieropositiva cambia permanentemente a causa dell'HIV e della relativa terapia, e la complessità dell'infezione pone ai fornitori di prestazioni sanitarie esigenze ben diverse rispetto a gran parte delle altre IST.

Non è un programma di «sexual health»

Il PNHI non è un programma di promozione della salute sessuale. È doveroso menzionare che il PNHI non costituisce una strategia di promozione integrale della salute sessuale. Sebbene gli interventi previsti mirino sempre a migliorare la salute sessuale della popolazione, il programma agisce prevalentemente sul piano della lotta alle malattie trasmissibili, ossia l'HIV e le altre IST. Diversamente dalla strategia britannica, quella svizzera non può ancora ambire a essere un vero programma di «sexual health», che comprenda per esempio anche la lotta all'abuso sessuale o trattamenti per la fertilità. Questo perché, sebbene alcuni Cantoni abbiano varato leggi sulla prevenzione, attualmente in Svizzera manca una base legale nazionale in tema di prevenzione.⁴ Perciò la strategia svizzera poggia sulla legge sulle epidemie,⁵ che conferisce alla Confederazione e ai Cantoni solo il compito di lottare contro le malattie trasmissibili e proteggere le persone dagli agenti patogeni. La Svizzera, con la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal, 832.10), dispone di un sistema nazionale di rimborso delle spese sanitarie.

³ Essenzialmente i motivi della maggior suscettibilità e infettività sono i seguenti: le ulcere della mucosa costituiscono importanti porte d'accesso e di uscita per l'HIV. Lesioni e infiammazioni richiamano grandi quantità di cellule immunitarie specializzate, che costituiscono un ambiente molto accogliente per l'HIV. I componenti degli agenti patogeni stimolano la produzione di messaggeri da parte delle cellule immunitarie, incentivando anche la moltiplicazione dei virus HIV.

⁴ Al momento della pubblicazione del presente programma, la legge sulla prevenzione (RS 818.31) si trova ancora allo stadio di deliberazione parlamentare.

⁵ Legge federale del 18 dicembre 1970 per la lotta contro le malattie trasmissibili dell'uomo (Legge sulle epidemie). RS 818.101

Il presente programma prosegue la stretta collaborazione tra Confederazione, Cantoni, autorità comunali e organizzazioni non statali, poiché questo fattore si è rilevato decisivo per il successo delle precedenti strategie. Di conseguenza, il programma è stato sviluppato nell'ambito di un processo partecipativo che ha coinvolto diversi attori⁶; in vari workshop e per iscritto hanno avuto più volte la possibilità di presentare le loro richieste e di discutere le proposte dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Il documento elaborato in comune definisce i criteri di riferimento per tutte le istituzioni e gli attori coinvolti nel lavoro sull'HIV e sulle IST. La strategia e gli obiettivi sono vincolanti per la Svizzera.⁷ I singoli attori decidono in che modo procedere all'attuazione concreta e come impiegare i mezzi disponibili. La Confederazione ha il compito di coordinare i provvedimenti.

Struttura e durata del programma

Il documento intende servire da opera di consultazione per specialisti ma anche per i profani interessati. Nella prima parte è presentata una panoramica delle principali conoscenze sulla lotta contro l'HIV e le IST: spiegazioni sulla rilevanza per la salute pubblica delle singole IST e dell'HIV, sulle caratteristiche della trasmissione, risultati della sorveglianza biologica, della sorveglianza comportamentale, un'analisi dei principali sviluppi e delle nuove sfide nel lavoro sull'HIV e sulle IST, nonché spiegazioni sulla strutturazione degli interventi. Inoltre il documento contiene informazioni sulle risorse necessarie. La prima parte ha quindi la funzione di chiarire il contesto svizzero al momento del varo del PNHI. In una seconda parte sono descritte e illustrate le finalità (con visione, obiettivi generali e obiettivi singoli). Infine il programma contiene proposte concrete per il raggiungimento degli obiettivi. Tuttavia, a livello operativo queste proposte possono essere sottoposte a modifiche, a seconda di come potrebbe variare la situazione; inoltre, non hanno alcuna pretesa di completezza. Il PNHI inoltre chiarifica i ruoli, indicando quali attori sono competenti per quali compiti. La ripartizione dei ruoli è descritta in appendice (15.2) e offre una panoramica sull'operationalizzazione del programma. In virtù del limitato potere dispositivo della Confederazione (nel sistema federale svizzero l'attuazione dei provvedimenti di salute pubblica compete prevalentemente ai Cantoni) si tratta di un orientamento strategico con carattere di raccomandazione.

Il programma prevede una durata di sette anni. Un periodo che può sembrare insolito, ma siccome i successi nel campo della prevenzione si manifestano soltanto nel medio termine, sette anni sembrano una durata appropriata, che consente di impostare le misure tese a raggiungere gli obiettivi su un arco di cinque anni. In seguito, le misure e il loro apporto al raggiungimento degli obiettivi verranno sottoposte a una valutazione approfondita e verrà lasciato tempo per elaborare un programma successivo. Se in questi 7 anni si dovessero imporre delle modifiche per la comparsa di nuova evidenza, esse andranno introdotte in conformità ai processi definiti nel programma. Lo sviluppo del presente programma ha evidenziato l'enorme importanza di disporre di sufficiente tempo per elaborare in modo fondato gli obiettivi in collaborazione con i principali partner e stakeholder, assicurandone in questo modo la generale condivisione. La chiave del successo di questo programma sta nel raccogliere e indirizzare tutte le forze coinvolte verso gli obiettivi: per arrestare l'ulteriore diffusione dell'HIV e delle altre IST è necessario un metodo concertato unito a un'attuazione coordinata della strategia prestabilita in tutta la Svizzera.

Intendiamo quindi ringraziare tutti coloro che hanno partecipato all'elaborazione del programma. Si sono impegnati a fondo e hanno dato un contributo prezioso, senza il quale questo programma non avrebbe raggiunto il livello attuale. Confidiamo di realizzarlo insieme.

⁶ L'elenco degli attori è riportato nell'appendice 15.1 (stakeholder che hanno contribuito all'elaborazione del programma).

⁷ Secondo l'articolo 118 capoverso 2 lettera b della Costituzione federale (Cost.), la Confederazione emana prescrizioni sulla lotta contro malattie trasmissibili, fortemente diffuse o maligne dell'uomo e degli animali, tra cui rientrano l'HIV e le IST. Inoltre la Confederazione ha la competenza di definire le direttive di attuazione del programma HIV e IST. Ai sensi della legge sulle epidemie, la Confederazione esercita anche l'alta vigilanza e coordina i provvedimenti dei Cantoni (art. 9 LEp). Perciò la competenza dello sviluppo della strategia spetta alla Confederazione, che ne sorveglia anche l'attuazione. Le disposizioni della Confederazione sono quindi vincolanti.

3 HIV E ALTRE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI: RILEVANZA PER LA SALUTE PUBBLICA E CONOSCENZE MEDICHE



Più di 20 malattie infettive possono essere trasmesse per via sessuale. Sono causate principalmente da batteri e virus, ma anche da funghi o parassiti, e presentano grandi differenze in termini di sintomi, decorso e possibilità di trattamento. Non tutte queste malattie hanno la stessa rilevanza per la salute pubblica, per cui urge definire le priorità anche solo per un impiego razionale delle limitate risorse finanziarie e umane destinate alla sorveglianza e alla lotta contro gli agenti patogeni.

Per stabilire l'ordine delle priorità nella sorveglianza di salute pubblica, l'UFSP ha sviluppato nel 2008 lo strumento «Priority Setting Tool». I criteri decisionali nel campo della salute pubblica devono essere oggettivi, trasparenti, basati sull'evidenza, espliciti e misurabili, affinché le limitate risorse possano essere impiegate in modo ottimale. Lo strumento pondera le malattie infettive secondo diversi modelli, ossia in base a criteri epidemiologici⁸, non epidemiologici⁹ e secondo la loro percezione nella popolazione, nonché combinando i vari criteri. Consente quindi un accesso semplice a informazioni standardizzate e basate sull'evidenza relative a un gran numero di agenti patogeni e permette di eseguire confronti. La base di dati di questo strumento risale al 2005/2006. Secondo i criteri menzionati, l'HIV è al secondo posto nella graduatoria di rilevanza per la salute pubblica. Nel frattempo non dovrebbero esserci stati cambiamenti significativi (vedi anche nell'appendice 15.3 la rappresentazione grafica sull'importanza degli agenti patogeni secondo criteri epidemiologici e non epidemiologici). La base di dati sulle altre infezioni sessualmente trasmissibili è meno delineata (cfr. capitolo 4.2, IST: epidemiologia). In virtù dei dati disponibili provenienti dalle dichiarazioni e dei criteri epidemiologici, al momento dell'approvazione del programma oltre all'HIV erano considerate rilevanti per la salute pubblica le seguenti infezioni sessualmente trasmissibili:

- gonorrea
- sifilide
- clamidia
- epatite B
- epatite C
- papillomavirus umano (HPV)
- herpes (HSV 1 e 2)
- linfogranuloma venereo (LGV)

Trasmissione dell'HIV e delle altre IST

L'HIV e le altre IST – come dice il nome – hanno in comune la trasmissione mediante rapporti sessuali non protetti. Tuttavia, i vari agenti patogeni si differenziano per infettività e vie di trasmissione. In questo capitolo vengono presentate le differenze tra i rischi di trasmissione dell'HIV e delle altre IST. Per complemento informativo, nell'appendice 15.4 si trova una tabella con le IST principali, che elenca nel dettaglio sintomi, complicazioni, prevalenza e possibili metodi di trattamento.

L'HIV si trasmette prevalentemente mediante rapporti sessuali non protetti: l'applicazione delle regole del safer sex riduce nettamente il rischio di contagio. Stando alle dichiarazioni (vedi capitolo «Epidemiologia dell'HIV»), nel 2009 in Svizzera si sono registrati 646 nuovi casi di positività al test HIV, di cui 578 (90%) riconducibili a rapporti sessuali non protetti.¹⁰

Non tutte le pratiche sessuali presentano lo stesso rischio di trasmissione di HIV. La pratica più rischiosa – per ambedue i partner – è il sesso anale non protetto, mentre si ritiene che un rapporto vaginale non protetto comporti un rischio minore. Diversamente da quanto spesso si crede, il rischio che un uomo HIV negativo venga contagiato da una partner HIV positiva è solo trascurabilmente minore rispetto alla situazione inversa (donna HIV negativa e uomo HIV positivo). Il rischio non può essere escluso durante i contatti sessuali orogenitali se lo sperma finisce in bocca o viene ingerito o se durante il cunnilinguo vi è sangue mestruale che finisce in bocca del o della partner. I rapporti orali senza eiaculazione o fuori dal periodo delle mestruazioni sono considerati sicuri, sempre che non ci siano altre IST. Infatti il rischio di trasmettere il virus HIV in queste situazioni può aumentare nettamente se una delle persone coinvolte soffre già di un'altra IST, anche se rimane decisamente inferiore rispetto al rischio legato a una penetrazione anale o vaginale.

Altre IST sono trasmesse, spesso più facilmente dell'HIV, mediante il contatto con la mucosa genitale o anale: è il caso della clamidiosi, della gonorrea, della sifilide, dell'epatite B, dell'herpes genitale (HSV), del papillomavirus umano (HPV), del linfogranuloma venereo (LGV) e di altre ancora. Anche molte IST sono trasmissibili per via orogenitale, e di

⁸ Tra i criteri epidemiologici si annoverano: gravità della malattia, incidenza, gruppi a rischio con gravità più elevata, comparsa o ricomparsa di un agente patogeno, necessità di misure immediate di salute pubblica, potenziale di diffusione, variazioni nell'incidenza, interventi di salute pubblica già esistenti.

⁹ Tra i criteri non epidemiologici si annoverano: interesse nazionale di altri settori, interesse internazionale di altri settori, potenziale bioterroristico, interesse dei media.

¹⁰ Vedi anche Bollettino dell'UFSP n. 18 del 3 maggio 2010, pagg. 480–483. Gli altri casi sono riconducibili a scambio di siringhe e aghi durante il consumo di stupefacenti, trasmissione verticale da madre a figlio e trasfusioni di sangue. Il rischio di trasmissione e di infezione dipende anche dal tipo e dalla durata dell'esposizione all'HIV (il rischio di infettarsi è maggiore in caso di esposizione massiccia, come durante una trasfusione di sangue), dalla quantità inoculata di virus (persone con carica virale più elevata es. durante la primoinfezione sembrano essere più infettive) e da vari cofattori (es. malnutrizione, infezioni concomitanti del tratto urogenitale), vedi anche <http://www.aidsfinder.org>.

solito è sufficiente il contatto tra le mucose, diversamente dall'HIV in cui è necessario il contatto con secrezioni genitali (sperma, sangue mestruale): è il caso della clamidiosi, della gonorrea, della sifilide, dell'epatite B, dell'herpes genitale (HSV), del papillomavirus umano (HPV), del linfogranuloma venereo (LGV). Tutte le IST, tra cui l'HIV, in rari casi possono essere trasmesse anche attraverso oggetti contaminati come un dildo (o anche con le mani).¹¹ Come l'HIV, anche alcune IST sono soggette a una possibile trasmissione verticale da madre a bambino durante il parto, per esempio la gonorrea, la clamidiosi, la sifilide, l'herpes, l'epatite B e C e l'HPV.

Misure di protezione da un contagio sessuale

La protezione sicura dall'HIV e da tutte le IST è garantita dall'astinenza sessuale o da una stretta monogamia in una relazione in cui non sono presenti HIV o IST. Tuttavia questa non può essere considerata una misura realistica di salute pubblica. Piuttosto, tutte le persone devono avere la possibilità di prendere decisioni informate per gestire responsabilmente il rischio di trasmissione dell'HIV o di altre IST e proteggersi dai danni a lungo termine per la salute causati da un contagio.

Il preservativo non protegge da tutte le IST così efficacemente come dall'HIV, perché alcuni agenti patogeni riescono a infettare anche attraverso la pelle intatta e il preservativo copre solo il glande e il fusto del pene. Anche un contatto con una lesione cutanea sifilitica esterna alla zona genitale può comportare la trasmissione della sifilide.¹²

La circoncisione diminuisce il rischio di trasmissione di HIV e IST. Secondo alcuni studi scientifici il rischio di trasmissione dell'HIV nei contatti eterosessuali può ridursi persino del 60%.¹³ Perciò l'Organizzazione mondiale della sanità consiglia di annoverare anche la circoncisione tra i mezzi per la lotta contro l'HIV/Aids e le altre IST. Parallelamente va comunque specificato con chiarezza che la sola circoncisione non costituisce una protezione sicura da un'infezione.

La diagnosi e la terapia precoce hanno anche carattere preventivo: nelle IST che si trasmettono con relativa facilità (come la gonorrea, la sifilide o la clamidia) non si tratta in prima linea di prevenire ogni contagio, ma di riconoscere tempestivamente una possibile infezione, curarla radicalmente con la terapia corretta e arrestare così l'ulteriore diffusione dell'agente patogeno (le persone colpite devono essere motivate ad adottare misure protettive durante la fase infettiva). Le IST batteriche spesso sono facilmente curabili. Per la gonorrea vengono usati antibiotici, così come per le infezioni da clamidia (anche se in questo caso spesso si giunge a una guarigione spontanea). Anche la sifilide guarisce con una terapia antibiotica, perlomeno nei primi stadi dell'infezione. Le IST virali per contro sono generalmente più difficili da trattare. Contro un'epatite B cronica si possono utilizzare medicinali antivirali. Il trattamento tiene sotto controllo la replicazione del virus; con alcune forme di terapia giunge a guarigione completa il 20–30% dei casi. I medicinali antivirali servono anche a ridurre la durata degli episodi erpetici nell'HSV e, in caso di frequenti recidive, una terapia continua può allungare l'intervallo tra gli episodi.

I medicinali antiretrovirali come misura preventiva

sono un tema sempre più discusso. Alla Conferenza mondiale sull'Aids di Vienna del giugno 2010 è stato annunciato un grande studio sulla profilassi pre-esposizione PrEP. Ma anche se tale studio dimostrasse l'efficacia di questo metodo, rimarrebbero diverse questioni da chiarire prima di propagandarlo. Per esempio una terapia profilattica somministrata a una persona la cui sieropositività è ignota può provocare resistenze al farmaco. Inoltre, l'ampio impiego di medicinali antiretrovirali potrebbe renderli rapidamente inefficaci.

I microbicidi sono medicinali applicati localmente al fine di formare una barriera contro l'HIV e le altre IST. Alla Conferenza mondiale sull'Aids di Vienna i ricercatori hanno presentato uno studio nel quale un microbicide (gel che si applica sulla mucosa della vagina, del pene o dell'ano) si è rivelato capace di ridurre le infezioni da HIV e la trasmissione dell'herpes. In questo grande studio condotto in Sudafrica il rischio di trasmissione dell'HIV è calato in media del 40 per cento circa¹⁴. Diversamente dai microbicidi poco efficaci del passato, che si basavano sul principio della barriera chimica, oggi la sperimentazione si concentra su microbicidi contenenti principi attivi antiretrovirali, come quelli usati per la terapia dell'HIV. Per le donne vulnerabili (per esempio le lavoratrici del sesso) i microbicidi efficaci potrebbero costituire un giorno un'importante misura protettiva, in virtù della possibilità di applicarli autonomamente

¹¹ Per esempio un herpes genitale può essere trasmesso in modo relativamente facile tramite oggetti contaminati. Vedi anche AAS, UFSP, Infections sexuellement transmissibles, Informations aux conseillères et conseillers; Flepp et al. (1999), Präventionsempfehlungen zur Reduktion des HIV-Übertragungsrisikos bei orogenitalen Sexualpraktiken behalten ihre Gültigkeit

¹² Vedi anche AAS, UFSP, Infections sexuellement transmissibles, Informations aux conseillères et conseillers

¹³ WHO et al. (2007) New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications

¹⁴ CAPRISA – Center for the AIDS Programme of Research in South Africa (2010) The Caprisa 004 tenofovir gel trial results

prima del contatto sessuale e indipendentemente dal partner. Tuttavia occorrono ulteriori ricerche e fasi di sviluppo prima di disporre di un prodotto utilizzabile su larga scala. Inoltre, i microbicidi agiscono solo se utilizzati secondo le prescrizioni, il che si è rivelato un problema per parecchie partecipanti allo studio.

Il vaccino contro l'HIV è una prospettiva lontana

Sono disponibili vaccini solo contro l'epatite B, l'HPV e l'epatite A a trasmissione fecale-orale (questa malattia si trasmette per via sessuale solo molto raramente). Gli sforzi per sviluppare un vaccino contro l'HIV sinora non hanno prodotto risultati concreti, anche se alla Conferenza sui vaccini contro l'Aids di Parigi dell'ottobre 2009 è stato annunciato un modesto successo di un vaccino anti-HIV. Uno studio randomizzato e placebo controllato condotto per tre anni in Thailandia su 16'000 uomini e donne, di cui la metà ha ricevuto il vaccino mentre all'altra è stato iniettato un placebo, ha evidenziato nello stesso periodo 51 casi di contagio da HIV nel gruppo dei vaccinati a fronte di 74 casi nel gruppo placebo. L'efficacia del vaccino è stata calcolata intorno al 30%. Secondo modelli matematici, un vaccino capace di prevenire il 60% delle trasmissioni di HIV sarebbe già una grande svolta e ridurrebbe in modo decisivo la diffusione del virus in una popolazione, senza tuttavia garantire una protezione sicura delle singole persone. L'euforia quindi è prematura, perché non è ancora stato sviluppato un vaccino efficace e sicuro utilizzabile nella popolazione generale. A tal proposito sono significative le parole pronunciate da Michel Sidibé, direttore esecutivo dell'UNAIDS, alla conferenza stampa dell'evento parigino: «A ready to use vaccine against HIV could be more than a decade away [...] Meanwhile we have to redouble our combination HIV prevention efforts to stop the continuing tide of new HIV infections.» (È possibile che occorra ancora più di un decennio per arrivare a un vaccino pronto per l'uso. Nel frattempo devono essere intensificati gli sforzi di prevenzione dell'HIV per arrestare il continuo aumento dei nuovi casi di infezione).¹⁵ Malgrado i primi successi parziali nel campo dei vaccini, il messaggio è chiaro: anche nel secondo decennio del ventunesimo secolo una prevenzione efficace, il riconoscimento precoce e un trattamento efficace restano l'unico approccio promettente per mantenere basso il numero dei nuovi casi.

Perciò la vaccinazione anti-HIV, i microbicidi e la profilassi pre-esposizione non sono temi affrontati dalla presente strategia. In ottemperanza al suo mandato, la Commissione federale per i problemi legati all'Aids (CFPA) ha il compito di vigilare sulle nuove conoscenze nel campo dell'HIV e delle altre infezioni sessualmente trasmissibili. Se queste dovessero imporre delle modifiche alla strategia, la CFPA fornirà il proprio parere all'Ufficio federale della sanità pubblica sollecitando i necessari cambiamenti.

¹⁵ UNAIDS (2009) Scientists come together for the AIDS Vaccine Conference 2009

4 SORVEGLIANZA BIOLOGICA: PANORAMICA SULL'HIV E SULLE ALTRE IST SOGGETTE A OBBLIGO DI DICHIARAZIONE



4.1 HIV: EPIDEMIOLOGIA IN SVIZZERA E IN EUROPA

L'HIV infetta cellule del sistema immunitario normalmente deputate a respingere gli agenti patogeni ed a eliminare le cellule patologicamente alterate dell'organismo (cellule CD4, chiamate cellule aiutanti o helper). La loro disfunzione causata da un'infezione da HIV può essere compensata solo fino a un certo punto. In caso di **infezione da HIV non trattata** si distinguono le seguenti fasi:

1. Infezione da HIV acuta (◊primoinfezione): da alcuni giorni ad alcune settimane dopo l'infezione possono manifestarsi sintomi temporanei come febbre, ingrossamento dei linfonodi, dolori alle articolazioni e disturbi non specifici. Più della metà delle persone infette attraversa una primoinfezione.
2. Fase asintomatica: la seconda fase dura in media da 8 a 10 anni. Di norma in questo periodo non si manifestano disturbi clinici indotti dall'HIV, ma prosegue comunque la riproduzione del virus che va a infettare nuove cellule immunitarie. La persona colpita resta più o meno infettiva, a seconda della ◊carica virale.
3. Inizio dell'immunodeficienza: con Aids («Acquired Immune Deficiency Syndrome») si designa lo stadio in cui il sistema immunitario è fortemente compromesso ed insorgono le malattie che definiscono l'Aids, potenzialmente letali, come alcune infezioni opportunistiche (p. es. polmonite da *Pneumocystis*, toxoplasmosi cerebrale), tumori (p. es. sarcoma di Kaposi, linfomi non Hodgkin) o gravi sintomi generali (p. es. febbre di origine sconosciuta, malattie neurologiche). Con l'introduzione delle terapie antiretrovirali combinate il numero di casi di Aids è diminuito nei Paesi che dispongono di un sistema sanitario funzionante e di farmaci antiretrovirali accessibili in quantità sufficiente.

4.1.1 L'HIV IN SVIZZERA

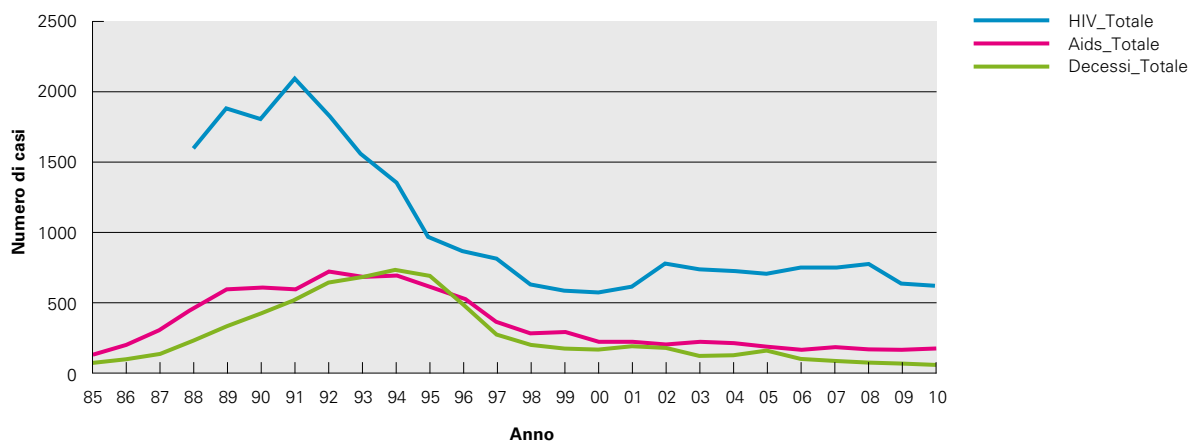
Si presume che l'HIV si sia diffuso in Svizzera già negli anni 1970, poiché il primo caso fu diagnosticato (retrospettivamente) nel 1981. Nel 1985 alcuni laboratori svizzeri erano in grado di identificare gli anticorpi contro l'HIV e di notificare i casi di sieropositività all'UFSP. Dal dicembre del 1987 HIV e Aids sono soggetti a ◊obbligo di dichiarazione.

Nei primi due anni dall'introduzione del test HIV, ossia nel 1985 e 1986, furono diagnosticate e dichiarate soprattutto infezioni da HIV prevalenti, vale a dire infezioni accumulate nella popolazione dall'inizio ignoto dell'epidemia (2800 casi dichiarati nel 1985). Le cifre calarono leggermente nel 1987 e 1988, anno in cui più della metà delle 1604 dichiarazioni di sieropositività riguardava consumatori di stupefacenti per via endovenosa (in inglese «IDU»), più di un quarto uomini aventi rapporti sessuali con altri uomini (◊MSM) e circa il 20% persone contagiate tramite rapporti eterosessuali. Mentre nel 1988 il numero di diagnosi di HIV era già in forte diminuzione nel gruppo degli IDU e solo in lieve aumento in quello degli MSM, la tendenza tra gli eterosessuali era ancora in forte aumento, invertendosi solo nel 1992 (fig. 1). Presumibilmente a causa degli sforzi di prevenzione e della grande visibilità dell'epidemia di Aids, negli anni seguenti si registrò un'incidenza in forte calo in tutti i gruppi fino all'anno 2000.

Nel 2001 per la prima volta si rivide un aumento dei test HIV positivi (da 578 a 631). Nel 2002 i casi crebbero ulteriormente fino a 794, ossia il 25% in più rispetto all'anno precedente. Dall'analisi separata per sesso, via di trasmissione e nazionalità, è emerso che il numero di test HIV positivi è aumentato principalmente negli MSM e nelle donne provenienti da Paesi con epidemia generalizzata¹⁶. Dopo qualche anno in cui il numero totale di nuove diagnosi di HIV è rimasto relativamente stabile tra 740 e 780 casi, nel 2009 è di nuovo diminuito del 17%.

¹⁶ In Svizzera si tratta in prima linea di Paesi dell'Africa sub-sahariana (96,6%), oltre ad alcuni Paesi dei Caraibi (2,4%) e dell'America centrale o meridionale (1%). Percentuali basate sulle dichiarazioni dei medici dal 2000 al 2009.

HIV, Aids e decessi per HIV/Aids in Svizzera



HIV, Aids e decessi per HIV/Aids, eterosessuali

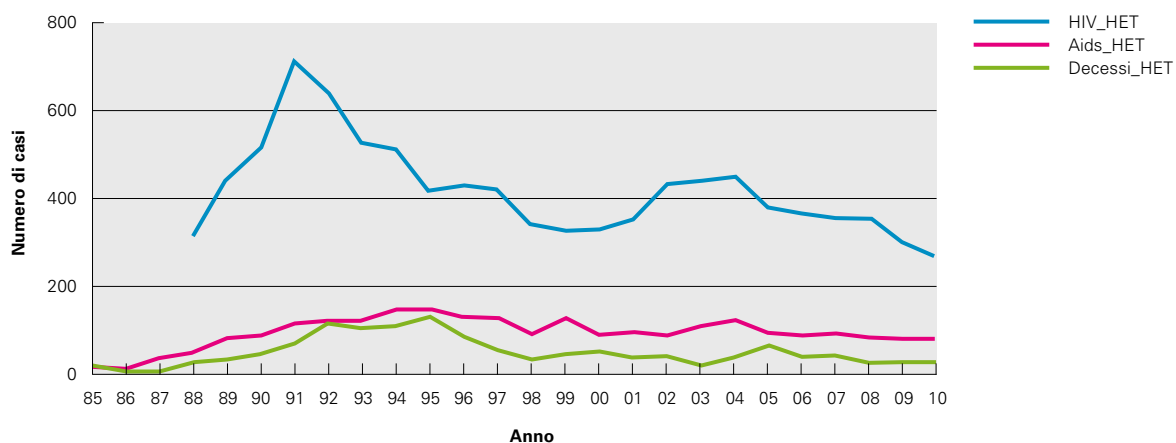
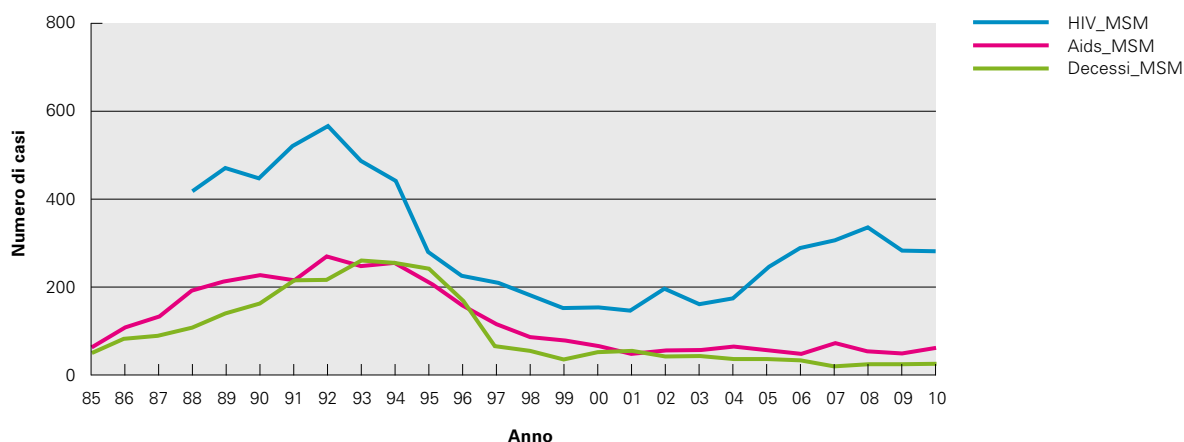


Figura 1: Nuove diagnosi di infezioni da HIV, nuovi casi di Aids e decessi all'anno per le persone affette da HIV o Aids in Svizzera, numero totale e in base alla via di trasmissione. Spicca la diminuzione dei casi di Aids e dei decessi dalla metà degli anni 1990, in virtù dell'ampio impiego di terapie antiretrovirali.

HIV, Aids e decessi per HIV/Aids, MSM



HIV, Aids e decessi per HIV/Aids, IDU

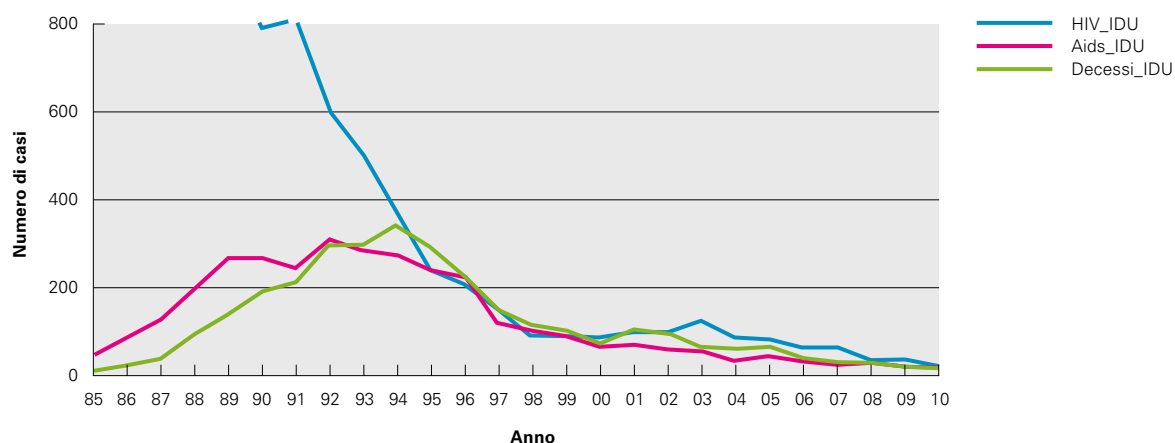


Figura 1: Nuove diagnosi di infezioni da HIV, nuovi casi di Aids e decessi all'anno per le persone affette da HIV o Aids in Svizzera, numero totale e in base alla via di trasmissione (MSM: uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, IDU: consumatori di stupefacenti per via endovenosa). Spicca la diminuzione dei casi di Aids e dei decessi dalla metà degli anni 1990, in virtù dell'ampio impiego di terapie antiretrovirali.

Numero di persone ancora in vita con diagnosi di HIV on Aids (estrapolazione per il 2010)

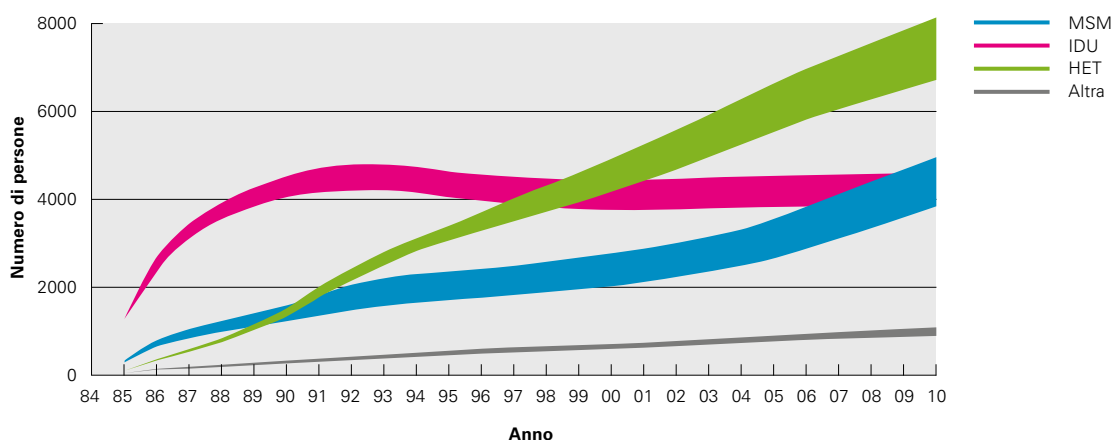


Figura 2: Stima statistica del numero di persone in Svizzera positive al test HIV e/o con Aids, per via di trasmissione. Le curve che delimitano le aree colorate corrispondono al numero di persone positive al test HIV (margine superiore) e al numero di persone con HIV ma senza Aids (margine inferiore). Di conseguenza l'area colorata corrisponde al numero di persone con diagnosi di Aids.

Numero totale di persone HIV positive in Svizzera

Il numero di persone che vivono in Svizzera con una diagnosi di HIV o di Aids è in costante aumento (figura 2), dato che sin dall'inizio dell'epidemia in tutti i gruppi colpiti si sono registrate praticamente sempre più nuove diagnosi che decessi. Il calcolo per il 2009 restituisce un totale compreso tra 14'000 e 21'000 persone con diagnosi di HIV, di cui circa il 43% (tra 6200 e 9200 persone) infettato mediante trasmissione eterosessuale e circa un quarto ciascuno (tra 3600 e 5500 persone) nei gruppi MSM e IDU¹⁷. A questa cifra vanno aggiunte le persone infette ma che non sanno di esserlo. Sulla base di studi effettuati in Paesi industrializzati comparabili (Regno Unito e Canada), si può stimare che in Svizzera vivano complessivamente almeno 20'000 persone affette da HIV/Aids.

Dall'inizio dell'epidemia fino alla fine del 2009 nel nostro Paese è stato confermato positivo un totale di 31'579 test HIV. I medici hanno dichiarato 8977 casi totali di Aids. Considerando i ritardi nelle dichiarazioni, si ottiene una stima complessiva di circa 9100 diagnosi di Aids in Svizzera. La statistica delle cause di morte fornisce il dato di circa 7000 decessi di persone affette da infezione da HIV, di cui circa 5900 casi con diagnosi di Aids, indicata come la causa di morte più probabile¹⁸.

¹⁷ Il calcolo tiene conto di un tasso, stimato sulla base di varie fonti, di test ripetuti non identificati e di dichiarazioni in ritardo relative alle nuove diagnosi di Aids e ai decessi. Siccome queste fonti di errori si accumulano negli anni, il calcolo non risulta molto preciso. Inoltre bisogna tener presente che da queste cifre sono escluse le infezioni da HIV nelle persone che non hanno ancora eseguito il test HIV.

¹⁸ Stato delle dichiarazioni al 31.3.2010. Sono state prese in considerazione le dichiarazioni dei laboratori di conferma dell'HIV dal 1985, le dichiarazioni complementari di HIV dei medici (in totale 14 736 dalla loro introduzione nel 1988) e le dichiarazioni complementari di Aids dal 1983, oltre agli atti di morte disponibili fino al 31.3.2010. Le dichiarazioni dei laboratori riconoscibili come test ripetuti sono state escluse.

Diagnosi di HIV per via di trasmissione

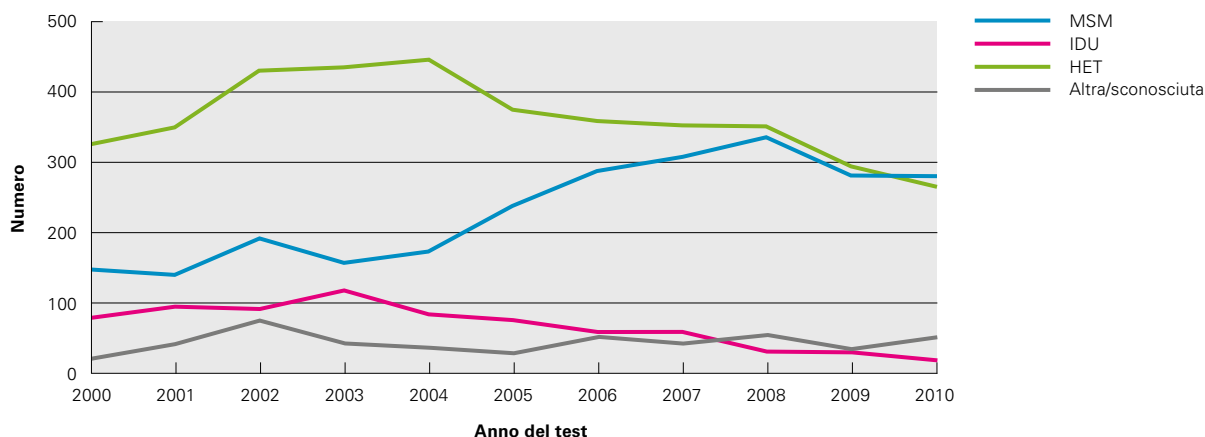


Figura 3: Nuove diagnosi di HIV in Svizzera per vie principali di trasmissione, su base annua (stime basate sulle dichiarazioni dei medici).

Evoluzione dal 2000 al 2009

Dopo un lungo periodo di regressione, nel 2001 è di nuovo aumentato il numero di test HIV positivi, tendenza riconfermatasi nel 2002 (fig. 3). Responsabili dell'aumento sono stati soprattutto gli MSM svizzeri e le donne provenienti dall'Africa subsahariana.

Negli anni successivi il numero complessivo dei test HIV positivi è rimasto relativamente stabile, mostrando tuttavia al suo interno tendenze contrapposte: si è registrata una forte progressione degli MSM, che dal 2004 al 2008 sono passati da 175 a 335, mentre il numero degli eterosessuali è diminuito da 445 a 355. Dal 2000 al 2003, la percentuale delle donne tra i soggetti positivi al test HIV oscillava intorno al 40%, per poi calare in modo costante fino al 27% nel 2009.

Nel 2009 per la prima volta è diminuito il numero di diagnosi di HIV tra gli MSM; questo fattore, sommandosi alle tendenze già in calo degli altri gruppi, ha prodotto una diminuzione relativa del 17% dei casi totali rispetto all'anno precedente.

La percentuale di diagnosi di HIV non causate da contatti sessuali o dall'iniezione di stupefacenti, ma per esempio da trasfusioni di sangue infetto o trasmesse da madre a figlio durante il parto, oscilla tra l'1,5 e il 2,8%. Gran parte delle infezioni neonatali da HIV in Svizzera è esaminata dal Centro nazionale per i retrovirus (CNR). Secondo la statistica di questo istituto, la quota di bambini infettati durante il parto dalla metà degli anni 1990 è scesa sotto il 5%; nel periodo 2004–2006 nessun bambino esaminato dal CNR ha contratto l'HIV dalla madre. Probabilmente ciò va ascritto alla maggior frequenza di test HIV in gravidanza, con la conseguente possibilità di adottare misure per prevenire la trasmissione da madre a figlio (terapia antiretrovirale, taglio cesareo).

Mentre le nuove diagnosi di HIV tra gli MSM interessano in prevalenza cittadini svizzeri (il 60% dei casi negli anni 2008/2009), nel gruppo degli eterosessuali la percentuale degli svizzeri e delle svizzere tra i nuovi casi di HIV è solo del 35%. Secondo i dati dell'UNAIDS, più di un terzo delle infezioni trasmesse per via eterosessuale colpisce persone provenienti da Paesi con un'epidemia generalizzata¹⁹.

¹⁹ Per la Svizzera si tratta soprattutto di alcuni Paesi dell'Africa subsahariana; inoltre, sul nostro territorio sono diagnosticati pochi ma regolari casi di infezioni di HIV in persone provenienti da Paesi caraibici considerati dall'UNAIDS Paesi ad elevata prevalenza di HIV. Dal 2000 si sono annoverati 47 di questi casi, di cui 18 provenienti dalla Repubblica dominicana, 14 da Cuba e 10 da Haiti.

Infezioni da HIV recenti e vecchie per semestre e gruppo (stima per 2010.2 basata sullo stato delle dichiarazioni al 30.9.2010)

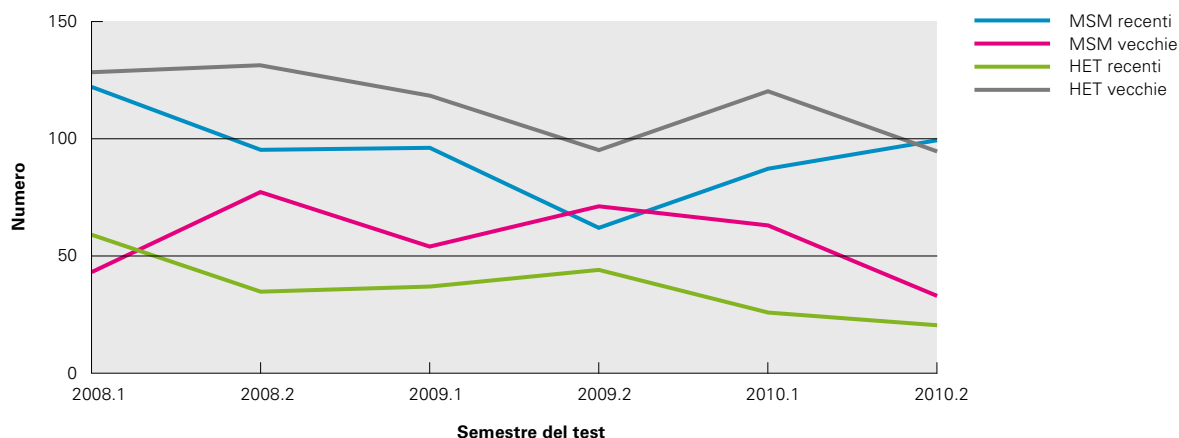


Figura 4: Diagnosi di infezioni da HIV classificate come recenti o vecchie negli MSM e nei casi di trasmissione per via eterosessuale, 2008, 2009 e 2010 per semestre.

Momento della diagnosi

Dal 2000 al 2009 solo il 18% delle diagnosi di HIV è avvenuto nei primi mesi dal contagio, ossia durante o poco dopo la primoinfezione, mentre il 28% dei casi è stato diagnosticato in stadio avanzato (il 13% già allo stadio dell'Aids). Le primoinfezioni sono diagnosticate più frequentemente presso gli MSM (27%) e più raramente nei casi di trasmissione eterosessuale (13%), in cui invece le diagnosi vengono formulate in misura statisticamente più frequente in uno stadio avanzato rispetto agli MSM.

Oltre alla classificazione in stadi, dal 2008 esiste un metodo di laboratorio sviluppato dal Centro nazionale per i retrovirus che consente di distinguere le infezioni recenti da quelle radicate da tempo²⁰. L'analisi cronologica dei risultati di questo metodo ha rivelato che dal 2008 al 2009 sono diminuite le infezioni recenti negli MSM, ma non nei casi di trasmissione per via eterosessuale. Quindi la diminuzione delle diagnosi di HIV nei due gruppi osservata nel 2009 è da imputare a diverse cause: negli MSM sono calate le infezioni «fresche», mentre negli eterosessuali quelle «vecchie» (figura 4), il che rafforza l'ipotesi che nel 2009 si siano effettivamente verificate meno infezioni tra gli MSM e che la diminuzione nel gruppo eterosessuale sia spiegata da fenomeni di migrazione da Paesi con un'epidemia generalizzata.

Test tardivo

Un «test tardivo» è una diagnosi di HIV effettuata solo parecchio tempo dopo l'infezione. In questo documento sono definiti test tardivi i casi di HIV riconosciuti come tali solo nello stadio avanzato di immunodeficienza (valori di CD4 inferiori a 200/ul). Come già menzionato, la percentuale media delle infezioni da HIV diagnosticate tardi (in rapporto al numero totale di diagnosi) nel periodo 2000–2009 ha raggiunto quasi il 28%, anche se va detto che negli ultimi anni è tendenzialmente diminuita. Nel 2009 si è attestata intorno al 20 per cento. Si sono riscontrate percentuali diverse anche a seconda della via di trasmissione e della provenienza della persona colpita (figura 5).

Tra gli MSM i test tardivi sono nettamente diminuiti (soprattutto nella prima metà del decennio), calando fino al 12% nel 2009. Anche nel gruppo degli eterosessuali si è assistito a una diminuzione dei test tardivi, seppur meno marcata. Si è riscontrata una differenza significativa tra svizzeri ed europei (28%) rispetto alle persone provenienti da Paesi con un'epidemia generalizzata (20%).

²⁰ Nel test Inno-Lia, un procedimento simile al Western Blot per la diagnosi di anticorpi HIV specifici, l'intensità delle bande è proporzionale all'età dell'infezione. Questo processo è stato introdotto nel 2007 dai laboratori di conferma dell'HIV; dal 2008, per quasi tutte le nuove diagnosi di HIV, indica se si tratta di una probabile infezione recente (meno di un anno). Il metodo ha una sensibilità del 50%. (Vedi Fachkommission Labor und Diagnostik von HIV/Aids des BAG FLD [2006] Das schweizerische HIV-Testkonzept – aktualisierte Übersicht über Technisches Konzept und Laborkonzept; Bundesamt für Gesundheit [2010] Neuerungen im HIV-Laborkonzept)

Stadi avanzati al momento della diagnosi di HIV

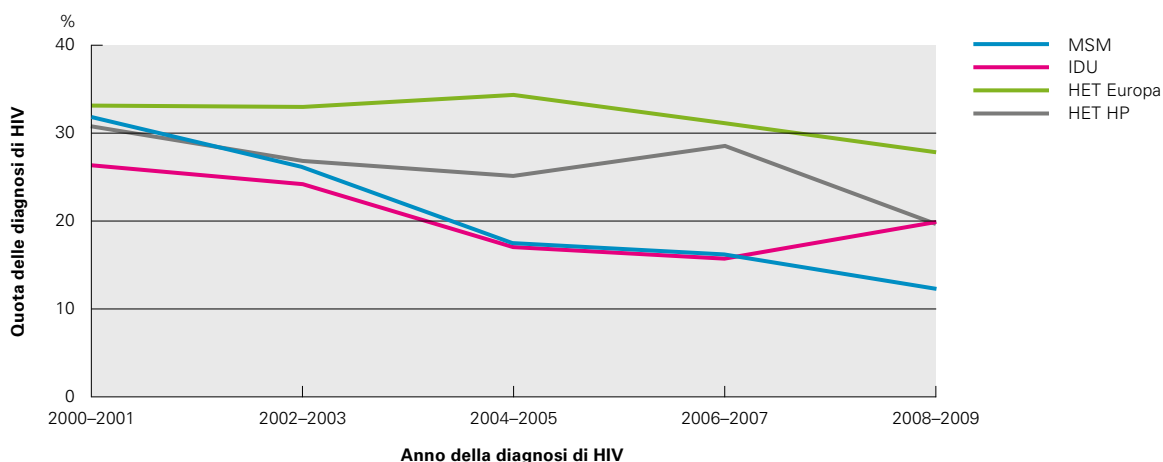


Figura 5: Percentuale di test tardivi nelle diagnosi di HIV dal 2000 al 2009, per via di trasmissione e regione di provenienza. (HetEuro: eterosessuali non provenienti da un Paese con epidemia generalizzata (soprattutto europei). HetHP: eterosessuali provenienti da un Paese con epidemia generalizzata).

La quota dei test tardivi assume rilevanza anche in relazione alle nuove diagnosi di Aids. Infatti risulta che la percentuale di persone con diagnosi di HIV posta solo poco prima della diagnosi di Aids (al massimo due mesi prima²¹) era compresa tra il 30 e il 35%. Quindi circa un terzo dei casi di Aids è spiegabile dall'impossibilità di prevenirli con una ART, poiché l'infezione da HIV è stata individuata troppo tardi.

Luogo di contagio

Nel 2007 è stato introdotto un nuovo formulario per la dichiarazione complementare della diagnosi di HIV, che comprende anche domande sul luogo in cui si presume che sia avvenuto il contagio. Il formulario si è generalizzato dal 2008. Nel totale delle 1149 dichiarazioni complementari degli anni 2008 e 2009, 878 (76%) contenevano dati sul presunto luogo di contagio, secondo i quali nel 40% dei casi l'infezione si sarebbe verificata all'estero (sia nel 2008 come nel 2009). Il presunto contagio all'estero è stato indicato in misura significativamente più frequente da persone HIV positive contagiate per via eterosessuale (57% dei casi), rispetto agli MSM (23%) e agli IDU (20%). Nei casi di presunta trasmissione del virus in Svizzera, il 70% delle volte sono stati indicati dati geografici aggiuntivi: quasi il 97% degli MSM e l'87% degli eterosessuali si è infettato in ambiente urbano.

²¹ La scelta volontaria del numero di mesi («cut off») è irrilevante per il risultato, perché la diagnosi di HIV in quasi tutti i casi è avvenuta o poco prima (2 mesi o meno) o molto prima (più di un anno) della diagnosi di Aids. La percentuale di test tardivi in rapporto alle diagnosi di Aids non è confrontabile con la percentuale rapportata alle dichiarazioni di HIV, perché sono due insiemi differenti di dichiarazioni.

Infezioni sessualmente trasmissibili (IST) antecedenti alla diagnosi di HIV

In occasione di una diagnosi di HIV, i medici eseguono anche un'anamnesi delle IST diagnosticate in precedenza²². Tra il 2000 e il 2009, nel 14% delle dichiarazioni complementari è stata riportata una diagnosi preesistente di almeno una delle tre IST prese in considerazione (su un totale di 5870 dichiarazioni). Nel 7% dei casi l'IST è stata diagnosticata nei due anni precedenti la diagnosi di HIV. A seconda della via di trasmissione sono emersi tassi diversi per la sifilide, la gonorrea e la clamidia (figura 6). Negli MSM i casi di sifilide sono stati più frequenti di quelli di gonorrea.

²² Più precisamente pongono domande su sifilide, gonorrea e clamidia. Fino alla revisione del questionario nel 2007 venivano poste domande anche su «altre» IST. Dal 2000 al 2007, ogni anno pervenivano da 20 a 30 dichiarazioni complementari di HIV che menzionavano «altre» IST: le più frequenti erano epatite B o C, herpes genitale e HPV.

Diagnosi di altre IST nei due anni precedenti la diagnosi di HIV

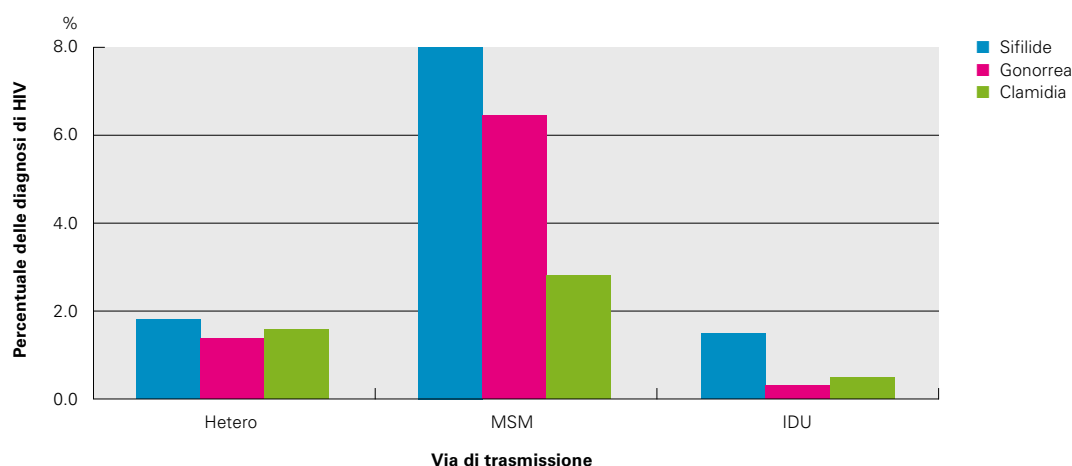


Figura 6: Percentuale delle diagnosi di HIV dal 2000 al 2009 con anamnesi positiva di sifilide, gonorrea o clamidia nei due anni precedenti la positività al test HIV, per via di trasmissione.

4.1.2 L'HIV IN EUROPA

L'epidemia di HIV si è diffusa in tutti i Paesi europei²³, specialmente, come in Svizzera, tra alcuni gruppi con un elevato rischio di contagio (MSM, IDU). I gruppi più colpiti dall'HIV variano da Paese a Paese. Si notano grandi differenze anche nel tasso totale di diagnosi di HIV per milione di abitanti e anno (tabella 1). In praticamente tutti i Paesi della regione il numero di dichiarazioni di HIV è aumentato costantemente dal 2000²⁴.

La frequenza più elevata di diagnosi di HIV è stata riscontrata nei Paesi dell'Est europeo (in media 179 per milione di abitanti nel 2008), più del doppio rispetto all'Europa occidentale (72 per milione) e addirittura più di dieci volte rispetto all'Europa centrale (15 per milione). All'interno delle regioni europee si sono osservate forti differenze anche tra i singoli Paesi: nell'Europa occidentale il tasso più elevato è stato segnato nel 2008 dal Regno Unito (120 per milione, contro meno di 30 per milione in Finlandia); nell'Europa dell'Est i tassi più elevati sono stati registrati in due dei Paesi baltici, nonché in Ucraina e in Moldavia (più di 400 per milione in Estonia), a fronte di circa 30 per milione in Lituania. Con più di 100 nuove diagnosi di HIV per milione di abitanti (2008), la Svizzera figura tra i Paesi più colpiti dell'Europa occidentale.

Nella maggior parte dei Paesi europei è stata riscontrata una prevalenza della via di trasmissione eterosessuale. Nell'Europa occidentale ciò va fatto risalire all'elevata percentuale di casi negli immigrati da Paesi con elevata prevalenza di HIV, che hanno presumibilmente contratto l'infezione nella terra d'origine.

I rapporti non protetti tra uomini sono stati la via di trasmissione dominante soprattutto nei Paesi dell'Europa centrale e in quelli dell'Europa occidentale, dove i casi concernenti persone provenienti da Paesi con un'epidemia di HIV generalizzata hanno avuto una rilevanza inferiore. Ad eccezione della Georgia, questa via di trasmissione appare relativamente rara o persino quasi inesistente nei Paesi dell'Europa dell'Est. Si ipotizza che questo dato sia spiegabile almeno in parte dalla discriminazione degli omosessuali e dall'omofobia diffusa in molti di questi Paesi, che impedisce alle persone colpite di dichiarare la vera via di trasmissione della loro infezione. Soprattutto nei Paesi dell'Est europeo con tasso di infezione elevato, la via di trasmissione predominante si è rivelata il consumo di stupefacenti per via endovenosa (IDU).

²³ La regione Europa dell'OMS comprende 53 Paesi, di cui 48 hanno trasmesso dati all'ECDC sulle dichiarazioni di HIV. I dati sono insufficienti o inesistenti per l'Austria, la Danimarca, Monaco, la Russia e la Turchia. Nella tabella sono riportati 38 Paesi su 48. Gli altri presentavano una casistica troppo piccola (Cipro, Malta, Islanda, Albania, Andorra, Macedonia, Montenegro, Monaco, San Marino) o hanno fornito cifre in un formato inappropriato (Kazakistan).

²⁴ European Centre for Disease Prevention and Control et al. (2009) HIV/AIDS surveillance in Europe 2008.

4 SORVEGLIANZA BIOLOGICA: PANORAMICA SULL'HIV E SULLE ALTRE IST SOGGETTE A OBBLIGO DI DICHIARAZIONE

Paese	Regione	Diagnosi di HIV totali (2005–2008)	Tasso per milione di abitanti (2008)	Via di trasmissione (percentuale)			
				MSM	IDU	HET	altra/sconosciuta
Regno Unito	O	30'376	119	34	2	56	8
Portogallo	O	6'003	106	15	23	59	3
Svizzera	O	3'028	102	34	7	42	18*
Belgio	O	4'200	101	26	1	36	37
Lussemburgo	O	234	97	32	10	53	4
Italia	O	6'617	97	26	9	46	19
Irlanda	O	1'475	92	22	14	47	16
Paesi Bassi	O	4'608	83	60	1	32	7
Spagna	O	6'035	82	37	12	43	8
Francia	O	21'255	64	24	3	42	32
Norvegia	O	1'042	63	30	5	60	5
Israele	O	1'436	55	28	12	51	8
Grecia	O	2'309	48	44	2	25	28
Svezia	O	1'742	39	26	9	49	16
Germania	O	10'748	34	53	5	26	15
Finlandia	O	667	29	31	7	45	17
Slovenia	C	156	24	14	77	10	14
Polonia	C	2'921	21	6	15	9	70
Bulgaria	C	249	16	12	38	35	14
Serbia	C	403	16	47	10	26	16
Croazia	C	424	15	54	5	33	7
Ungheria	C	451	14	55	2	15	29
Repubblica Ceca	C	450	14	61	6	29	4
Slovacchia	C	140	10	58	4	29	10
Romania	C	818	8	7	1	55	37
Bosnia e Erzegovina	C	43	2	23	12	63	2
Estonia	E	1'178	406	0	13	0	87
Ucraina	E	53'695	341	0	51	44	4
Moldavia	E	1'526	219	0	24	71	5
Lettonia	E	1'306	158	13	87	5	35
Uzbekistan	E	10'594	113	0	56	21	22
Kirghizistan	E	1'375	102	36	23	0	59
Bielorussia	E	3'355	91	29	11	0	30
Georgia	E	1'213	81	66	4	2	55
Azerbaigian	E	1'324	50	37	5	0	64
Tagikistan	E	1'029	48	20	15	52	28
Armenia	E	386	44	2	36	57	5
Lituania	E	421	28	20	6	59	21

* In Svizzera, la percentuale relativamente alta di contagi di cui la via di trasmissione è sconosciuta è dovuta al fatto che spesso le dichiarazioni complementari sono inviate all'UFSP (e di conseguenza all'ECDC) con un consistente ritardo.

Tabella 1: Diagnosi di HIV dichiarate dal 2005 al 2008 nei Paesi della Regione dell'OMS EURO. I Paesi sono raggruppati in regioni (O = Ovest, C = Centrale e E = Europa dell'Est, ripartizione secondo la ECDC) e all'interno di ogni regione sono elencati in ordine decrescente secondo la frequenza per milione di abitanti. Tra le regioni è impossibile eseguire confronti a causa dei diversi sistemi di dichiarazione dei casi. La via di trasmissione dominante in ogni Paese è stata evidenziata. Vie di trasmissione: MSM = uomini che hanno rapporti sessuali con uomini; IDU = consumatori di stupefacenti per via endovenosa

4.2 ALTRE IST: EPIDEMIOLOGIA IN SVIZZERA E IN EUROPA

4.2.1 LE IST SOGGETTE ALL'OBBLIGO DI DICHIARAZIONE IN SVIZZERA

I dati sulla sorveglianza epidemiologica delle IST in Svizzera provengono principalmente dal sistema di dichiarazione obbligatoria. Esistono solo pochi studi di prevalenza, in gran parte condotti tra i gruppi di popolazione con elevato rischio di IST. Perciò le stime sulla prevalenza delle singole IST sono necessariamente vaghe ed è ipotizzabile che la prevalenza in determinati gruppi (persone con elevato rischio di trasmissione come gli MSM, le lavoratrici del sesso, le migranti con statuto di dimora incerto²⁵) sia superiore rispetto alla popolazione generale.

La sorveglianza delle IST in Svizzera è stata sottoposta a valutazione nel 2005, i cui risultati hanno imposto dal 2006 alcuni adeguamenti del sistema di dichiarazione²⁶. Da quel momento i laboratori sono tenuti a dichiarare al servizio del medico cantonale e all'UFSP tutti i risultati positivi ai test per clamidia, sifilide e gonorrea. L'obbligo di dichiarazione concerne anche l'epatite B e C, la prima una classica IST, la seconda una IST occasionale. Mentre l'obbligo di dichiarazione per le clamidie e la gonorrea è in vigore dal 1988, la situazione riguardo alla sifilide è più complicata. Dal 1988 al 1998 i laboratori erano tenuti a dichiarare i test positivi alla sifilide, ma dal 1999 al 2005 non più, quindi per questo periodo mancano dati di sorveglianza. Oltre a quest'obbligo di dichiarazione per i laboratori, nel 2006 l'UFSP ne ha introdotto uno anche per i medici: in caso di diagnosi di sifilide e di gonorrea devono spedire entro sette giorni una dichiarazione complementare al medico cantonale. Le dichiarazioni complementari dei medici contengono dati sui test eseguiti e importanti informazioni relative all'agente patogeno (es. via di trasmissione o stadio della malattia).

Al momento dello sviluppo del programma (2010), il sistema di sorveglianza non consente di stimare in modo attendibile la prevalenza e l'incidenza delle varie IST, perché importanti fattori restano ignoti (per esempio il numero di test negativi o il numero totale di test eseguiti). In generale la qualità dei dati delle dichiarazioni è da ritenersi limitata a causa delle dichiarazioni complementari assenti o incomplete, il che rende difficile eseguire le analisi epidemiologiche.

²⁵ Wolff et al. (2008) Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study.

²⁶ Ufficio federale della sanità pubblica (2008) Infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse de 1998 à 2006: Situation actuelle et perspectives.

Diagnosi di IST e specialità mediche

Nel 2004 l'UFSP ha recensito per la prima volta gli specialisti che formulano diagnosi di IST. Secondo quest'inchiesta le infezioni da clamidie sono diagnosticate più spesso in ginecologia, mentre la gonorrea è diagnosticata tendenzialmente da medici generalisti e internisti.

Ulteriori analisi condotte nel 2007 e nel 2008 (comprendenti anche le diagnosi di sifilide) hanno confermato le prime osservazioni:²⁷ circa il 50% delle infezioni da clamidie è stato diagnosticato da ginecologi; i casi di gonorrea e di sifilide, invece, sono stati identificati in prevalenza da medici generalisti (rispettivamente in quasi il 45% e il 32% dei casi). Questi dati sono importanti per valutare dove sia più opportuno intensificare gli interventi di prevenzione (per esempio mediante consulenza o consegna di materiale informativo).

Chlamydia trachomatis

Le infezioni da clamidia sono causate da batteri (prevalentemente *Chlamydia trachomatis*) e costituiscono le infezioni sessualmente trasmissibili di origine batterica più frequenti. Malgrado ciò non disponiamo di dati precisi riguardo all'incidenza e alla prevalenza nella popolazione generale in Svizzera. A seconda dell'età e del gruppo di popolazione, la percentuale di persone sessualmente attive infette da clamidia viene stimata intorno al 3–10%. L'infezione può essere trasmessa mediante un rapporto sessuale orale, vaginale o anale, oppure dalla madre al figlio durante il parto. Il rischio è maggiore in caso di rapporti non protetti con un nuovo partner e per le persone che hanno diversi partner sessuali. Circa il 70% delle donne e il 25% degli uomini con un'infezione da clamidia lamenta disturbi minimi, oppure non presenta nessun disturbo. I disturbi si manifestano soprattutto sotto forma di bruciore e dolore alla minzione.²⁸

²⁷ Baillif et al. (2010) Diagnosed bacterial sexually transmitted infections in Switzerland: analysis of notifications data, according to physician specialty and setting

²⁸ Krech T. et al. (2010) Urogenitale Humane Papillomviren und Chlamydien. Epidemiologie bei Schweizer Frauen unter Anwendung neuer Nachweisverfahren.
Paget et al. (2002) National laboratory reports of Chlamydia trachomatis seriously underestimate the frequency of genital chlamydial infections among women in Switzerland.

Chlamydia trachomatis, 2000–2009

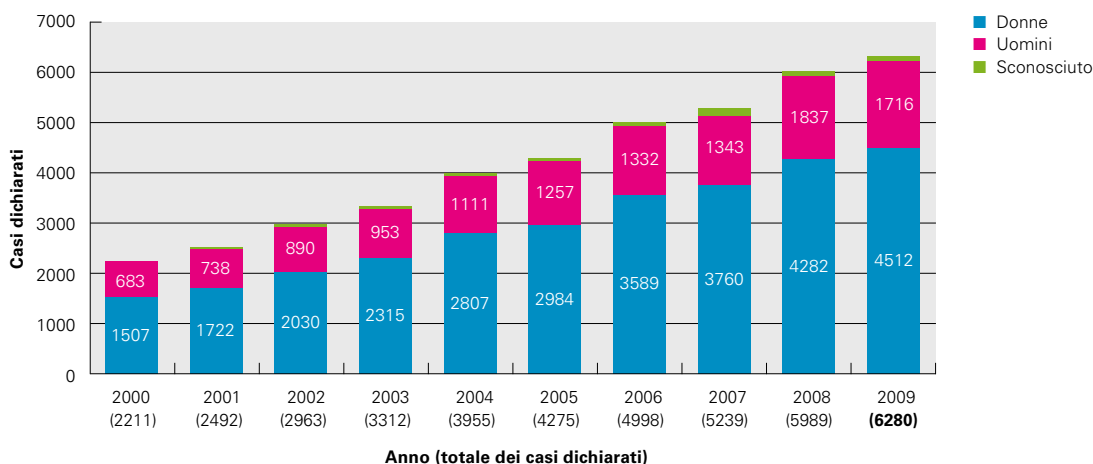


Figura 7: Dichiarazioni di *Chlamydia trachomatis* dal 2000 al 2009, per sesso.

Un'infezione da clamidia può essere curata con antibiotici, ma anche guarire spontaneamente. Un'infezione non trattata può provocare in una donna sterilità o adesioni delle tube ovariche con conseguente rischio di gravidanze extra-uterine.

Aumento negli ultimi 10 anni: Il numero di dichiarazioni annuali di clamidia è aumentato negli ultimi dieci anni²⁹. Nel 2009 all'UFSP ne sono pervenute 6280. La ripartizione dei casi per sesso e fascia d'età non ha subito cambiamenti nel corso degli anni. Le donne compongono circa il 72% delle dichiarazioni (4512 su 6280, figura 7), tra cui circa l'87% è compreso nella fascia dai 15 ai 34 anni di età. L'infezione sembra particolarmente frequente tra le giovani di età compresa tra i 20 e i 24 anni (tabella 2). Negli uomini, il 71% circa delle dichiarazioni era compreso nella fascia di età dai 20 ai 39 anni.

Fascia d'età	2009			
	Uomini	%	Donne	%
0–14	19	1	39	1
15–19	85	5	841	19
20–24	377	22	1608	36
25–29	373	22	991	22
30–34	267	15	482	11
35–39	203	12	244	5
40–44	170	10	151	3
≥45	219	13	146	3
Sconosc.	3	0	10	0
Totale	1716	100	4512	100

Tabella 2: Dichiarazioni di *Chlamydia trachomatis* dal 2006 al 2009, per fascia d'età e sesso

²⁹ Bundesamt für Gesundheit (2009) Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 2006 bis 2008

Gonorrea – *Neisseria gonorrhoeae*

La gonorrea (chiamata anche «scolo») è causata dal batterio *Neisseria gonorrhoeae*. L'infezione può essere trasmessa mediante un rapporto sessuale orale, vaginale o anale, oppure dalla madre al figlio durante il parto. Negli uomini omosessuali e bisessuali, nelle persone che hanno diversi partner sessuali e nell'ambiente della prostituzione, la malattia è più diffusa che nel resto della popolazione.

Le infezioni asintomatiche sono nettamente più rare rispetto a quanto avviene per la clamidia³⁰. Gli agenti batterici, chiamati gonococchi, provocano un'inflammatione delle mucose nel sito di infezione. Di solito, dopo 2–7 giorni compaiono i primi sintomi. Nell'uomo inizialmente si manifesta un arrossamento e gonfiore del meato dell'uretra con dolore durante la minzione e secrezione purulenta (da cui il nome «scolo»). Se non viene trattata, l'infezione si estende alla prostata e agli epididimi. Anche la donna può presentare secrezione purulenta, urgenza urinaria e minzione dolorosa, ed anche i rapporti sessuali possono risultare dolorosi. Rispetto all'uomo, nella donna sono più frequenti decorsi asintomatici o con sintomi più lievi, perciò l'infezione può non essere notata per lungo tempo. A seconda delle pratiche sessuali possono comparire infezioni anche in bocca, in gola o nella regione anale, in questo caso sotto forma di arrossamento e irritazione.

Una terapia antibiotica conduce alla guarigione. In entrambi i sessi, una complicazione tardiva (rara) di una gonorrea non trattata può essere l'infertilità. Altre complicazioni rare sono artriti, infiammazioni della pelle e congiuntivite. I figli di madri infette possono essere contagiati durante il parto e contrarre una congiuntivite purulenta neonatale.

Dichiarazioni di gonorrea: Il numero di casi dichiarati di gonorrea nel 2009 è rimasto stabile a livello elevato. La ripartizione dei casi secondo il sesso è rimasta praticamente invariata: la percentuale di uomini superava l'80% (785 su 963, tabella 3). Per contro, rispetto agli anni precedenti si è modificata la distribuzione per fascia d'età (fig. 9). Considerando entrambi i sessi, il numero maggiore di casi si è registrato nella fascia dai 20 ai 24 anni di età (fino al 2008 invece le diagnosi erano più frequenti tra i 25–29enni). Quindi, la fascia d'età più colpita dalla gonorrea coincide con quella della clamidia.

Esposizione e fattori di rischio (dati del 2009): Circa il 90% dei casi di gonorrea dichiarati dai laboratori nel 2009 è stato integrato da una dichiarazione complementare del medico. I dati seguenti si riferiscono alle dichiarazioni mediche (894 casi su 963; vedi totale dei casi confermati, tabella 3).

Per quanto riguarda le preferenze sessuali e il genere di relazione, il 37% degli uomini attribuisce il contagio a una relazione eterosessuale, il 25% a una relazione omosessuale. L'infezione è comparsa più frequentemente nell'ambito di relazioni occasionali (36%) che in relazioni stabili (19%). Come luogo di contagio, la Svizzera (47%) viene indicata con una maggiore frequenza rispetto all'estero (13%). Quasi il 15% degli uomini dichiara di avere già contratto una IST.

Nelle donne, l'esposizione è avvenuta nel 26% dei casi in una relazione stabile e nel 13% dei casi in una relazione occasionale. Come negli uomini, il luogo di contagio più indicato è stato la Svizzera (44%), ben più dell'estero (11%). Il 9% delle donne ha dichiarato di avere già avuto una IST.

³⁰ Bundesamt für Gesundheit (2009) Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 2006 bis 2008

Gonorrea 2006–2009 (totale nei due sessi)

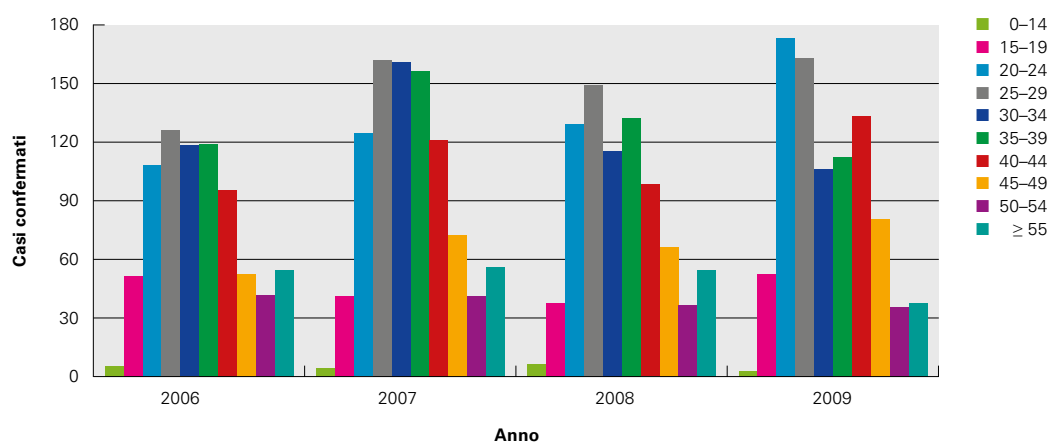


Figura 8: Casi di gonorrea confermati dal 2006 al 2009, per fascia d'età.

	2009			
	Uomini	%	Donne	%
Preferenza sessuale				
Eterosessuale	268	37	90	56
Omosessuale	180	25	2	1
Bisessuale	14	2	2	1
Non indicata	270	36	68	42
Totale dei casi confermati	732	100	162	100
Tutti i casi dichiarati	785		178	
Genere di relazione				
Relazione stabile	141	19	43	26
Relazione occasionale	264	36	22	13
Con sex worker	40	6	1	1
Con cliente pagante	2	0	1	1
Sconosciuta	91	12	12	7
Non indicata	194	27	84	52
Totale dei casi confermati	732	100	163	100
Luogo di esposizione				
Svizzera	344	47	72	44
Eestero	99	13	18	11
Sconosciuto/non indicato	289	40	72	45
Totale dei casi confermati	732	100	162	100

Tabella 3: Casi di gonorrea confermati dal 2006 al 2009, per tipo di esposizione e fattori di rischio

Sifilide– *Treponema pallidum*

La sifilide è causata dal batterio *Treponema pallidum*. L'infezione si trasmette durante gli stadi primario, secondario e latente precoce tramite il contatto diretto con le lesioni di pelle o mucosa, che si manifestano principalmente nella regione genitale e anale ma anche nella cavità orale. Corrono un rischio maggiore di infettarsi soprattutto gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, le persone che hanno diversi partner sessuali e quelle attive nella prostituzione. Durante la gravidanza e il parto può avvenire una trasmissione da madre a figlio (sifilide congenita). Perciò è stato introdotto uno screening per le donne incinte su raccomandazione dell'OMS. Inoltre, in alcuni stadi la trasmissione può avvenire anche mediante trasfusione sanguigna.

Se non è trattata, la sifilide può percorrere quattro stadi:

Sifilide primaria: i primi segni e sintomi possono manifestarsi da 5–21 giorni a tre mesi dopo l'infezione sotto forma di macchie rosse nella porta d'ingresso dell'agente patogeno (pene, ano, vagina, gola o altre parti del corpo). Queste macchie si trasformano in ulcere. I sintomi del primo stadio possono rimanere nascosti e di solito tendono a scomparire anche senza un trattamento. Tuttavia, la malattia e la contagiosità rimangono.

Sifilide secondaria: il secondo stadio è più o meno adiacente al primo ed è caratterizzato da un'eruzione cutanea generalmente non pruriginosa. Anch'essa scompare da sé senza trattamento.

Sifilide latente: segue una fase lunga mesi o anni in cui la malattia progredisce, ma non provoca sintomi. In particolare danneggia il sistema nervoso. Il periodo di latenza viene suddiviso in uno stadio precoce (<1 anno) e tardivo (>1 anno). Nello stadio latente precoce possono sporadicamente comparire lesioni della pelle e delle mucose, quindi le persone sono potenzialmente ancora contagiose.

Sifilide terziaria: in questo stadio la malattia può manifestarsi con danni permanenti a cuore, cervello, ossa, pelle e ad altri organi. Nel caso di una neurosifilide si assiste a una degenerazione progressiva del tessuto nervoso del cervello e del midollo spinale, che a livello cerebrale può provocare alterazioni della personalità fino alla demenza.

Sifilide congenita: una sifilide congenita può provocare nel bambino malformazioni e altri problemi gravi, come infiammazioni o cecità.

Dichiarazioni di sifilide: La qualità dei dati disponibili sulla sifilide è inferiore rispetto alle IST precedentemente menzionate perché molte dichiarazioni complementari sono incomplete o mancano del tutto. In generale, le dichiarazioni complementari pervenute sono meno della metà delle diagnosi di sifilide. La rappresentatività limitata dei dati delle dichiarazioni compromette la significatività delle analisi.

Dopo che nel periodo 2006–2008 il numero di dichiarazioni di sifilide è rimasto più o meno stabile, nel 2009 si è assistito a un aumento del totale di dichiarazioni e del numero di casi confermati. La ripartizione tra i sessi è rimasta praticamente invariata dal 2006. Nel 2009 la percentuale degli uomini superava l'80% (273 su 336, tabella 4).

Esposizione e fattori di rischio (dati del 2009): I risultati presentati si riferiscono ai casi confermati del 2009, ossia a meno del 42% dei casi dichiarati (336/804, figura 9, tabelle 5 e 6).

Per quanto riguarda la preferenza sessuale e il genere di relazione, il 58% degli uomini attribuisce il contagio a una relazione omosessuale e il 29% a una relazione eterosessuale. Il 44% la fa risalire a una relazione occasionale e il 29% a una relazione stabile. Il luogo di contagio più indicato è la Svizzera (53%), l'estero solo nel 18% dei casi. Circa il 78% dei casi confermati tra gli uomini si trova in uno stadio infettivo (primario, secondario o latente precoce).

Nelle donne, l'86% dichiara di aver contratto l'infezione in una relazione eterosessuale, il 3% in una relazione omosessuale. Nel 51% dei casi il contagio è avvenuto in una relazione stabile, nel 16% in una relazione occasionale e il 5% delle volte nell'ambito della prostituzione. Per il 29% dei casi non sono disponibili dati. Come negli uomini, il luogo di contagio più indicato è stato la Svizzera (48%) seguito dall'estero (25%). Circa il 55% dei casi confermati tra le donne si trova in uno stadio infettivo (primario, secondario o latente precoce).

Numero di casi (nei due sessi)	2009 n = 804			
	Uomini	%	Donne	%
Tutti i casi dichiarati*	576		228	
Casi confermati**	273	47	63	28

* tutti i casi dichiarati nell'anno in questione

** caso confermato: dichiarazione del laboratorio e corrispondente dichiarazione complementare con le relative informazioni cliniche

Tabella 4: Numero di dichiarazioni di sifilide dal 2009.

Sifilide, 2006–2009 (totale nei due sessi)

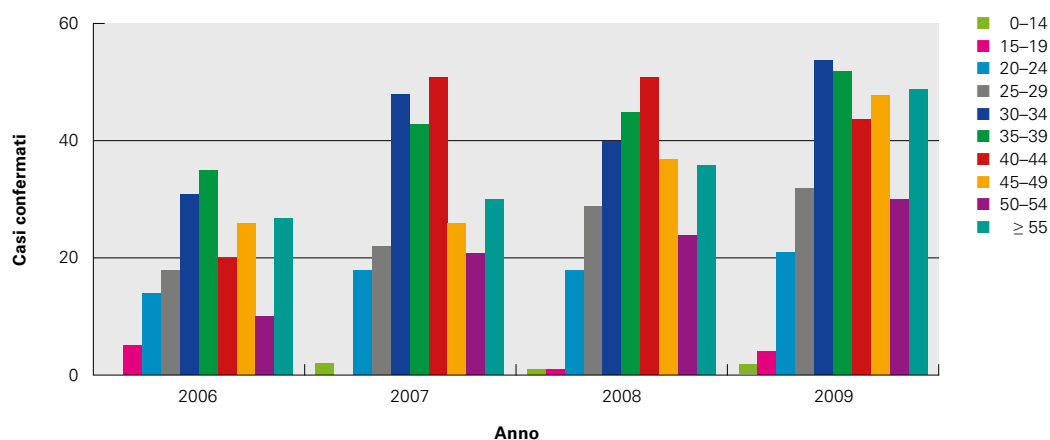


Figura 9: Casi confermati di sifilide dal 2006 al 2009, per fascia d'età.

	2009			
	Uomini	%	Donne	%
Preferenza sessuale				
Eterosessuale	79	29	54	86
Omosessuale	159	58	2	3
Bisessuale	9	3	0	0
Non indicata	26	10	7	11
Totale dei casi confermati	273	100	63	100
Genere di relazione				
Relazione stabile	79	29	32	51
Relazione occasionale	121	44	10	16
Con sex worker	9	3	1	2
Con cliente pagante	2	1	2	3
Sconosciuta/non indicata	62	23	18	28
Totale dei casi confermati	273	100	63	100
Luogo di esposizione				
Svizzera	146	54	30	48
Estero	50	18	16	25
Svizzera ed estero	4	1	0	0
Sconosciuto/non indicato	73	27	17	27
Totale dei casi confermati	273	100	63	100

Tabella 5: Casi di sifilide confermati dal 2009, per tipo di esposizione e fattori di rischio.

	2009			
	Uomini	%	Donne	%
Stadio				
Primario	118	43	14	22
Secondario	78	29	13	21
Latente precoce (<1 anno)	16	6	8	13
Latente tardivo (>1 anno)	10	4	5	8
Tempo di latenza sconosciuto	17	6	6	10
Terziario	10	4	2	3
Congenito	3	1	2	3
Sconosciuto	4	1	6	9
Non indicato	17	6	7	11
Totale dei casi confermati	273	100	63	100

Tabella 6: Casi di sifilide confermati dal 2009, per stadio dell'infezione.

Epatite B

L'epatite B è un'infezione infiammatoria del fegato causata dal virus dell'epatite B (HBV). Il virus è facilmente trasmissibile attraverso il contatto con i liquidi corporei (in particolare il sangue e le secrezioni genitali) di persone infette, indubbiamente durante un rapporto sessuale o con uno scambio di siringhe, ma anche solo in presenza di piccole lesioni cutanee o della mucosa. Le madri infette possono trasmettere la malattia al figlio durante il parto. Il decorso clinico è molto variabile. Circa un terzo dei pazienti non presenta sintomi, quindi l'infezione non viene nemmeno notata. Il quadro clinico tipico dell'epatite B prevede, da 45 a 180 giorni dopo il contagio, la comparsa di sintomi generali non specifici come inappetenza, nausea, vomito, dolore addominale, talvolta anche dolori articolari, febbre ed eruzione cutanea. Può manifestarsi, ma non sempre, un'itterizia. Di solito da un'epatite B acuta si guarisce completamente. Solo in meno dell'1% dei casi la malattia ha un decorso letale. Tuttavia, circa il 5–10% delle persone infettate da adulte e il 90% dei lattanti con infezione congenita sviluppa un'epatite B cronica, che può provocare cirrosi epatica o cancro del fegato. Un'infezione cronica può essere trattata con medicinali antiretrovirali. Come misura preventiva si consiglia la vaccinazione anti-HBV a tutti gli adolescenti e a determinati gruppi a rischio. Altre misure che contribuiscono a ridurre il rischio di contrarre l'infezione sono il safer sex, evitare lo scambio di siringhe e di farsi tatuare nei Paesi dove il virus è molto diffuso.

Dichiarazioni di epatite B acuta: Il numero di dichiarazioni di epatite B acuta si è mantenuto stabilmente basso nell'ultimo quinquennio preso in esame (2003–2007). La ripartizione dei casi per sesso e fascia d'età non è praticamente variata nel corso degli anni. Gli uomini sono nettamente più colpiti dall'epatite B, ammontando a circa il 75% dei casi (376 su 500 nel periodo 2003–2007, vedi figura 10). La suddivisione per fasce d'età evidenzia che quasi la metà delle dichiarazioni di epatite B acuta (46%) concerne persone di 40 anni e più, mentre nei giovani sono piuttosto rare (vedi figura 11).³¹

³¹ Quest'evoluzione riflette anche l'introduzione della raccomandazione di vaccinazione per gli adolescenti: dal 1998 al 2002 sono stati avviati in tutti i Cantoni i programmi di vaccinazione generale contro l'epatite B di tutti gli adolescenti dagli 11 ai 15 anni. (Vedi anche: Bundesamt für Gesundheit (2004) Hepatitis-B-Impfung von Adoleszenten in der Schweiz: Grosser Einfluss auf die Krankheitsinzidenz in dieser Altersgruppe)

Epatite B acuta, 2003–2007

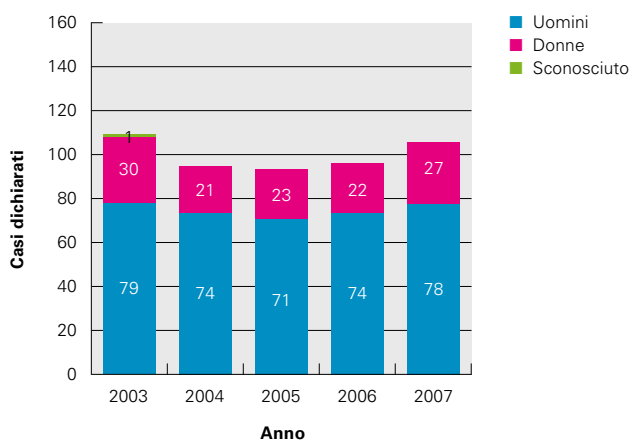


Figura 10: Dichiarazioni di epatite B acuta, dal 2003 al 2007, per sesso.

Epatite B acuta 2003–2007 (totale nei due sessi)

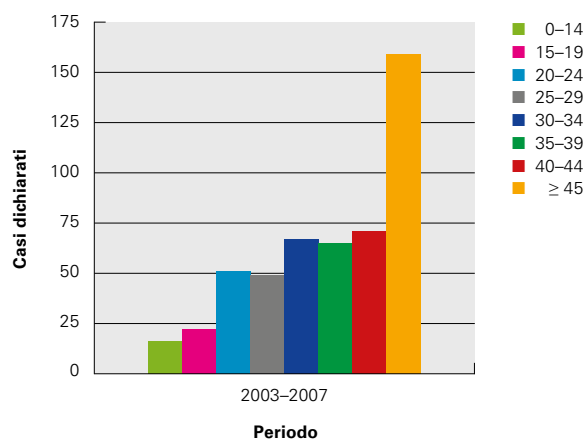


Figura 11: Dichiarazioni di epatite B acuta, dal 2003 al 2007, per fascia d'età in entrambi i sessi.

Tipo di esposizione

Dal 2003 al 2007, il 45% delle epatiti B acute è stato trasmesso per via sessuale. Per quanto riguarda la preferenza sessuale, un terzo abbondante delle infezioni acute in questo periodo ha interessato uomini omosessuali o bisessuali, i restanti due terzi si sono verificati nell'ambito di relazioni eterosessuali. Non si sono praticamente registrate infezioni dovute al contatto con o in qualità di lavoratori del sesso (tabella 7).

	2003–2007					
	Uomini		Donne		Totale	
Esposizione	n	%	n	%	n	% (totale)
Eterosessuale	86	66	44	34	130	66
Omosessuale, bisessuale	63	98	1	2	64	32
Con sex worker	0	0	1	0	1	1
In qualità di sex worker	1	100	0	0	1	1
Totale	150	76	46	23	196	100
Trasmesse per via sessuale	174	79	47	21	221	45

Tabella 7: Tipo di esposizione, epatite B.

Epatite C

Anche l'epatite C è un'infezione del fegato, causata dal virus dell'epatite C (HCV). Il contagio avviene principalmente attraverso il sangue di una persona infetta, quindi il pericolo di infezione deriva soprattutto dallo scambio di siringhe, da interventi chirurgici con strumenti non sufficientemente sterilizzati, da tatuaggi e piercing con strumenti non sterili o da ferite provocate da questi ultimi. Un'altra possibile fonte di contagio sono le trasfusioni di sangue in Paesi in cui il sangue donato non viene analizzato per accertare la presenza di anticorpi. Sono possibili anche contagi per via sessuale. Il gruppo che desta maggiori preoccupazioni riguardo a un'infezione da HCV è quello degli IDU: dal 60 all'80% dei casi è riconducibile al consumo di stupefacenti per via endovenosa. Gli specialisti segnalano che l'accesso al trattamento è ancora insufficiente.³²

Il decorso clinico è molto variabile. Spesso l'infezione non provoca sintomi, restando latente. In altre persone, 6–9 settimane (fino a 6 mesi) dopo il contagio si manifestano inappetenza, nausea, vomito, dolore addominale e talvolta dolori articolari, febbre e un'eruzione cutanea. Nel 5–10% dei casi compare un'itterizia, con colorazione gialla di pelle, mucose e occhi, inscurimento delle urine e feci chiare. Nel 20–30% dei malati l'epatite C acuta guarisce completamente. Nel 70–80% invece si trasforma in un'infezione cronica che rischia di degenerare in cirrosi o cancro del fegato. Non esiste una vaccinazione contro l'epatite C.

Dichiarazioni di epatite C: Il numero di epatiti C acute dichiarate diminuisce costantemente dal 2004, così come costante resta la predominanza negli uomini, che costituiscono il 66% (178 casi su 268 dal 2004 al 2007, vedi figura 12). Nella ripartizione per fascia d'età si nota una forte concentrazione dei casi di epatite C acuta nel gruppo da 20 a 34 anni e nelle persone sopra i 45 anni (vedi figura 13).

³² Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

Epatite C acuta, 2004–2007

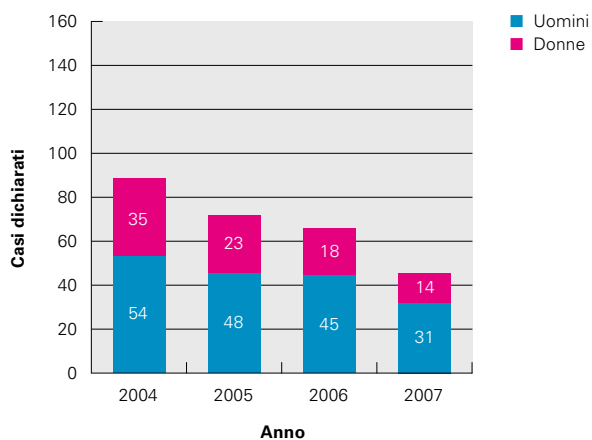


Figura 12: Dichiarazioni di epatite C acuta, dal 2004 al 2007, per sesso.

Epatite C acuta, 2004–2007 (totale nei due sessi)

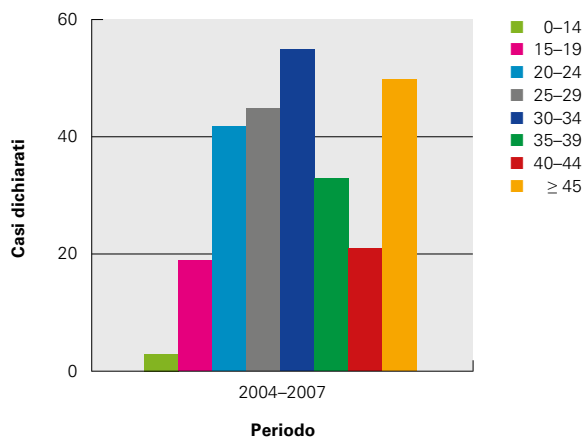


Figura 13: Dichiarazioni di epatite C acuta, dal 2004 al 2007, per fascia d'età in entrambi i sessi.

Tipo di esposizione: Uno sguardo al periodo dal 2003 al 2007 rivela chiaramente che l'epatite C acuta si manifesta soprattutto tra gli IDU: più della metà delle dichiarazioni (53%) sono ascrivibili al consumo di stupefacenti per via endovenosa. Il dato sulla trasmissione per via sessuale è sorprendentemente alto, attestandosi nello stesso periodo al 19% (vedi tabella 8).

	2003–2007					
	Uomini		Donne		Totale	
Esposizione	n	%	n	%	n	% (totale)
Esposizione professionale (personale sanitario)	3	43	4	57	7	2
Trasfusione	1	17	5	83	6	2
Dialisi	6	50	6	50	12	4
IDU	110	68	51	32	161	53
Contatti sessuali	30	52	28	48	58	19
Altri contatti	9	64	5	36	14	5
Altra esposizione	15	88	2	12	17	6
Sconosciuta (in modo esplicito)	22	79	6	21	28	9
Totale	196	65	107	35	303	100

Tabella 8: Tipo di esposizione, epatite C.

4.2.2 LE IST IN EUROPA

In linea generale, negli ultimi 10 anni il numero di nuove diagnosi di clamidia, gonorrea e sifilide è nettamente aumentato in molti Paesi europei. Tuttavia, non tutte queste IST sono soggette a obbligo di dichiarazione in ogni nazione europea. Inoltre i sistemi di sorveglianza variano da Paese a Paese e si fondano su dichiarazioni volontarie o obbligatorie, sistemi di notifica dei laboratori, segnalazioni delle reti \sentinella, studi di prevalenza e su altre fonti. A causa di queste differenze e dei diversi metodi di diagnosi, oltre che della diversità delle prestazioni sanitarie offerte nei vari Paesi, è perciò difficile operare confronti a livello internazionale. Non sono noti i tassi di incidenza e prevalenza dei singoli Paesi.

L'ultimo rapporto dell'ECDC «Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe (2009)»³³ contiene tuttavia ampie informazioni sulla situazione epidemiologica delle IST nel 2007. Questi sono i risultati dell'analisi dei dati provenienti da circa 30 Paesi:

- Le infezioni da clamidia sono le infezioni sessualmente trasmissibili di origine batterica più diffuse in Europa. Come in Svizzera, sono diagnosticate in prevalenza nelle giovani donne tra i 15 e i 24 anni.
- Le diagnosi di gonorrea riguardano tre volte su quattro (73%) il sesso maschile. La frequenza delle diagnosi tende ad aumentare negli MSM. La maggior parte delle diagnosi viene formulata negli uomini tra i 16 e i 45 anni di età, nelle donne tra i 15 e i 24 anni. Questa ripartizione per età e sesso è stata riscontrata (con lievi differenze) anche in Svizzera nel periodo dal 2006 al 2009.
- Anche tre casi di sifilide su quattro sono diagnosticati negli uomini, soprattutto nella fascia dai 25 ai 44 anni d'età. La situazione in Svizzera, come per le altre IST, è simile a quella di altri Paesi europei.

³³ ECDC (EUROPEAN Centre for Disease Prevention and control) Annual Epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009. www.ecdc.europa.eu

5

SORVEGLIANZA COMPORTAMENTALE: PANORAMICA SUI SINGOLI GRUPPI DI POPOLAZIONE



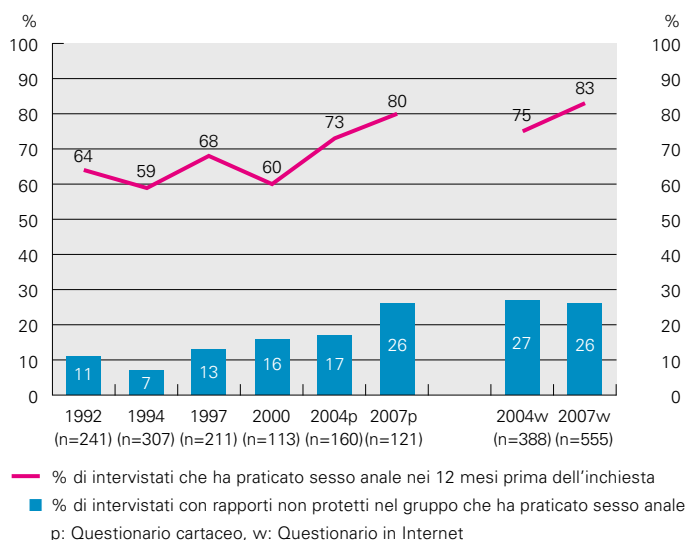
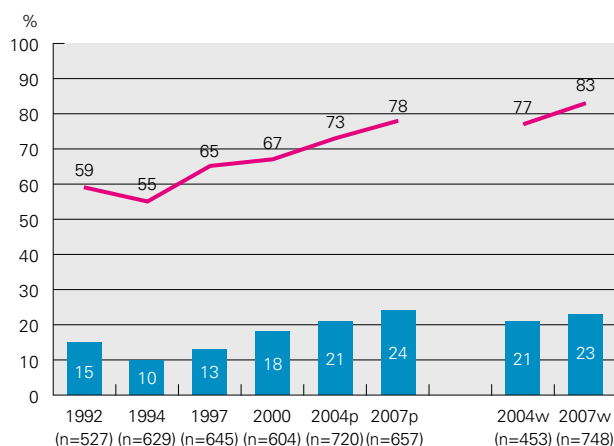
Meno di 30 anni**30 anni e più**

Figura 1: Percentuale di intervistati che nei precedenti 12 mesi ha avuto rapporti anali con uno o più *partner occasionali* e percentuale di questo gruppo che ha avuto rapporti non protetti.

Oltre alla sorveglianza epidemiologica dell'HIV e di altre IST, la Svizzera dispone di un monitoraggio comportamentale nella forma di un sistema di sorveglianza di seconda generazione (vedi anche capitolo 14.3 sull'evidenza). L'Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) di Losanna ha redatto su mandato dell'UFSP un rapporto sintetico per il periodo 2004–2008³⁴, che riassume le analisi eseguite sui gruppi di popolazione interessati. Il rapporto offre una panoramica sui comportamenti di protezione dei singoli gruppi fino al 2008 e segnala tendenze importanti per il futuro lavoro sull'HIV e sulle IST. In questo capitolo sono presentati i risultati principali.

Uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM)

La maggior parte degli MSM continua a proteggersi efficacemente dall'HIV. Tuttavia, secondo l'IUMSP nel periodo 2004–2008 traspare un certo allentamento del comportamento protettivo.

Comportamenti di protezione con partner occasionali:

Il numero di partner sessuali degli MSM è rimasto stabile dal 2004 al 2007. Tuttavia dalla metà degli anni 1990 si è riscontrato un aumento regolare della percentuale di intervistati che hanno dichiarato di non utilizzare sempre il preservativo nei rapporti anali con partner occasionali: dall'8,9% nel 1994 al 24,2% nel 2007 (media per tutte le fasce d'età). Le differenze tra i giovani (meno di 30 anni) e le persone più vecchie intervistate sono state minime o inesistenti (figura 1).

L'uso del preservativo nei contatti occasionali dipende in modo più o meno marcato da quanto l'intervistato conosce il partner (o crede di conoscere). Quindi la disponibilità a praticare sesso non protetto è maggiore se si conosce bene o si prova amore per il partner. In generale, la fiducia nel partner appare come un fattore determinante per la gestione dei rischi legati al contatto con un partner occasionale. Dal punto di vista della prevenzione, questo attestato di fiducia costituisce chiaramente un fattore di rischio perché in una relazione occasionale le informazioni sul partner sono inevitabilmente incomplete.

³⁴ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

Totale

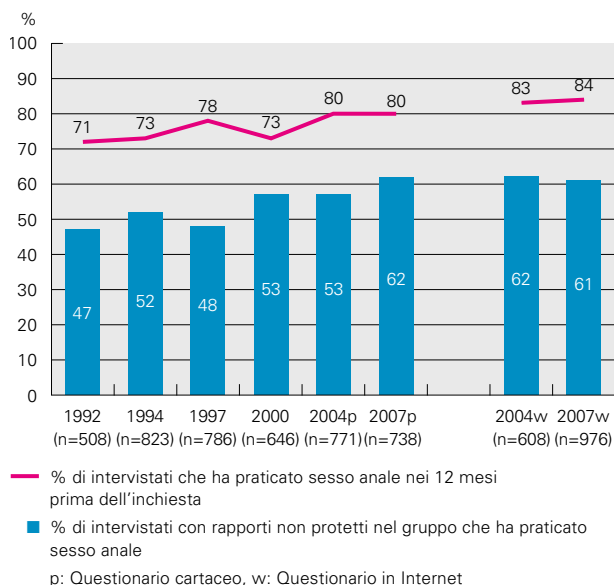


Figura 2: Percentuale di intervistati che nei precedenti 12 mesi ha avuto rapporti anali con il *partner stabile* e percentuale di questo gruppo che ha avuto rapporti non protetti.

Comportamenti di protezione in relazioni stabili: Nelle relazioni stabili tra MSM l'uso del preservativo è in calo dal 2000. Tuttavia in quest'ambito il preservativo non è mai stato tanto diffuso, poiché all'interno di una relazione di coppia si adottano altri provvedimenti per prevenire un'infezione da HIV (test HIV all'inizio della relazione, accordi reciproci, ecc.). La percentuale di intervistati che non usano sistematicamente il preservativo in una relazione stabile è notevolmente aumentata dalla fine degli anni 1990: nel 2007 ammontava al 62% degli intervistati, mentre dieci anni prima era solo del 48% (figura 2). Ciò nonostante, in un'alta percentuale delle coppie (circa il 40%) non è chiaro lo stato sierologico di uno o dei due partner. Circa un sesto delle coppie non usa il preservativo malgrado, date le circostanze, esista un rischio di trasmissione di HIV. Siccome questa percentuale non è diminuita negli ultimi anni, la prevenzione all'interno delle coppie stabili continua a rappresentare un problema da risolvere.

Per la prima volta da quando queste inchieste sono condotte, nell'analisi dell'esposizione al rischio vengono considerate variabili legate alla stratificazione sociale. Gli MSM di nazionalità estera e quelli senza istruzione post-obbligatoria sono esposti a un rischio maggiore di trasmissione. Per contro, un fattore protettivo sembra essere l'appartenenza a un'organizzazione di omosessuali.

Si constata che l'infezione da HIV è fortemente correlata alla rinuncia al preservativo, sia nell'ambito dei contatti occasionali che in quello dei rapporti sessuali con partner dallo stato sierologico differente o sconosciuto. In sé non è una constatazione nuova, comunque è doveroso precisare che la maggior parte degli MSM sieropositivi usa il preservativo nei rapporti con i propri partner sessuali.

La maggior parte degli MSM che pratica sesso anale non protetto con partner occasionali ricorre a strategie alternative la cui efficacia continua a essere incerta o persino sconosciuta.³⁵

Migranti da Paesi con un'epidemia generalizzata

È evidente un'urgenza di intervento soprattutto nei confronti delle persone provenienti dall'Africa subsahariana. Il numero di nuove infezioni in questi migranti è ancora molto alto, specialmente in considerazione del fatto che in Svizzera vive solo un piccolo gruppo di persone giunte da questa regione africana. Le informazioni ricavate da più fonti documentano che in questo gruppo sono presenti comportamenti a rischio. È possibile che il loro accesso alla prevenzione sia insufficiente, così come l'accesso al test HIV. Riguardo al resto della popolazione migrante, secondo i dati disponibili non ci sarebbero altri gruppi consistenti di immigrati in cui la prevenzione sarebbe difettosa (ad eccezione di alcuni Paesi della regione caraibica e dell'America centrale e meridionale con un'epidemia generalizzata; vedi anche il capitolo 4.1 «Epidemiologia dell'HIV» nel presente programma). Le persone con statuto di soggiorno non in regola potrebbero però costituire un'eccezione.³⁶

Persone che consumano stupefacenti per via endovenosa (IDU)

Negli IDU la situazione in materia di HIV è più soddisfacente: i nuovi casi continuano ad essere pochi e lo scambio di siringhe avviene raramente. Sembra che la distribuzione di materiale per iniezioni funzioni bene.

Ciò nonostante persistono alcuni problemi: l'elevata prevalenza degli accessi dimostra che l'igiene durante l'iniezione è ancora insufficiente, e in carcere persistono rischi da non sottovalutare. Non esistono dati sulla distribuzione di materiale per iniezioni o di disinfettanti.

³⁵ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

³⁶ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

L'agente patogeno che desta le maggiori preoccupazioni è l'HCV (vedi anche l'HCV nel riassunto dettagliato delle IST rilevanti per la salute pubblica, appendice 15.4).³⁷

Lavoratori del sesso

In Svizzera non esistono dati diretti sul comportamento di prevenzione dei lavoratori del sesso, a meno che non consumino stupefacenti e vengano di conseguenza inclusi dal relativo monitoraggio. I dati indiretti raccolti da specialisti e clienti concordano nel riportare che di solito si utilizza il preservativo nei rapporti sessuali vaginali e anali. Può darsi che le donne vulnerabili, ossia quelle in situazioni di dipendenza, residenti illegalmente in Svizzera o sottoposte a una forte pressione della concorrenza, si proteggano meno sistematicamente.

Un'elevata percentuale delle donne IDU che si prostituiscono si protegge durante i rapporti con i clienti; negli uomini IDU che si prostituiscono la protezione è meno diffusa.

Gli MSM che si prostituiscono si espongono maggiormente al rischio di IST rispetto agli altri MSM. I clienti di lavoratori del sesso maschili usano spesso il preservativo nei rapporti anali, ma non nei rapporti orali (vedi figura 3).³⁸

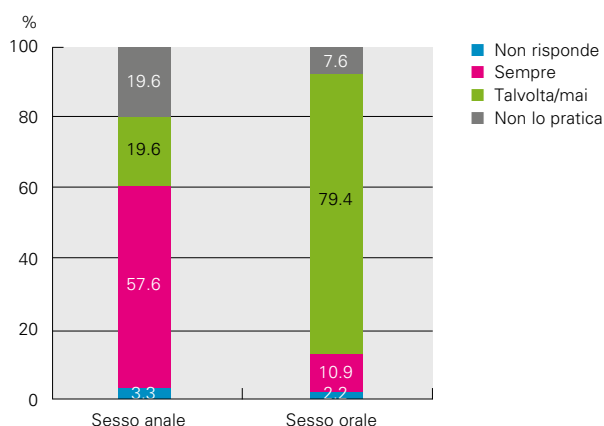


Figura 3: Uso del preservativo nei rapporti sessuali con lavoratori del sesso maschili, Gaysurvey 2007.

Persone affette da HIV/Aids

Nel 2008 quasi i tre quarti dei partecipanti allo studio svizzero della coorte HIV (SHCS) hanno avuto rapporti sessuali con un partner stabile nei sei mesi precedenti. Questa percentuale è diminuita rispetto al 2007. Il calo è stato riscontrato sia negli uomini che nelle donne, in tutti i gruppi distinti per via di trasmissione e senza dipendere dallo stato sierologico del partner. In questa popolazione è diminuita anche la percentuale di coloro che usano sistematicamente il preservativo: se nel 2007 ammontava al 77,0%, nel 2008 era scesa al 72%.

Le coppie sierodifferenti hanno dimostrato la maggior coerenza nel comportamento di prevenzione: l'84% delle persone sieropositive con un partner stabile sieronegativo utilizza sistematicamente il preservativo.

La percentuale di partecipanti allo SHCS che nei sei mesi precedenti ha avuto rapporti sessuali penetrativi con partner occasionali è rimasta complessivamente costante. Anche in questo gruppo è diminuita la quota di persone che usa sistematicamente il preservativo in queste circostanze: nel 2008 era dell'80,2% (85,1% nel 2007). Tale diminuzione si è constatata soprattutto tra gli uomini e in particolare tra quelli contagiati in occasione di un contatto omosessuale.

Anche i dati di GaySurvey 2007 evidenziano tra i sieropositivi un aumento della frequenza di rapporti anali non protetti con partner occasionali (tuttavia non con il partner stabile), vedi anche la sezione sugli MSM).³⁹

Nel 2006, il 7% delle persone HIV positive nel gruppo degli IDU ha dichiarato di aver passato ad altri una siringa usata nei sei mesi precedenti (vedi figura 5).⁴⁰

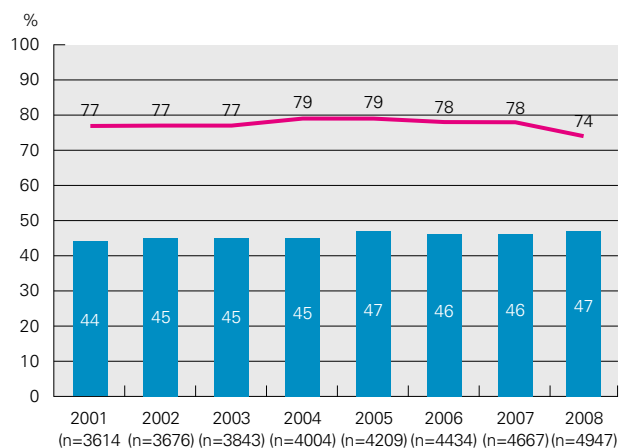
³⁷ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

³⁸ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

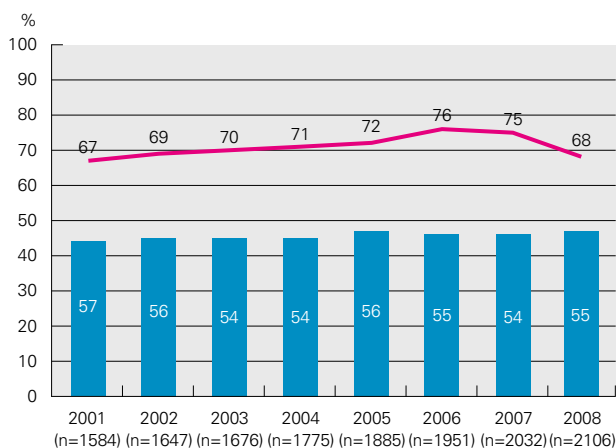
³⁹ Locicero et al. (2010) Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Résultats de Gaysurvey 2009. Raisons de santé 163

⁴⁰ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

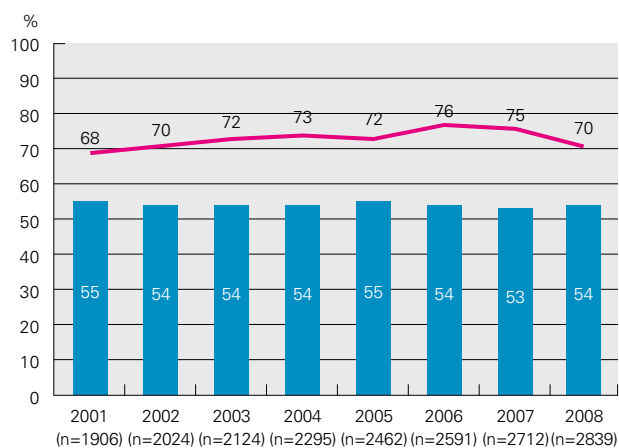
Uomini



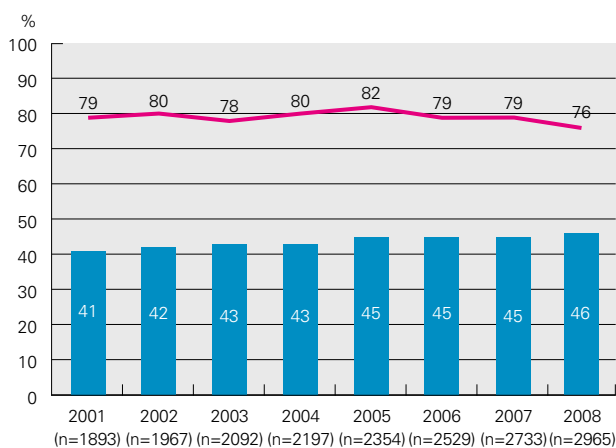
Donne



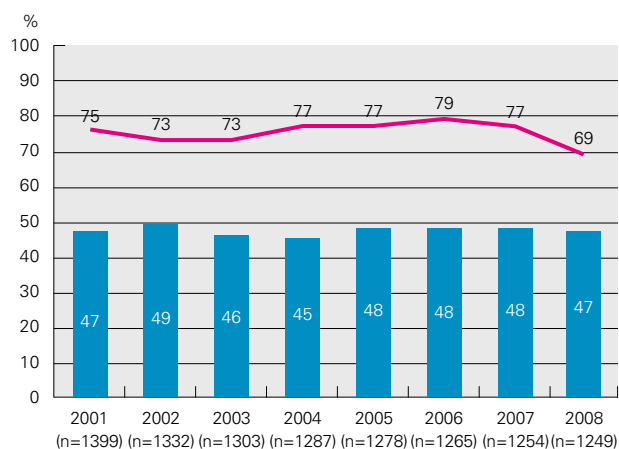
Eterosessuali



MSM



IDU



Totale

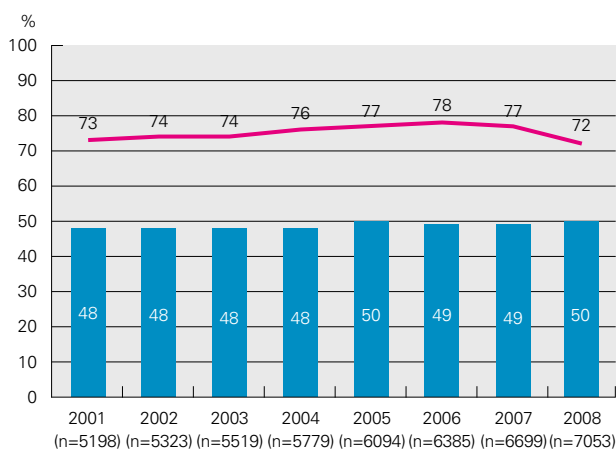
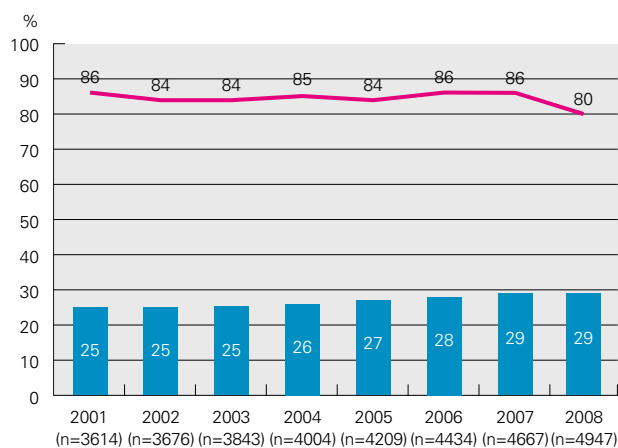
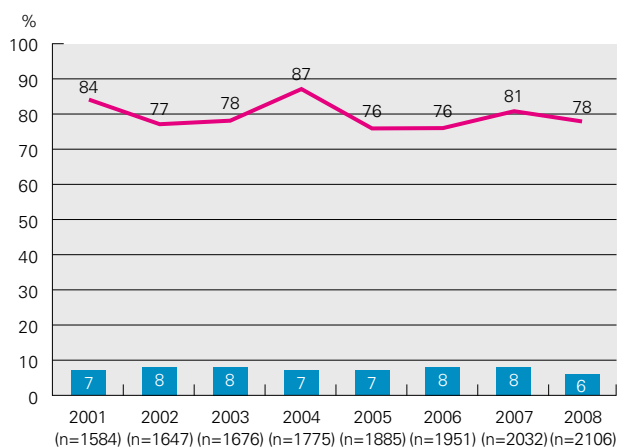


Figura 4: Pazienti dello SHCS che nei sei mesi precedenti hanno avuto rapporti sessuali *con un partner stabile*, per gruppo di pazienti (istogrammi blu). La linea rossa indica l'uso sistematico del preservativo con questo partner.

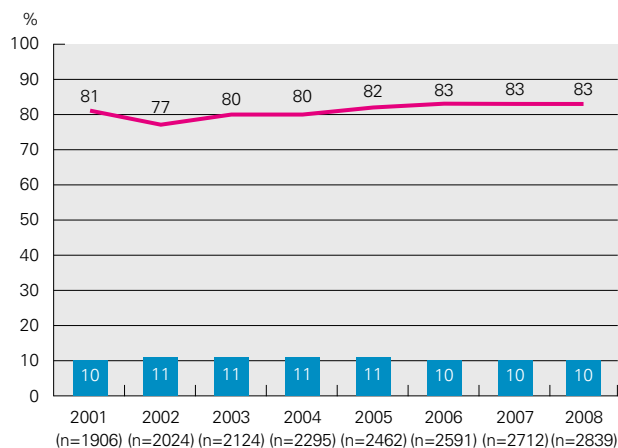
Uomini



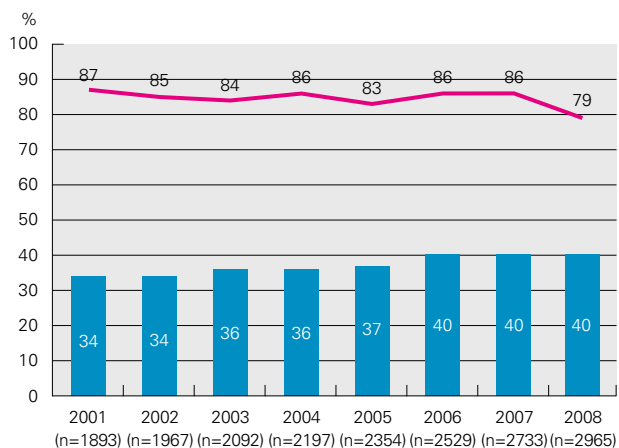
Donne



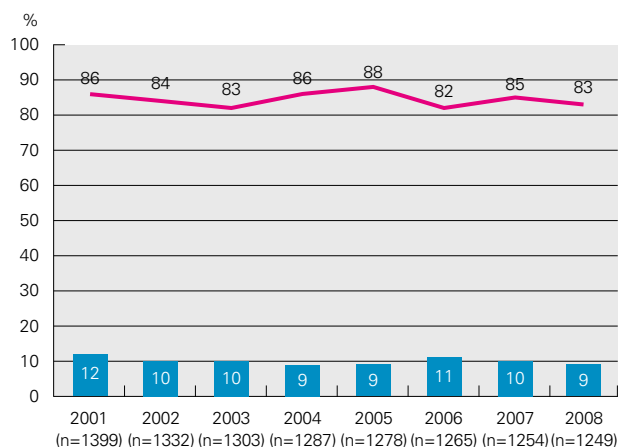
Eterosessuali



MSM



IDU



Totale

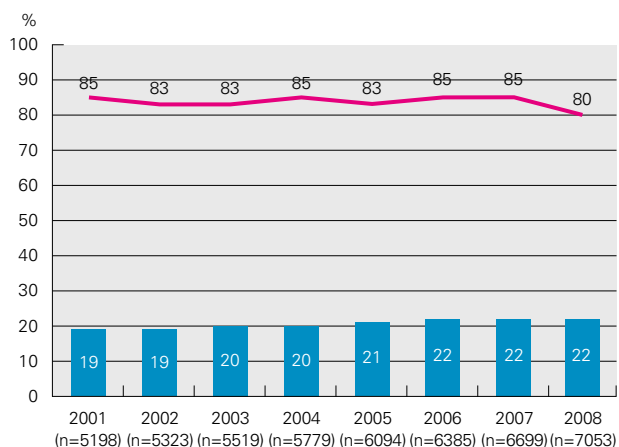
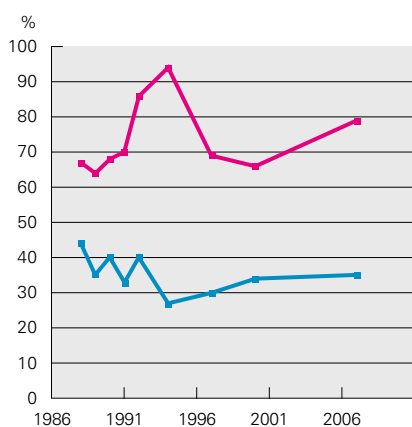
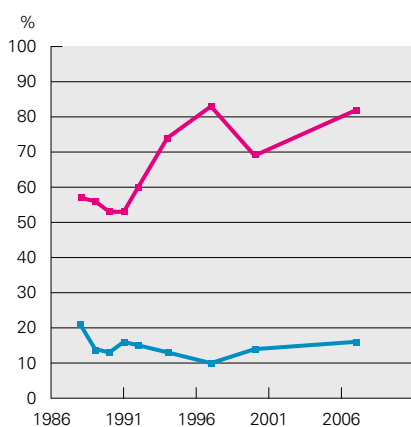


Figura 5: Pazienti dello SHCS che nei precedenti sei mesi hanno avuto rapporti sessuali con uno o più partner occasionali, per gruppo di pazienti (istogrammi blu). La linea rossa indica l'uso sistematico del preservativo con questi partner.

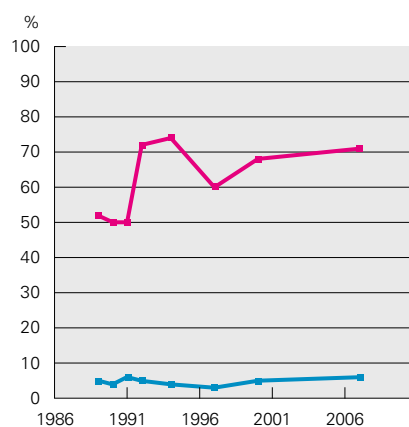
Uomini, 17–20 anni



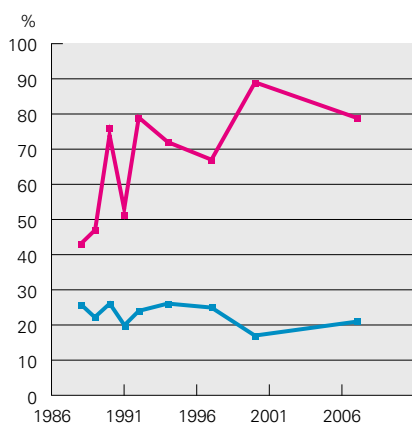
Uomini, 21–30 anni



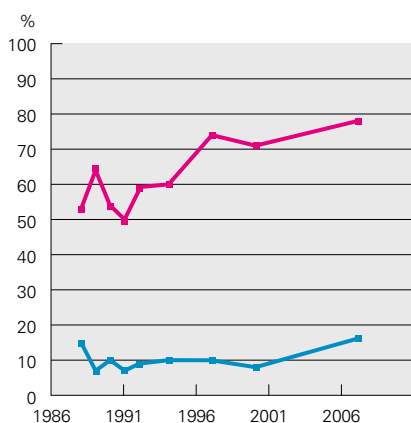
Uomini, 31–45 anni



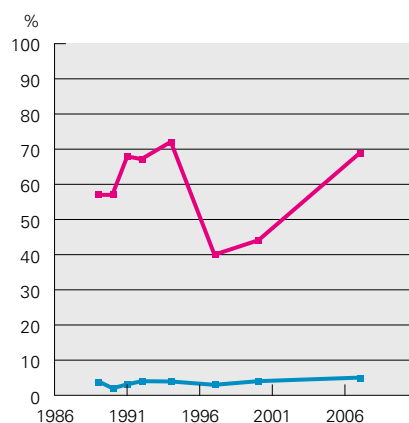
Donne, 17–20 anni



Donne, 21–30 anni



Donne, 31–45 anni

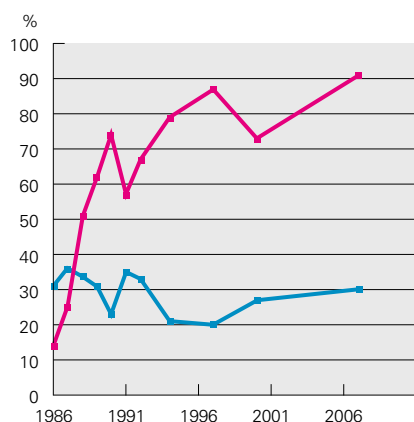
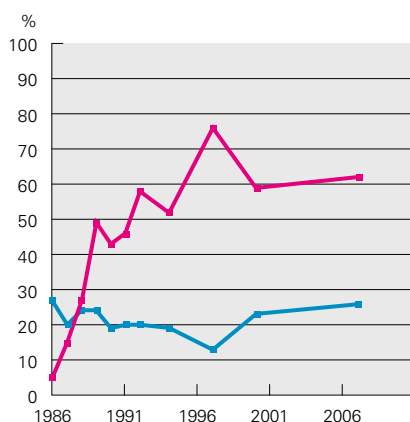
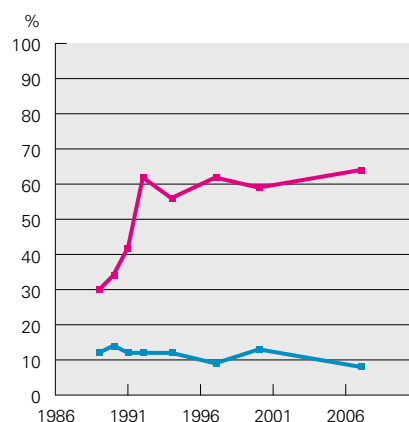
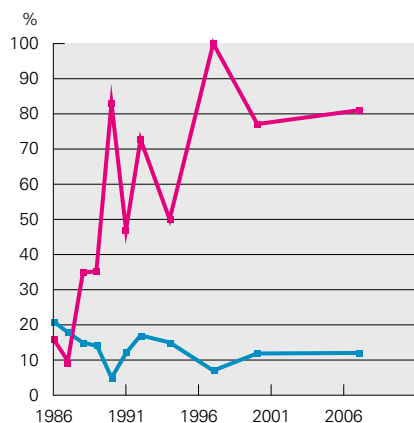
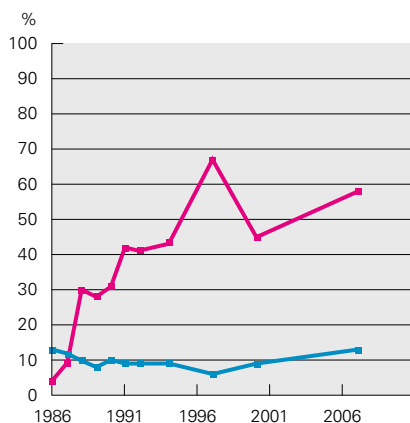
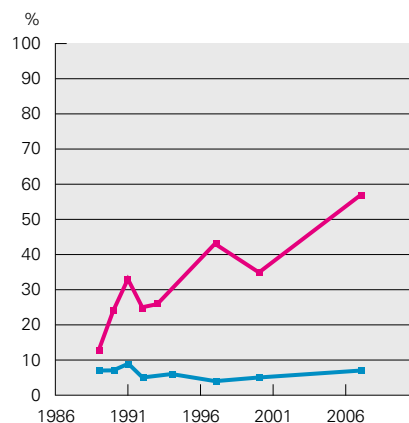


— Uso del preservativo
— Nuovo partner stabile

Figura 6: Nuovo *partner stabile* nel corso dell'anno e uso perlomeno iniziale del preservativo con questo partner. Percentuale degli intervistati, per sesso ed età.

Popolazione generale e adolescenti

Nel 2007, nella fascia dai 17 ai 45 anni di età l'uso del preservativo con il partner stabile, almeno all'inizio di una nuova relazione, era diffuso in tutte le categorie di età e sesso, raggiungendo percentuali tra il 60 e l'80% (vedi figura 6).

Uomini, 17-20 anni**Uomini, 21-30 anni****Uomini, 31-45 anni****Donne, 17-20 anni****Donne, 21-30 anni****Donne, 31-45 anni**

— Uso sistematico del preservativo
— Partner occasionale

Figura 7: Intervistati con almeno un *partner occasionale* nei precedenti sei mesi e percentuale all'interno di questo gruppo che ha usato sistematicamente il preservativo con questi partner occasionali, per sesso ed età.

Nella fascia della popolazione generale compresa tra i 17 e i 45 anni di età si sono riscontrati valori soddisfacenti anche per quanto riguarda l'uso sistematico del preservativo con partner occasionali, in particolare negli adolescenti (il 90% negli uomini, l'80% nelle donne tra i 17 e i 20 anni). In età più avanzata (da 46 a 74 anni) si registra tuttavia un netto regresso dell'uso del preservativo nelle situazioni a rischio (nuovo partner o partner occasionale). Questo effetto è più marcato nelle donne che negli uomini (vedi figura 7).

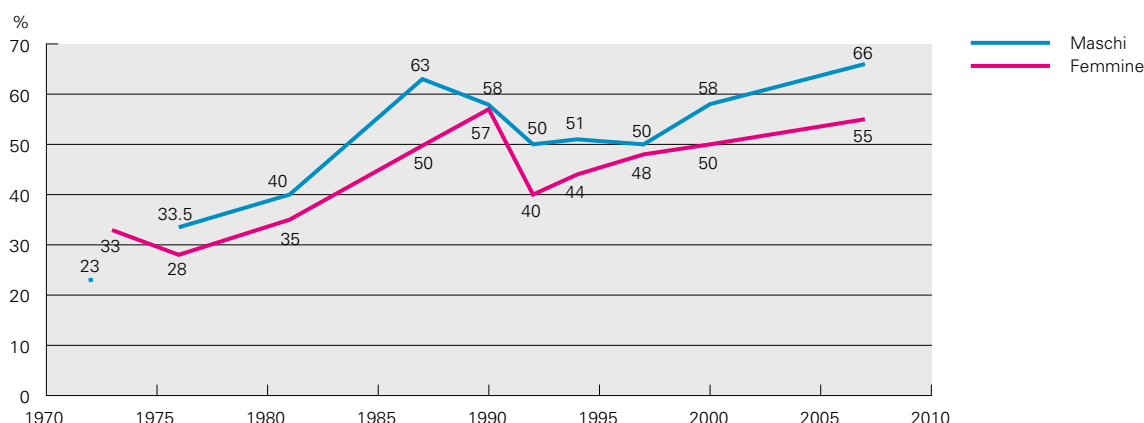


Figura 8: Percentuale degli adolescenti dai 17 ai 20 anni sessualmente attivi a 17 anni.

Frequenza del test: La percentuale delle persone che si è sottoposta almeno una volta nella vita a un test HIV (non in occasione di una donazione di sangue) è aumentata nel tempo. Nel 2007 nel gruppo degli uomini dai 31 ai 45 anni aveva raggiunto il 53% e nelle donne il 62%. Il 10% dei 31–45enni si era sottoposto al test nei precedenti dodici mesi. Dai 46 anni di età il test è meno diffuso, anche nelle persone con comportamenti a rischio.

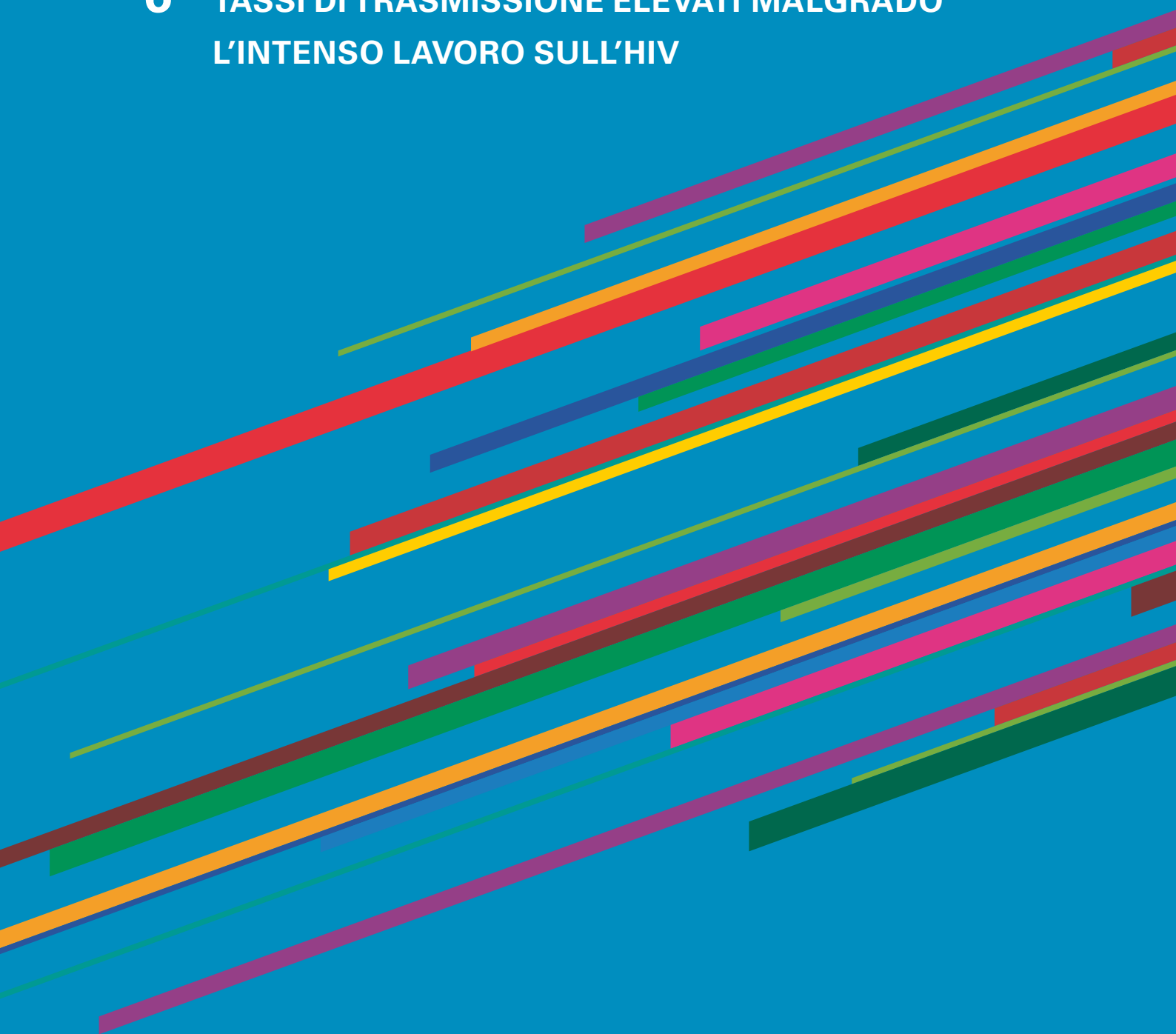
Attività sessuale negli adolescenti: Nel gruppo degli adolescenti si è riscontrato un aumento della percentuale di intervistati attivi sessualmente a una data età. A 17 anni circa due terzi dei ragazzi e la metà delle ragazze sono sessualmente attivi.

L'80% dei 17–20enni ha dichiarato di utilizzare un metodo contraccettivo: la maggior parte dei maschi usa il preservativo, la maggior parte delle femmine la pillola anticoncezionale.

Vi sono differenze nella qualità dell'educazione sessuale impartita dalle scuole: gran parte degli adolescenti ha avuto occasione di discutere della sessualità e/o dell'HIV/Aids a scuola, con differenze minime tra le regioni linguistiche. Degli allievi intervistati, più di otto su dieci hanno ricevuto informazioni sui centri di primo ascolto e di consulenza disponibili per domande sulla sessualità. Tuttavia sono state fornite informazioni sul test HIV solo a due terzi degli allievi, e solo circa la metà degli intervistati ha affrontato l'argomento dell'omosessualità. Malgrado l'evidente potenziale di miglioramento, tre allievi su quattro sono soddisfatti delle informazioni ricevute in ambito scolastico.⁴¹

⁴¹ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

6 TASSI DI TRASMISSIONE ELEVATI MALGRADO L'INTENSO LAVORO SULL'HIV



La Svizzera ha conquistato un ampio riconoscimento internazionale con la politica sull'HIV/Aids perseguita negli ultimi decenni: le campagne STOP-AIDS, umoristiche ma vicine alla realtà, sono state più volte premiate nei concorsi internazionali; i progetti destinati a specifici gruppi bersaglio, come Afrimedia, continuano a fungere da modello di buona pratica; la distribuzione di siringhe intesa come mezzo principale per arginare la diffusione dell'infezione tra i tossicodipendenti, che ha provocato intense discussioni in tutta Europa, è stata adottata da molti altri Paesi.

Malgrado questo grande impegno contro l'HIV/Aids, la Svizzera presenta uno dei tassi più alti di nuove diagnosi di HIV nell'Europa occidentale. Come si spiega questo fenomeno?

Nel quadro di uno studio del Fondo nazionale⁴², i ricercatori dello studio svizzero della coorte HIV hanno ricostruito a livello molecolare la diffusione in Svizzera dell'agente patogeno dell'Aids negli ultimi 30 anni. Hanno individuato con chiarezza i fattori determinanti per la propagazione dell'epidemia, ossia le catene di trasmissione tra omosessuali da una parte e tra tossicodipendenti dall'altra, oltre alle infezioni contratte all'estero. Mentre si è rivelata praticamente inesistente una via di trasmissione da uomini omosessuali a consumatori di stupefacenti per via endovenosa (IDU), l'infezione di eterosessuali da parte di IDU era molto frequente soprattutto nei primi anni 1980, un fenomeno in cui ha rivestito un ruolo importante la prostituzione dei tossicodipendenti.

Quindi la spiegazione della prevalenza relativamente alta dell'HIV in Svizzera va ricercata già nella situazione di partenza: la somma di tre premesse negative ha comportato sin dall'inizio un'elevata diffusione dell'epidemia.

1. In Svizzera negli anni 1970 e 1980 era già presente una forte comunità di uomini omosessuali. A causa della prosperità economica del nostro Paese, molti di questi uomini potevano permettersi viaggi negli USA, dove coltivavano rapporti con le comunità gay del posto. Di conseguenza, la prevalenza dell'HIV tra gli omosessuali svizzeri è cresciuta più rapidamente rispetto agli altri Paesi dell'Europa occidentale, come la Germania, in cui gli scambi tra la comunità gay locale e quella americana erano meno intensi. Oggi la situazione nel gruppo degli MSM (uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini) è paragonabile a quella di altri Paesi settentrionali dell'Europa occidentale.

2. Il consumo di stupefacenti per via endovenosa era un enorme problema nella Svizzera degli anni 1980 e 1990 e anche in questo caso avrebbe avuto un ruolo concausale il relativo benessere della nazione. Siccome le persone che si iniettavano stupefacenti tendevano a scambiarsi il materiale per iniezione, l'HIV ha potuto propagarsi facilmente e in modo rapido in questo gruppo. Solo la distribuzione di siringhe sterili è riuscita a migliorare stabilmente la situazione, come dimostra lo studio del Fondo nazionale svizzero menzionato in precedenza: l'epidemia tra i tossicodipendenti è stata arginata grazie al programma di distribuzione di siringhe sterili lanciato nel 1986. Ciò di conseguenza ha determinato anche un calo delle infezioni da HIV tra gli eterosessuali.

3. La Svizzera è un Paese di immigrazione e soprattutto nella regione francofona si sono stabiliti molti migranti dall'Africa subsahariana. L'infezione da HIV in questa popolazione proveniente da una regione con un'epidemia generalizzata dovrebbe teoricamente rispecchiare la prevalenza dei Paesi d'origine, molto più elevata che nella popolazione svizzera.

Questa situazione iniziale potrebbe aver contribuito anche alla maggior diffusione del test HIV in Svizzera rispetto agli altri Paesi, con una frequenza che rimane elevata (circa 300'000 test l'anno).

L'analisi mostra che sin dall'inizio la Svizzera è stata colpita contemporaneamente da tre distinte epidemie concentrate, e questa situazione si trascina fino a oggi. Perché in un Paese nel quale la prevalenza dell'HIV è relativamente elevata fin dall'inizio dell'epidemia, la lotta contro l'HIV/Aids parte già da condizioni più difficili.

Per giunta, dalla fine degli anni 1990 sono stati drasticamente ridotti i mezzi per la prevenzione (nel 1994 i fondi stanziati dalla Confederazione per la prevenzione ammontavano a 16 milioni di franchi, nel 2000 a soli 10 milioni). La riduzione dei finanziamenti ha comportato una perdita di visibilità degli sforzi di prevenzione e una diminuzione dell'efficacia di sensibilizzazione della popolazione e dei gruppi bersaglio. Parallelamente, con l'introduzione nel 1996 delle terapie antiretrovirali, l'HIV/Aids ha perso il carattere direttamente letale. La combinazione di questi eventi ha probabilmente contribuito al nuovo aumento delle diagnosi di HIV negli anni successivi (dal 2000).

⁴² Kouyios et al. (2010) Molecular Epidemiology Reveals Long-Term Changes in HIV Type 1 Subtype B Transmission in Switzerland. Vedi Appendice 15.5

Con il Programma nazionale HIV/Aids approvato nel 2003 è stato possibile ristabilizzare il numero dei contagi e continuare sia a impedire la diffusione dell'HIV tra la popolazione generale, sia a migliorare la sensibilizzazione dei gruppi bersaglio.

Lo scopo del presente programma è ridurre il tasso di infezioni: il numero di nuove diagnosi di HIV e delle IST soggette a obbligo di dichiarazione (sifilide, gonorrea, Chlamydia trachomatis, epatite B, epatite C) deve dimezzarsi nei prossimi sette anni (l'indicatore scelto è il numero di diagnosi nel 2017 rispetto al 2010). Per raggiungere l'obiettivo devono essere preservate le misure di prevenzione che si sono dimostrate efficaci, come la riduzione del danno per gli IDU, le campagne di sensibilizzazione destinate alla popolazione generale, l'educazione sessuale nelle scuole e le attività specifiche per i gruppi bersaglio. Queste ultime devono essere più valorizzate e concentrarsi ancora più intensamente sui gruppi di popolazione vulnerabili. Ciò significa che devono essere varati più progetti specifici destinati agli MSM sessualmente attivi, per esempio nei locali che frequentano. Allo stesso modo vanno rafforzati i progetti a bassa soglia d'accesso per i lavoratori del sesso uomini e donne o per le comunità di migranti maggiormente colpite. Le innovazioni principali del nuovo programma però riguardano la lotta combinata contro l'HIV e le IST e l'impiego della diagnosi e della terapia come strumenti di prevenzione.

7 NUOVE SFIDE PER IL LAVORO DI PREVENZIONE



L'HIV in Svizzera ha perso il suo status speciale di infezione mortale con un pericoloso potenziale di propagazione. Sotto il profilo epidemiologico l'HIV è relativamente sotto controllo, perlomeno nella popolazione generale svizzera, e sotto il profilo medico è sempre più trattabile. Le persone HIV positive, se opportunamente trattate, di fatto non sono più infettive a meno che non soffrano di un'altra IST⁴³, e possono godere di una speranza di vita pressoché normale. Persino l'Aids non è più sinonimo di morte imminente: oggi, di solito, si riesce a tenerla a bada per anni con medicinali antiretrovirali e di altro tipo. Questi sviluppi costituiscono nuove sfide per il lavoro di prevenzione.

Accenti e leitmotiv del nuovo programma

La missione di oggi consiste nel sensibilizzare le persone affinché si proteggano dall'HIV e dalle altre infezioni sessualmente trasmissibili, a prescindere dal rischio di morire: la salute sessuale è un elemento importante di una sessualità soddisfacente, e viceversa. Nella popolazione deve attecchire la consapevolezza che la salute sessuale ha un ruolo di primo piano per il benessere fisico e psichico. Affinché le persone possano agire in modo responsabile per la loro salute sessuale, è necessario che sappiano che anche nel campo della sessualità valgono i diritti fondamentali, come il diritto all'incolumità fisica o all'autodeterminazione. Inoltre devono essere informate sulle offerte di prevenzione e di assistenza e avere la possibilità di accedervi. Il nuovo programma intende quindi migliorare la sensibilizzazione sui diritti in materia di salute sessuale.

Un secondo accento è posto sulla prevenzione primaria nei gruppi di popolazione particolarmente colpiti dall'HIV e/o da altre infezioni sessualmente trasmissibili. «Put the effort where the virus is» (concentrare gli sforzi dove c'è il virus) è la raccomandazione data dal panel internazionale di esperti diretto dal professore berlinese di salute pubblica Rolf Rosenbrock⁴⁴, che ha valutato il lavoro sull'HIV in Svizzera. Con ciò si intende che la prevenzione debba concentrarsi soprattutto negli ambienti di questi gruppi o persone, nei luoghi dove vivono e hanno rapporti sessuali e dove gli interventi preventivi, in virtù dell'elevata prevalenza, diven-

tano particolarmente efficaci. Il PNHI segue questa raccomandazione.

Sulla prevenzione influisce anche il progresso medico. Il riconoscimento precoce di un'infezione e il suo trattamento corretto hanno assunto una rilevanza maggiore per la salute pubblica: la dichiarazione della Commissione federale per i problemi legati all'Aids afferma che le persone per cui l'infezione è individuata e correttamente curata non sono più infettive, a patto che non soffrano di un'altra IST⁴⁵. Ciò significa che la terapia interrompe la catena del contagio. Perciò la presente strategia mira al riconoscimento precoce delle infezioni e al miglioramento della qualità dei trattamenti, che implica una migliore aderenza alla terapia.

Il leitmotiv del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili 2011–2017 è:

- prevenire (quando la prevenzione è semplice ed efficiente)
- vaccinare (se esiste ed è raccomandata una vaccinazione)
- riconoscere precocemente
- trattare in modo tempestivo e corretto

Da questo schema consegue che è essenziale incentivare l'informazione del partner:⁴⁶ le persone infette dovrebbero provvedere in prima persona a informare il partner stabile o i partner sessuali, oppure ricorrere all'informazione anonima del partner offerta da determinati enti.⁴⁷ Tuttavia l'informazione del partner deve presupporre una scelta volontaria. I partner informati sono incoraggiati a sottoporsi al test e all'occorrenza a un trattamento tempestivo, per evitare la trasmissione «ping-pong» del virus.

⁴³ Il 30 gennaio 2008, la Commissione federale per i problemi legati all'Aids ha pubblicato sul Bollettino dei medici svizzeri la seguente dichiarazione: «Su richiesta della Commissione peritale clinica e terapia HIV/Aids dell'Ufficio federale della sanità pubblica, dopo aver preso atto dei dati scientifici e dopo una discussione approfondita, la Commissione federale per i problemi legati all'Aids (CFPA) rileva quanto segue: una persona infettata dall'HIV senza altre IST sottoposta a terapia antiretrovirale (ART) con una viremia completamente soppressa non è sessualmente infettiva, e cioè non trasmette il virus HIV attraverso i contatti sessuali, alle seguenti condizioni: – la terapia antiretrovirale è rispettata dalla persona infettata dall'HIV e controllata dal medico curante; – la carica virale (VL) è al di sotto della soglia misurabile da almeno sei mesi; – non vi è alcuna infezione ad opera di altri agenti patogeni sessualmente trasmissibili (IST)» (BMS, 30 gennaio 2008).

⁴⁴ Rosenbrock et al. (2009) Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts

⁴⁵ Dichiarazione della CFPA del 30 gennaio 2008, Bollettino dei medici svizzeri

⁴⁶ Il concetto di informazione del partner, diverso da quello di «partner notification» in uso a livello internazionale, ne sottolinea il carattere volontario: l'informazione del partner può avvenire solo se la persona infetta è d'accordo, quindi in ossequio al principio del consenso informato. Questo perché in un contesto così sensibile e contraddistinto da tabù come la sessualità e l'HIV/IST, la coercizione è un mezzo sbagliato per ottenere una prevenzione duratura. Conta molto più creare un humus sociale che incoraggi l'informazione del partner, una cultura in cui l'informazione volontaria sia percepita come un gesto automatico e utile.

⁴⁷ La responsabilità giuridica dell'informazione sullo stato HIV prima di un rapporto sessuale non protetto ricade in linea di principio sul partner HIV positivo, che in caso di mancata informazione ne sopporta le conseguenze penali e civili. Inoltre, un comportamento responsabile richiede che una persona HIV positiva informi i partner con cui ha avuto rapporti sessuali non protetti prima della diagnosi. Sotto il profilo legale, fornire un supporto al paziente per comunicare lo stato sieropositivo al o ai partner attuali e – all'occorrenza – anche ai precedenti partner è indubbiamente legittimo e persino necessario nell'ottica dell'obbligo di diligenza verso il paziente (informazione sulle conseguenze penali in caso di mancata informazione, vedi anche capitolo 15.6 in appendice).

La strategia di apprendimento resta valida

Di fronte a questi sviluppi ci si potrebbe chiedere se la strategia di apprendimento finora seguita non sia ormai obsoleta e non debba essere sostituita da una strategia epidemiologica caratterizzata da uno screening, per esempio in alcuni gruppi bersaglio, e dall'informazione obbligatoria del partner. La strategia epidemiologica classica è guidata dal seguente interrogativo di fondo: «Come individuare il più rapidamente possibile il maggior numero di fonti di infezione e come impedire ulteriori contagi?» Per contro, la strategia di apprendimento fornisce risposte alla domanda: «Come organizzare il più rapidamente possibile processi di apprendimento che consentano a individui, gruppi sociali e all'intera società di adattarsi a vivere con un agente patogeno per il momento impossibile da eradicare, adottando un comportamento di prevenzione e senza discriminare le persone colpite?»

La strategia di apprendimento si basa sulla libera scelta e resta valida malgrado la crescente importanza della diagnosi precoce dell'HIV. Questo poiché in un campo così intimo e costellato di tabù come la sessualità, misure coatte come quelle previste da una strategia epidemiologica corrono il rischio di compromettere la stessa prevenzione che mirano a promuovere. Chi teme di essere compromesso davanti a tutti i suoi partner sessuali a causa dell'esito di sieropositività di un esame obbligatorio tenderà a evitare il test, eludere lo screening e quindi a sabotare l'informazione del paziente, anziché sostenerla. Anche in caso di sospetta infezione, non cercherà l'assistenza di un medico riconosciuto, ma preferirà ottenere i medicinali per vie traverse. Una prevenzione efficace nel campo sensibile della salute sessuale può funzionare solo su base volontaria, seguendo il principio collaudato del consenso informato (informed consent). In questo contesto è importante rinnovare l'impegno, come fa questo programma, contro la \stigmatizzazione e la discriminazione delle persone infette.

Il presupposto di una prevenzione efficace è una sorveglianza accurata delle epidemie di HIV e IST. Il nuovo programma pone l'accento anche su questo aspetto, proponendo lo sviluppo di un modello di \third generation surveillance dell'HIV e delle IST. Questo nuovo modello di sorveglianza estende la sorveglianza biologica al campo delle IST e colma le lacune nella sorveglianza comportamentale. Combina quindi le conoscenze acquisite dalla sorveglianza dell'HIV e delle IST. Inoltre prevede un monitoraggio continuo delle varie misure di prevenzione, compresa un'analisi costi-benefici, per consentire in futuro un «evidence-based policy making».

7.1 LA PREVENZIONE RICHIEDE PARTECIPAZIONE E MIRA ALL'EMPOWERMENT

La prevenzione dell'HIV e delle altre infezioni sessualmente trasmissibili deve raggiungere soprattutto le persone particolarmente a rischio perché appartenenti a gruppi con alta prevalenza di HIV e altre IST o perché hanno più difficoltà a preservare la propria salute. Lo scopo di questo grande impegno è fornire loro i mezzi per acquisire le competenze per prendere decisioni autonome in materia di salute e malattia e per influire positivamente sulla propria salute. Vanno abbattute le barriere che impediscono l'autodeterminazione. Gli interventi di prevenzione postulati in questo programma mirano – in sintonia con la strategia della Confederazione «Migrazione e salute 2008–2013» – \all'empowerment dei gruppi bersaglio minacciati, cercando di promuovere le pari opportunità.

Un gruppo sproporzionatamente a rischio, nel senso appena esposto, comprende la maggior parte dei migranti: da una parte perché in alcuni gruppi di migranti l'HIV e/o alcune IST hanno una prevalenza più elevata (per esempio nelle persone provenienti dall'Africa subsahariana), dall'altra perché il contesto della migrazione ha effetti negativi sulla salute o sui relativi comportamenti. Il monitoraggio della salute della popolazione migrante in Svizzera condotto dall'UFSP⁴⁸ ha evidenziato che la maggior parte dei migranti è meno sana, si sente meno sana e spesso fa meno per la propria salute (es. praticare uno sport) degli rispetto agli svizzeri. Spesso ciò dipende anche dal fatto che molti migranti appartengono agli strati sociali più bassi. Inoltre, le barriere linguistiche o l'incertezza in merito al proprio status di soggiorno possono ostacolare fortemente l'accesso alle prestazioni sanitarie.

⁴⁸ Bundesamt für Gesundheit (2007) Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung»

I migranti della regione subsahariana sono particolarmente vulnerabili

I rischi descritti si sommano nei migranti dall'Africa subsahariana, ragione per cui è opportuno dedicare un'attenzione particolare a questo gruppo. La regione subsahariana è la più colpita dall'HIV/Aids: due terzi (67%) delle persone infettate da HIV al mondo provengono da questa zona. Negli ultimi cinque anni, dal 16 al 23% delle nuove diagnosi in Svizzera ha riguardato persone dell'Africa subsahariana; in questo gruppo la trasmissione avviene prevalentemente per via eterosessuale. Nel contempo il tema dell'HIV/Aids, o della salute sessuale in generale, resta spesso un tabù nella comunità africana, come del resto in altre comunità. L'infezione da HIV di conseguenza è associata a stigmatizzazione: le persone infette vivono sotto la minaccia di essere discriminate ed emarginate dal gruppo sociale. Ciò comporta che alcuni celino la propria infezione per paura di essere isolati; questo comportamento aumenta a sua volta il rischio di contagiare il partner. Inoltre per i servizi medici o di sostegno psicosociale diventa più complicato raggiungere le persone colpite.

L'approccio transculturale

Nella concezione e nella realizzazione di proposte di servizi per i vari gruppi di migranti bisogna tenere conto della molteplicità degli influssi specifici della migrazione, oltre che della complessa composizione della popolazione migrante e della varietà delle esigenze. La soluzione all'apparenza migliore è quella dell'approccio transculturale, che parte dal presupposto che i sistemi culturali siano in continuo mutamento e che non esistano cerchie culturali chiuse⁴⁹. La transculturalità non si sofferma sulle differenze, ma sui punti in comune tra persone di origine diversa. In termini di promozione della salute, ciò significa che i progetti e i modelli di prevenzione devono essere concepiti in modo da soddisfare sempre anche le esigenze dei gruppi di migranti o da potersi adattare ai loro bisogni. La popolazione migrante quindi non deve essere assistita solo con interventi specifici, ma va presa in considerazione in tutte le offerte di prevenzione. In alcune situazioni, comunque, può insorgere la necessità di approntare misure specifiche per raggiungere gruppi particolari di migranti.

Nel suo documento fondamentale «*Migration mainstreaming in materia di sanità*», l'Ufficio federale della sanità pubblica persegue una duplice strategia: da un lato mira all'uguaglianza orizzontale, ossia a garantire che, per gli stessi bisogni, la popolazione migrante e quella autoctona (residente da tempo) beneficino di prestazioni sanitarie identiche. Dall'altro, punta a realizzare l'uguaglianza verticale, ossia che a esigenze diverse debbano corrispondere necessariamente prestazioni sanitarie diverse. Quindi la popolazione migrante dovrebbe beneficiare di prestazioni sanitarie specifiche, in quanto presenta bisogni diversi rispetto alla popolazione autoctona.⁵⁰

Adeguare i messaggi e il linguaggio alle esigenze della popolazione migrante

Alla domanda sulle proprie esigenze nel campo della prevenzione e della promozione della salute, le persone migranti hanno espresso il desiderio di un contatto più frequente con i servizi di prevenzione e di un rafforzamento del ruolo delle persone di fiducia.⁵¹ Inoltre, hanno chiesto di adattare le informazioni scritte alle particolari esigenze linguistiche, utilizzando più immagini che testi lunghi. L'inchiesta ha evidenziato anche un apprezzamento delle misure di prevenzione strutturale. Queste affermazioni vanno tenute in seria considerazione da chi intende raggiungere i singoli gruppi di migranti con interventi di prevenzione. Da altri studi è emerso che nella popolazione migrante è molto importante la cerchia di parenti e amici per il lavoro di prevenzione.⁵² Perciò è particolarmente prezioso il lavoro svolto attraverso le reti (organizzazioni e associazioni) dei gruppi di migranti e tramite persone di fiducia (membri di queste organizzazioni o mediatori). Inoltre vi sono persone che rivestono un ruolo chiave nell'agevolare l'accesso a determinati gruppi e migliorare l'efficacia della prevenzione. Queste figure chiave sono da un lato chi informa gli specialisti di prevenzione e promozione della salute sulle abitudini e sui bisogni dei migranti, per esempio i mediatori interculturali ben integrati nel gruppo bersaglio. Dall'altro, sono persone che trasmettono le informazioni su salute e prevenzione ai gruppi di migranti; quindi, oltre ai mediatori interculturali, per esempio i medici di base e i farmacisti. L'esperienza insegna che in molti contesti di migrazione il lavoro delle figure chiave è più efficace quando le informazioni sono trasmesse per via orale e in modo informale. È essenziale una buona intesa, sia negli incontri individuali che negli eventi informativi destinati a interi gruppi.

⁴⁹ Bundesamt für Gesundheit (2007) Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung»

⁵⁰ Bundesamt für Gesundheit (2008) Migration Mainstreaming im Gesundheitswesen

⁵¹ Pfluger et al. (2009) Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen

⁵² (U.a.) Salis Gross (2010) Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen

Sul piano della comunicazione è perciò importante coinvolgere nel lavoro anche i rappresentanti dei gruppi bersaglio (in questo caso gruppi specifici di migranti), poiché le informazioni possono essere credibili e le raccomandazioni convincenti solo quando tengono conto del contesto socioculturale dei destinatari del messaggio. Una semplice traduzione degli opuscoli di una campagna non è sufficiente: con l'aiuto dei rappresentanti del gruppo bersaglio, il materiale informativo va ripensato, adattato e divulgato il più possibile tramite persone di fiducia.⁵³ Non è mai solo una questione di trasmettere informazioni. È altrettanto importante fare in modo che il gruppo bersaglio sia in grado di trarre beneficio da queste informazioni (health literacy): i destinatari devono stabilire un legame con la propria salute, riconoscerne il valore e l'utilità e imparare a preservarla e promuoverla. I progetti in questo campo devono essere sempre volti a migliorare le competenze dei gruppi bersaglio in materia di salute, affinché essi possano gestirla e prendere decisioni in modo autonomo (empowerment). In sintonia con la strategia Migrazione e salute (2008–2013) approvata dal Consiglio federale nel 2007, questo programma contribuisce quindi alla «eliminazione degli svantaggi evitabili in materia di salute, migliorando così le premesse per offrire alle persone con un retroscena di migrazione in Svizzera le medesime opportunità di poter realizzare il loro potenziale di salute di cui gode la popolazione indigena.»⁵⁴

Prevenzione ed empowerment specifici per i sessi

Le donne meritano un'attenzione particolare in merito all'empowerment descritto in precedenza. Spesso il sesso femminile si preoccupa maggiormente delle questioni di salute e di promozione della salute rispetto agli uomini, quindi si tratta di sensibilizzare le donne alla prevenzione con un'adeguata informazione, in modo che possano anche fungere da mediatrici nel loro ambiente familiare.

Tuttavia bisogna tenere conto del fatto che molte donne che abitano in Svizzera, soprattutto all'interno di gruppi di migranti, non vivono in una situazione di parità con gli uomini, a causa della tradizionale struttura patriarcale della terra d'origine oppure perché dipendono economicamente dal marito (che mantiene la famiglia). Spesso ne consegue che queste donne non godono di una piena autodeterminazione nei confronti del proprio corpo e perciò non sono completamente in grado di proteggersi da un'infezione. Inoltre, le dinamiche patriarcali spesso pretendono l'assoluta fedeltà della moglie, mentre concedono al marito una certa promiscuità. A ciò va aggiunto che le donne durante un rapporto eterosessuale corrono un rischio maggiore rispetto al partner maschile di essere contagiate dall'HIV o da altri agenti patogeni trasmissibili per via sessuale, soprattutto quando l'uomo eiacula nel corpo della donna.

Di conseguenza, il lavoro di prevenzione in questo settore deve considerare anche aspetti specifici legati al sesso: la prevenzione può dare il suo contributo alle pari opportunità solo se promuove e garantisce l'uguaglianza dei sessi e l'autodeterminazione delle donne. Pertanto non può essere ignorato il lavoro sugli uomini: sistemi di valori e comportamenti considerati peculiarmente «maschili» (come alcuni comportamenti a rischio o la promiscuità) sono in ultima analisi il risultato della socializzazione. Chi si propone di modificare i modelli di mascolinità che mettono a repentaglio la salute sessuale si trova di fronte una lunga serie di sfide che non possono essere vinte se non coinvolgendo direttamente gli uomini.⁵⁵

La stessa dimensione in cui si applica il migration mainstreaming deve valere anche per il concetto di gender mainstreaming. Ciò significa che i progetti di prevenzione, a tutti i livelli e in tutte le fasi, devono sempre considerare anche l'aspetto specifico dei sessi. In tutti i progetti va verificato se è promossa l'autodeterminazione della donna e se vi è una sufficiente attenzione all'empowerment femminile. Infine, come per il migration mainstreaming, anche per il gender mainstreaming la realizzazione delle pari opportunità tra i sessi in materia di salute dipende dal rispetto dei principi di uguaglianza orizzontale e uguaglianza verticale.⁵⁶

⁵³ Pfluger et al. (2009) Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen

⁵⁴ Bundesamt für Gesundheit (2007) Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008–2013)

⁵⁵ Spencer (2001) «Und Gott schuf die Geschlechter». Geschlechtsspezifische HIV-Prävention

⁵⁶ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel (2008) Fokusbericht Gender und Gesundheit

7.2 LA STRATEGIA DEL TEST HIV

La maggior parte dei Paesi sviluppati segue linee strategiche simili per lottare contro l'HIV/Aids. Tuttavia emergono grandi differenze tra le strategie relative al test. Stati come gli USA o la Francia raccomandano già da tempo test HIV sistematici (screening) per tutta la popolazione che entra in contatto con il sistema sanitario, indipendentemente dal motivo per cui si reca dal medico. Chi non vuole sottoporsi al test deve dichiarare esplicitamente il suo rifiuto (sistema opt-out). La persona sottoposta al test riceve informazioni e consulenza solo in caso di risultato positivo.

Per contro, la strategia svizzera mira a promuovere la consulenza e il test HIV su base volontaria nelle persone che hanno un comportamento a rischio e/o sono in contatto o fanno parte di gruppi con elevata prevalenza dell'HIV. Il test viene eseguito o su richiesta della persona stessa, secondo il principio del voluntary counselling and testing (VCT), oppure su proposta del fornitore di prestazioni (di solito il medico): provider induced counselling and testing (PICT). Il test viene proposto sistematicamente solo in alcune situazioni mediche ben definite: per esempio durante la gravidanza, ma anche in questi casi solo con il consenso informato della persona interessata. Il test è obbligatorio per i donatori di sangue. Inoltre, dal marzo 2010 vengono sottoposte sistematicamente al test le persone con determinate diagnosi (come un'IST o la tubercolosi).

Come illustrato nei precedenti capitoli, negli ultimi anni la diagnosi precoce e la terapia tempestiva dell'HIV, ma anche di altre IST, è diventata una priorità sia per la salute dei pazienti sia per la salute pubblica: una diagnosi e una terapia tardive di un'infezione da HIV comportano svantaggi per l'individuo (infezioni opportunistiche, rischio più elevato di indurre resistenze, tassi inferiori di risposta alla terapia). In più una diagnosi tardiva significa anche un'opportunità mancata di fornire una consulenza atta a modificare tempestivamente il comportamento della persona infetta per proteggere i partner sessuali. Ciò solleva la questione sull'opportunità di cambiare l'attuale strategia svizzera, allo scopo di riconoscere più precocemente l'HIV e le altre infezioni sessualmente trasmissibili.

La situazione attuale

Il test degli anticorpi HIV è impiegato su larga scala in Svizzera: i laboratori ricevono ogni anno più di 300'000 campioni di sangue per ricercare gli anticorpi anti-HIV. A questi vanno aggiunte alcune decine di migliaia di test HIV rapidi, eseguiti in diversi centri direttamente sul sangue capillare. Ciò significa che ogni anno quasi il 5% della popolazione svizzera si sottopone al test HIV. Dato che il numero di risultati HIV positivi è compreso tra 600 e 800, ne consegue che viene individuata un'infezione all'incirca ogni 500 test. Questo valore decisamente basso comporta un costo per diagnosi molto elevato (tra i 20'000 e i 25'000 franchi). Inoltre, malgrado l'elevata diffusione del test, negli ultimi anni circa un quarto delle diagnosi è stato formulato a uno stadio di immunodeficienza avanzata (valori di CD4 inferiori a 200/ul), in cui si manifestano già sintomi clinici. Si può concludere che le persone che si sottopongono o che desiderano sottoporsi al test evidentemente non sono quelle giuste.

Quindi in Svizzera non è necessario estendere il test HIV a tutta la popolazione. Sarebbe una misura economicamente insensata, data la bassa prevalenza dell'HIV nella popolazione generale. L'aspetto centrale è invece riuscire a sottoporre al test le persone più a rischio di infezione da HIV.

Il problema delle (primo)infezioni da HIV non riconosciute

Una grande occasione per scoprire un'infezione da HIV è la primoinfezione. Almeno la metà delle persone manifesta nelle prime settimane dopo il contagio una sintomatologia contraddistinta da febbre e sintomi di un'infezione virale non specifici. Molte di queste persone si recano dal medico a causa di questi sintomi. Tuttavia spesso l'HIV non viene diagnosticato perché anche se i sintomi sono tipici, nel 99 per cento dei casi sono causati da un'altra infezione. Se il medico non pensa all'eventualità dell'HIV non esegue nemmeno il test. Un'inchiesta interna dell'Ospedale cantonale di San Gallo (professor Pietro Vernazza) ha evidenziato che almeno un terzo delle diagnosi di HIV formulate negli ultimi anni riporta nell'anamnesi un evento acuto in cui è stato contattato il medico, corrispondente con grande probabilità a una primoinfezione da HIV allora non riconosciuta. La primoinfezione non identificata è un problema di interesse pubblico perché le persone sono da 25 a 30 volte più infettive rispetto alla fase successiva di infezione cronica.

Grazie a metodi di ultima generazione è possibile calcolare la proporzione dei contagi recenti tra le nuove diagnosi di HIV, da cui emerge chiaramente che le diagnosi di HIV negli MSM e nei tossicodipendenti sono formulate significativamente in anticipo rispetto ai casi di contagio per via eterosessuale. Ciò confermerebbe la supposizione che la diagnosi di una primoinfezione da HIV spesso non sia posta perché non viene nemmeno presa in considerazione. È imperativo evitare queste opportunità mancate di una diagnosi precoce.

PICT: Provider induced counselling and testing

Da questo ragionamento consegue che nelle persone che presentano febbre e la sintomatologia di un'infezione virale è sempre indicato un test HIV. La probabilità che l'infezione sia causata dall'HIV è dell'ordine di uno su cento, nettamente superiore alla frequenza delle diagnosi nella popolazione generale (1:500). Tuttavia ciò implica che moltissime persone (99 su 100) che non hanno mai corso il rischio di contrarre l'HIV debbano sottoporsi al test se presentano una determinata sintomatologia. L'ex Commissione peritale clinica e terapia HIV/Aids (CCT), nella sua raccomandazione del 15.3.2010, propone che anche tutte le persone affette dalle malattie più frequentemente associate all'HIV debbano eseguire il test HIV (es.: tubercolosi, malattie veneree, linfomi).⁵⁷

In tutti questi casi la decisione di effettuare il test HIV viene presa sulla base di una situazione clinica standard, e il test viene sollecitato da un fornitore di prestazioni (medico, personale sanitario): è la situazione PICT. La persona coinvolta deve essere informata che sarà sottoposta al test. Raramente sono ammesse eccezioni nell'interesse del paziente⁵⁸, ma devono essere documentate per iscritto. La pretesa che debba essere eseguita un'anamnesi del rischio per determinare la probabilità di un'infezione da HIV prima di consigliare il test anche in queste situazioni cliniche standard è priva di fondamento. Un'analisi degli studi sulle primoinfezioni (Vanhems et al., CID 1997; 24(5):965-70) mostra che per la metà delle diagnosi di primoinfezione da HIV l'anamnesi del rischio HIV non era nota al momento del test.⁵⁹ Secondo la raccomandazione della CCT, nelle situazioni standard l'infezione da HIV va esclusa solamente con un test HIV e non con un'anamnesi del rischio.

Al contrario, il concetto PICT prevede che i medici e gli altri fornitori di prestazioni sanitarie consiglino una consulenza e il test HIV anche a pazienti che non presentano malattie o

sintomi tipici, se riscontrano (per esempio mediante un'anamnesi sessuale) indizi di un comportamento a rischio del paziente. I fornitori di prestazioni devono consigliare il test precoce alle persone che si espongono a rischi o sono in pericolo. In questi casi urge fornire una consulenza al paziente, anche se la diagnosi è negativa, per cercare di modificare il suo comportamento.

In linea di principio, nella situazione PICT una consulenza va sempre fatta quando appare utile, quindi quando la persona in questione: a) ha corso un rischio o lo fa ripetutamente, oppure b) appartiene a un gruppo di popolazione con alta prevalenza, e c) è accessibile per una consulenza. Il suo stato di salute deve consentirle di seguire la consulenza: non ha molto senso nelle persone con forti dolori o altri gravi problemi di salute non correlati all'HIV o alle IST. Ovviamente, alle persone con diagnosi di sieropositività la consulenza va fornita in ogni caso.

VCT: Voluntary counselling and testing

Una situazione completamente diversa è costituita dal voluntary counselling and testing (VCT). Qui l'iniziativa di sottoporsi al test parte dal diretto interessato, secondo il principio della volontarietà e della responsabilità individuale. Nella maggior parte dei casi, il test HIV continua a essere eseguito per il desiderio di persone che vogliono essere sicure di non avere l'HIV, perché hanno avuto un comportamento a rischio o all'inizio di una nuova relazione. In questa situazione è fondamentale l'anamnesi del rischio ed è indispensabile una consulenza sulle possibili strategie per ridurre il rischio unita all'informazione sull'attendibilità del risultato (sensibilità del test utilizzato). Un test HIV senza consulenza individuale sul rischio è un'occasione mancata per la prevenzione. Di conseguenza, la VCT prevede di routine un'anamnesi del rischio e una consulenza sulle strategie per ridurre il rischio (safer sex).

⁵⁷ Flepp et al. (2010) Der HIV-Test auf Initiative des Arztes: Empfehlungen zur Durchführung bei Erwachsenen

⁵⁸ Esempio di una possibile eccezione nell'interesse del paziente è una situazione medica critica, come quando il paziente è intubato.

⁵⁹ Vanhems et al. (1997) Acute human immunodeficiency virus type 1 disease as a mononucleosis-like illness: Is the diagnosis too restrictive?

La consulenza post-test contribuisce in misura fondamentale alla modifica del comportamento della persona interessata, indipendentemente dal risultato del test. Un risultato negativo non implica automaticamente che la persona decida di proteggersi in futuro: anzi, in assenza di una consulenza, può indurre una sensazione di ingannevole sicurezza (di invulnerabilità). Un risultato positivo è carico di conseguenze psicosociali estremamente complesse, che la persona HIV positiva solitamente non riesce a gestire senza un adeguato sostegno. La conoscenza della propria sieropositività di norma non comporta automaticamente una riduzione dei comportamenti a rischio. Numerosi studi, per contro, indicano che se la diagnosi di un'infezione da HIV è unita a una consulenza e a un accompagnamento adeguati, si ottiene una diminuzione permanente dei comportamenti a rischio della persona con diagnosi di HIV.⁶⁰

Purtroppo in Svizzera vengono ancora eseguiti troppi test senza un'adeguata consulenza. La strategia di test svizzera è quindi tesa a promuovere i concetti VCT e PICT. Le persone a rischio devono essere motivate all'approccio VCT con offerte o incentivi specifici. I servizi a bassa soglia esistenti per valutare autonomamente il rischio (come lo strumento online www.check-your-lovelife.ch) vanno ampliati. Per contro, l'Ufficio federale della sanità pubblica continua a sconsigliare con fermezza i test HIV fai da te acquistabili su Internet. Anche se a prima vista sembrerebbero promuovere la responsabilità e l'autonomia individuale, in verità presentano gravi svantaggi: manca infatti un sostegno all'interpretazione del risultato, non c'è una consulenza individuale e la qualità dei test non è garantita.

No allo screening dei gruppi a rischio

Come affermato in precedenza, la bassa prevalenza dell'HIV nella popolazione generale svizzera sconsiglia l'adozione di uno screening, anche solo per motivi finanziari. Nei gruppi a rischio con alta prevalenza (es. MSM, migranti da Paesi con un'epidemia generalizzata), lo screening potrebbe invece risultare efficiente sotto il profilo dei costi. Ciò nonostante la strategia svizzera non raccomanda il test sistematico per le persone appartenenti a gruppi a rischio. Questo perché lo screening sarebbe vissuto da parte di molte delle persone coinvolte come una stigmatizzazione, che tendenzialmente si pone come ostacolo alla prevenzione. Molti uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini non sentono di appartenere aprioristicamente alla comunità omosessuale e farebbero di tutto per non essere identificati come gay ed essere perciò sottoposti «automaticamente» a uno screening. Inoltre, questo approccio potrebbe minare alle fondamenta il pilastro della prevenzione dell'HIV e delle IST: la responsabilità individuale.

Prospettive future

La strategia di test svizzera basata su VCT e PICT deve essere ulteriormente perfezionata: in futuro i centri di consulenza in materia di sessualità, per i giovani, per le donne incinte e per le famiglie potrebbero offrire test per la diagnosi dell'HIV e delle IST, a patto che siano dotati di personale adeguatamente formato e della necessaria infrastruttura. I test rapidi disponibili sono estremamente affidabili, se eseguiti da personale competente e nell'ambito di un sistema di assicurazione della qualità. Nelle grandi agglomerazioni, per determinati gruppi bersaglio vanno aperte ulteriori strutture come i *checkpoint*, che agevolano l'accesso a bassa soglia di gruppi vulnerabili (es. le lavoratrici del sesso) alla consulenza e al test HIV. Oltre a una consulenza di qualità professionale, i centri VCT devono garantire la possibilità di sottoporsi a un prelievo di sangue in ogni momento. Quest'ultimo aspetto è essenziale in caso di sospetta infezione recente e se il risultato del test rapido è positivo.

Come misura integrativa, i fornitori di prestazioni vanno ulteriormente sensibilizzati, motivati e istruiti sul concetto PICT, affinché il riscontro di alcuni sintomi diventi un'indicazione per l'esecuzione del test HIV secondo lo standard *good clinical care* dell'assistenza medica.

⁶⁰ U.a. Weinhardt (2005) The effects of HIV diagnosis on sexual risk behavior

7.3 I MESSAGGI DI PREVENZIONE (RIQUADRO DELLE SFIDE)

Tutte le persone che vivono in Svizzera devono essere a conoscenza dei seguenti messaggi chiave di prevenzione:

- Nell'ambito delle proprie possibilità, ogni persona si assume la responsabilità di proteggersi da un'infezione sessualmente trasmissibile o dall'HIV.
- Chi ha contatti sessuali con un partner occasionale o con una persona potenzialmente infetta dall'HIV o da un'IST deve seguire le regole del safer sex per proteggersi:
 1. penetrazione sempre con il preservativo
 2. non prendere mai in bocca sperma né sangue
 3. in caso di prurito, secrezioni o dolore nella zona genitale consultare il medico
- Chi ritiene di aver avuto un comportamento a rischio deve valutare il proprio rischio ricorrendo a una consulenza o mediante lo strumento online Check-your-Loveline.
- HIV e Aids sono trattabili, ma non curabili. Il trattamento è complesso, estenuante, costoso e può provocare effetti collaterali. Nelle persone sessualmente attive, la miglior protezione dall'HIV è il preservativo.
- La maggior parte delle IST si trasmette più facilmente dell'HIV. Anche se spesso non provocano sintomi, non sono innocue. Chi ha frequenti contatti sessuali con diversi partner deve quindi sottoporsi regolarmente ai test delle IST relative al rischio corso.
- Una sessualità senza paure implica anche la capacità di parlare apertamente con i partner sessuali del tema della salute sessuale e del rischio di infezioni. Le persone informate lo fanno.
- Le persone a cui sono state diagnosticate un'IST o l'HIV appoggiano l'informazione del partner. In occasione di nuovi contatti sessuali informano i partner della loro infezione o si attengono scrupolosamente alle regole del safer sex.

Le persone affette dall'HIV e/o da altre IST non devono essere stigmatizzate né discriminate. Il sostegno e la solidarietà nei confronti delle persone colpite e di quelle a rischio rimangono un imperativo.

8 RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE



Ai sensi della legge sulle epidemie, la Confederazione e i Cantoni hanno la responsabilità di far diminuire il numero di nuove infezioni da HIV e delle altre infezioni sessualmente trasmissibili. La Confederazione e i Cantoni adempiono questo compito in collaborazione con le autorità comunali e con le organizzazioni private (ONG) attive in questo campo. Il lavoro sull'HIV e sulle IST ha quindi una struttura relativamente complessa, in cui il Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili 2011–2017 definisce gli obiettivi da perseguire in tutto il territorio nazionale per lottare contro le malattie sessualmente trasmissibili, tra cui l'HIV. La strategia e gli obiettivi sono vincolanti per la Svizzera.⁶¹ I singoli attori decidono le modalità dell'attuazione concreta e come impiegare i mezzi disponibili. La Confederazione ha il compito di coordinare i provvedimenti.

Tale situazione iniziale comporta che le risorse necessarie per attuare l'intero lavoro sull'HIV e sulle IST possano essere solo stimate, anche perché manca uno studio aggiornato che quantifichi l'attuale impiego di risorse ai vari livelli istituzionali. Uno studio pubblicato nel 2001⁶² forniva una stima di 41 fino a 62 milioni di franchi per il costo totale della prevenzione dell'HIV nel 1998. Oggi le spese di Cantoni e Comuni dovrebbero ammontare a circa 50 milioni di franchi, a cui va aggiunto il credito per l'Aids della Confederazione, che nel 2002 era di 9 milioni di franchi. Per la ricerca nel settore HIV/Aids negli ultimi anni sono stati spesi circa 15 milioni di franchi, in gran parte stanziati dal Fondo nazionale svizzero (FNS), che finanzia anche lo studio svizzero della coorte HIV (Swiss HIV Cohort Study).

Sul versante opposto ci sono i costi diretti causati dall'HIV/Aids, per i trattamenti medici, i farmaci, la psicoterapia e le cure infermieristiche, che, secondo lo studio summenzionato, nel 1998 ammontavano a 168 milioni di franchi. Se si aggiungono anche i costi indiretti, causati dalla perdita di giorni di lavoro e dalla morte prematura delle persone colpite, la cifra sale a 443 milioni. Gli autori sono partiti dal pre-

supposto di un aumento annuale del 3 per cento e hanno pronosticato che l'HIV/Aids nel 2005 avrebbe generato un costo di 522 milioni di franchi. Queste cifre non possono essere confrontate con la stima di 200 milioni di franchi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, perché quest'ultima tiene conto solo delle spese per i trattamenti con i farmaci antiretrovirali. Quindi, l'HIV/Aids rimane un'infezione rilevante per la salute pubblica, i cui costi sono di un ordine di grandezza superiore rispetto ai mezzi stanziati per la prevenzione, anche in considerazione di una stima conservativa dei costi diretti e tralasciando i costi indiretti.

Non sono necessari più mezzi rispetto a prima

I mezzi per la prevenzione necessari per perseguire gli obiettivi definiti da questo programma sono paragonabili a quelli occorrenti finora, si tratta di ripartire diversamente i fondi tra i vari compiti. Per esempio, servizi di consulenza poco utilizzati devono ridimensionarsi a vantaggio delle offerte di prevenzione specifiche destinate a gruppi bersaglio particolarmente colpiti dall'HIV e dalle IST nelle zone urbane. Nel settore dell'educazione sessuale vanno eliminati i doppioni. I Cantoni sono liberi di mettere in pratica le raccomandazioni loro indirizzate (vedi anche appendice 15.2) e di stanziare i mezzi necessari come hanno fatto finora. Tuttavia, un taglio consistente dei crediti cantonali per la prevenzione comporterebbe l'impossibilità di adottare tutte le misure necessarie, mettendo in pericolo l'obiettivo del programma.

A livello federale, i mezzi per la prevenzione dell'Aids a disposizione dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) sono congelati dal 1987 (vedi tabella). Per attuare il Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili 2011–2017 non sono necessari ulteriori investimenti da parte della Confederazione. L'effettivo occorrente per attuare il PNHI e per adempiere i compiti permanenti all'interno dell'UFSP resta di 8,9 posti a tempo pieno.

Crediti della Confederazione per la prevenzione dell'Aids 1985–2010

1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
3,5 mio.	3,5 mio.	11,8 mio.	12,2 mio.	12,6 mio.	13,1 mio.	12,0 mio.	13,5 mio.	14,3 mio.	16,0 mio.	14,1 mio.	15,0 mio.	14,0 mio.	13,5 mio.
1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
11,9 mio.	10,0 mio.	9,5 mio.	9,1 mio.	9,1 mio.	9,1 mio.	9,1 mio.	9,1 mio.	8,1 mio.	8,1 mio.	8,1 mio.	8,1 mio.		

⁶¹ Secondo l'articolo 118 capoverso 2 lettera b della Costituzione federale (Cost.), la Confederazione emana prescrizioni sulla lotta contro malattie trasmissibili, fortemente diffuse o maligne dell'uomo e degli animali. Tra cui ricadono l'HIV e le IST. Inoltre la Confederazione ha la competenza di definire le direttive di attuazione del programma HIV e IST. Ai sensi della legge sulle epidemie, la Confederazione esercita anche l'alta vigilanza e coordina i provvedimenti dei Cantoni (art. 9 LEp). Perciò la Confederazione è competente per lo sviluppo della strategia e per la vigilanza della sua attuazione, di conseguenza le sue disposizioni sono vincolanti.

⁶² Zurn et al. (2001) Social cost of HIV infection in Switzerland

9 LA VISIONE DEL PROGRAMMA NAZIONALE HIV E ALTRE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI



In Svizzera esistono le premesse affinché le persone possano vivere una sessualità senza rischi, in modo autonomo e nel rispetto reciproco. Il Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili 2011–2017 fornisce un contributo essenziale a questo obiettivo, consentendo ai cittadini di proteggere e migliorare la loro salute sessuale.

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce la sanità non solo come semplice assenza di malattie o infermità, ma come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale.⁶³ Questa definizione integrale di salute è ulteriormente specificata nella Carta di Ottawa sulla promozione della salute⁶⁴, che pone la salute come condizione essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale. La salute comprende anche quella sessuale: la capacità di riprodursi è una funzione fondamentale del corpo umano e quindi un elemento determinante del benessere fisico. Una vita sessuale soddisfacente e priva di rischi è una componente importante della qualità della vita e influisce in grande misura sul benessere psichico.

Quindi, la salute sessuale contribuisce in modo decisivo a una vita piena e sana. In sintonia con la citata carta fondamentale dell'ONU e con la Strategia globale dell'UFSP⁶⁵, il Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili è fondato su una concezione integrale della salute. Il suo obiettivo è migliorare le competenze della popolazione nel campo della salute sessuale, affinché ogni persona sia in grado di sfruttare fino in fondo e in piena autodeterminazione il proprio potenziale di salute. La base giuridica del programma resta comunque la legge sulle epidemie, che conferisce il mandato alla Confederazione e ai Cantoni di lottare contro le malattie trasmissibili. Perciò la strategia mira alla sensibilizzazione della popolazione ai pericoli per la salute sessuale e al renderla in grado di preservare la propria salute sessuale e di proteggersi dalle infezioni sessualmente trasmissibili.

⁶³ WHO: Preambolo della Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, approvata dalla Conferenza internazionale della sanità di New York del 19–22 luglio 1946, firmata il 22 luglio 1946 da 61 Stati ed entrata in vigore il 7 aprile 1948 (Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità del 22 luglio 1946 (RS 0.810.1).

⁶⁴ WHO: Carta di Ottawa sulla promozione della salute, Ottawa 1986.

⁶⁵ Ufficio federale della sanità pubblica: Strategia globale dell'UFSP, Berna 2002.

10

**QUATTRO OBIETTIVI GENERALI
INDICANO LA DIREZIONE DEL FUTURO
LAVORO SULL'HIV E SULLE IST**



Dalla visione del programma derivano tre obiettivi generali concreti, nei tre settori: 1) sensibilizzazione, 2) prevenzione, 3) consulenza, diagnosi e terapia. Un quarto obiettivo generale definisce le condizioni quadro indispensabili per raggiungere i primi tre obiettivi generali. I compiti che derivano dal quarto obiettivo generale vengono quindi chiamati compiti di sostegno.

1. Obiettivo generale in materia di sensibilizzazione ai diritti in materia di sessualità

In Svizzera i diritti delle persone in materia di sessualità («sexual rights») sono in linea di principio garantiti. Tuttavia, non tutte le persone sono ugualmente informate su questi diritti e in grado di farli valere. Per esempio l'educazione sessuale non ha una legittimazione su base nazionale e non è obbligatoria nei programmi scolastici di tutti i Cantoni; ciò significa che bambini e adolescenti subiscono una disparità d'accesso alle conoscenze in questo campo.⁶⁶ Inoltre, non tutte le persone hanno la stessa capacità di proteggersi dalle conseguenze indesiderate di un contatto sessuale. Le inchieste condotte hanno messo in risalto grandi differenze tra le donne svizzere e le migranti: il numero delle interruzioni di gravidanza tra queste ultime è tre volte più elevato che tra le donne svizzere.⁶⁷ Questo dato potrebbe indicare lacune nella contraccezione, spiegabili dalla mancanza di risorse finanziarie, da uno statuto di soggiorno incerto o da riserve verso i rimedi contraccettivi. Ma anche i rapporti di dipendenza all'interno delle coppie o un accesso meno agevole ai servizi di consulenza – magari per questioni linguistiche – possono far sì che alcune persone non riescano a far valere i propri diritti in materia di sessualità.⁶⁸

Obiettivo generale:

Le persone in Svizzera sono informate e capaci di difendere i loro diritti in materia di sessualità.

L'educazione sessuale inizia a casa, con i propri genitori, e viene completata a scuola; essa costituisce la base per promuovere la salute sessuale. È il presupposto per una prevenzione di efficacia duratura. Solo le persone informate sono in grado di provvedere alla loro salute e di far ricorso ai servizi disponibili in caso di necessità. In questo contesto è doveroso menzionare come pilastri l'uguaglianza giuridica e il divieto di discriminazione (es. a causa dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere), il diritto all'incolumità fisica (protezione dall'abuso sessuale) e il diritto alla libertà personale, che comprende anche l'autodeterminazione sessuale. A cui si aggiunge il diritto di ogni individuo di decidere liberamente se sposarsi e se e quando avere figli. Questi diritti sono garantiti dalla Costituzione federale e sono specificati in termini di politica sanitaria dalla Carta di Ottawa sulla promozione della salute.⁶⁹

Sono principi fondamentali che assumono un ruolo chiave per la lotta contro l'HIV e le IST e per evitare gravidanze indesiderate, perché sono concepiti per garantire a tutte le persone pari accesso all'assistenza sanitaria, compresa la prevenzione, la diagnosi e il trattamento. In particolare gli adolescenti, le persone omo-, bi- e transgender, i migranti e le persone con disabilità devono essere messi in condizioni migliori di far valere i loro diritti in materia di sessualità. Per raggiungere questo scopo è necessario promuovere la conoscenza di questi temi, che si acquisisce in primo luogo in famiglia, poi a scuola nell'ambito di un'adeguata educazione sessuale e all'occorrenza anche in strutture molto utili come i centri di consulenza: la loro offerta copre l'informazione sui diritti in materia di sessualità e sulla salute sessuale e riproduttiva, la prevenzione dell'HIV e delle altre IST e la prevenzione di gravidanze indesiderate. Una consulenza qualificata si basa sulla premessa che la sessualità sia una componente essenziale della personalità di ogni individuo e vada riconosciuta come aspetto positivo dell'esistenza, perciò debba essere retta dal principio del libero arbitrio e del rispetto reciproco tra i partner sessuali.

⁶⁶ Commissione federale per l'infanzia e la gioventù CFGI: La sessualità dei giovani nel corso del tempo, Berna, ottobre 2009

⁶⁷ Strategia della Confederazione «Migrazione e salute 2008–2013»

⁶⁸ Bihr (2009) Migration und sexuelle und reproduktive Gesundheit. Bestandaufnahme bei den Beratungsstellen für Schwangerschaft und Familienplanung. Definitiver Bericht für das BAG

⁶⁹ WHO 81986) Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion

2. Obiettivo generale in materia di prevenzione dell'HIV e delle altre infezioni sessualmente trasmissibili

La salute sessuale è essenziale per il benessere fisico e psichico. È importante che le persone comprendano questa correlazione e si prendano cura della loro salute sessuale. Ciò implica anche prevenire un'infezione da HIV o da un altro agente patogeno trasmissibile per via sessuale. L'HIV e le altre IST possono infatti provocare danni alla salute e compromettere la qualità della vita delle persone colpite, anche a lungo termine. L'estensione dell'epidemia di HIV o di alcune IST metterebbe in pericolo la salute di interi gruppi di popolazione. Inoltre, il trattamento dell'HIV o di altre IST (in particolare il trattamento delle complicazioni tardive di IST come la sifilide, la gonorrea o la Chlamydia trachomatis) può causare costi elevati. Grazie agli sforzi continui di prevenzione degli ultimi decenni, la Svizzera è riuscita a impedire una generalizzazione dell'epidemia di HIV e di gran parte delle IST. Tuttavia, in alcuni gruppi di popolazione l'HIV continua a propagarsi in misura allarmante, mentre sta aumentando l'incidenza di alcune IST.

Obiettivo generale:

Il rischio di trasmissione dell'HIV e delle altre infezioni sessualmente trasmissibili si riduce.

Gli abitanti della Svizzera sono motivati a continuare ad applicare le regole del safer sex nelle situazioni a rischio⁷⁰, per proteggersi dall'HIV e da altre IST. Misure specifiche di prevenzione strutturale e comportamentale, programmi di vaccinazione nonché efficaci strategie di test e trattamento fanno in modo che in futuro specialmente le persone maggiormente esposte al rischio possano proteggersi meglio dall'HIV ed evitare danni alla salute a lungo termine causati da altre IST.

Di conseguenza si riduce il numero di nuovi casi di HIV e di altre IST nella popolazione svizzera generale, nonché nei gruppi particolarmente colpiti dall'HIV e da altre IST.⁷¹ In questo modo viene rallentata al massimo l'ulteriore diffusione dell'epidemia di HIV e impedita la diffusione di diverse IST.

⁷⁰ Per situazioni a rischio si intendono contatti sessuali tra persone che non sanno se l'altro partner è infetto dall'HIV o da un'altra IST.

⁷¹ Il periodo di riferimento è quello dell'ultimo programma: 2004–2008. Gli indicatori sono da una parte i dati epidemiologici alla fine del 2008, dall'altra i risultati relativi alla sorveglianza comportamentale del rapporto di monitoraggio: Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008.

3 Obiettivo generale in materia di consulenza, diagnosi e terapia

L'Aids rimane una malattia grave e incurabile, ma l'infezione da HIV nella maggior parte dei casi può essere mantenuta sotto controllo con un'aderenza scrupolosa a una farmacoterapia avviata per tempo. Perciò la diagnosi precoce e il trattamento corretto dell'HIV sono estremamente importanti al fine di allungare la speranza di vita e migliorare stabilmente la qualità di vita delle persone colpite.

Alcune IST sono curabili con relativa facilità in uno stadio precoce, o la terapia corretta può perlomeno alleviare i sintomi e prevenire le complicazioni tardive, come gravi malattie croniche o l'infertilità. Quindi anche per le IST è cruciale il riconoscimento precoce per scongiurare il pericolo di un danno permanente alla salute delle persone colpite. Tuttavia, alcune IST possono avere un decorso asintomatico, rendendo molto difficile una diagnosi tempestiva. Il riconoscimento precoce delle infezioni non è utile e necessario solo per l'individuo colpito, ma riveste un'enorme importanza anche per la salute pubblica: il trattamento rapido ed efficace di un'IST ne interrompe la catena di trasmissione ad altri individui, assumendo un evidente carattere preventivo.

Obiettivo generale:

L'HIV e le altre IST sono riconosciuti in uno stadio precoce e trattati correttamente.

Ciò implica che gli abitanti della Svizzera si rivolgano tempestivamente ai servizi competenti (di consulenza e test) dopo essersi esposti a un rischio reale⁷². Le persone con sintomi dell'HIV o di un'IST o con disturbi indefiniti nella zona dei genitali devono immediatamente farsi vedere da un medico. Grazie a concetti di testing riconosciuti beneficiano di una diagnosi corretta. Le persone infette ricevono consulenza, terapia e/o assistenza mediche e psicosociali ottimali e di elevata qualità. Le persone con una diagnosi di HIV sono incoraggiate ad avviare per tempo la terapia. Ricevono la combinazione di ART ottimizzata per le loro esigenze e sono sostenute nel proseguimento duraturo di questa terapia. Le persone affette da un'IST sono trattate immediatamente per ottenere (se possibile) la guarigione. Il numero di casi di HIV e IST diagnosticati tardi o non diagnosticati e le corrispondenti conseguenze tardive (come mortalità, Aids, malattie croniche, tumori, infertilità, complicazioni della gravidanza o malformazioni neonatali) diminuiscono.

⁷² Per esposizione a un rischio reale si intende il contatto sessuale con un partner di cui non si sa con sicurezza se è infetto dall'HIV o da un'IST e che potrebbe appartenere a un gruppo di popolazione con elevata prevalenza.

La diagnosi precoce e il trattamento corretto delle infezioni ne riducono la diffusione, contribuendo alla prevenzione.

4 Obiettivo generale in materia delle condizioni sociopolitiche e strutturali

Per la riuscita della strategia di lotta contro l'HIV e le altre IST è necessario che siano soddisfatte due premesse di base: per prima cosa le persone colpite da HIV e/o da un'IST non devono essere stigmatizzate né discriminate, poiché la paura della stigmatizzazione impedisce di affrontare apertamente un problema. In secondo luogo, i gruppi bersaglio e le persone con l'HIV e/o un'IST devono essere coinvolti nel lavoro di prevenzione strategico e operativo, poiché solo gli interventi che rispondono ai bisogni dei destinatari possono avere un effetto duraturo. A causa dei mezzi limitati è inoltre importante che i fondi per la prevenzione siano spesi dove si prevedono i maggiori benefici per la salute pubblica, per cui è necessaria un'analisi precisa dell'epidemia e dei comportamenti di alcuni gruppi di popolazione. Bisogna per esempio tenere conto del fatto che la maggior parte dei contagi avviene in ambiente urbano (negli MSM come negli eterosessuali⁷³).

In linea di principio, i progetti e le misure del lavoro sull'HIV e sulle IST devono consentire una valutazione secondo i criteri riconosciuti dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità. Laddove non sia possibile, devono orientarsi ai modelli consolidati di best practice. Nel contempo deve essere mantenuto un certo spazio di manovra per promuovere le innovazioni promettenti.

Obiettivo generale:

Il lavoro sull'HIV e sulle IST ha un effetto duraturo poiché fa leva sulla partecipazione dei gruppi bersaglio, si basa sull'evidenza scientifica ed è sostenuto dalla popolazione.

La qualità del sistema di prevenzione, consulenza, diagnosi e terapia viene migliorata continuamente, in collaborazione con le persone colpite e i gruppi destinatari degli interventi.⁷⁴ Le offerte di questo sistema sono rivolte ai loro bisogni e alle loro esigenze e si pongono sempre come obiettivo il loro empowerment.

Con l'aiuto di strumenti scientifici collaudati per la garanzia della qualità (sorveglianza, monitoraggio, valutazione e ricerca) si assicura che le risorse disponibili siano impiegate in modo efficace e che gli interventi abbiano carattere duraturo. I fornitori di prestazioni dei vari livelli statali e privati cooperano nell'ambito del lavoro sull'HIV e sulle IST. La Svizzera con il proprio lavoro si allinea all'iniziativa internazionale per la lotta contro l'HIV e le IST. Si ispira a modelli di best practice internazionali e contribuisce al loro ulteriore sviluppo.

⁷³ Vedi dati sul luogo d'infezione nel capitolo 4.1 «Sorveglianza biologica: HIV: Epidemiologia in Svizzera e in Europa»

⁷⁴ Quest'obiettivo si basa sul principio GIPA (Greater Involvement of People living with HIV and AIDS), che stabilisce che le persone con HIV/Aids siano adeguatamente coinvolte nel lavoro sull'HIV/Aids a tutti i livelli e in tutti i programmi e le istituzioni, e che all'occorrenza siano resi idonei a farlo. Il GIPA è stato approvato nella «Dichiarazione di Parigi» del 1994, approvata da un vertice di 42 Paesi. Vedi UNAIDS (2007) The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA). Policy Brief

11 TRE ASSI D'INTERVENTO STRUTTURANO IL FUTURO LAVORO SULL'HIV E SULLE IST



Il Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili 2011–2017 raggruppa gli interventi e le misure del lavoro sull'HIV e sulle IST in tre assi. Ogni asse d'intervento si rivolge a determinati gruppi bersaglio.

Il raggruppamento degli interventi in tre assi aiuta a strutturare il lavoro sull'HIV e sulle IST. In primo luogo facilita la definizione degli obiettivi strategici. Secondariamente consente di rendere più lineare l'organizzazione del sistema HIV/IST e di distribuire chiaramente ruoli e responsabilità tra i vari attori.

La prevalenza determina i gruppi bersaglio di ogni asse

I tre assi d'intervento sono definiti secondo criteri di prevalenza e vulnerabilità. Il modello dei 3 assi parte dal presupposto che tutte le persone debbano disporre di un'offerta basilare di misure di prevenzione, affinché possano proteggersi efficacemente dall'HIV o dalle possibili conseguenze dannose di un'IST, nonché prevenire una gravidanza indesiderata. L'asse 1 è indirizzato alla popolazione generale: quest'asse costituisce il fondamento del lavoro di prevenzione. L'asse 2 è indirizzato alle persone che adottano comportamenti a rischio o sono vulnerabili in un contesto a elevata prevalenza e richiedono misure specifiche supplementari perché corrono un rischio maggiore di infettarsi. L'asse 3 è rivolto alle persone infette e ai loro partner, ossia le persone con il rischio più elevato: ciò vale sia per i partner sieronegativi, sia per le persone infette stesse, poiché queste ultime sono più suscettibili al contagio supplementare con un'altra IST o con l'HIV. Perciò l'asse 3 richiede un'assistenza individuale particolarmente ampia.

Il modello degli assi è quindi un modello cumulativo: chi appartiene a un gruppo di popolazione vulnerabile dell'asse 2 è raggiunto, in quanto membro della popolazione generale, anche dalle misure dell'asse 1, quindi approfitta sia delle misure generali sia degli interventi specifici per i gruppi minacciati⁷⁵.

Secondo questa logica, i tre assi sono definiti come segue:

- **L'asse 1** si rivolge a tutte le persone che vivono in Svizzera.
- **L'asse 2** si rivolge alle persone sessualmente attive con un rischio maggiore di esposizione, cioè a persone appartenenti a gruppi di popolazione ad alta prevalenza o vulnerabilità.
- **L'asse 3** si rivolge alle persone affette da HIV e/o da un'IST, nonché ai loro partner sessuali (non contagiati).

Secondo l'UNAIDS⁷⁶, la Svizzera è colpita da un'epidemia di HIV concentrata. Vale a dire che la prevalenza dell'HIV nella popolazione generale è inferiore all'1 per cento⁷⁷, ma esistono gruppi di popolazione con una prevalenza molto maggiore: gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM), le persone provenienti da regioni con un'epidemia generalizzata e i consumatori di stupefacenti per via endovenosa (IDU)⁷⁸. Sulla prevalenza delle altre IST esistono solo stime rudimentali. È presumibile che per alcune (sifilide, gonorrea, linfogranuloma, epatiti) si possa parlare ugualmente di un'epidemia concentrata, in parte a danno degli stessi gruppi colpiti dall'HIV (MSM). Alcune IST sembrano mostrare una prevalenza più elevata nella popolazione generale⁷⁹.

⁷⁶ «In North America and in Western and Central Europe, national epidemics are concentrated among key populations at higher risk, especially men who have sex with men, injecting drug users and immigrants.» (UNAIDS et al. [2009] AIDS epidemic update: November 2009)

⁷⁷ Il numero di persone in Svizzera con un'infezione da HIV diagnosticata è compreso secondo i calcoli dell'UFSP tra le 14'000 e le 21'000 unità, a cui va aggiunto il numero di persone infette senza saperlo. Sulla base di studi effettuati in Paesi industrializzati comparabili (Regno Unito e Canada), si può stimare che in Svizzera vivano complessivamente almeno 20'000 persone affette da HIV/Aids. Su una popolazione di 7,8 milioni di abitanti, risulta una prevalenza dello 0,3% circa nella popolazione generale.

⁷⁸ In Svizzera, la popolazione con infezione da HIV diagnosticata è composta all'incirca per il 25% da MSM e per il 25% da IDU (tra le 3600 e le 5500 persone per ogni gruppo). Da ciò emerge che la prevalenza in questi gruppi è nettamente maggiore che nella popolazione generale. Nei MSM sessualmente attivi si stima, sulla base di studi di prevalenza degli anni scorsi e di calcoli dell'UFSP, che ammonti al 6–10%. Le stime relative agli IDU restituiscono valori addirittura vicini al 30%. La prevalenza nei migranti provenienti da Paesi subsahariani non è facile da stimare con precisione, ma è probabile che rifletta la prevalenza nei Paesi d'origine.

⁷⁹ Per alcune IST virali (papillomavirus umano [HPV] e Herpes simplex [HSV]) si può assumere in base a diversi studi una prevalenza superiore al 5% nella popolazione generale. Per la Chlamydia trachomatis si stima che la prevalenza superi il 3%, in particolare tra le donne giovani. Krech et al. (2010) Urogenitale Humane Papillomviren und Chlamydien. Epidemiologie bei Schweizer Frauen unter Anwendung neuer Nachweisverfahren Bundesamt für Gesundheit (2009) Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 2006 bis 2008 AHS et al. (2008) Sexuell übertragbare Infektionen. Informationen für Beratende

⁷⁵ Dagli studi di genere e dalla ricerca sull'intersezionalità tuttavia si sa che questa rappresentazione schematica in realtà non è valida per tutti i casi. Una particolare prudenza è richiesta per le persone che subiscono discriminazioni multiple. Per esempio un tossicodipendente gay potrebbe non riconoscersi in nessun asse, perché non si identifica né con gli IDU («sono gay ma non drogato»), né desidera rivolgersi all'offerta per i MSM («in verità non sono nemmeno gay, perché vado a letto con altri uomini solo per soldi»). In questi casi è d'obbligo una certa prudenza e sensibilità nell'elaborazione di misure di prevenzione concrete, affinché queste persone non scivolino attraverso le maglie della prevenzione.



- **L'asse d'intervento 1** Popolazione vivente in Svizzera
- **L'asse d'intervento 2** Persone con un maggiore rischio di infezione
- **L'asse d'intervento 3** Persone con l'HIV e/o un'IST ed i loro partner

Oltre alla prevalenza, per la suddivisione negli assi conta anche la vulnerabilità: chi pratica sesso frequentemente con vari partner o con partner anonimi, per esempio le donne e gli uomini che si prostituiscono, è particolarmente minacciato dalle IST. Studi e osservazioni degli ultimi anni indicano che anche i detenuti sono specialmente a rischio di IST.⁸⁰

Non sempre la prevalenza delle singole IST è più elevata negli stessi gruppi di popolazione colpiti dall'HIV. Tuttavia, il PNHI adotta l'identica suddivisione in assi per la prevenzione di tutte le IST e dell'HIV, per una pura questione di praticabilità: un modello degli assi differenziato per ogni IST diventerebbe talmente complicato che non sarebbe più di nessun aiuto per la strutturazione delle misure e fallirebbe il suo obiettivo principale, ossia fare chiarezza.

Differenti livelli di comunicazione per ogni asse

La definizione dei gruppi bersaglio dei singoli assi rispecchia l'analisi della situazione attuale. Tuttavia quest'analisi può modificarsi a seconda dello sviluppo delle epidemie, richiedendo eventualmente una nuova valutazione. Perciò l'UFPS reputa necessario affidare la suddivisione degli assi all'organo di consultazione del Consiglio federale, la Commissione federale per i problemi legati all'Aids (CFPA), che mediante l'attività di sorveglianza deve vigilare sulla ripartizione degli assi e all'occorrenza proporre gli adeguamenti necessari.

In base ai dati attuali e secondo le riflessioni appena esposte, al momento per ogni asse si possono definire i seguenti gruppi bersaglio:

Asse 1:

Tutte le persone che vivono in Svizzera. In particolare:

- adolescenti e giovani donne e uomini
- migranti provenienti da Paesi senza un'epidemia generalizzata di HIV
- clienti di prostitute
- viaggiatori in regioni endemiche

⁸⁰ Per una rassegna della situazione internazionale: Niveau (2006). Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review. Public Health, 120:33-41. Per la Svizzera: Iten et al. (2005) Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande (EPIPS). Deuxième phase de l'étude. Rapport Final. Lausanne: Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Canton de Vaud.

Tutte le persone che vivono in Svizzera devono essere consapevoli che l'HIV e le IST rappresentano un problema e proteggersi in caso di contatti a rischio. L'aspetto centrale dell'asse d'intervento 1 è quindi la sensibilizzazione della popolazione ai propri diritti in materia di sessualità, alle possibili minacce per la salute sessuale, all'educazione sessuale e alla promozione transculturale della salute. In concreto si tratta di fare in modo che le persone osservino le regole del safer sex anche in situazioni eccezionali, per esempio in viaggio, in occasione di esperienze sessuali impreviste con partner occasionali o nei periodi difficili della vita contraddistinti da problemi psicosociali. Tramite l'educazione sessuale, gli adolescenti devono essere motivati ad adottare un comportamento di protezione appropriato. La sfida riguardo alla popolazione migrante consiste nel riuscire a trasmettere i messaggi di prevenzione in modo più efficace rispetto ad ora e nello stimolare il ricorso ai servizi di consulenza e assistenza in caso di bisogno. In alcuni gruppi di migranti occorre un lavoro specifico di informazione affinché possano comprendere e far valere i loro diritti in materia di sessualità, che in altre parole significa preservare la loro integrità e salute sessuale.

Asse 2:

- Uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM)⁸¹
- Migranti provenienti da Paesi con un'epidemia generalizzata
- Sex worker⁸²
- Consumatori di stupefacenti per via endovenosa (IDU)
- Detenuti

L'obiettivo in questo asse è fare in modo che le persone che si muovono in un contesto a elevata prevalenza, malgrado il rischio, non contraggano l'HIV ed evitino il più possibile le IST (anche in situazioni eccezionali). A tal fine sono neces-

sarie misure adattate alle esigenze specifiche dei gruppi bersaglio. Hanno un ruolo centrale la sensibilizzazione, l'informazione e la motivazione mirate a migliorare la protezione, come pure gli interventi di prevenzione strutturale nell'ambiente immediato dei singoli gruppi bersaglio.

Asse 3:

Persone affette da HIV e/o da un'IST nonché i loro partner sessuali

Le persone con l'HIV devono ricevere una terapia tempestiva, corretta e stabile, in modo da mantenere la loro carica virale al di sotto della soglia misurabile e cessare di essere infettivi. Le persone con un'IST devono ricevere al più presto una terapia mirata possibilmente alla guarigione. L'altra sfida consiste nel proteggere dal contagio i partner sessuali, e ciò è possibile solo se sono informati dell'infezione della persona colpita. Lo sforzo è quindi incentrato sul rafforzamento dell'informazione del partner, oltre che sull'accompagnamento individuale delle persone colpite e dei loro partner sul piano medico, delle cure e, se necessario, anche psicosociale e giuridico (compresa la protezione dalla discriminazione).

Il modello assiale quale base per il lavoro di prevenzione dell'HIV e delle IST

I gruppi bersaglio di un asse però non sono omogenei, bensì variano molto al loro interno. Nel lavoro di prevenzione bisogna tenerne conto: per esempio non tutti i gay sono a rischio di contagio. Inoltre, i gruppi bersaglio talvolta sono suddivisi in sottogruppi, che magari devono essere motivati adottando differenti interventi e messaggi di prevenzione.⁸³

Il modello degli assi struttura l'intero lavoro sull'HIV e sulle IST e comprende tutti gli interventi nei settori della prevenzione, della diagnosi, della terapia e dell'assistenza. In ognuno dei tre assi sono previsti interventi con effetti di ampia portata (come la campagna LOVE LIFE nell'asse 1 o le campagne di sensibilizzazione per MSM nell'asse 2), misure per approfondire le conoscenze (come l'informazione sui pericoli dell'HPV per le giovani donne o l'offerta informativa per i clienti di prostitute nell'asse 1), e servizi di consulenza o trattamento individuali (per esempio i centri di consulenza sulla salute sessuale nell'asse 1 o le offerte specifiche di consulenza e di test nei checkpoint per MSM nell'asse 2). Solo questa molteplicità di interventi conferisce un carattere duraturo alla lotta contro l'HIV e le altre IST.

⁸¹ Il ragione per cui non tutte le persone omosessuali e bisessuali rientrano tra i gruppi bersaglio, ma solo gli MSM, risiede nel rischio maggiore di esposizione: le lesbiche e le altre donne che hanno rapporti sessuali con donne, come pure i transgender, fanno parte dell'asse d'intervento 1. Nel caso in cui si prostituissero rientrerebbero nell'asse 2. Al momento in Svizzera non esiste un'evidenza scientifica che indichi che le lesbiche e le altre donne che hanno rapporti sessuali con donne, nonché i transgender, corrano un rischio maggiore di contagiarsi rispetto alla popolazione eterosessuale.

⁸² Per le lavoratrici del sesso bisogna tenere conto della particolare problematica del traffico di esseri umani o della tratta delle donne: donne dalle regioni più povere dell'Europa, dell'Africa, del Sudamerica e dell'Asia sono portate in Svizzera con false promesse di lavoro o di matrimonio, sono rapite o comprate, oppure entrano nel nostro Paese come ballerine di cabaret e vengono costrette a prostituirsi. Si trovano in uno stato di estrema dipendenza (soggiorno illegale), non hanno accesso a informazioni e nessuna possibilità di autodeterminazione sessuale. Ciò può comportare che rinuncino o debbano rinunciare al preservativo. Queste donne sono molto difficili da raggiungere, per cui è opportuno dedicare una particolare attenzione a questo gruppo.

⁸³ Per esempio le sex worker non sono un gruppo omogeneo, ma secondo gli studi vanno suddivise nei seguenti sottogruppi: ballerine da cabaret e hostess da bar, lavoratrici del sesso regolari indoor o outdoor, lavoratrici del sesso irregolari, lavoratrici del sesso tossicodipendenti.

12 PREAMBOLO AGLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA



Presupposti legali del programma

I valori di base del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili si basano sui diritti fondamentali. Per raggiungere gli obiettivi del PNHI devono perciò essere rispettate le seguenti condizioni giuridiche:

Accordi internazionali sui diritti umani: la Dichiarazione universale dei diritti umani del 1948⁸⁴, emanata dalle Nazioni Unite, è il fondamento per la protezione dei diritti umani a livello internazionale. La Dichiarazione e gli altri accordi sui diritti umani dell'ONU⁸⁵ e del Consiglio d'Europa⁸⁶ costituiscono la base di questo programma. Il programma rispetta la dignità degli esseri umani e la loro uguaglianza giuridica e sostiene il divieto di ogni discriminazione, sia a causa dell'orientamento sessuale o dell'identità, sia per colpa di un'infezione da HIV o di un'altra IST.

Costituzione federale: un'altra ispirazione del programma sono i diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione federale (Cost.).⁸⁷ Oltre alla tutela della dignità umana (art. 7 Cost.), dell'uguaglianza giuridica e del divieto di discriminazione (art. 8 Cost.), sono rilevanti soprattutto il diritto alla libertà personale compresa l'autodeterminazione sessuale (art. 10, cpv. 2 Cost.), la protezione della sfera privata (art. 13 Cost.) e la protezione dei fanciulli e degli adolescenti (art. 11 Cost.).

Legge sulle epidemie: il programma si basa sulla legge federale del 18 dicembre 1970 per la lotta contro le malattie trasmissibili dell'uomo (legge sulle epidemie)⁸⁸. La legge conferisce alla Confederazione e ai Cantoni il mandato di prendere i provvedimenti necessari per combattere le malattie trasmissibili dell'uomo e proteggerlo dagli agenti patogeni (art. 1). La Confederazione esercita l'alta vigilanza sull'esecuzione della legge e coordina, se necessario, i provvedimenti dei Cantoni (art. 9). Perciò la Confederazione è responsabile dello sviluppo della strategia e vigila sulla sua attuazione.

Diritti delle persone in materia di sessualità: il programma intende realizzare i diritti legati alla sessualità umana. Sul calco del termine inglese «sexual rights», i diritti in materia di sessualità vengono definiti anche «diritti sessuali», un concetto che rimanda alle norme esistenti nell'area dei diritti fondamentali e umani applicabili anche al campo della sessualità, come definiti nella dichiarazione della International Planned Parenthood Federation (IPPF).⁸⁹ I diritti in materia di sessualità comprendono la libertà, l'uguaglianza giuridica, la sfera privata, l'autodeterminazione, l'integrità e la dignità di ogni essere umano. In Svizzera sono garantiti dalla Costituzione federale.

Presupposti sociopolitici del programma

L'attuazione degli obiettivi del PNHI presuppone inoltre un consenso sui seguenti principi di politica sociale, senza i quali non sarebbe possibile un lavoro efficiente sull'HIV e sulle IST:

Pari opportunità: nel campo della salute sessuale, tutti gli abitanti della Svizzera hanno pari accesso all'informazione, alla consulenza, alla diagnosi, alla terapia e alle cure, indipendentemente dall'origine, dalla razza, dal sesso, dall'età, dalla lingua, dalla posizione sociale, dal modo di vita, dalle convinzioni religiose, filosofiche o politiche o da menomazioni fisiche (cfr. art. 2 cpv. 2 Cost.). La pluralità della società viene presa in considerazione: le misure e i messaggi di prevenzione e le offerte di assistenza tengono conto delle differenti esigenze dei singoli gruppi di popolazione. Dove necessario, sono stabilite misure di prevenzione o offerte di assistenza specifiche per gruppi particolarmente vulnerabili. Gli interventi tengono sempre conto del retroscena socioculturale e linguistico dei singoli gruppi bersaglio (per i gruppi di migranti talvolta è opportuno servirsi di mediatori interculturali), che possono richiedere di coinvolgere le loro organizzazioni nel lavoro di prevenzione.

⁸⁴ UNO (1948) Dichiarazione universale dei diritti umani, Risoluzione 217 a (III) dell'Assemblea generale dell'ONU del 10 dicembre 1948.

⁸⁵ UNO (1966) Patto internazionale del 16 dicembre 1966 relativo ai diritti economici, sociali e culturali (RS 0.103.1);
UNO (1966) Patto internazionale del 16 dicembre 1966 relativo ai diritti civili e politici (RS 0.103.2);
UNO (1965) Convenzione internazionale del 21 dicembre 1965 sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale (RS 0.104);
Convenzione del 18 dicembre 1979 sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti della donna (RS 0.108);
Convenzione del 20 novembre 1989 sui diritti del fanciullo (RS 0.107)
UNAIDS (2010) Human rights and HIV

⁸⁶ Convenzione del 4 novembre 1950 per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU, RS 0.101)

⁸⁷ Costituzione federale della Confederazione Svizzera del 18 aprile 1999 (Cost., RS 101)

⁸⁸ Legge federale del 18 dicembre 1970 per la lotta contro le malattie trasmissibili dell'uomo (Legge sulle epidemie, RS 818.101). La revisione della legge è in corso.

⁸⁹ International Planned Parenthood Federation: Diritti sessuali, una dichiarazione della IPPF, Londra, ottobre 2008.

Orientamento sessuale e identità di genere⁹⁰: L'omosessualità, la bisessualità, la \identità transgender e \l'intersessualità sono accettate e rispettate come orientamenti o identità di genere. In Svizzera, le persone omosessuali, bisessuali, transgender e intersessuali godono dello stesso rispetto degli eterosessuali. In quest'ambito il PNHI si basa sulla raccomandazione del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa all'attenzione degli Stati membri, incentrata sulla lotta alla discriminazione a causa dell'orientamento e dell'identità di genere. La raccomandazione è il primo strumento giuridico che affronta esplicitamente la discriminazione di lesbiche, gay, persone bisessuali e transgender (LGBT).⁹¹ Non sono menzionate esplicitamente le persone intersessuali, ma evidentemente hanno lo stesso diritto all'autodeterminazione e alla protezione dalla discriminazione.

Partecipazione dei gruppi bersaglio e delle persone colpite (\GIPA): i gruppi bersaglio, così come le persone affette dall'HIV e/o da altre IST e le loro organizzazioni, sono coinvolti nel lavoro di prevenzione strategico e operativo. Portano le loro conoscenze o contribuiscono attivamente a definire le offerte. Tutte le offerte destinate ai gruppi bersaglio o alle persone colpite mirano a sostenere e rafforzare comportamenti basati sulla responsabilità individuale (empowerment).

Principio dell'autoprotezione: il lavoro di prevenzione in Svizzera si basa dal 1987 sul principio dell'autoprotezione: le persone fisicamente e psichicamente in grado di proteggersi dall'HIV e/o da un'IST sono responsabili in prima persona della propria protezione in occasione di contatti sessuali volontari.⁹² Questo principio però non svincola le persone da ogni responsabilità verso i propri partner sessuali: una sessualità nel rispetto reciproco si concretizza solo se una persona possibilmente infetta pratica safer sex con il partner o lo informa in modo trasparente sulla possibilità di un contagio.

Informazione del partner: le persone con un'infezione da HIV e/o un'altra IST sono consapevoli della loro responsabilità verso i partner (sessuali). Appoggiano l'informazione (all'occorrenza anonima) del partner, per impedire l'ulteriore diffusione dell'agente patogeno e consentire al partner un eventuale trattamento. L'informazione del partner avviene sempre nel quadro del consenso volontario e informato della persona infetta, che ne comprende l'utilità.

Principio della volontarietà (informed consent): gli interventi individuali di questo programma si basano sul principio della volontarietà. Ciò significa che usufruttuari, destinatari, clienti o pazienti di un intervento devono essere informati e dare il loro consenso a una determinata misura (per esempio un test HIV o un trattamento), quindi deve esserci un consenso basato sull'informazione e sul chiarimento dei dubbi (informed consent).⁹³

⁹⁰ Contrariamente alla Direttiva europea 2000/78/CE, il PNHI non usa l'espressione «tendenza sessuale» ma «orientamento sessuale», combinata all'espressione «identità sessuale». Con ciò si intende esprimere che esistono persone che si sentono attratte affettivamente e sessualmente dall'altro sesso (eterosessuali), dal proprio sesso (omosessuali) o da entrambi i sessi (bisessuali). L'identità sessuale (o di genere) descrive la convinzione personale di essere un uomo o una donna. Si parla di transessualità quando l'identità sessuale non corrisponde al sesso biologico.

⁹¹ Council of Europe, 31 marzo 2010: Recommendation CM/Rec(2010)5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity

⁹² Il concetto di autoprotezione che sta alla base del programma è in sintonia con la Costituzione federale (art. 6), che prevede che ognuno assuma le proprie responsabilità.

⁹³ In questo senso, gli interventi individuali sono considerati gli interventi che avvengono nel quadro di un trattamento medico. L'obbligo di cura del medico è limitato in questo caso dal diritto di autodeterminazione del paziente. Questo principio tuttavia può essere infranto nell'ambito di misure collettive di prevenzione, come l'educazione sessuale o le campagne di sensibilizzazione. Per esempio non è consentito che i bambini (o i loro genitori) si appellino al principio dell'informed consent per ottenere una dispensa dalle lezioni obbligatorie di educazione sessuale.

13

OBIETTIVI SECONDO GLI ASSI D'INTERVENTO NONCHÉ RELATIVE MISURE E COMPETENZE



Matrice degli assi d'intervento e obiettivi generali:

Asse d'intervento Obiettivo generale	Tutta la popolazione svizzera ↓ 1	Persone con elevato rischio di esposizione ↓ 2	Persone infette e loro partner ↓ 3
Sensibilizzazione			
Prevenzione			
Diagnosi, consulenza e terapia			

La matrice illustra in modo schematico la relazione tra gli obiettivi generali e i vari gruppi bersaglio (assi d'intervento). Ogni obiettivo generale comprende obiettivi particolari da raggiungere. Le aree tratteggiate indicano dove si concentra l'attività di ogni asse d'intervento. Per esempio, per la popolazione generale sono previste misure di sensibilizzazione, ma esiste anche un'offerta di servizi di prevenzione. L'obiettivo centrale per le persone con rischio aumentato è la prevenzione, ma esse beneficiano anche di misure di sensibilizzazione e di diagnosi, consulenza e terapia. L'intervento nelle persone infette e i loro partner si concentra su diagnosi, consulenza e terapia. Anche in questo gruppo però è importante la prevenzione: le persone con l'HIV sono sensibilizzate a evitare la trasmissione del virus, mentre i partner non infetti sono motivati a non contrarre l'infezione.

Asse d'intervento

Tutta la popolazione
svizzera



13.1 OBIETTIVI, MISURE E COMPETENZE NELL'ASSE D'INTERVENTO 1

Sensibilizzazione (obiettivo 1 dell'asse 1)

Gli abitanti della Svizzera sono sensibilizzati al valore della salute sessuale e ai diritti delle persone in materia di sessualità.

La sensibilizzazione prepara il terreno alla presa di coscienza dei diritti in materia di sessualità e alla non discriminazione delle persone infette. Rende le persone in grado di riconoscere un possibile pericolo di HIV o di altre infezioni sessualmente trasmissibili, di proteggersi in modo efficace e autonomo dall'HIV, da altre IST e da gravidanze indesiderate, anche in situazioni eccezionali (es. in viaggio, sotto l'influsso di stupefacenti o in caso di problemi psichici), di chiarire rapidamente la loro situazione in caso di presunta esposizione a un rischio e, in caso di infezione, di sostenere l'informazione del partner.

Misure/competenze (l'elenco non pretende di essere esaustivo e può essere modificato in base all'evidenza): Sensibilizzazione mediante campagna LOVE LIVE, centri di consulenza, corpo medico.

Competenze: Confederazione in collaborazione con le rilevanti organizzazioni e associazioni mantello e con i loro membri, Cantoni, corpo medico, altri specialisti (personale infermieristico, assistenti sociali, docenti, consulenti sessuali e matrimoniali), all'occorrenza organizzazioni di migranti.

Prevenzione (obiettivo 2 dell'asse 1)

La popolazione è informata sull'HIV e sulle altre IST. L'accesso alle offerte di vaccinazione e ai mezzi di prevenzione è garantito a tutti.

L'informazione comprende i diritti delle persone in materia di sessualità e propaganda le misure fondamentali per proteggersi da gravidanze indesiderate, dall'HIV o dai danni a lungo termine delle IST per la salute. Le misure fondamentali sono:

1. prevenire con comportamenti di protezione (safer sex),
2. vaccinarsi (laddove le vaccinazioni esistono e sono raccomandate)
3. riconoscere precocemente (inclusa la determinazione del rischio individuale),
4. trattare in modo tempestivo e corretto.

Le persone beneficiano di un accesso semplice a informazioni più dettagliate o a centri di consulenza qualificati.

Misure: Opuscoli informativi e volantini sono disponibili in diverse lingue. La strategia di protezione propagata recita: safer sex con i partner occasionali, le coppie fedeli possono rinunciare al safer sex solo dopo un test HIV negativo.

Asse d'intervento

Tutta la popolazione
svizzera

La piattaforma informativa e di scambio per tutti gli attori, «isis-info.ch», fornisce informazioni attendibili agli specialisti e alla popolazione generale.

La salute sessuale è compresa nel materiale informativo che i migranti ricevono in offerta quando regolano il loro statuto di soggiorno.

Includere nelle informazioni sulla prevenzione generale per i viaggi (vaccinazioni, ecc.) l'aspetto del comportamento di protezione in caso di incontri occasionali e di «sesso a pagamento».

Competenze: Confederazione in collaborazione con le rilevanti organizzazioni e associazioni mantello e con i loro membri, Cantoni, corpo medico, altri specialisti (personale infermieristico, assistenti sociali, docenti, consulenti sessuali e matrimoniali), all'occorrenza organizzazioni di migranti, istituti di medicina tropicale e il settore del turismo.

D'intesa e in collaborazione con i Cantoni si provvede affinché nel quadro della promozione della salute sia integrata nei programmi scolastici delle scuole dell'obbligo e post-obbligatorie un'educazione sessuale appropriata al livello scolastico.⁹⁴ L'educazione sessuale in forma, radica le conoscenze sulla salute sessuale e agisce contro la stigmatizzazione delle persone affette dall'HIV e/o da altre IST. Affronta senza giudizi di valore i vari orientamenti e identità sessuali, consentendo agli adolescenti di trovare più facilmente la loro via. In stretta collaborazione con i Cantoni si mira all'insegnamento della pedagogia sessuale nelle alte scuole pedagogiche (sotto la responsabilità politica dei Cantoni) e nei cicli di lavoro sociale e pedagogia sociale nelle scuole universitarie professionali.

Misure: Il perfezionamento per docenti sul tema dell'educazione sessuale fa parte dell'insegnamento nelle alte scuole pedagogiche e nei cicli di lavoro sociale nelle scuole universitarie professionali. Si sta discutendo di un approfondimento del tema sotto forma di moduli obbligatori durante il ciclo bachelor di lavoro sociale nelle scuole universitarie professionali.

Nel quadro del presente programma, il centro di competenza pedagogia sessuale e scuola della PHZ (alta scuola pedagogica della Svizzera centrale) definisce gli standard per l'educazione sessuale nelle scuole, in accordo con i Cantoni interessati e PLANeS.

PLANeS definisce gli standard per l'assistenza extrascolastica alla gioventù e li mette a disposizione delle persone coinvolte e degli attori interessati. Su richiesta degli attori, PLANeS controlla il rispetto di questi standard.

Competenze: Cantoni, Centro di competenza pedagogia sessuale e scuola (PHZ) e altri istituti di formazione, PLANeS.

⁹⁴ Bundesamt für Gesundheit (2009) Schulische Sexualpädagogik; Pädagogische Hochschule Zentralschweiz (ed.) (2009) Grundlagenpapier Sexualpädagogik und Schule. Grundlagen für die schweizweite Verankerung von Sexualerziehung in der Schule sowie Überlegungen für die Aus- und Weiterbildung von Lehrpersonen an Hochschulen

Asse d'intervento

**Tutta la popolazione
svizzera**



È garantito un perfezionamento continuo e di elevata qualità per gli specialisti nel campo della prevenzione, i moltiplicatori sociali e il corpo medico.

Misure: Vengono ideati concetti adeguati di perfezionamento in collaborazione con gli istituti e con gli uffici federali competenti.

Competenze: CFPA; Confederazione in collaborazione con il corpo medico, i Cantoni e altri specialisti.

Gli adolescenti e gli adulti abitanti in Svizzera sono incoraggiati a farsi vaccinare in conformità alle raccomandazioni della Commissione federale per le vaccinazioni (CFV).

Misure: Informazioni sulle vaccinazioni (attraverso campagne o a scuola) stimolano tutti gli adolescenti a farsi vaccinare contro l'epatite B. Alle giovani donne è raccomandata la vaccinazione anti HPV. Gli adulti sono incoraggiati a farsi vaccinare contro l'epatite B.

Competenze: Confederazione in collaborazione con la CFV, corpo medico.

I mezzi di prevenzione e contraccezione sono ottenibili in tutto il territorio nazionale.

Diagnosi e consulenza (obiettivo 3 dell'asse 1)

In Svizzera è garantito l'accesso a una rete di alta qualità e conforme ai bisogni di servizi di consulenza, test e diagnosi e di intervento d'emergenza.

Dopo l'esposizione a un rischio, ognuno è in grado di determinare rapidamente il proprio rischio individuale ricorrendo a una consulenza o in via anonima (es. tramite uno strumento online). Le persone sessualmente attive con svariati partner controllano regolarmente il loro rischio (più volte all'anno).

Misure: Lo strumento per la valutazione individuale del rischio (Check your Lovelife) è adattato alle IST e ulteriormente pubblicizzato.

Competenze: Confederazione in collaborazione con le rilevanti organizzazioni e associazioni mantello e con i loro membri.

Asse d'intervento**Tutta la popolazione
svizzera**

Per i problemi di salute sessuale, le donne e gli uomini sessualmente attivi si rivolgono di propria iniziativa al sistema sanitario.

Le persone con problemi di salute sessuale ricevono un sostegno se lo richiedono (es. in un centro di consulenza).

Le persone con risultato negativo di un test di un'IST e/o dell'HIV sono informate in modo individuale ed esaustivo sulle strategie di protezione.

Il corpo medico e i centri che eseguono i test dispongono di concetti di testing riconosciuti per l'HIV e le altre IST. Il concetto PICT è rafforzato in collaborazione con i partner competenti. Tali concetti comprendono anche lo screening delle donne incinte e l'informazione del paziente. Sono concepiti per ridurre il numero di infezioni da HIV e di IST non individuate. In Svizzera non deve più avvenire la trasmissione verticale dell'HIV e di IST pericolose per la salute.

Misure: Sono elaborati concetti di testing. Sono elaborati progetti pilota per la prevenzione dalla clamidia.

Competenze: Confederazione in collaborazione con il corpo medico, CFPA.

Nelle maggiori città, secondo le possibilità sono attivi servizi «walk-in» sotto sorveglianza medica nel campo dell'HIV e delle IST, dove le persone ricevono una consulenza a bassa soglia secondo il principio VCT e, se viene posta l'indicazione, si sottopongono al test e ricevono un trattamento o beneficiano di un intervento d'emergenza (es. contraccezione post-coitale). La copertura dei costi di queste offerte deve essere disciplinata in modo da non ostacolarne l'accesso.

Competenze: Cantoni in collaborazione con le città coinvolte, all'occorrenza con un'organizzazione mantello competente, assicuratori malattia (casce malati).

La prevenzione dell'HIV e delle IST è integrata nei servizi di consulenza in materia di salute sessuale e riproduttiva. I medici sono competenti per eseguire un'anamnesi sessuale accurata e una consulenza di elevata qualità.

Misure: Per alcuni gruppi bersaglio dell'asse 1, in particolare gli adolescenti e i gruppi di migranti vulnerabili, sono create offerte specifiche o quelle esistenti vengono strutturate in modo da soddisfare i loro bisogni specifici (per esempio prestazioni mediche adatte al contesto migratorio).

Competenze: Cantoni, città, rilevanti organizzazioni e associazioni mantello, organizzazioni di migranti.

Asse d'intervento

Persone con elevato
rischio di esposizione

2

13.2 OBIETTIVI, MISURE E COMPETENZE NELL'ASSE D'INTERVENTO 2

Sensibilizzazione (obiettivo 1 dell'asse 2)

I gruppi bersaglio dell'asse d'intervento 2 sono sensibilizzati ulteriormente e in modo specifico.

La sensibilizzazione ulteriore e specifica acuisce la consapevolezza che i gruppi bersaglio si muovono in un ambiente a elevata prevalenza dell'HIV e/o di altre IST e perciò sono esposti a un rischio più elevato.

Misure/competenze (l'elenco non pretende di essere esaustivo e può essere modificato in base all'evidenza):

- Opuscoli, volantini, azioni/campagne, siti Internet specifici per i gruppi bersaglio
- Azioni con opinion leader dei vari gruppi bersaglio
- Hotline e consulenze telefoniche specifiche per i membri dei gruppi bersaglio

Competenze: Confederazione in collaborazione con le rilevanti organizzazioni e associazioni mantello e con i loro membri, Cantoni, città, corpo medico, altri specialisti (assistenti sociali, docenti, consulenti sessuali e matrimoniali), all'occorrenza organizzazioni di migranti.

Anche gli specialisti e le persone di sostegno (es. medici, impiegati del penitenziario) che lavorano con i membri dei relativi gruppi bersaglio sono sensibilizzati alla prevenzione dell'HIV e delle IST.

Misure: Gli specialisti e le persone di sostegno ricevono le informazioni necessarie, viene elaborato materiale per il perfezionamento.

Competenze: Confederazione in collaborazione con le rilevanti organizzazioni e associazioni mantello e con i loro membri, Cantoni, città, uffici federali competenti, direttori e medici dei penitenziari.

Prevenzione (obiettivo 2 dell'asse 2)

Concetti specifici di informazione e prevenzione strutturale nei singoli gruppi bersaglio riducono il rischio di trasmissione. La Confederazione e i Cantoni ritengono che la prevenzione specifica per i gruppi bersaglio sia prioritaria nell'asse d'intervento 2.

Competenze: Confederazione in collaborazione con le rilevanti organizzazioni e associazioni mantello e con i loro membri, Cantoni, città, centri di consulenza, corpo medico, altri specialisti.

Asse d'intervento**Persone con elevato rischio di esposizione****2**

L'informazione supplementare per i membri dei gruppi bersaglio comprende:

- fattori/contesti/comportamenti che aumentano il rischio
- le varie strategie di protezione e di riduzione del rischio e la loro affidabilità
- vaccinazioni raccomandate
- possibili segni di riconoscimento dell'HIV e di altre IST (es. primoinfezione)
- centri di primo ascolto specifici di consulenza e test

Misure: Raccomandazioni di vaccinazioni specifiche per i gruppi bersaglio redatte nella loro lingua e adatte al loro contesto.

Competenze: CFV, Confederazione in collaborazione con le rilevanti organizzazioni e associazioni mantello.

Per i singoli gruppi bersaglio sono definiti concetti specifici di prevenzione strutturale nel loro ambiente, con la funzione di ricordare l'urgenza delle misure di protezione e di facilitarne l'adozione. Gli attori mirano a sensibilizzare alla prevenzione dell'HIV e delle IST anche le persone che si trovano in situazioni che ostacolano la prevenzione (per esempio gli individui che vivono in condizioni di dipendenza).

Le reti e le organizzazioni dei gruppi bersaglio si adoperano per promuovere una cultura della prevenzione nella loro comunità e si impegnano contro la discriminazione e la stigmatizzazione delle persone colpite dall'HIV e dalle IST.

Misure:

Uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM)

- Offerte informative e materiali di prevenzione specifici per i vari sottogruppi MSM
- Strumento online specifico per l'anamnesi del rischio con stimolo alla consulenza e al test se vi è l'indicazione
- Gli esercizi e gli organizzatori di eventi in cui vi è un rischio aumentato di trasmissione mettono a disposizione materiale di prevenzione e informativo e/o garantiscono l'accesso al loro esercizio di specialisti della prevenzione
- Offerta di vaccinazioni a bassa soglia per MSM nei luoghi da essi frequentati (epatite A e B, HPV nei MSM sotto i 20 anni)

Migranti provenienti da Paesi con un'epidemia generalizzata

- Promozione dell'outreach health
- Collaborazione con i mediatori
- Negli uffici degli stranieri, quando è regolato lo statuto di soggiorno viene offerto il materiale informativo specifico con gli indirizzi dei servizi competenti
- Strumento online specifico per l'anamnesi del rischio con stimolo alla consulenza e al test se vi è l'indicazione
- Incoraggiare i richiedenti l'asilo provenienti da Paesi con un'epidemia generalizzata a ricorrere a una consulenza
- Formare i centri di consulenza in un'ottica transculturale

Asse d'intervento

Persone con elevato rischio di esposizione

2

Lavoratori del sesso

- Strumento online specifico per l'anamnesi del rischio con stimolo alla consulenza e al test se vi è l'indicazione
- Gli esercizi e gli organizzatori di eventi in cui vi è un rischio aumentato di trasmissione mettono a disposizione materiale di prevenzione e informativo e/o garantiscono l'accesso al loro esercizio di specialisti della prevenzione
- Gli uffici per stranieri raccomandano alle ballerine di cabaret di frequentare un evento informativo sull'HIV e sulle altre IST
- Lavoro di prevenzione di prossimità per la prostituzione di strada
- Offerta di vaccinazioni a bassa soglia per le sex worker negli ambienti che frequentano

Consumatori di stupefacenti per via endovenosa (IDU)

- I mezzi per la riduzione del danno sono generalmente mantenuti e adattati al bisogno
- I centri per gli IDU si occupano anche della prevenzione dell'HIV e delle altre IST
- Materiale di prevenzione, informazioni specifiche per gli IDU che si prostituiscono
- Sensibilizzazione alla minaccia e all'elevata prevalenza dell'epatite C

Detenuti

- Ulteriore sviluppo del progetto BIG⁹⁵
- Offerte di prevenzione, vaccinazione, test e trattamento delle malattie infettive e di terapia della tossicodipendenza; le offerte rispettano il postulato dell'equivalenza (assistenza sanitaria equivalente sia in detenzione che nel resto della società)

Le prestazioni di prevenzione per i gruppi bersaglio dell'asse d'intervento 2 possono comprendere anche offerte che non mirano direttamente alla prevenzione dell'HIV e delle IST, ma hanno un impatto positivo sulla salute individuale.

Competenze: Confederazione in collaborazione con le rilevanti organizzazioni e associazioni mantello e con i loro membri, uffici federali competenti, Cantoni, città, corpo medico, centri di primo ascolto per la prevenzione, proprietari di stabilimenti dove viene esercitata la prevenzione strutturale, altri specialisti e attori.

⁹⁵ Il Progetto «Lotta contro le malattie in ambito carcerario (BIG)» è condotto dalla Confederazione (UFSP e Ufficio federale di giustizia UFG) in collaborazione con la Conferenza delle direttrici e dei direttori dei dipartimenti cantonali di giustizia e polizia (CCDGP). Gli obiettivi del progetto sono:

1. ridurre al minimo i rischi di trasmissione delle malattie infettive all'interno delle carceri;
2. ridurre al minimo i rischi di trasmissione delle malattie infettive dalle carceri al mondo esterno e viceversa;
3. sviluppare nelle carceri un sistema di prevenzione, analisi e terapia nell'ambito delle malattie infettive equivalente a quello del mondo esterno;
4. impiegare nelle carceri una terapia di disassuefazione dalla droga equivalente a quella del mondo esterno;
5. rendere duraturi gli strumenti e le misure sviluppati.

Asse d'intervento

Persone con elevato
rischio di esposizione**Diagnosi e consulenza (obiettivo 3 dell'asse 2)**

I membri dei diversi gruppi bersaglio hanno a disposizione servizi specifici di consulenza, di intervento d'emergenza, di test (VCT) e trattamento.

Su indicazione accedono rapidamente ai test appropriati e se necessario a un intervento d'emergenza (es. ↘profilassi post-esposizione, PEP). Vengono promossi i centri integrati che combinano le varie offerte.

Per i singoli gruppi bersaglio sono allestiti concetti di testing specifici (orientati prevalentemente agli approcci PICT e VCT). I concetti di testing mirano a promuovere il riconoscimento precoce dell'HIV e delle altre IST nei membri dei gruppi bersaglio dell'asse d'intervento 2, che quindi beneficiano di test a costi contenuti, di accesso facile e con procedure prive di complicazioni. I test HIV fai da te sono sconsigliati, perché non sono eseguiti nel contesto di una consulenza e diagnosi professionale. I concetti di testing contemplano anche procedure standard per l'informazione del partner.

Il corpo medico e le istituzioni qualificate conoscono i concetti di testing e agiscono in conformità agli stessi.

Misure: Concetti di laboratorio, PICT e VCT differenziati per i singoli gruppi bersaglio. Informazione sui problemi dei test HIV fai da te (interpretazione falsa, nessun controllo della qualità dei test, ecc.).

Offerta di test nei punti d'incontro (di lavoratori del sesso o clienti) e nei locali in cui avvengono incontri sessuali (espandere i checkpoint mobili).

Competenze: Organizzazioni e associazioni mantello competenti, CFPA, corpo medico, centri HIV e IST regionali.

Le persone con risultato del test dell'HIV e/o di un'IST negativo sono motivate con opportuni incentivi a evitare di infettarsi nel lungo termine.

Le persone la cui salute sessuale e la capacità di proteggersi sono messe in pericolo da problemi psichici ricevono, se necessario, un sostegno.

Asse d'intervento

Persone infette e
loro partner

3

13.3 OBIETTIVI, MISURE E COMPETENZE NELL'ASSE D'INTERVENTO 3

Sensibilizzazione (obiettivo 1 dell'asse 3)

Le persone con diagnosi di HIV e/o di un'IST e i loro partner sono in grado di migliorare o preservare la loro salute in funzione della loro situazione.

Le persone HIV positive o affette da un'IST sono sensibilizzate sui fattori rilevanti per la loro infezione, in particolare sui comportamenti di protezione adeguati e sui pericoli delle co-infezioni e dell'interruzione di una terapia. Comprendono l'utilità dell'informazione del partner.

I partner sieronegativi delle persone affette dall'HIV e/o da un'IST sono sensibilizzati sulla loro situazione specifica contraddistinta da un rischio elevato.

Prevenzione (obiettivo 2 dell'asse 3)

Le persone con diagnosi di HIV o IST ricevono e comprendono tutte le informazioni importanti per loro in relazione all'infezione. I partner delle persone affette dall'HIV e/o da un'IST sono informati dell'infezione del partner.

Misure/competenze (l'elenco non pretende di essere esaustivo e può essere modificato in base all'evidenza): Direttive e raccomandazioni per il corpo medico, gli specialisti e le istituzioni che si occupano di prevenzione.

Competenze: Confederazione in collaborazione con le rilevanti organizzazioni e associazioni mantello, es. AAS, PLANeS.

Le persone infette dall'HIV o con un'IST sono aiutate a proteggersi autonomamente da altri agenti patogeni e motivate a evitare la trasmissione del loro agente patogeno al partner. Le persone HIV positive seguono le regole del safer sex finché la loro carica virale non scende sotto la soglia misurabile. Inoltre sono a conoscenza dei punti della dichiarazione della CFP. ⁹⁶

Le donne incinte affette dall'HIV e/o da un'IST beneficiano di tutte le informazioni e delle misure mediche necessarie per evitare la trasmissione dell'agente patogeno al nascituro o al neonato.

⁹⁶ Vedi capitolo 7: Nuove sfide per il lavoro di prevenzione

Asse d'intervento**Persone infette e
loro partner***Misure: L'informazione avviene:*

- *sul piano collettivo (strumenti, siti Internet, opuscoli). Le informazioni collettive consentono agli individui di far valere pretese di qualità presso i fornitori di prestazioni.*
- *sul piano individuale. Le persone per le quali è indicato un trattamento dell'HIV e/o di un'IST sono informate in modo esaustivo dai fornitori di prestazioni su tutti gli aspetti della terapia individuale (effetti collaterali, opzioni alternative, importanza dell'aderenza a causa dello sviluppo di resistenze).*

Competenze: Confederazione in collaborazione con il corpo medico e i fornitori di prestazioni qualificati, nonché con le rilevanti organizzazioni e associazioni mantello.

I partner delle persone affette dall'HIV e/o da un'IST sono informati, previo consenso della persona infetta, dell'infezione del partner. In occasione di ogni diagnosi, i fornitori di prestazioni affrontano l'argomento dell'informazione del partner e incoraggiano e sostengono le persone infette a informare il partner. Il principio della volontarietà e la protezione dei dati sono sempre garantiti.

Competenze: Confederazione e Cantoni in collaborazione con le rilevanti organizzazioni e associazioni mantello, con il contributo dei competenti specialisti di protezione dei dati e delle organizzazioni delle persone colpite.

I partner delle persone infette sono esaurientemente informati sulle strategie di protezione adatte a evitare il contagio. Con il consenso del partner, essi sono integrati nella sua consulenza o fanno ricorso a una propria consulenza e si sottopongono tempestivamente ai test necessari. Per mezzo di incentivi, i fornitori di prestazioni qualificati sono motivati a fornire un'assistenza ottimale al partner, affinché eviti il contagio in via permanente.

Competenze: Confederazione e Cantoni in collaborazione con i centri di test regionali.

Asse d'intervento

Persone infette e
loro partner

3

Diagnosi e terapia (obiettivo 3 dell'asse 3)

Le persone infette sono trattate in modo tempestivo, corretto e completo e i loro partner, se necessario, sono coinvolti nel trattamento.

Le persone con un'IST curabile sono trattate con successo il più presto possibile. I fornitori di prestazioni qualificati si attengono alle linee guida di best practice o inviano i pazienti agli specialisti competenti. Il successo della terapia è verificato sistematicamente.

I partner di persone infette da IST sono trattati rapidamente in caso di esposizione a un rischio reale o di risultato positivo a un test (se possibile insieme al partner infetto).

Alle persone con una diagnosi di HIV o di IST vengono raccomandati ulteriori test conformemente al concetto di testing e all'esposizione individuale al rischio.

I pazienti con HIV ricevono un sostegno e un accompagnamento professionale per preservare al meglio la loro qualità di vita.

I pazienti con HIV per cui è indicata una terapia sono motivati ad iniziarla rapidamente. Raggiungono in via permanente e ininterrotta l'obiettivo terapeutico di una carica virale sotto la soglia misurabile. Ricevono una consulenza e un accompagnamento professionale per rafforzare la loro accettazione e aderenza nei confronti della terapia. All'occorrenza hanno accesso a servizi di sostegno paramedico o giuridico rivolti al loro empowerment.

Misure: Progetto pilota per esaminare un modello di *“disease management nel settore HIV/IST”*.⁹⁷

Competenze: Corpo medico, istituzioni di *managed care* nel sistema sanitario.

Il trattamento dell'HIV è basato sull'evidenza. Medici specializzati provvedono a un trattamento appropriato dei pazienti con HIV, i medici di base si occupano delle terapie in collaborazione con medici specialisti o con centri specializzati. I pazienti con HIV hanno a disposizione *“modelli di cure integrate, che assicurano nel lungo termine la qualità di un trattamento individualizzato oltre ad avere una funzione preventiva (per esempio evitando *“comorbidità”*)*. I modelli di cure integrate prevedono adeguati incentivi per raggiungere l'obiettivo terapeutico.

Misure: Sviluppare o elaborare linee guida di trattamento per le IST rilevanti e per l'HIV.

Competenze: CFPA e Confederazione.

⁹⁷ Il termine *disease management* designa un sistema teso a perfezionare l'assistenza integrata dei pazienti (specialmente affetti da malattie croniche). La collaborazione efficiente delle parti coinvolte e il coinvolgimento attivo del paziente ne sono gli elementi fondamentali.

Asse d'intervento**Persone infette e
loro partner**

I fornitori di prestazioni seguono le linee guida di trattamento consigliate dall'UFSP.

I pazienti affetti dall'HIV e/o da un'IST gravi o morenti, per cui non esistono più terapie efficaci, beneficiano delle cure palliative.⁹⁸

⁹⁸ Le cure palliative perseguono l'obiettivo di migliorare la qualità di vita delle persone affette da malattie incurabili, potenzialmente mortali e/o cronico-progressive. Comprendono trattamenti medici, interventi infermieristici nonché sostegno psichico, sociale e spirituale durante l'ultima fase della vita. La persona interessata determina personalmente, nella misura del possibile, come e dove intende passare i suoi ultimi anni. In collaborazione con i principali attori, Confederazione e Cantoni si sono posti l'obiettivo di ancorare le cure palliative nel sistema sanitario, sociale, formativo e di ricerca. A tal scopo hanno avviato la «Strategia nazionale in materia di cure palliative 2010–2012». Vedi anche: Bundesamt für Gesundheit et al. (2009) Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012

14 I COMPITI DI SOSTEGNO PERMETTONO DI RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI



I compiti di sostegno contribuiscono in misura fondamentale al raggiungimento dei primi tre obiettivi generali (1° sensibilizzazione, 2° prevenzione, 3° diagnosi e terapia). Costituiscono in un certo senso le condizioni sociopolitiche e strutturali quadro indispensabili per il successo e l'impatto duraturo del lavoro sull'HIV e sulle IST. I compiti di sostegno da adempiere sono presentati nei seguenti capitoli e, come gli obiettivi dei programmi, descritti per mezzo di indicatori e obiettivi intermedi.

14.1 IMPEGNO CONTRO LA DISCRIMINAZIONE E LA STIGMATIZZAZIONE DELLE PERSONE AFFETTE DALL'HIV E/O DA UN'IST EVULNERABILI

«I diritti umani costituiscono il fondamento di ogni politica per contenere l'HIV e le IST. Il programma nazionale deve usarli come punto di riferimento. Specialmente nell'ambito del lavoro di prevenzione e del sostegno alle persone con HIV va promosso il rispetto dei diritti umani, sia in Svizzera sia a livello internazionale.»⁹⁹

«La discriminazione delle persone colpite ostacola la prevenzione. Perciò va combattuta la discriminazione e promossa la solidarietà con le persone colpite.»¹⁰⁰

L'impegno contro la discriminazione è un importante compito trasversale del programma

La discriminazione contro le persone HIV positive o colpite da un'IST è inaccettabile. La Dichiarazione universale dei diritti umani¹⁰¹, così come numerosi altri accordi o dichiarazioni internazionali¹⁰² e la Costituzione federale della Confederazione Svizzera¹⁰³ vietano la discriminazione delle persone, per esempio sulla base di una menomazione fisica. Nel passato la Svizzera si è sempre adoperata per il rispetto di questo diritto fondamentale nel quadro dell'impegno internazionale in materia di HIV/Aids.

L'impegno contro la discriminazione delle persone con l'HIV o un'IST e contro la stigmatizzazione legata all'HIV e alle IST continua a essere un obbligo in Svizzera e costituisce un compito trasversale fondamentale di questa strategia. Gli sforzi per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento dell'HIV e delle IST non hanno possibilità di successo se le persone colpite devono temere di essere escluse o disprezzate dalla società non appena sono identificate quali portatrici di un'infezione. La paura della stigmatizzazione e della discriminazione può impedire alle persone colpite di rivelare l'IST o l'infezione da HIV ai loro partner (sessuali) e di discutere con loro sulle misure di protezione più appropriate. Inoltre può prevenire l'esecuzione tempestiva di un test o il ricorso a una terapia, contrapponendosi all'obiettivo strategico di promuovere il riconoscimento e la terapia precoce dell'HIV e delle altre IST. Questo problema può emergere con particolare intensità nei gruppi di migranti in cui la sessualità e la salute sessuale sono considerati tradizionalmente argomenti tabù, per cui la paura della stigmatizzazione è forte, fino ad assumere tratti esistenziali.

In Svizzera deve essere favorito il consenso sociale sul fatto che le persone che vivono con l'HIV/Aids o un'IST o sono particolarmente a rischio fanno parte della società a pieno titolo e hanno gli stessi diritti e doveri, a tutti i livelli, delle altre persone. D'altro canto è necessario promuovere il sostegno delle persone affette dall'HIV o da un'IST e la consapevolezza che esse si trovano in una situazione particolare, che può comportare limitazioni e generare di conseguenza esigenze specifiche.

⁹⁹ Tesi 1.1. da BAG «Die Thesen zur Entwicklung des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017».

¹⁰⁰ Tesi 1.6 da BAG «Die Thesen zur Entwicklung des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017».

¹⁰¹ Dichiarazione universale dei diritti umani, articolo 7: «Tutti sono eguali dinanzi alla legge e hanno diritto, senza alcuna discriminazione, ad una eguale tutela da parte della legge. Tutti hanno diritto ad una eguale tutela contro ogni discriminazione che violi la presente Dichiarazione come contro qualsiasi incitamento a tale discriminazione.» 1948, ONU.

¹⁰² Vedi note 85 e 86, Capitolo 12.

¹⁰³ Costituzione federale della Confederazione Svizzera, articolo 8, capoverso 2: «Nessuno può essere discriminato, in particolare a causa dell'origine, della razza, del sesso, dell'età, della lingua, della posizione sociale, del modo di vita, delle convinzioni religiose, filosofiche o politiche, e di menomazioni fisiche, mentali o psichiche.»

La situazione in Svizzera è relativamente buona, ma migliorabile

Nel confronto internazionale, la situazione delle persone con HIV/Aids in Svizzera appare buona. Per esempio, il nostro Paese figura al terzo posto nello studio comparativo recentemente pubblicato «The Euro HIV Index 2009».¹⁰⁴ Lo studio è stato condotto nel quadro della Presidenza svedese dell'UE da un istituto di ricerca indipendente e classifica 29 Paesi europei secondo i loro sforzi contro l'epidemia di HIV. La buona posizione della Svizzera è dovuta principalmente al suo studio di coorte. Tuttavia l'inchiesta europea ha evidenziato problemi nel settore discriminazione/stigmatizzazione. Anche da noi gli HIV positivi non sono sempre trattati in modo eguale rispetto alle altre persone. Continuano ad essere esclusi da alcune prestazioni assicurative. Secondo l'AAS molte di queste clausole esclusive non sono giustificate, specialmente quelle inerenti le nuove opzioni terapeutiche dell'HIV. Ogni discriminazione ingiustificata, nel settore delle assicurazioni o in altri settori, va eliminata. Anche nell'ambito lavorativo si riscontrano ripetutamente discriminazioni di persone HIV positive, come mostra il monitoraggio eseguito da Aiuto Aids Svizzero su mandato della Commissione federale per i problemi legati all'Aids (CFPA). Queste discriminazioni coinvolgono l'intero rapporto lavorativo, dall'assunzione, alle assicurazioni dei dipendenti, fino al licenziamento. Inoltre in parecchi Paesi vigono restrizioni di viaggio per le persone con l'HIV, che ne impediscono l'entrata o il soggiorno.

Nello studio summenzionato viene giudicato negativamente il fatto che in Svizzera, in misura relativamente maggiore rispetto agli altri Paesi, le persone con HIV sono perseguite penalmente e condannate per avere esposto altre persone al contagio con il virus. Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale¹⁰⁵, una persona HIV positiva è punibile quando rischia di diffondere l'HIV o l'Aids mediante contatti sessuali non protetti, anche se l'altra persona acconsente liberamente all'atto sessuale ed è a conoscenza della malattia del partner sessuale. In questo modo la responsabilità ricade interamente sulla persona HIV positiva, mentre le persone HIV negative sono dispensate dall'obbligo di assumersi la responsabilità di proteggersi dall'HIV. A livello internazionale si moltiplicano gli sforzi per depenalizzare la trasmissione dell'HIV se non vi è intenzione di contagiare il

partner. L'attore principale di questi sforzi è l'UNAIDS.¹⁰⁶ Va menzionato anche il fatto che Paesi come la Francia, l'Italia, la Spagna, i Paesi Bassi o il Regno Unito non contemplano nella rispettiva legislazione penale articoli specifici sull'HIV o su altre IST. Tuttavia, la trasmissione intenzionale dell'HIV e di altre IST resta punibile sulla base delle norme generali del codice penale.

Secondo l'UNAIDS, la punibilità della trasmissione dell'HIV mina la prevenzione. Può impedire che le persone si sottopongano per tempo al test HIV, se reputano che l'ignoranza del proprio stato sierologico sia la linea difensiva più convincente in un procedimento penale. Inoltre, la punibilità può minare la fiducia tra le persone colpite dall'HIV e i fornitori professionali di prestazioni, se le persone colpite temono che le informazioni sul loro stato potrebbero essere usate in un procedimento penale contro di loro.

Va aggiunto che il perseguimento penale e la prospettiva autore-vittima che sta alla base del diritto penale sono in contraddizione con l'idea di fondo della strategia di prevenzione dell'HIV e delle IST, che implica il principio della responsabilità individuale per le persone sessualmente attive: esse stesse devono agire responsabilmente per preservare la loro salute (sessuale); l'obiettivo della prevenzione è renderle in grado di farlo.

Il principio della parità è il fondamento di tutte le prestazioni

La prevenzione può avere successo solo se vengono eliminate la discriminazione e la stigmatizzazione. Da ciò deriva l'impegno per il pari trattamento delle persone con HIV/IST, un obiettivo perseguito da questa strategia. Si tratta di sensibilizzare non solo la popolazione, ma anche le assicurazioni, i datori di lavoro e gli altri attori. Il principio della parità deve costituire il fondamento di tutte le prestazioni inerenti al lavoro sull'HIV e sulle IST. Tutte le misure preventive devono essere strutturate in modo da non discriminare le persone con l'HIV o affette da IST croniche.

¹⁰⁴ I dati, comprendenti circa 30 indicatori di base, sono stati raccolti presso i ministeri nazionali della sanità o ONG nazionali (vedi anche <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report%20Euro%20HIV%20index%20091008-3.pdf>).

¹⁰⁵ Cfr.: Codice penale svizzero del 21 dicembre 1937 (CP, RS 311.0), articoli 122 segg. (lesioni personali) e 231 (propagazione di malattie dell'uomo).

¹⁰⁶ Anand Grover, nel suo «Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health», presentato il 4 giugno 2010 al Consiglio dei diritti dell'uomo delle Nazioni Unite, ha analizzato in modo specifico in quale misura la criminalizzazione della trasmissione dell'HIV viola i principi dei diritti dell'uomo (cfr.: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf>). Una nuova iniziativa lanciata da UNDP e UNAIDS prevede di tracciare un bilancio alla luce delle diverse sentenze di tribunale concernenti l'HIV e i diritti umani (Global Commission on HIV and the Law (<http://www.hivlawcommission.org>)).

Il programma non definisce obiettivi precisi nell'ambito della lotta alla discriminazione e alla stigmatizzazione, ma indica i compiti che vanno adempiuti per la riuscita della strategia. Tali compiti sono a loro volta associati a indicatori misurabili, il cui rispetto deve essere verificato regolarmente e obbligatoriamente.

Compiti:

1. Parità e assenza di discriminazione

Le persone che convivono con l'HIV o con un'IST cronica o che ne sono coinvolte hanno in tutti i settori della vita gli stessi diritti e le stesse responsabilità delle persone non infette. Gli attori del lavoro sull'HIV e sulle IST provvedono a mantenere questo consenso sociale e a far sì che la popolazione sia sensibilizzata al principio della parità. L'impegno contro la discriminazione delle persone colpite dall'HIV o da un'IST e contro la stigmatizzazione legata all'HIV e alle altre IST è integrato in modo vincolante nella pedagogia sessuale e nell'educazione sessuale scolastica.

Le persone colpite dall'HIV o da un'IST non sono discriminate né stigmatizzate a causa della loro infezione, specialmente in famiglia, sul lavoro, nella formazione, in termini di punibilità e nell'ambito assicurativo. Le discriminazioni e le stigmatizzazioni continuano a essere registrate dall'AAS e notificate alla CFPA, nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati. Misure concrete garantiscono che tali discriminazioni e stigmatizzazioni siano combattute in modo efficace e impedito.¹⁰⁷ Per i gruppi di migranti in cui è particolarmente diffusa la discriminazione e la stigmatizzazione delle persone colpite sono previste misure specifiche. La ricerca in questo campo studia le cause della discriminazione.

2. Partecipazione ed empowerment

Le persone affette dall'HIV sono coinvolte nel lavoro sull'HIV e sulle IST. Ciò significa che partecipano allo sviluppo della strategia, all'elaborazione di misure appropriate e collaborano alla loro attuazione e valutazione.¹⁰⁸ Le attività in favore delle persone colpite dall'HIV o da un'IST mirano sempre al loro empowerment. La Confederazione promuove la creazione e l'interconnessione di organizzazioni rappresentative delle persone colpite.

Obiettivi intermedi

1. Sulla base degli inventari già effettuati, la CFPA raccomanda una prima volta alla fine del 2012, e in seguito a scadenze regolari, contromisure adeguate alle collettività che discriminano le persone colpite dall'HIV e/o da IST.
2. Entro la fine del 2013 la CFPA predispone un rapporto che informa sul rispetto dei principi GIPA da parte delle ONG/ONP.

Competenze:

- La *Confederazione*, in collaborazione con la Commissione federale per i problemi legati all'Aids (CFPA), verifica regolarmente lo stato della parità e provvede a un'adeguata comunicazione e pubblicazione dei risultati. Inoltre, Confederazione e CFPA vigilano affinché vengano proposte le adeguate contromisure alle collettività che violano il principio della parità.
- La *Confederazione* si adopera in collaborazione con i Cantoni affinché il tema della non discriminazione e della non stigmatizzazione sia integrato nella pedagogia sessuale e nell'educazione sessuale scolastica.
- La *Confederazione* sostiene la creazione di organizzazioni rappresentative di persone colpite e la loro interconnessione.
- La *CFPA* verifica periodicamente che le organizzazioni rappresentative di persone colpite siano coinvolte nel lavoro di prevenzione dell'HIV e delle altre IST.

¹⁰⁷ L'UNAIDS ha identificato 10 settori di discriminazione

I. Salute
II. Lavoro
III. Giustizia
IV. Amministrazione
V. Sicurezza sociale
VI. Alloggio
VII. Educazione
VIII. Vita familiare e riproduzione
IX. Assicurazioni e prestazioni finanziarie
X. Accesso ad altri servizi pubblici (per esempio servizi funerari)
UNAIDS (2000) Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV

¹⁰⁸ L'idea che le esperienze personali delle persone colpite dall'HIV possano e debbano essere utilizzate per organizzare la risposta all'epidemia di HIV è stata formalmente accettata nel Paris AIDS Summit del 1994, quando 42 Paesi hanno dichiarato che il «Greater Involvement of People Living with HIV and AIDS (GIPA)» è un criterio per la pianificazione di risposte etiche ed efficaci all'epidemia.

- L'UFSP esige dai suoi mandatarî nel settore HIV e altre IST che i loro prodotti e prestazioni promuovano la parità delle persone colpite dall'HIV o da un'IST cronica.
- Le organizzazioni di persone colpite sono attivamente implicate nell'impegno contro la discriminazione delle persone colpite dall'HIV e dalle IST e contro la stigmatizzazione legata all'HIV e alle altre IST. Collaborano in misura determinante ai progetti in questo campo.
- LAAS funge da centro di segnalazione delle discriminazioni per tutte le istituzioni che forniscono consulenza alle persone colpite dall'HIV e dalle IST. Mette queste informazioni a disposizione della CFP e ed è a sua disposizione per elaborare e realizzare misure atte a evitare discriminazioni.
- LAAS si adopera per la sensibilizzazione della popolazione contro la discriminazione e la stigmatizzazione.

14.2 GOVERNANCE: IL COORDINAMENTO È LA CHIAVE PER LA RIUSCITA DEL LAVORO SULL'HIV E SULLE IST

«Il programma definisce gli obiettivi di ogni asse di prevenzione e chiarisce le competenze delle organizzazioni mantello. Inoltre prevede che esse sfruttino queste sinergie e coordinino le loro attività.»¹⁰⁹

Collaborazione degli attori

Il Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili 2011–2017 è una strategia comune della Confederazione, dei Cantoni e degli attori principali del lavoro sull'HIV e sulle IST. Secondo il mandato conferito dalla legge sulle epidemie, la Confederazione assume la leadership nell'elaborazione e coordinazione della strategia, la cui attuazione si basa sul partenariato, assegnando ruoli decisivi ai Cantoni e ad altri stakeholder. Il coordinamento di questa collaborazione viene chiamato anche *governance*.¹¹⁰

Dato che la collaborazione tra i vari attori si è ampliata nel tempo, il sistema di lotta contro l'HIV/Aids è diventato sempre più complesso. Tuttavia, ciò rappresenta da sempre anche una forza: gli specialisti di diverse discipline si impegnano con le loro differenti competenze al servizio della stessa causa. Il nuovo programma è nato anche in questo spirito e si ricollega alla tradizione della collaborazione interdisciplinare.

Durante la fase concettuale di sviluppo del programma, l'UFSP ha incaricato lo Swiss Tropical and Public Health Institute di condurre un'inchiesta tra gli *stakeholder* per ottenere una valutazione dei punti forti e deboli del precedente Programma nazionale HIV/Aids 2004–2008 e per individuare i desideri in merito al programma in fase di sviluppo (PNHI 2011–2017) (Kessler et al. 09). L'inchiesta ha raccolto la partecipazione di circa cento attori del lavoro sull'HIV e sulle IST, da cui è emersa una chiara conclusione: il programma sarebbe riuscito a definire una direzione comune per il lavoro sull'HIV/Aids, ma il coordinamento tra gli attori sarebbe ancora carente. Gli stakeholder hanno richiesto alla Confederazione di migliorare il coordinamento, oltre che di definire più chiaramente i ruoli dei diversi attori e di precisarne le responsabilità.¹¹¹

Anche un panel internazionale di esperti diretto dallo specialista di salute pubblica Rolf Rosenbrock ha esaminato il precedente programma e ha espresso una valutazione piuttosto critica delle strutture del sistema HIV/Aids in Svizzera. Il sistema sarebbe caratterizzato da un'immobilità strutturale e non terrebbe sufficientemente conto della dinamica dell'epidemia di HIV degli ultimi anni. Inoltre, contrariamente alla tendenza internazionale, la prevenzione dell'HIV sarebbe stata troppo poco integrata nel contesto della salute sessuale.¹¹²

Il nuovo programma integra il settore delle altre IST. Di conseguenza la trasformazione da prevenzione dell'HIV a prevenzione dell'HIV e delle IST deve essere accompagnata da modifiche strutturali. Inoltre, in futuro, una chiara distribuzione dei ruoli e delle risorse in base a considerazioni di salute pubblica dovrebbe rendere più efficiente il lavoro sull'HIV e sulle IST. Gli interventi devono essere basati sull'evidenza, appropriati ed economici, ma contemporaneamente va lasciato spazio alle innovazioni.¹¹³

¹⁰⁹ Tesi 1.7 da BAG et al. (2009) «Die Thesen zur Entwicklung des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017».

¹¹⁰ Con *governance* si intende un sistema di gestione e regolamentazione ragionando in termini di strutture (organizzazione strutturale e dei processi) riferito a un'entità politico-sociale come lo Stato, un'amministrazione, un Comune, un'organizzazione privata o pubblica (vedi glossario).

¹¹¹ Kessler et al. (2009) Nationales HIV/Aids- und STI-Programm: Webbasierte Stakeholderbefragung 2009

¹¹² Rosenbrock et al. (2009) Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts. Expert Report.

¹¹³ Ibidem; vedi anche: Kessler (2009) International Context Analysis. HIV and STI Strategies and Programmes: The European and International Reference

Compiti

1. Coordinamento

Nel lavoro di prevenzione svizzero e internazionale sull'HIV e sulle IST esiste un concetto di attribuzione dei ruoli e dei compiti. L'UFSP assume la leadership nello sviluppo della strategia nazionale e ne coordina l'attuazione a livello federale. Il lavoro a livello internazionale viene attuato dalla DSC in collaborazione con l'UFSP. Il PNHI è integrato in un sistema globale di prevenzione dell'HIV e delle altre IST e si basa sulle raccomandazioni, le linee guida e gli standard qualitativi delle organizzazioni specializzate internazionali (es. OMS, UNAIDS). Per tutti gli attori (Confederazione, Cantoni, ONG, altri stakeholder) il PNHI costituisce l'unité de doctrine ampiamente accettata.

2. Qualità

Per garantire un'elevata qualità del lavoro sull'HIV e sulle IST in Svizzera e un efficiente impiego dei mezzi disponibili, l'adempimento e l'attribuzione dei compiti nonché l'attribuzione delle risorse vengono regolarmente monitorati e all'occorrenza adeguati in dipendenza dei seguenti fattori: sviluppi epidemiologici¹¹⁴, rilevanza per la salute pubblica, qualità delle singole misure di prevenzione, analisi costi-benefici.¹¹⁵

3. Estensione alle IST

Gli attuali centri VCT e centri HIV regionali, come pure altri importanti fornitori di prestazioni nell'ambito della prevenzione dell'HIV, estendono i loro servizi di consulenza e test alle IST rilevanti per la salute pubblica.

4. Sorveglianza della strategia

La commissione extraparlamentare competente che fornisce consulenza al Consiglio federale (oggi la Commissione federale per i problemi legati all'Aids, CFPA) ha il compito di sorvegliare gli sviluppi nei settori della prevenzione, della diagnosi, della terapia e dei progressi medici. La commissione decide se nuovi elementi di evidenza impongano adeguamenti strategici al Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili 2011–2017 e all'occorrenza raccomanda all'Ufficio federale della sanità pubblica di apportare le necessarie modifiche.

5. Innovazione

Per promuovere i progetti innovativi viene creato un fondo di finanziamento destinato a progetti particolarmente interessanti perché adottano nuovi approcci, usano nuovi metodi o introducono misure innovative.

Obiettivi intermedi

1. Entro il 1° gennaio 2012 – l'inizio del nuovo quadriennio delle commissioni extraparlamentari – viene ridefinito il mandato dell'attuale Commissione federale per i problemi legati all'Aids (CFPA) secondo la ripartizione dei ruoli prevista dal PNHI 2011–2017. Il mandato comprende l'integrazione delle IST. Inoltre sono definiti i gruppi di lavoro, eventualmente con il coinvolgimento di altri esperti.
2. Entro la fine del 2011 viene creato un fondo di finanziamento per promuovere progetti innovativi. Il concetto di questo fondo viene elaborato dall'UFSP in collaborazione con le rilevanti organizzazioni e associazioni mantello.

Appendice

In appendice vengono proposti i ruoli dei singoli attori per l'operationalizzazione del PNHI 2011–2017. Questa ripartizione dei ruoli funge anche da panoramica sul lavoro sull'HIV e sulle IST in Svizzera.

¹¹⁴ Non contano solo l'agente patogeno e la sua velocità di diffusione. È importante anche la dimensione geografica, per esempio se la maggior parte delle nuove infezioni accada nelle zone urbane o rurali, oppure se alcune regioni siano particolarmente colpite da un agente patogeno.

¹¹⁵ Vedi anche il capitolo sull'evidenza: «Third Generation Surveillance System».

14.3 L'EVIDENZA SCIENTIFICA FORNISCE LE BASI PER LA PIANIFICAZIONE DELLE MISURE (DI PREVENZIONE)

«Le misure del nuovo programma sull'HIV e sulle IST devono essere basate sull'evidenza, appropriate ed economiche.»¹¹⁶

Necessità d'innovazione nel settore della sorveglianza

Il lavoro svizzero di prevenzione si basa sull'evidenza. La base degli interventi è costituita dal monitoraggio delle trasmissioni di HIV o di altre IST e dalla sorveglianza delle interruzioni di gravidanza. Inoltre, nell'ambito della sorveglianza sono effettuate rilevazioni regolari dei comportamenti della popolazione generale e di alcuni gruppi particolarmente colpiti.

Tuttavia, al momento dello sviluppo del programma le decisioni strategiche sull'allocazione delle risorse per la prevenzione dell'HIV e di altre IST sono rese difficili dal fatto che le varie misure di prevenzione non sono confrontabili tra loro in termini di efficacia e costi. Per consentirne la comparabilità, il programma prevede una serie di analisi costi-benefici per mezzo di indicatori appropriati. Con ciò si intende colmare le lacune scientifiche nel campo della sorveglianza.

Nel quadro del PNHI va quindi elaborato e messo in atto un sistema integrale di *third generation surveillance*.¹¹⁷ In questo modo si ambisce da una parte a individuare meglio le variazioni del numero di nuove diagnosi e dei comportamenti in alcuni gruppi di popolazione particolarmente colpiti, dall'altra a dotare i responsabili politici di strumenti più precisi per valutare gli interventi da promuovere nelle circostanze più appropriate. La **third generation surveillance** costituisce quindi uno strumento essenziale per garantire la qualità e valutare l'efficacia della prevenzione.

Gli agenti patogeni dell'HIV e delle IST non si arrestano alle frontiere nazionali, quindi è necessario che la sorveglianza svizzera dell'HIV e delle IST sia iscritta in un sistema su scala europea. Dal 2008 è in corso di allestimento un sistema

europeo di sorveglianza sotto l'egida dell'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control).¹¹⁸ Gli indicatori proposti dall'ECDC per la sorveglianza comportamentale sono già oggi ampiamente compatibili con gli indicatori svizzeri, quindi l'integrazione del sistema svizzero in quello europeo non dovrebbe incontrare particolari problemi.

La sorveglianza in Svizzera (situazione nel 2010)

Con una prevalenza dell'HIV inferiore allo 0,5% nella popolazione generale e superiore al 5% nei gruppi a rischio (MSM, migranti da Paesi con un'epidemia generalizzata, consumatori di stupefacenti per via endovenosa), in Svizzera secondo la definizione dell'UNAIDS è presente un'epidemia di HIV concentrata.¹¹⁹ Si stima che la prevalenza della maggior parte delle altre IST nella popolazione generale sia inferiore all'1%, ad eccezione della tricomoniasi, dell'herpes (HSV 1+2), della clamidia (in particolare nelle giovani donne) e dell'HPV, che sarebbero nettamente più prevalenti nella popolazione generale. Alcune IST sarebbero concentrate in alcuni gruppi di popolazione, per esempio la sifilide e la gonorrea soprattutto tra i MSM e in parte anche tra i sex worker di entrambi i sessi.

Per i Paesi con un'epidemia di HIV concentrata, il «Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance» dell'UNAIDS/OMS raccomanda le seguenti misure:¹²⁰

- un sistema di dichiarazione delle nuove diagnosi di HIV/AIDS
- analisi delle donazioni di sangue
- sorveglianza delle IST e di altri fattori di rischio biologici
- sorveglianza biologica di gruppi particolarmente esposti e di gruppi che mostrano comportamenti a rischio
- rilevazione di dati comportamentali nei gruppi con comportamenti a rischio (cross-sectional survey)
- rilevazione di dati biologici e comportamentali nei cosiddetti «bridging groups» (persone con comportamenti a rischio e contatti con la popolazione generale)
- rilevazioni trasversali dei comportamenti nella popolazione generale, soprattutto nei giovani (dovrebbe servire a individuare collegamenti tra persone con comportamenti a basso rischio e gruppi con prevalenza elevata dell'HIV): si raccomanda di ripetere queste indagini trasversali ogni 4–5 anni
- sorveglianza del tipo sentinella dell'HIV nella popolazione generale (es. nelle donne incinte), soprattutto nelle zone urbane

¹¹⁶ Tesi 1.4 da BAG et al. (2009) «Die Thesen zur Entwicklung des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017».

¹¹⁷ La sorveglianza di terza generazione (TGS) è un sistema di sorveglianza ad ampio raggio, che oltre alla sorveglianza biologica, epidemiologica e comportamentale, sottopone a monitoraggio le singole misure di prevenzione e offerte di consulenza per valutarne l'efficacia. Il monitoraggio comprende anche un'analisi costi-benefici. Lo scopo della sorveglianza di terza generazione è riuscire a confrontare le misure di prevenzione in termini di benefici e di costi e quindi ordinarle secondo la priorità.

¹¹⁸ European Centre for Disease Prevention and Control ECDC (2009) Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Technical Report

¹¹⁹ Office fédéral de la santé publique (2010) Rapport de situation nationale à l'intention de l'UNGASS. Suisse. Période considérée: janvier 2008–décembre 2009

¹²⁰ UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance (2000) Guidelines for Second generation HIV Surveillance. Second generation surveillance for HIV: The next decade

La Svizzera si attiene in linea di principio alle raccomandazioni dell'OMS, ma il sistema di sorveglianza presenta qualche lacuna. L'obbligo di dichiarazione dell'HIV, e dal 2008 anche della gonorrea, funziona relativamente bene, pertanto l'evoluzione epidemiologica di queste infezioni può essere descritta e analizzata in funzione dei gruppi colpiti. Per la sifilide però si registra un flusso inferiore di dichiarazioni mediche complementari, cosicché risulta difficile formulare conclusioni differenziate (per esempio sulla via di trasmissione). In altre IST le dichiarazioni complementari mancano del tutto (*Chlamydia trachomatis*) o non c'è un obbligo di dichiarazione (come per l'HSV), quindi la casistica di questi agenti patogeni non può essere stimata in modo attendibile.

La sorveglianza comportamentale è una realtà affermata ed è in parte persino esemplare nei settori popolazione generale, adolescenti, MSM, IDU e persone che convivono con l'HIV/Aids. In altri gruppi a rischio è solo in fase embrionale (per esempio nei migranti) o si basa esclusivamente sulle affermazioni degli esperti (nel caso delle lavoratrici del sesso).¹²¹

In Svizzera inoltre manca una sorveglianza sierologica su larga scala. Perciò è necessario intensificare l'impegno per avere indicatori misurabili che consentano di effettuare una valutazione delle varie prevalenze e incidenze nella popolazione generale e nei gruppi a rischio. Al momento dello sviluppo di questo programma è possibile fornire solo stime approssimative sull'incidenza o sulla prevalenza.

Un contributo essenziale alla comprensione dell'epidemia di HIV è dato dall'epidemiologia molecolare, che consente di ricostruire le catene di trasmissione umane attraverso le quali si diffondono specifici ceppi del virus HIV. I metodi dell'epidemiologia molecolare permettono di identificare i cosiddetti clusters, ossia gruppi di persone contagiate dall'identico ceppo virale. L'epidemiologia molecolare quindi serve alla prevenzione mirata – sempre garantendo i diritti relativi alla protezione dei dati e della personalità – e a determinare l'efficacia di determinate misure preventive (come la distribuzione di materiale sterile per iniezioni ai tossicodipendenti). Va peraltro ricordato che le possibilità dell'epidemiologia molecolare devono essere ancora pienamente sfruttate.

Monitoraggio/valutazione

In Svizzera numerose misure di prevenzione sono valutate secondo parametri di qualità, mentre le rilevazioni menzionate nel precedente paragrafo forniscono indicazioni sulla loro efficacia. Tuttavia mancano analisi sistematiche dei costi e dei benefici delle singole misure, che dovrebbero far parte di un sistema di sorveglianza di terza generazione.

Lo studio svizzero della coorte HIV restituisce dati attendibili sulla qualità del trattamento e della terapia dei pazienti con HIV, per contro è assente una rilevazione sistematica della qualità della diagnosi e del trattamento delle IST.

Compiti

1. Evidenza scientifica

Sorveglianza, monitoraggio, valutazione e ricerca costituiscono la base di un lavoro efficace sull'HIV e sulle IST: gli interventi nei settori della prevenzione e della diagnosi e trattamento si fondano sull'evidenza fornita da questi aspetti interconnessi. Le conoscenze (nazionali e internazionali) che formano quest'evidenza sono a disposizione di tutti gli attori. La Confederazione e i suoi partner elaborano modelli di best practice e li mettono in atto.

2. Third Generation Surveillance

In Svizzera viene creato un sistema attendibile, coordinato e complementare di sorveglianza di terza generazione dell'HIV e di alcune IST definite.¹²² I dati sono raccolti in accordo e con la collaborazione delle persone colpite. La protezione dei dati e dei diritti umani è garantita.

¹²¹ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

¹²² Il concetto definisce la rilevanza per la salute pubblica e l'ordine di priorità delle singole IST

Compiti parziali

a) Sorveglianza

L'obbligo di dichiarazione dell'HIV e il numero totale dei test HIV sono mantenuti, l'elevata qualità viene preservata e ottimizzata.

L'obbligo di dichiarazione nel settore delle IST rilevanti per la salute pubblica viene rielaborato, secondo un concetto concepito dall'UFSP in comune con i suoi partner. I dati sono compatibili con i dati provenienti dall'obbligo di dichiarazione dell'HIV, il concetto sfrutta le sinergie potenziali con il concetto di dichiarazione dell'HIV e viene accettato dagli attori coinvolti nel sistema.

L'UFSP analizza regolarmente e sistematicamente i dati ottenuti, li trasmette alle organizzazioni internazionali competenti e ne porta a conoscenza gli attori del lavoro sull'HIV e sulle IST.

Diagnosi precoce: Per avere conoscenze dettagliate sull'evoluzione dei casi di HIV e di IST e sulle tendenze nei gruppi di popolazione particolarmente colpiti o vulnerabili (soprattutto MSM, lavoratori del sesso di entrambi i sessi e migranti), in centri selezionati (es. checkpoint, centri di test destinati ai lavoratori del sesso e centri ginecologici degli ospedali universitari) viene istituito un sistema sentinella. Questi centri sono equipaggiati per la sorveglianza permanente e formano con l'UFSP un circolo di qualità, che garantisce un scambio regolare di informazioni. I centri assumono quindi la funzione di sistema di preallarme.

Sorveglianza nell'asse 1: La Confederazione dispone regolarmente indagini sul comportamento sessuale nella popolazione generale approfittando dell'Inchiesta svizzera sulla salute o mediante inchieste specifiche.

Sorveglianza nell'asse 2: I gruppi di popolazione particolarmente colpiti dall'HIV o dalle IST sono sorvegliati sistematicamente su mandato della Confederazione mediante inchieste sui comportamenti o all'occorrenza con studi di prevalenza.

Sorveglianza nell'asse 3: Nelle persone che vivono con l'HIV, lo studio di coorte rileva sistematicamente e regolarmente lo stato di salute fisica e psichica e vengono condotte inchieste per conoscere il loro grado di soddisfazione delle prestazioni (mediche e psicosociali) e i loro comportamenti inerenti l'aderenza e la salute sessuale.

Nelle persone che hanno ricevuto un trattamento per un'IST, inchieste a campione consentono di valutare se i pazienti sono stati trattati con successo.

Le resistenze ai medicinali sono documentate, è attivo un monitoraggio attendibile delle resistenze.

b) Monitoraggio/valutazione

Le misure relative alla prevenzione dell'HIV e delle IST sono soggette a un monitoraggio professionale e la loro efficacia è esaminata in occasione di valutazioni effettuate a scadenze regolari. La valutazione comprende un'analisi costi-benefici delle misure, in particolare di quelle destinate ai membri dei gruppi bersaglio definiti.

Analisi costi-benefici: le misure di prevenzione e le offerte di assistenza sono verificate regolarmente per mezzo di indicatori di base e sottoposte a un'analisi costi-benefici. Va definito un indicatore appropriato (es. il QALY).

c) Epidemiologia molecolare

Studi a livello molecolare (con analisi filogenetiche) rivelano le catene di trasmissione attraverso le quali si diffonde il virus HIV in Svizzera. Questi studi vengono regolarmente eseguiti con il consenso delle persone colpite, nel pieno rispetto della protezione dei dati e dei diritti della personalità, con lo scopo di individuare misure preventive particolarmente efficienti o necessarie.

d) Interconnessione/trasferimento di conoscenze

Specialisti e istituzioni attivi in Svizzera nei settori sorveglianza, monitoraggio, valutazione e ricerca scambiano regolarmente conoscenze tra di loro e con autorevoli specialisti e istituzioni estere.

Sono stabiliti i canali per lo scambio regolare (es. piattaforma Internet).

Una migliore collaborazione con il corpo medico consente di incrementare il numero e la qualità delle dichiarazioni complementari.

I dati raccolti in Svizzera sono armonizzati. Gli indicatori sono compatibili con quelli europei.

e) Analisi/interpretazione

Un gruppo di specialisti qualificati sotto la responsabilità della commissione extraparlamentare competente (oggi la CFPA) si occupa dell'interpretazione approfondita e coerente dei dati e delle conoscenze ottenute dalla sorveglianza. L'analisi e l'interpretazione si attengono al concetto elaborato in comune. Il gruppo fornisce almeno una volta all'anno una descrizione della situazione attuale. Questo compito comprende:

1. un'interpretazione dell'evoluzione dei casi e delle tendenze legate all'HIV e alle IST, nonché dei rischi in vari gruppi di popolazione.
2. la comunicazione delle conclusioni e delle raccomandazioni alla commissione extraparlamentare competente e all'UFSP, per consentire di intraprendere le necessarie correzioni o gli eventuali interventi supplementari.

Obiettivi intermedi

1. Entro il 2012 è allestito un piano comprensivo di studio di fattibilità sull'introduzione di un efficace sistema di sorveglianza di terza generazione («Third Generation Surveillance System»). I suoi indicatori sono compatibili con gli indicatori dell'ECDC e di UNGASS. Il piano contiene una definizione della rilevanza per la salute pubblica e dell'ordine di priorità di ogni IST (compreso l'HIV). Nell'elaborazione del piano deve essere coinvolto il consulente per la protezione dei dati dell'UFSP.
2. Entro la fine del 2011 è allestito un piano, che comprende un progetto preliminare, per risolvere le questioni aperte inerenti a un sistema di dichiarazione moderno ed efficiente delle IST rilevanti per la salute pubblica. I partner sono coinvolti nell'elaborazione del piano.
3. Alla fine del 2013 viene eseguita una prima valutazione del sistema di dichiarazione. Seguono valutazioni periodiche, che informano anche sulla quota di errori del sistema di dichiarazione.

14.4 LA RICERCA MIRATA COLMA LE LACUNE SCIENTIFICHE**Nel settore della salute sessuale vi è necessità di ricerca**

I risultati della ricerca, insieme ai dati provenienti dalle dichiarazioni, dal monitoraggio, dalle valutazioni e dall'esperienza pratica, costituiscono le basi per un lavoro sull'HIV e sulle IST efficace ed efficiente.

La ricerca nel campo dell'HIV ha conosciuto un grande sviluppo e anche in futuro dovrà avere uno spazio importante all'interno sia del mondo della ricerca sia del lavoro sull'HIV. Durante la preparazione del PNHI si è però notato che esistono ampie lacune scientifiche nel campo della salute sessuale e delle infezioni sessualmente trasmissibili. I membri della Commissione federale per i problemi legati all'Aids (CFPA) hanno perciò ripetutamente invocato che si colmasse questo deficit di conoscenze creando una base scientifica per una strategia innovativa mirata alla promozione della salute sessuale. Di conseguenza, l'UFSP ha incaricato un'esperta di ricerca scientifica¹²³ di analizzare lo stato svizzero della ricerca nel settore HIV, IST e salute sessuale e di fornire all'UFSP raccomandazioni per promuoverla (vedi appendice 15.6). Questo capitolo si iscrive nella linea tracciata da questo studio.¹²⁴

Diversi approcci scientifici

Come in molti settori della ricerca in materia di salute, sono tre le principali direzioni della ricerca nel settore salute sessuale, HIV e altre IST:

- **Ricerca biomedica di base:** la ricerca biomedica di base studia le cause biologiche e genetiche delle malattie, per trovare una terapia causale o prevenirle in modo efficace. È indispensabile una collaborazione stretta tra la ricerca di base e quella clinica, poiché senza i dati scientifici di base non è possibile quantificare gli effetti dei trattamenti clinici. Le industrie farmaceutiche sono i principali motori della ricerca biomedica, ma anche il Fondo nazionale svizzero e diversi ospedali universitari e facoltà mediche ricercano nel campo della salute sessuale e delle IST.
- **Ricerca clinica:** la ricerca clinica studia le possibilità di curare le malattie o di attenuarne i sintomi. Il campo della ricerca clinica e terapeutica include gli aspetti della ricerca sulla malattia e orientata ai pazienti, dell'epidemiologia e della prevenzione. Viene esaminato l'impatto di un trattamento medico sul decorso di una malattia. Il ramo

¹²³ Dr.ssa Barbara Haering, ex consigliera nazionale, membro di varie commissioni tecniche e di diversi organismi di politica della ricerca, come il Consiglio dei politecnici federali o il Comitato dello Spazio europeo della ricerca (ERAB) dell'Unione europea.

¹²⁴ Barbara Haering et al., econcept: Forschung zu Sexual Health/STI: Übersicht und Möglichkeiten der Förderung, Zurigo, 7 aprile 2010

attualmente più importante della ricerca clinica è lo studio svizzero della coorte HIV (*Swiss HIV Cohort Study*, SHCS)¹²⁵. Vari studi clinici e di sorveglianza si appoggiano all'SHCS¹²⁶. La maggior parte delle sperimentazioni cliniche, numerosi studi epidemiologici e alcuni studi pertinenti alle scienze sociali si basano su dati dell'SHCS. Oltre a questo grande progetto, alcuni istituti di ospedali universitari o università conducono studi clinici di minor entità. L'attività di ricerca clinica è importante anche per molte industrie farmaceutiche.

■ **Ricerca sulla salute pubblica e orientata alle scienze sociali:**

la ricerca sulla salute pubblica, o ricerca in materia di salute, studia i presupposti individuali, economici, giuridici e sociali che consentono alla popolazione di raggiungere e preservare un buono stato di salute (UFSP 2003). Nella ricerca sulla salute pubblica e orientata alle scienze sociali, per il PNHI sono prioritarie le questioni pratiche orientate ai problemi nei settori di ricerca «disease management» (gestione della malattia) e «disease prevention» (prevenzione della malattia). La ricerca si occupa dei seguenti temi: prevenzione primaria, secondaria e terziaria dell'HIV/Aids, convivenza con l'HIV dal punto di vista delle persone colpite e aspetti correlati di natura sociale, economica, giuridica e politica, nonché ricerca sul sistema di cure e assistenza. Nel campo delle scienze della salute, gli argomenti di ricerca nel settore salute sessuale e IST sono elaborati dalle università e dalle scuole universitarie professionali. Imprese di ricerca private eseguono studi in questo settore nel quadro di progetti di ricerca pubblica.

Gli sviluppi della promozione della ricerca nel settore della salute sessuale in Svizzera

Nel campo della salute sessuale, finora in Svizzera sono stati finanziati dal settore pubblico praticamente solo studi sull'HIV. All'inizio del 1990 il Consiglio federale ha deciso di promuovere in modo specifico la ricerca sull'HIV/Aids. È stato avviato un programma nazionale di ricerca diretto dalla Commissione extraparlamentare di controllo della ricerca sull'Aids (CCRAids), che ha inaugurato la prima fase della promozione della ricerca sull'HIV/Aids. La CCRAids è stata un unicum nella storia della promozione della ricerca in Svizzera: il fatto che una commissione indipendente istituita dal Consiglio federale, multidisciplinare, affiliata sotto il profilo organizzativo a un ufficio federale, sia stata incaricata della promozione della ricerca di base non solo in termini di finanziamento, ma si occupasse anche dell'animazione, del controllo della qualità e del coordinamento, rimane a tutt'oggi un evento unico.

All'inizio del 2000 la CCRAids è stata sciolta per integrare la ricerca specifica sull'HIV/Aids nel Fondo nazionale svizzero (FNS). È stata fondata la Commissione Aids, in cui sono confluiti i membri della CCRAids. Esauritosi nel 2004 il mandato della Commissione Aids, tutta la promozione della ricerca nel settore salute sessuale (compreso l'HIV/Aids) è rientrata nei normali organi di promozione dei progetti del FNS (Divisione I Scienze umane e sociali e Divisione III Biologia e medicina). Di conseguenza il FNS non dispone più di strutture speciali per l'HIV/Aids o per la salute sessuale, sia sul piano nazionale che in quello internazionale.¹²⁷

Mentre dagli anni 1980 si è intensificata la ricerca sull'HIV/Aids, le altre infezioni sessualmente trasmissibili sono state gradualmente trascurate. Oggi si è giunti alla situazione in cui da un lato praticamente tutti i settori inerenti alle IST sono gravati da lacune scientifiche e di conoscenze, poiché molti istituti pubblici di ricerca (prevalentemente le università) hanno concentrato sempre più gli sforzi nella ricerca sull'HIV/Aids. Dall'altro, la trasformazione appena descritta delle strutture preposte alla ricerca ha gettato – nel campo della ricerca sulla salute pubblica – l'intero settore della salute sessuale (HIV e IST) in una situazione finanziaria difficile, perché non esiste più un canale di promozione privilegiato. Gli altri due rami (ricerca biomedica di base e clinica) hanno potuto rimediare alla scomparsa della Commissione HIV/Aids attingendo ad altri canali di finanziamento: la ricerca clinica alla Commissione per la ricerca clinica orientata ai pazienti (PaKliF) e la ricerca biomedica a fondazioni private e all'attività di promozione della Divisione III del FNS. Inoltre la ricerca clinica e biomedica è oggetto di grandi interessi dell'economia privata. In conclusione, oggi le tre grandi direzioni della ricerca ricevono attenzioni ben differenti.

¹²⁵ Vedi anche glossario, SHCS.

¹²⁶ Esempi in: Haering, Lothar 2010, appendice A3.

¹²⁷ Per una descrizione più precisa vedi Haering et al. (2010)

Promozione della ricerca sulla salute sessuale

L'analisi della situazione in Germania mostra che la ricerca sulla salute sessuale, in particolare su tematiche di salute pubblica, tende a deperire senza una promozione specifica.¹²⁸ Le imprese farmaceutiche continueranno anche in futuro a concentrare gli sforzi nel settore della salute sessuale non sulla *public health*, ma sulla ricerca di medicinali e vaccini contro l'HIV. Altri istituti di ricerca iniziano a sentire l'enorme pressione della concorrenza e sono destinati a incontrare molte difficoltà ad avviare nuovi progetti di ricerca. Spesso i progetti di ricerca pianificati sono troppo piccoli o troppo orientati all'applicazione pratica per rientrare nella tradizionale promozione della ricerca del FNS.

Il PNHI mira a promuovere la ricerca nel campo della salute sessuale, in particolare la ricerca sulle IST e su temi di salute pubblica nel settore HIV e IST, poiché vi è un deficit di evidenza scientifica per garantire un intervento statale efficace ed efficiente.

L'UFSP ha incaricato di eseguire uno studio¹²⁹ per trovare il modo più efficace di promuovere questo tipo di ricerca. Tale studio è giunto alla seguente conclusione:

Per promuovere con successo la ricerca nel settore salute sessuale e IST e, all'interno di questo settore, su temi di salute pubblica non è sufficiente presentare progetti concreti di ricerca alle istituzioni che si occupano del finanziamento. Piuttosto appare necessario ancorare il settore di ricerca salute sessuale e IST ai concetti strategici di queste istituzioni e sensibilizzare il pubblico a questo tema.

Da questa conclusione derivano i compiti per il PNHI:

Compiti

1. Dalla ricerca sull'Aids alla ricerca su HIV/IST/salute sessuale

- Le IST e la salute sessuale assumono un'importanza maggiore nella ricerca. Vengono rilevate le necessità importanti e imminenti della ricerca e ne viene sostenuta la presentazione alle competenti istituzioni di promozione della ricerca.
- Nell'ambito della ricerca pubblica dell'UFSP sono messi a concorso progetti consacrati alla salute sessuale.
- Nei bandi di concorso e nella presentazione di progetti viene tenuto conto delle particolarità, delle interdipendenze e delle intersezioni tra i settori di ricerca HIV, altre IST e salute pubblica.

2. Rafforzamento della ricerca sulla salute pubblica

- Oltre alla ricerca di base e clinica, la ricerca sulla salute pubblica diventa uno *stakeholder* indipendente al servizio della garanzia della qualità dell'intervento pubblico nel settore HIV, altre IST e salute pubblica.

3. Una piattaforma di ricerca sulla salute pubblica nel settore HIV/IST/salute sessuale mette in collegamento e aiuta tutti gli attori rilevanti della ricerca.

4. Studio svizzero della coorte HIV (SHCS)

- Il finanziamento dello studio svizzero della coorte HIV deve essere assicurato.
- Lo studio si apre alla ricerca sulla salute pubblica e partecipa con il suo personale a una piattaforma di ricerca sulla salute pubblica.

Obiettivo intermedio

Dal 2012 è operativa una piattaforma di ricerca sulla salute pubblica che funge da servizio di coordinamento e di riferimento per gli attori della ricerca orientati all'azione.

¹²⁸ Frey et al. (2006) Sozialwissenschaftliche HIV/Aids-Forschung in der Schweiz 1987–2006. Förderung, Vermittlung und zukünftige Entwicklung. 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Zürcher Politik- und Evaluationsstudien Nr. 4

¹²⁹ Haering et al. (2010)

14.5 ISCRIZIONE DEL LAVORO SULL'HIV E SULLE IST NEL CONTESTO INTERNAZIONALE

Tesi:

«Il nuovo Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili 2011–2017 è iscritto in un sistema globale di controllo dell'HIV/Aids e delle IST. Quest'integrazione si attua in tre differenti dimensioni:

- *La Svizzera orienta il suo programma sull'HIV e sulle IST alle raccomandazioni, alle linee guida e agli standard qualitativi delle organizzazioni specializzate internazionali (es. OMS, UNAIDS) e rispetta gli obblighi e gli accordi stipulati con altri Paesi e organizzazioni sovranazionali (es. UNGASS).*
- *La Svizzera, essendo uno dei Paesi con la maggior esperienza nella lotta contro l'HIV/Aids e disponendo di risorse sufficienti, deve dimostrare la sua solidarietà con le nazioni colpite impegnandosi nella cooperazione allo sviluppo. Ed è proprio nella cooperazione allo sviluppo che risulta fondamentale il legame tra SSR e HIV/IST per un ancoraggio duraturo. Nel programma sono stabilite le relative competenze.*
- *Una buona collaborazione con i partner europei contribuisce alla qualità del programma. »*

Situazione attuale

Le malattie trasmissibili non si fermano ai confini nazionali. Questa banale considerazione è sufficiente per conferire una dimensione internazionale alla lotta contro l'HIV e le altre IST. Di fronte agli scambi internazionali, alla mobilità e alle migrazioni s'impongono misure globali in nome della solidarietà e nell'intimo interesse della Svizzera.

A livello internazionale, a guidare il lavoro sull'HIV/Aids sono la «Dichiarazione d'impegno sull'HIV/Aids» (2001)¹³⁰ e il sesto degli «Obiettivi di sviluppo del millennio» (2000) dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite.¹³¹ Questi impegni globali sono stati ribaditi e rafforzati nel 2006, quando una nuova dichiarazione politica dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha posto in primo piano il concetto dell'accesso universale alla prevenzione, alla diagnosi, alla terapia e all'assistenza.¹³²

¹³⁰ La «Dichiarazione d'impegno sull'HIV/Aids» è stata approvata nel 2001 nella sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sull'HIV/Aids (UNGASS), cui ha partecipato la Svizzera. Descrive l'entità dell'epidemia di HIV, le sue ripercussioni e le risposte adeguate. Riflette anche l'impegno corrispondente degli Stati partecipanti. Gli «Obiettivi di sviluppo del millennio» che devono essere attuati entro il 2015 fanno parte della «Dichiarazione del millennio» approvata nel 2000 dall'Assemblea generale dell'ONU. L'obiettivo 6 comprende anche la lotta contro l'HIV/Aids.

¹³¹ United Nations (2000) United Nations Millennium Development Declaration

¹³² UNO (2006) Political Declaration on HIV/AIDS

La Svizzera condivide la responsabilità di combattere l'HIV/Aids a livello globale. Concretizza in modo coerente e attivo i suoi obblighi internazionali attraverso un contributo tecnico e finanziario alla cooperazione bilaterale e multilaterale, ad esempio con organizzazioni non governative internazionali come Aidsfocus e IPPF, o mediante organizzazioni internazionali come UNAIDS, OMS, GFATM (The global Fund to fight against Aids, Tuberculosis and Malaria), UNFPA (United Nations Population Fund), la Banca Mondiale, nonché attraverso il trasferimento di conoscenze e tecnologie. La Svizzera contribuisce anche al dialogo internazionale mettendo a disposizione le sue competenze, esperienze e *best practice* acquisite nel lavoro nazionale sull'HIV/Aids.

Inoltre la Svizzera adempie regolarmente le richieste di monitoraggio dell'UNGASS in merito allo stato della lotta interna contro l'HIV/Aids e partecipa in diverse forme alle grandi conferenze internazionali sull'HIV/Aids. Dal varo del programma precedente (PNHA 04–08) sono stati registrati grandi sviluppi anche a livello europeo sul fronte del coordinamento della lotta contro l'HIV/Aids.

Il 24 febbraio 2004 tutti gli Stati membri della regione europea dell'OMS riuniti a Dublino hanno approvato una dichiarazione dal titolo «Infrangere le barriere – partenariato di lotta contro l'HIV/AIDS in Europa e in Asia centrale», che impone ai Paesi della regione di lottare contro la diffusione dell'HIV/Aids.¹³³ Questa dichiarazione ha consentito per la prima volta di coordinare il lavoro sull'HIV/Aids a livello europeo e di istituire le strutture necessarie.

¹³³ Member States of the WHO European Region (2004) Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia

L'Unione europea ha dato seguito alla dichiarazione con misure concrete, istituendo per prima cosa il *Think Tank* HIV. A questo foro di discussione che si riunisce due volte all'anno appartengono anche gli altri Paesi europei (tra cui la Svizzera). Inoltre, nel 2005 l'Unione europea ha fondato l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), un'agenzia specializzata con sede a Stoccolma che ha il compito di rafforzare il coordinamento europeo nella lotta contro le malattie trasmissibili, comprese l'HIV e le altre IST. In occasione delle consultazioni preliminari di questo programma, l'ipotesi di un ingresso della Svizzera nell'ECDC ha riscosso un'eco molto positiva presso la grande maggioranza degli attori del lavoro sull'HIV e sulle IST. Tuttavia l'adesione dipende dalle trattative in corso su un accordo bilaterale in materia di salute tra la Svizzera e l'Unione europea.

La mobilità e la migrazione impongono un coordinamento e una cooperazione internazionali

In Svizzera i migranti dalla regione subsahariana restano un gruppo chiave a causa dell'elevata prevalenza nei loro Paesi d'origine (vedi anche capitolo 7.1 «La prevenzione richiede partecipazione e mira all'*empowerment*»).

I flussi migratori dall'Africa all'Europa dovrebbero proseguire e persino aumentare nei prossimi anni. Questa situazione non vale solo per la Svizzera, ma anche per numerosi altri Paesi europei. Dall'entrata in vigore dell'accordo sulla libera circolazione delle persone si è intensificata la mobilità intraeuropea di questi gruppi di popolazione. Tra i migranti che dispongono di un regolare statuto di soggiorno in Svizzera si registra anche un aumento della mobilità tra il Paese di accoglienza e quello di origine.

Questa situazione impone la collaborazione e lo sfruttamento di sinergie specialmente con i Paesi europei confinanti. L'Amministrazione federale, rappresentata dall'UFSP, dalla DSC e dall'UFM, e le ONG come l'AAS e quelle che si occupano dei migranti subsahariani devono impegnarsi a migliorare le possibilità di scambio, dialogo e coordinamento, testando strategie innovative e progetti o approcci di prevenzione transnazionali.

Anche la situazione delle epidemie di HIV e IST nell'Europa dell'Est è interessante per il nostro Paese, non solo per la possibilità di esportare l'esperienza svizzera nella lotta a queste epidemie, ma anche per il loro impatto sulle epidemie nel nostro Paese. I movimenti migratori, ma anche la grande mobilità conosciuta dai Paesi in cui la prevalenza è in aumento, dovuta ai rapporti commerciali, al turismo e all'industria del sesso, possono incidere sulla situazione nazionale. Nel quadro del PNHI la Svizzera segue gli sviluppi della situazione e all'occorrenza interviene in anticipo con adeguate misure di prevenzione.

Ripartizione dei ruoli

Gli strumenti internazionali e la posizione internazionale della Svizzera implicano differenti responsabilità in merito alle nostre relazioni internazionali, che in questa sede è opportuno precisare.

Da una parte vanno proseguiti gli sforzi della Svizzera nel quadro della cooperazione internazionale allo sviluppo, nella misura concessa dai nostri strumenti di politica estera e principalmente sotto il coordinamento della DSC.

Dall'altra il lavoro nazionale deve orientarsi alle linee guida prescritte dagli strumenti internazionali e dagli accordi stipulati. Gli importanti progressi dal 2004 del coordinamento europeo della lotta all'HIV e alle IST, la posizione geografica della Svizzera nel cuore dell'Europa, l'aumento della mobilità delle persone e l'analogia tra i dati di riferimento epidemiologici svizzeri e quelli di altri Paesi industrializzati europei rendono necessaria una cooperazione più intensa a livello europeo. È un compito che spetta essenzialmente all'UFSP, che deve coordinarsi con l'UFM e la DSC.

Questi due aspetti internazionali del lavoro sull'HIV e sulle IST impongono automaticamente una coordinazione efficiente tra i vari attori. Dal 2006 esiste a tale scopo una convenzione sugli obiettivi tra il DFI e il DFAE per esercitare una politica estera coerente in materia di salute (politica estera in materia di sanità, GAP¹³⁴). La GAP intensifica la collaborazione e il coordinamento tra il DFAE (DSC e Direzione politica) e l'UFSP. Inoltre riunisce regolarmente le altre parti dell'Amministrazione federale coinvolte nelle questioni di salute in una conferenza e in un gruppo di lavoro interdipartimentali. Negli obiettivi della GAP è iscritta espressamente la lotta contro l'HIV/Aids.

¹³⁴ Dipartimento federale dell'interno DFI e Dipartimento federale degli affari esteri DFAE, Politica estera svizzera in materia di sanità GAP, Convenzione sugli obiettivi di politica estera nel settore della salute, 2006.

Compiti

1. Coordinamento

La Svizzera coordina il PNHI con l'impegno della cooperazione internazionale nel settore HIV, IST e salute sessuale e riproduttiva

Sotto la direzione della DSC, la Svizzera contribuisce alla riduzione della povertà e al rafforzamento della solidarietà internazionale sostenendo la lotta contro l'HIV e le altre IST e il miglioramento della salute sessuale e riproduttiva nei Paesi in via di sviluppo ed emergenti. Nell'ottica della politica estera svizzera in materia di sanità, il presente programma ha una funzione complementare nel campo del coordinamento internazionale e mira a un approccio coerente con la cooperazione internazionale. È rafforzato il dialogo tra gli attori svizzeri della risposta nazionale e internazionale all'HIV e alle IST. L'UFSP, la DSC e altri uffici federali coordinano regolarmente i loro contributi e si riuniscono precocemente per la consultazione sui nuovi sviluppi del programma e della strategia. La CFPA sostiene anche quest'obiettivo e garantisce che anche gli attori non statali siano integrati nel processo di scambio e apprendimento (società civile, ONG, clinica e ricerca, ecc.). Il mandato, i principi fondamentali della cooperazione internazionale e la strategia di lavoro sull'HIV della DSC sono noti agli attori svizzeri e alle principali associazioni mantello attive anche sul piano internazionale. Le «lessons learned» del programma nazionale e il contributo svizzero all'UNGASS e al sesto obiettivo di sviluppo del millennio sono resi noti a livello nazionale e internazionale. La DSC tiene conto delle competenze acquisite dalla risposta nazionale all'HIV – come la lotta alla stigmatizzazione e alla discriminazione di alcuni gruppi vulnerabili (tossicodipendenti, MSM, lavoratori del sesso, gruppi di popolazione in movimento, ecc.) – e degli approcci alla riduzione del danno, nei casi in cui si rivelassero utili nel rispettivo contesto e fossero riconosciuti come prioritari nel dialogo con i partner dei Paesi cooperanti.¹³⁵

A causa della crescente mobilità intraeuropea, l'evoluzione delle epidemie nei Paesi emergenti dell'Europa dell'Est è particolarmente interessante e ricca di implicazioni per la Svizzera.

2. Cooperazione

Il programma nazionale svizzero fa parte della risposta europea all'HIV e alle IST

Il PNHI 2001–2017 è riconosciuto internazionalmente come un modello esemplare e le competenze svizzere in materia di HIV sono richieste in tutto il mondo. Una buona interconnessione e cooperazione con i partner europei incrementa l'efficacia del presente programma e contribuisce ad aumentarne la qualità. Il PNHI viene sviluppato e attuato in stretta collaborazione con le rilevanti istanze europee.

La Svizzera rispetta gli accordi internazionali nel settore dell'HIV e delle altre IST e contribuisce con le sue competenze e risorse al dialogo europeo e internazionale, al fine di rafforzare gli approcci e gli strumenti europei e internazionali. La Svizzera prosegue la sua collaborazione con gli organismi europei e con l'OMS EURO e intensifica la sua rappresentanza e il suo contributo negli organismi internazionali. Le linee guida svizzere si basano sulle raccomandazioni e strategie europee, alle quali contribuisce anche la Svizzera. Di fronte a un coordinamento internazionale consolidato della Svizzera nel campo dell'HIV, deve essere promosso e potenziato quello nei settori controllo, sorveglianza e ricerca sulle IST. La sorveglianza e gli indicatori utilizzati per il monitoraggio del PNHI vengono adeguati agli standard europei in modo da ottenere dati confrontabili.¹³⁶

¹³⁵ Vedi anche: C. Kessler, UFSP Expertensicht – die internationalen Bezüge des Nationalen HIV&STI-Programms 2011–2017, marzo 2010

¹³⁶ Vedi anche: C. Kessler, UFSP Expertensicht – die internationalen Bezüge des Nationalen HIV&STI-Programms 2011–2017, marzo 2010

Obiettivi intermedi

1. Per intensificare l'intesa e l'informazione reciproca tra gli uffici federali deve essere garantito uno scambio continuo. Il gruppo di lavoro interdipartimentale sulla politica estera in materia di sanità (IdAG GAP) è tenuto a redigere un rapporto sui risultati di questo scambio.
2. La prossima valutazione esterna del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili 2011–2017 comprende anche una valutazione dei progressi raggiunti nel senso di una maggiore coerenza della risposta nazionale e internazionale della Svizzera all'HIV e alle IST (componente del capitolato d'oneri). I criteri per la valutazione di questo obiettivo intermedio sono fissati all'inizio del 2011 dagli attori principali del programma.

Inoltre, i due obiettivi summenzionati sono sostenuti da altri obiettivi intermedi del programma, per esempio:

- L'evidenza (vedi anche il compito di sostegno evidenza scientifica): entro la fine del 2011 è allestito un piano, comprendente uno studio di fattibilità, sull'introduzione di un efficace sistema di sorveglianza di terza generazione («Third Generation Surveillance System»). I rispettivi indicatori sono compatibili a livello europeo.
- 3. La Svizzera (sotto la responsabilità dell'UFSP) organizza un incontro dei rilevanti attori svizzeri con l'obiettivo di intensificare entro l'inizio del 2012 lo scambio e la cooperazione con le reti europee nel settore della migrazione, come «Aids&Mobility Europe».¹³⁷

Competenze:

La Confederazione coordina la sua risposta nazionale e internazionale all'HIV e alle IST sia con gli obblighi internazionali che ha sottoscritto, sia con le misure proposte dalle organizzazioni specializzate internazionali.

Integra l'HIV e le altre IST nei suoi sforzi di armonizzazione della lotta alle epidemie a livello europeo.

L'UNAIDS sostiene dal 2004 il principio «3 ONES»¹³⁸ che prevede i seguenti punti:

1. Un quadro d'azione costituisce la base per il lavoro sull'Aids di tutti gli attori coinvolti e ne coordina le attività.
2. Un'autorità di coordinamento che dispone di un ampio mandato coordina il lavoro sull'Aids: è la Commissione federale per i problemi legati all'Aids (CFPA), istituita dal Consiglio federale, che fornisce consulenza al Consiglio federale sulle questioni attuali concernenti l'HIV/Aids. In quest'ambito funge da istanza superiore indipendente dell'intero sistema.
3. Esiste un sistema di monitoraggio e di valutazione riconosciuto a livello nazionale.

L'UFSP è responsabile in Svizzera per le attività internazionali di accompagnamento e di monitoraggio (es. la «Dichiarazione d'impegno sull'HIV/Aids» adottata nel 2001 in occasione della sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sull'HIV/Aids (UNGASS)¹³⁹ e la dichiarazione di Dublino sul partenariato di lotta contro l'HIV/AIDS del 2004).¹⁴⁰ L'UFSP adempie questo compito in collaborazione con tutte le altre istituzioni competenti.

L'UFSP collabora strettamente con tutte le organizzazioni specializzate europee (UE, ECDC, OMS EURO, ecc.) per coordinare al meglio la risposta europea e svizzera all'HIV e alle IST.

¹³⁷ «The main aim of Aids&Mobility Europe is to reduce HIV vulnerability of migrant and mobile populations in Europe, through the development, implementation and promotion of appropriate policies and measures within a European wide network.» <http://www.aidsmobility.org/114.0.html>

¹³⁸ UNAIDS (2004) «Three Ones» key principles. «Coordination of National Responses to HIV/AIDS».

¹³⁹ UNO (2001) Declaration of Commitment on HIV/AIDS

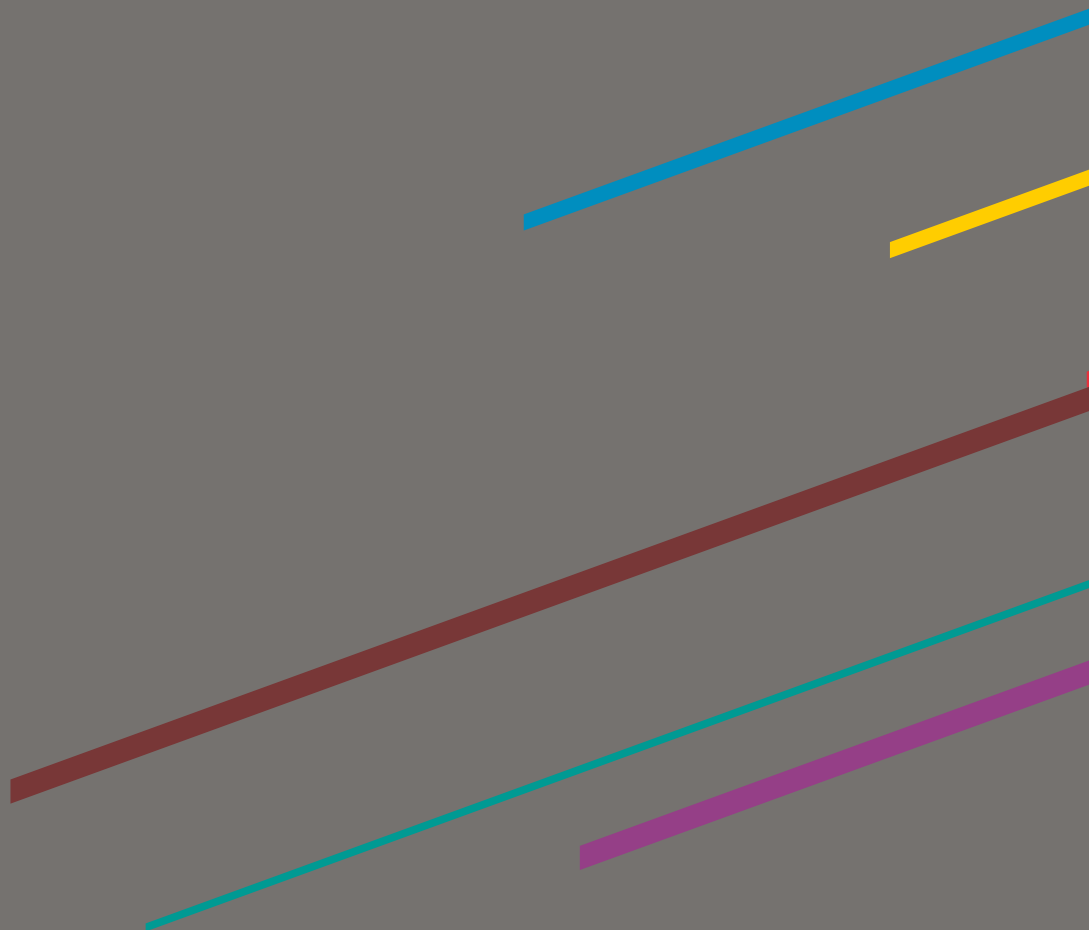
¹⁴⁰ Member States of the WHO European Region (2004) Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia

Nella cooperazione allo sviluppo e nell'aiuto umanitario, la DSC s'impegna a livello bilaterale e multilaterale – nell'ambito del suo mandato – a realizzare il sesto degli «Obiettivi di sviluppo del millennio»¹⁴¹ delle Nazioni Unite nei Paesi in via di sviluppo (Sud) e nei Paesi emergenti (Est). Rappresenta il nostro Paese nelle competenti istituzioni internazionali e fornisce l'aiuto finanziario promesso dalla Svizzera.

La ricerca nel campo della salute sessuale e delle IST contribuisce a colmare le lacune scientifiche globali in quest'ambito. Gli sforzi della ricerca devono produrre risultati confrontabili sul piano internazionale, soprattutto in settori finora poco esplorati, come la ricerca comportamentale e la ricerca narrativa nelle persone legate culturalmente a due Paesi, la ricerca sulla partecipazione delle persone HIV positive ai processi decisionali (GIPA), la ricerca sui diritti umani e sulla criminalizzazione della trasmissione dell'HIV, la ricerca sulla sessualità umana e sul suo impatto sulla salute pubblica. In questo contesto la Svizzera deve propagandare attivamente le sue esperienze e le sue *best practices* e renderle accessibili a livello internazionale.

¹⁴¹ United Nations (2000) United Nations Millennium Development Declaration

15 APPENDICE



15.1 STAKEHOLDER CHE HANNO CONTRIBUITO ALL'ELABORAZIONE DEL PROGRAMMA

Confederazione (compresi servizi parastatali)

Amministrazione federale delle dogane AFD
 Amministrazione federale delle finanze
 Cancelleria federale
 Commissione federale per i problemi legati all'Aids
 Direzione dello sviluppo e della cooperazione DSC
 Incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza
 Istituto universitario federale per la formazione professionale IUFFP
 Segreteria di Stato dell'economia SECO
 Segreteria di Stato per l'educazione e la ricerca SER
 Segreteria generale del DATEC
 Segreteria generale del DDPS
 Segreteria generale del DFAE
 Segreteria generale del DFE
 Segreteria generale del DFF
 Segreteria generale del DFGP
 Segreteria generale del DFI
 Sorveglianza dei prezzi
 Swissmedic
 Ufficio federale del personale UFFER
 Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia
 Ufficio federale della migrazione
 Ufficio federale delle assicurazioni sociali
 Ufficio federale di giustizia
 Ufficio federale di statistica
 Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo

Cantoni e organizzazioni intercantionali

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
 Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione
 Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
 Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES), Ginevra
 Gesundheitsdepartement St. Gallen, Kantonsärztlicher Dienst
 Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Kantonsärztlicher Dienst
 Hôpitaux Universitaires de Genève
 Inselspital Bern
 Institut Central des Hôpitaux Valaisans
 Istituto Cantonale di Microbiologia, Ticino
 Kanton Glarus, Finanzen und Gesundheit
 Kantonaler Schulärztlicher Dienst Zürich
 Kommission für Aidsfragen des Kantons Zürich
 Medico cantonale Basilea
 Medico cantonale Berna

Medico cantonale Ginevra
 Medico cantonale Lucerna (supplente)
 Medico cantonale San Gallo
 Medico cantonale Soletta
 Medico cantonale Ticino (supplente)
 Medizinisch-soziale Dienste der Stadt Zürich
 Städtische Gesundheitsdienste Zürich
 Universitätsspital Basel
 Universitätsspital Zürich

Organizzazioni non governative

Aids Information Svizzera
 Aids-Hilfe Aargau
 Aids-Hilfe beider Basel
 Aids-Hilfe Bern
 Aids-Hilfe Graubünden
 Aids-Hilfe Luzern
 Aids-Hilfe Oberwallis
 Aids-Hilfe TG/SH
 Aids-Hilfe Zug
 Aids-Infostelle Winterthur
 Aidspfarramt Zürich
 Aiuto Aids Svizzero
 Alpagai
 Antenne Sida du Valais romand
 Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen ARUD, Zürich
 ARTANES Association romande et tessinoise animatrices et animateurs en éducation sexuelle
 Association Aspasie Genève
 Association Dialogai
 Association Solidarité Femmes Africaines de Genève ASFAG
 Associazione marchio di qualità per preservativi
 Beratungsstelle für Familienplanung, Sexualität, Schwangerschaft & Partnerschaft Graubünden
 Centre Empreinte, Friburgo
 Centre Jurassien de Planning Familial
 Checkpoint Ginevra
 Checkpoint Zurigo
 Fachstelle Behinderung und Sexualität
 Fachstelle für Aids- und Sexualfragen, St. Gallen
 Fachzentrum eff-zett Zug, Fachstelle Sexual- und Schwangerschaftsberatung
 FMH
 Fondation Agnodge
 Fondation Profa
 Fondazione Aids e Bambino
 Gesundheit Schwyz, Fachbereich Sexualität/Aids
 Groupe information sexuelle et prévention à la santé GIS, Neuchâtel
 Groupe SIDA Jura
 Homosexuelle Arbeitsgruppen beider Basel HABS
 Imbarco Immediato, associazione gay lesbica Ticino

Isla Victoria (Zürcher Stadtmission)
 Juragai
 Lestime
 LHIVE
 Lignes de la santé, Waadt
 Loge 70
 LOS, Organizzazione svizzera delle lesbiche
 Medicus Mundi Svizzera
 Medigay
 Personnes Vivant Avec (Genève)
 Pink Cross
 PLANeS
 Planning familial Bienne
 Planning familial et Information Sexuelle, Friburgo
 Planning familial, Ginevra
 Planning familial, La Chaux-de-Fonds
 Planning familial, Moutier
 Planning familial, Neuchâtel
 Radix Gesundheitsförderung
 Santé PluriELLE
 SEDES (Vereinigung der SexualpädagogInnen der
 deutschen Schweiz)
 Sexualité et handicaps pluriels
 SID'Action
 SID'Actuel
 Società svizzera di dermatologia e venereologia
 Società svizzera di ginecologia e ostetricia
 Swiss Centre for International Health (SCIH)
 Swiss Transgender Network
 UBPRESS
 VEGAS
 Vogay
 Walliser Dachverband der SIPE-Zentren
 Zürcher Aids-Hilfe

Organizzazioni a scopo di lucro

Interpharma
 Janssen-Cilag AG
 Life Science Communication
 Merck Sharp & Dohme Chibret MSD

Istituti di ricerca

Fachhochschule Nordwestschweiz
 Gewerbliche und industrielle Berufsfachschule, Friburgo
 Haute Ecole de Santé La Source, Losanna
 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Università di
 Basilea
 Institut universitaire de médecine sociale et préventive
 IUMSP, Losanna
 Kompetenzzentrum Sexualpädagogik und Schule, PHZ
 Lucerna
 Swiss HIV Cohort Study
 Unité d'évaluation de programmes de prévention, IUMSP
 Losanna

Internazionale

World Bank, UNAIDS: AIDS Service Action Plan

L'UFSP ringrazia tutti gli stakeholder che hanno partecipato
 all'elaborazione del programma!

15.2 OPERAZIONALIZZAZIONE DEL PNHI DA PARTE DEI VARI ATTORI: RIPARTIZIONE DEI RUOLI

UFSP

Direzione del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili: l'UFSP dirige e coordina l'attuazione del PNHI 2011–2017, definisce le priorità tematiche e conduce i progetti in base alla sua competenza. Invita gli stakeholder a pianificare la loro attuazione del programma e di informarne l'UFSP e la CFPA. Nel suo ruolo guida, l'UFSP è responsabile anche della garanzia della qualità (redazione di rapporti intermedi e valutazione) del programma e delle preparazioni del programma successivo. Inoltre, l'UFSP risponde dell'attuazione degli obiettivi che rientrano nella sfera di competenza della Confederazione.

Coordinamento, cooperazione: l'UFSP collabora strettamente con altri servizi federali, con le autorità cantonali e con le organizzazioni e associazioni mantello delle ONG. Assicura il coordinamento con altri servizi federali, evita i doppi e promuove l'impiego efficiente delle risorse. Ha scambi regolari con le autorità cantonali in merito alla realizzazione del presente programma. In collaborazione con organizzazioni mantello e associazioni private, elabora misure adeguate e offre il suo sostegno alla loro attuazione.

Informazione: l'UFSP informa gli specialisti di epidemiologia e medicina preventiva attraverso canali specialistici (Bollettino,¹⁴² Spectra,¹⁴³ SAN¹⁴⁴) sui vari aspetti dell'HIV e delle IST.

Prevenzione: l'UFSP appoggia l'informazione ampia e coerente della popolazione.

Sorveglianza dell'HIV e delle altre IST: l'UFSP garantisce la sorveglianza epidemiologica dell'HIV e delle IST rilevanti per la salute pubblica e ordina la rilevazione di dati secondo i dettami della Second and Third Generation Surveillance (vedi capitolo sull'evidenza).

Direttive e raccomandazioni: in collaborazione con gli organismi competenti (CFV, CFPA, associazioni professionali/FMH, altri attori rilevanti), l'UFSP elabora direttive e raccomandazioni di vaccinazione e in materia di diagnosi, consulenza e terapia delle persone con l'HIV e/o un'IST sulla base dei dati nazionali e internazionali attuali. L'UFSP si impegna in favore dello sviluppo di standard di formazione e perfezionamento sulla prevenzione, la diagnosi e la terapia dell'HIV e delle IST.

Pedagogia sessuale: i Cantoni collaborano con la Confederazione affinché in Svizzera siano poste le condizioni per una pedagogia sessuale adeguata su tutto il territorio nazionale.

Gestione delle conoscenze: l'UFSP lavora sulla base dell'evidenza fornita dal sistema di dichiarazione, dal monitoraggio, dalle valutazioni e dalla ricerca. Si orienta ai modelli di buona prassi. Assicura questo sapere in modo sistematico e comunica regolarmente i risultati importanti. La Confederazione coordina le diverse piattaforme e forum presenti in Svizzera sulla gestione delle conoscenze in materia di HIV e IST.

Sicurezza dei prodotti: in collaborazione con l'Istituto svizzero degli agenti terapeutici Swissmedic, l'UFSP è responsabile del riconoscimento dei laboratori abilitati a effettuare test HIV. La sicurezza degli emoderivati e il controllo della qualità dei test HIV e dei preservativi sono di competenza di Swissmedic.

Cooperazione internazionale: l'UFSP promuove la cooperazione con gli organismi internazionali (ONU, OMS, UNAIDS, ECDC) e l'attuazione delle relative indicazioni e dichiarazioni in materia di prevenzione, consulenza, diagnosi e terapia, nonché di uguaglianza delle persone colpite dall'HIV.

Compiti dell'Amministrazione federale

L'Amministrazione federale sostiene l'attuazione del PNHI 2011–2017. I singoli uffici federali forniscono il loro contributo secondo i compiti e le competenze previsti dai relativi obiettivi.

Cantoni

Attuazione del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili: le autorità cantonali sono responsabili di attuare e coordinare le misure sul territorio cantonale. Mediante il finanziamento e il controlling di istituzioni locali (per esempio i centri regionali di trattamento dell'HIV e delle IST o i servizi di prevenzione e consulenza), assicurano offerte di elevata qualità in materia di prevenzione, consulenza e trattamento specifiche per l'HIV e le IST nei settori prevenzione, consulenza, diagnosi e terapia.

Coordinamento, cooperazione: Cantoni e Confederazione collaborano nella tematica HIV e IST in termini contenutistici, strutturali e finanziari e avviano (o mantengono) le corrispondenti misure di coordinamento. La Confederazione è autorizzata e obbligata, nei Cantoni i cui sforzi per la prevenzione dell'HIV e delle IST non sono commisurati alla situazione epidemiologica, a constatare questa sproporzione e a cercare soluzioni insieme al Cantone interessato.

¹⁴² BAG (Hrsg.) (2011) Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit

¹⁴³ BAG (Hrsg.) (2011) spectra – Gesundheitsförderung und Prävention

¹⁴⁴ Aids-Hilfe Schweiz (Hrsg.) (2011) Swiss Aids News – SAN

Educazione sessuale nelle scuole: le autorità cantonali assicurano l'introduzione e l'attuazione dell'educazione sessuale nelle scuole. Garantiscono un'integrazione della tematica nei piani didattici appropriata al livello scolastico e definiscono, d'intesa con specialisti, criteri di qualità per l'educazione sessuale nelle scuole.

Contributo al monitoraggio: ai sensi dell'ordinanza sulla dichiarazione, le dichiarazioni dei casi di HIV, Aids e IST sono di competenza delle autorità cantonali¹⁴⁵.

Formazione e perfezionamento professionale: le autorità cantonali s'impegnano affinché gli standard di formazione definiti a livello nazionale in materia di HIV e IST siano applicati nelle istituzioni cantonali.

Assicurazione della qualità: il corpo medico vigila in collaborazione con la Confederazione sulla formazione e il perfezionamento del personale sanitario. L'assicurazione della qualità spetta ai Cantoni.

Istituti di formazione

Attuazione del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili: gli Istituti di formazione contribuiscono all'attuazione del PNHI 2011–2017 mediante la ricerca e l'attività di formazione e perfezionamento nelle scuole universitarie professionali e nelle università. Nelle scuole l'educazione sessuale è integrata nel piano didattico in misura appropriata al livello scolastico.

Coordinamento, cooperazione: gli istituti di formazione all'occorrenza collaborano sotto il profilo contenutistico, strutturale e finanziario con attori orientati alla pratica e/o strategici.

CFPA

Attuazione del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili: la CFPA fornisce sostegno strategico e tecnico: consiglia il Consiglio federale, l'UFSP e gli attori su aspetti in materia di pianificazione, obiettivi intermedi e questioni particolari inerenti all'attuazione del programma, nonché controlla se sono attuate le linee guida strategiche.

Direttive e raccomandazioni: la CFPA formula ed emana direttive e raccomandazioni in materia di consulenza, diagnosi funzionale alla terapia e terapia per le persone colpite dall'HIV/Aids e/o da un'IST.

Dialogo con gli esperti: la CFPA conduce un dialogo permanente con esperti nel campo HIV e IST, assicurando così la loro sensibilità nei confronti delle tematiche e degli sviluppi attuali.

Promozione della comprensione politica: la CFPA si impegna per la comprensione politica della problematica HIV e IST.¹⁴⁶

CFV

Direttive e raccomandazioni: in collaborazione con l'UFSP e altri partner rilevanti, la CFV contribuisce all'elaborazione di direttive e raccomandazioni sulle vaccinazioni.

ONG nazionali (organizzazioni e associazioni mantello)

Attuazione del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili: in conformità alle loro linee guida e ai loro contratti di prestazione, le ONG offrono servizi professionali di informazione, prevenzione e consulenza:

■ PLANeS

PLANeS è competente principalmente per l'attuazione degli obiettivi dell'asse d'intervento 1.

■ **Organizzazioni e associazioni mantello che rappresentano gli interessi della gioventù:** contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi dell'asse d'intervento 1.

■ **Organizzazioni e associazioni mantello che rappresentano gli interessi di lesbiche, gay, bisessuali e transgender:** contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi degli assi d'intervento 1 e 2.

¹⁴⁵ Ordinanza del 13 gennaio 1999 concernente la dichiarazione delle malattie trasmissibili dell'uomo (RS 818.141.1)

¹⁴⁶ Nell'ambito del principio «Three Ones», l'UNAIDS raccomanda ad ogni Paese di istituire con un ampio mandato un'autorità di coordinamento del lavoro sull'HIV e sulle IST: in Svizzera al momento è il caso della CFPA, istituita dal Consiglio federale, con compiti di consulenza all'UFSP e al Consiglio federale sulle questioni attuali nel settore HIV/Aids. Per i «Three Ones» vedi anche: UNAIDS (2004) «Three Ones» key principles. «Coordination of National Responses to HIV/AIDS» Guiding principles for national authorities and their partners

■ AAS

L'AAS è competente principalmente per l'asse di intervento 2 (sensibilizzazione, informazione, prevenzione e consulenza) nei gruppi bersaglio: MSM, lavoratori del sesso, migranti da Paesi con elevata prevalenza, altri gruppi di migranti vulnerabili, IDU (l'AAS sostiene il sistema di gestione delle dipendenze nell'ambito della sensibilizzazione, informazione, prevenzione e trattamento degli IDU), detenuti.

■ **Organizzazioni e associazioni mantello che rappresentano gli esercizi per gay:** contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi dell'asse di intervento 2.

■ **Organizzazioni e associazioni mantello che rappresentano le persone colpite dall'HIV:** contribuiscono soprattutto al raggiungimento degli obiettivi degli assi d'intervento 2 e 3.

Coordinamento e cooperazione: oltre al coordinamento e alla cooperazione nella loro funzione di organizzazioni e associazioni mantello, le ONG nazionali mantengono contatti reciproci e cooperano con altri attori a seconda delle necessità di sinergia.

Promozione della comprensione politica e lobbismo: le ONG si impegnano a livello nazionale per la comprensione politica nei confronti della problematica HIV e IST e collaborano per istituire una lobby a sostegno dei temi HIV e IST (e persone colpite) e salute sessuale.

Gestione delle conoscenze: le ONG nazionali contribuiscono ad assicurare in modo sistematico le conoscenze nel settore HIV e IST. Comunicano regolarmente i risultati importanti alle apposite piattaforme e forum.

Garanzia della qualità: le ONG nazionali, in collaborazione con le ONG regionali, i Cantoni e le città, si occupano delle possibilità di formazione e perfezionamento per gli specialisti che si occupano di prevenzione nel settore salute sessuale.

ONG cantonali, regionali e locali (membri delle organizzazioni e associazioni mantello)

Attuazione del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili: in conformità alle loro linee guida e ai loro contratti di prestazione, le ONG cantonali, regionali e locali offrono servizi professionali di informazione, prevenzione e consulenza: nei limiti delle loro possibilità, partecipano ad azioni coordinate a livello nazionale, ma realizzate a livello cantonale, regionale o locale.

Coordinamento e cooperazione intra- e intercantonale: le ONG regionali e nazionali coordinano il loro lavoro a livello intra- intercantonale secondo le esigenze di sinergia. Nei limiti delle loro possibilità, mettono a disposizione conoscenze e know-how per progetti e compiti delle organizzazioni mantello e partecipano agli scambi corrispondenti.

Promozione della comprensione politica e lobbismo: le ONG si impegnano a livello regionale per la comprensione politica nei confronti della problematica HIV e IST e curano le relazioni pubbliche corrispondenti.

Altre ONG

Attuazione del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili: altre ONG attive nel settore HIV e IST contribuiscono in conformità alle loro linee guida al raggiungimento degli obiettivi del PNHI.

Coordinamento e cooperazione: le ONG cooperano con altri attori in base alle esigenze di sinergia.

Centri regionali HIV e IST

Attuazione del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili: i centri regionali HIV e IST s'impegnano, nella loro regione geografica, in favore del rispetto e dell'attuazione degli standard di consulenza, clinici e diagnostici del PNHI 2011–2017 e consigliano l'UFSP nel quadro dei gruppi di lavoro della CFPA.

Consulenza individuale e offerte di test anonimo: i centri regionali HIV mantengono un'offerta di consulenza e informazioni sull'HIV e sulle IST ed eseguono all'occorrenza i corrispondenti test per l'HIV e/o per le IST.

Sorveglianza dell'epidemia/sistema di dichiarazione: i centri regionali HIV sostengono i Cantoni e l'UFSP nel rispetto dell'ordinanza sulla dichiarazione. Nell'ambito del loro lavoro clinico e nel quadro dello SHCS assumono una funzione di sensore delle nuove scoperte scientifiche.

Collaborazione con lo studio svizzero della coorte HIV (SHCS): nel quadro dello studio svizzero della coorte HIV e con il consenso dei pazienti, i centri regionali HIV raccolgono i dati clinici ed epidemiologici da analizzare in sede centrale. Queste analisi sono complementari alle rilevazioni epidemiologiche dell'UFSP. I centri formano insieme allo SHCS la piattaforma per la ricerca clinica sull'HIV e sulle IST in Svizzera.

Direttive e raccomandazioni: in collaborazione con l'UFSP e con altri partner rilevanti, i rappresentanti dei centri regionali HIV emettono direttive e raccomandazioni su diagnosi, consulenza e terapia. Si impegnano per la diffusione e il rispetto di queste direttive nella loro regione.

Servizi di consulenza

Attuazione del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili: in conformità alle loro linee guida e ai loro contratti di prestazioni, i servizi di consulenza mettono a disposizione un'offerta professionale di informazione, prevenzione e consulenza.

Coordinamento e cooperazione intra- e intercantonale: i servizi di consulenza coordinano il loro lavoro a livello intra-intercantionale in base alle esigenze di sinergia.

Associazioni professionali/FMH

Attuazione del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili: le associazioni professionali e la FMH consigliano la Confederazione su questioni specialistiche e contribuiscono con il loro know-how alla formulazione di direttive e raccomandazioni su prevenzione, consulenza, diagnosi e trattamento dell'HIV e delle IST.

Garanzia della qualità: il corpo medico (nella forma delle sue associazioni professionali) vigila in collaborazione con la Confederazione sulla formazione e sul perfezionamento del personale sanitario. In collaborazione con la Confederazione, la FMH provvede affinché sia disponibile sufficiente personale sanitario specializzato nel settore HIV e IST.

Specialisti sanitari in materia di HIV e IST

Attuazione del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili: gli specialisti sanitari in materia di HIV e IST contribuiscono all'attuazione del PNHI 2011–2017 nell'ambito della loro attività. La Confederazione mette loro a disposizione gli strumenti adeguati (direttive e raccomandazioni).

Direttive e raccomandazioni: gli specialisti sanitari in materia di HIV e IST contribuiscono con il loro know-how alla formulazione di direttive e raccomandazioni su prevenzione, consulenza, diagnosi e trattamento dell'HIV e delle IST.

Collaborazione con lo studio svizzero della coorte HIV (SHCS): nel quadro dello studio svizzero della coorte HIV e con il consenso dei pazienti, gli specialisti sanitari in materia di HIV e IST raccolgono i dati clinici ed epidemiologici da analizzare in sede centrale. Queste analisi sono complementari alle rilevazioni epidemiologiche dell'UFSP.

Centri VCT/centri di test:

Attuazione del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili: i centri VCT e di test contribuiscono all'attuazione del PNHI 2011–2017. I centri VCT si attengono alle raccomandazioni dell'UFSP in merito al concetto di consulenza e test su base volontaria (VCT) mediante l'uso di test HIV rapidi. Assumono la funzione di sensori per l'UFSP e sostengono il sistema di dichiarazione. Questo sostegno è semplificato dallo strumento online [V-BerDa](#).

Consulenza individuale e offerte di test anonimo: i centri VCT offrono un servizio di consulenza e informazione sull'HIV e sulle IST ed eseguono all'occorrenza i relativi test per l'HIV e/o per le IST.

Sorveglianza dell'epidemia/sistema di dichiarazione: i centri VCT e di test sostengono i Cantoni e l'UFSP nel rispetto dell'ordinanza sulla dichiarazione.

Assicuratori malattia

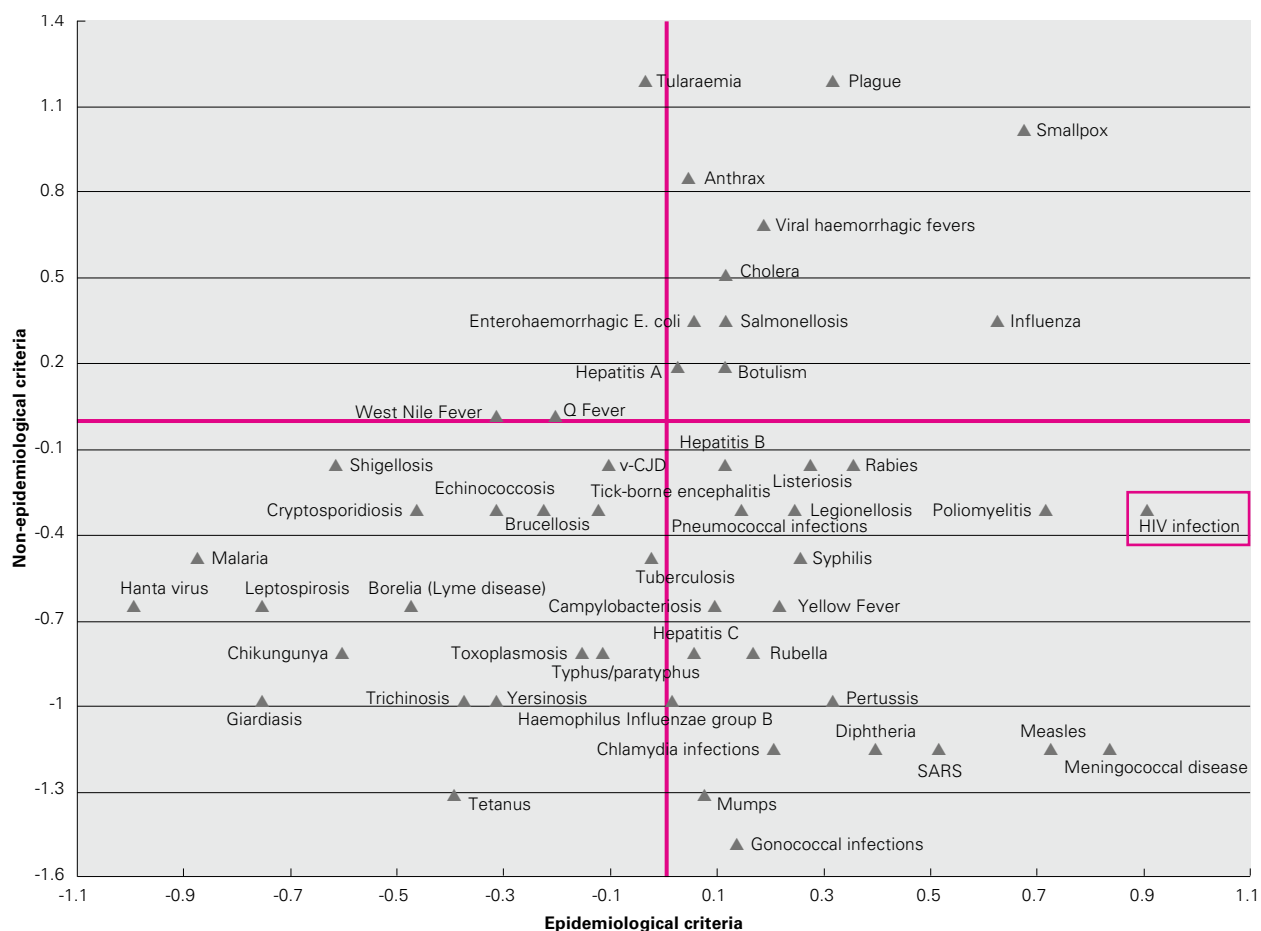
Attuazione del Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili: la Confederazione e gli assicuratori malattia collaborano sotto il profilo strutturale e finanziario nel settore HIV e IST.

Tutti gli attori

Pianificano periodicamente l'attuazione del programma e coordinano regolarmente il loro lavoro in funzione del PNHI mediante i canali di coordinamento previsti.

15.3 RILEVANZA DELL'AGENTE PATOGENO IN BASE A CRITERI EPIDEMIOLOGICI E NON EPIDEMIOLOGICI

Il seguente grafico illustra come il «Priority Setting Tool» menzionato nel testo del capitolo 3, a pagina 14, ordina gli agenti patogeni di malattie trasmissibili secondo la rilevanza per la salute pubblica (base di dati: CH 2005/2006; fonte: UFSP)



15.4 TABELLA RIASSUNTIVA DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

STI	Sintomi	Complicazioni	Prevalenza/incidenza	Via di trasmissione	
Clamidiosi Batterio <i>Chlamydia trachomatis</i>	L'infezione da clamidia di norma non provoca sintomi o ne provoca solo di lieve entità nel 70% delle ♀ e nel 25% degli ♂. Altrimenti: secrezione purulenta, bruciore nell'urinare, dolori al basso ventre (♀), infiammazione dell'uretra (♂). Questo quadro clinico insorge abitualmente nel ♂ da 1 a 3 settimane dopo l'esposizione e non si distingue da quello della gonorrea.	Senza terapia antibiotica, il 20-40% delle donne infette sviluppa una malattia infiammatoria pelvica, che può comportare infertilità o gravidanze extrauterine. Nel 2% degli uomini possono insorgere un'infiammazione dell'epididimo e altre complicazioni locali. Nei neonati: congiuntivite, polmonite.	Dal 3 al 10% della popolazione sessualmente attiva, a seconda della fascia d'età e del gruppo di popolazione. Le ♀ sono colpite in misura doppia (70% vs 30%). Nelle ♀, l'87% dei casi concerne le 15-34enni, negli ♂ i 20-34enni. Prevalenza nei ♂ eterosessuali tre volte più elevata rispetto agli uomini che hanno contatti sessuali con altri uomini (MSM). Nel 2008 netto aumento dei casi dichiarati tra le ♀ 20-24enni. Il rischio di contagio è aumentato nelle persone sessualmente attive sotto i 25 anni di età.	Contatto tra mucose (genitali, anali, orali) e con secrezioni genitali; trasmissione verticale da madre a figlio durante il parto.	
Gonorrea – batterio <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	I primi sintomi insorgono da 1 a 7 giorni dopo il contagio. Nella ♀ spesso decorso asintomatico. Altrimenti: secrezione purulenta, bruciore nell'urinare, infiammazione dell'uretra, arrossamento e irritazione della regione anale, congiuntivite, sintomi non specifici della gola	Non trattata, la gonorrea può provocare infertilità sia nella ♀ che nel ♂. Complicazioni più rare sono infiammazioni delle articolazioni, della pelle e del cuore. Nei neonati: congiuntivite, danni alla cornea, cecità.	Circa 800 nuovi casi confermati all'anno in Svizzera. 85% ♂, di cui il 75% nella fascia d'età dei 20-44enni. Il 28% in relazioni omosessuali e il 48% in relazioni eterosessuali. Il 37% nel quadro di relazioni occasionali e il 29% all'interno di relazioni stabili. ♀: il 70% dei casi tra le 20-39enni (62% in relazione stabile e 16% in relazione occasionale).	Contatto tra mucose (genitali, anali, orali) e con secrezioni genitali; trasmissione verticale. Senza trattamento la contagiosità può durare mesi.	
Epatite A HAV	Il tempo di incubazione varia da 5 a 50 giorni (in media 4 settimane). Sintomi: affezione acuta con febbre, malessere, itterizia, inappetenza e nausea. Nei bambini sotto i 6 anni l'infezione provoca sintomi solo nel 30% dei casi e spesso senza itterizia. Nei bambini più grandi e negli adulti l'infezione in genere è sintomatica e la malattia dura tipicamente qualche settimana (fino a 6 mesi), con comparsa di itterizia nel 70% dei casi. Di solito subentra una guarigione spontanea. L'infezione non diventa mai cronica e non provoca complicazioni.	Epatite fulminante (rara: <0,1%): colpisce più frequentemente persone già affette da una malattia epatica.	Dal 2001 meno di 200 dichiarazioni di epatite A acuta. La fascia d'età più colpita sono i 20-30enni di entrambi i sessi. ♂ sono più colpiti delle ♀ (rimanda a gruppi a rischio a prevalenza maschile: consumatori di stupefacenti per via endovenosa, MSM).	Trasmissione fecale-orale mediante consumo di alimenti o bevande contaminate o mediante contatto. Trasmissione via sangue possibile ma alquanto rara.	

	Prevenzione	Test	Trattamento	Vaccinazione	Costi		Spiegazioni
					Test*	Ter.**	
	Preservativi/femidom forniscono una protezione dell'80%, tuttavia non in caso di sesso orale.	Prelievo di campione dell'area infetta, test nelle urine (PRC) e test degli antigeni. Finora nessun test di routine per le donne incinte.	Frequente guarigione spontanea (♀: 80%, ♂: 50%). Terapia antibiotica: azitromicina o doxiciclina. Senza trattamento l'infezione può durare mesi. Una terapia può avere successo solo se vengono trattati tutti i partner sessuali.	Nessun vaccino. Ricerca intensa di un vaccino.	♂: PCR 181.– ♀ 3: PCR 95.–***	45.–	Secondo l'OMS il rischio di gravidanze extrauterine in donne che hanno avuto un'infezione del tratto genitale superiore è aumentato di 6–10 volte, e il 40 fino al 50% delle gravidanze extrauterine è da ricondurre a un'infezione del tratto genitale superiore.
	Preservativi/femidom offrono una protezione affidabile (se vengono usati anche nel sesso orale)	Prelievo di campioni, test nelle urine.	Terapia antibiotica con cefiximil. Una terapia può avere successo solo se vengono trattati tutti i partner sessuali.	Nessun vaccino.	♂: PCR 181.– ♀: PCR 95.–	15.–	
	In Svizzera non esiste più l'HAV. Quindi un contagio è possibile solo in Paesi con condizioni igieniche insufficienti. Misura principale per evitare un'epatite A: rispettare le regole igieniche fondamentali: lavarsi le mani, soprattutto dopo aver usato il bagno, prima di preparare cibi e prima di mangiare; evitare l'uso in comune di biancheria in contatto con le zone intime (asciugamani, lenzuola, ecc.). Lavare la biancheria e gli utensili da cucina con acqua bollente; separare gli alimenti crudi potenzialmente contaminati da quelli cotti; vaccinazione raccomandata per alcune situazioni o gruppi a rischio.		Grazie a una vaccinazione entro 7 giorni dall'esposizione (es. contatto con una persona infetta) è possibile evitare l'insorgenza della malattia nell'85% dei casi.	Diverse raccomandazioni per la vaccinazione anti HAV (vedi Piano delle vaccinazioni dell'UFSP 2010). Rilevanti per il programma nazionale HIV e IST: consumatori di stupefacenti, MSM, persone in contatto con consumatori di stupefacenti o con persone provenienti da regioni endemiche, persone con infezione simultanea da HIV, HBV e HCV. Alle persone non vaccinate contro HBV si raccomanda il vaccino combinato HAV + HBV che ha un'efficacia maggiore.	♂: 35.–/45.–	–	

* I test e i trattamenti potrebbero essere di natura diversa a seconda della situazione, quindi i prezzi potrebbero variare. L'UFSP ha fissato dei prezzi di base sia per i test che per i trattamenti. A questi prezzi tuttavia vanno aggiunti gli onorari del personale medico (Tarmed) e i costi legati alla sorveglianza (es. in laboratorio) [risposta del dr. Markus Flepp]. Per la stima dei costi sono stati utilizzati i prezzi praticati nel checkpoint (centro VCT per MSM). I dati sono stati forniti da Benedikt Zahno del checkpoint di Zurigo e dal dr. Pietro Vernazza.

** ibid.

*** Per le donne si tratta dei prezzi indicati e dei costi per le analisi di laboratorio (va considerata anche una tassa amministrativa di CHF 24.– per incarico). I dati sono stati forniti dal dr. Lorenz Risch (specialista di medicina di laboratorio) su richiesta della dr.ssa Christiane Roth, Segretaria generale di gynecologie suisses.

STI	Sintomi	Complicazioni	Prevalenza/incidenza	Via di trasmissione	
Epatite B HBV	Periodo di incubazione da 1 a 6 mesi (in media 2–3 mesi). In un terzo degli adulti possono comparire i seguenti sintomi: affezione acuta con febbre, malessere, itterizia, inappetenza e nausea. Nei neonati l'infezione è molto raramente sintomatica, ma nel 70 fino al 90% dei casi diventa cronica.	Pericolo di infezione cronica. Una persona infetta su 10–20 non riesce ad eliminare il virus e resta contagiosa a vita correndo il rischio di gravi complicazioni (distruzione progressiva del fegato, cirrosi, cancro).	Meno del 5% della popolazione, tra cui il 5% sviluppa un'epatite cronica. I gruppi a rischio elevato sono formati dalle persone che hanno rapporti sessuali non protetti (etero- e omosessuali). Il numero di nuovi casi annui è stimato tra 300 e 500.	Contatto ematico, contatto tra mucose (genitali, anali, orali) e con secrezioni genitali; trasmissione verticale, trasmissione orizzontale per via non sessuale (contatto stretto con la persona infetta). 10 volte più contagiosa dell'HIV.	
Epatite C HCV	Periodo di incubazione tra 20 giorni e 6 mesi. Un'infezione da HCV provoca raramente un'epatite acuta (10–20%) e di solito ha un decorso clinicamente inapparente (la metà delle persone infette non sa di esserlo).	Nel 50 fino all'80% dei casi si sviluppa un'epatite cronica. In 5 fino a 50 anni, nel 5 fino al 50% delle persone affette da infezione cronica insorge una cirrosi epatica con rischio aumentato di cancro.	Il 60–80% dei nuovi casi è associato al consumo di stupefacenti per via endovenosa. Il 60% è costituito da uomini di solito tra i 25 e i 29 anni di età. Dal 2003 dichiarati circa 60 casi ogni anno.	Contatto ematico, rapporti sessuali anali (raramente), trasmissione verticale.	
Herpes genitale – virus (HSV-1 e HSV-2)	La malattia è caratterizzata dalla comparsa di vescicole che provocano bruciore e prurito su tutte le mucose corporee. Il tipo più diffuso HSV-1 solitamente è circoscritto alla bocca e alle labbra. Il tipo HSV-2 colpisce prevalentemente la zona genitale. Nell'80% circa delle persone infette da HSV-2 l'infezione resta asintomatica. Episodi recidivanti. Il primo compare di norma da 2 a 12 giorni dopo il primo contatto con il virus.	Una grave primoinfezione nella ♀ nelle prime 12 settimane di gravidanza può provocare un aborto. Nei Paesi industrializzati l'herpes neonatale è estremamente raro. In rari casi il virus può provocare una meningite o un'encefalite.	Circa il 20% della popolazione.	Contatti tra mucose, contatto con pelle infetta, mediante oggetti contaminati, trasmissione verticale; contagiosità durante gli intervalli asintomatici. Possibile la trasmissione genitale del tipo HSV-1.	
Papillomavirus umano (HPV, verruche) – virus Human papillomavirus	2/3 delle infezioni sono asintomatiche. Sintomi: alterazioni cutanee (verruche, condilomi). La durata media di una prima infezione da HPV è di 8 mesi. Nel 70% dei casi il virus scompare entro un anno dal contagio, nel 90% dei casi entro due anni.	Ogni anno: circa 5000 donne presentano una displasia del collo dell'utero e 250 un cancro del collo dell'utero. In 1 su 4–5 donne infette dal virus HIV 16 o HPV 18 si sviluppa in seguito una displasia o un cancro. HPV 16 e HPV 18 sono responsabili del 70% dei cancri del collo dell'utero (HPV nel complesso è responsabile di quasi il 100% dei casi di cancro).	Ogni anno: circa 5000 donne presentano una displasia del collo dell'utero e 250 un cancro del collo dell'utero. In 1 su 4–5 donne infette dal virus HIV 16 o HPV 18 si sviluppa in seguito una displasia o un cancro. HPV 16 e HPV 18 sono responsabili del 70% dei cancri del collo dell'utero (HPV nel complesso è responsabile di quasi il 100% dei casi di cancro).	Contatti tra mucose, contatto con pelle infetta, tramite oggetti contaminati (raramente), trasmissione verticale.	
Sifilide (lue) – batterio <i>Treponema pallidum</i>	I sintomi compaiono da 10 giorni a 3 mesi dopo il contagio. Stadio primario: ulcera indolente nella porta d'accesso dei batteri (zona genitale, bocca). Stadio secondario: diffusione nel sangue: rigonfiamento dei linfonodi; alterazioni di pelle e mucose. Fase latente: fase di lunga durata (da mesi a anni), asintomatica, propagazione continua fino al sistema nervoso. Stadio terziario: compromissione di vari organi, lesioni irreversibili.	Nei neonati: morte alla nascita, sifilide congenita.	84% ♂. 60% tra i 30 e i 49 anni. In maggioranza MSM (53.5% dei ♂ associano l'infezione a una relazione omosessuale), persone con diversi partner e ambiente della prostituzione. Circa 670 dichiarazioni all'anno in Svizzera.	Contatto diretto (non solo genitale) con lesioni cutanee sifilitiche, trasfusione di sangue, trasmissione verticale.	

	Prevenzione	Test	Trattamento	Vaccinazione	Costi		Spiegazioni
					Test *	Ter. **	
	Preservativi/femidom riducono il rischio; Safer use. Vaccinazione raccomandata per alcune situazioni o gruppi a rischio.	Esame del sangue.	Non esiste un trattamento per l'infezione acuta. La maggior parte dei pazienti guarisce spontaneamente. Un'infezione cronica può essere trattata con medicinali antiretrovirali come la lamivudina e l'interferone (successo limitato, 20–30%). Il trattamento mantiene sotto controllo la replicazione del virus.	Diverse raccomandazioni per la vaccinazione anti HBV (vedi Piano delle vaccinazioni dell'UFSP 2010). Rilevanti per il programma nazionale HIV e IST: tutti gli adolescenti tra gli 11 e i 15 anni di età, persone con cambio frequente del partner sessuale e persone provenienti dalle regioni endemiche. 3 dosi distribuite lungo 6–12 mesi.	♂ : 35.–/45.– ♀ : 20.–	Il costo varia da caso a caso (= HIV circa 30'000.–)	
	Materiale per iniezione sterile e rigide regole igieniche.	Esame del sangue.	In caso di trattamento antiretrovirale precoce con ribavirin in combinazione con interferone pegilato, il tasso di guarigione varia dal 50 al 90%.	Nessun vaccino.	♂ : 45.– ♀ : 1740	15'000.– all' 30'000.–	
	Data la sua trasmissione attraverso la pelle, i preservativi e il femidom non proteggono dall'herpes genitale.	Prelievi dalle lesioni, esame del sangue.	Possibile solo il trattamento dei sintomi. Una terapia antivirale continua per via orale con valaciclovir può ridurre la frequenza e la durata delle recidive.	Nessun vaccino.	♂ : Esame del sangue 105.– Striscio 205.– ♀ : PCR 180.– Coltura 74.–	6720	Co-infezione dei tipi 1 e 2. Secondo il documento strategico per la prevenzione e il controllo delle IST 2006–2015 dell'OMS, in alcuni casi l'HSV-2 potrebbe essere responsabile di un'infezione da HIV. Nelle persone HIV negative, un'infezione da HSV-2 aumenta di più del doppio il rischio di infezione da HIV.
	Preservativi/femidom riducono il rischio. Vaccinazione raccomandata alle ragazze.	Esame clinico, comprendente il test all'aceto (acido acetico) e anosopia/colposcopia.	Trattamento chirurgico e/o farmacoterapia topica a lungo termine.	Vaccinazione preventiva (per le persone non ancora infette) contro HPV 16 e 18, raccomandata per tutte le ragazze dagli 11 ai 14 anni. Dovrebbe essere promossa anche per i ragazzi. 3 dosi in un periodo di 6-12 mesi.	♂ : 205.–		Il vaccino anti HPV è somministrabile insieme a quello contro l'epatite B. Limite d'età per la vaccinazione: 26 anni. I costi della vaccinazione non sono più assunti dopo il ventesimo anno d'età. Per le adolescenti dai 15 ai 19 anni il rimborso della vaccinazione è previsto solo fino al 2012.
	Preservativi/femidom riducono il rischio; guanti di gomma nel fist fucking.	Prelievo di campioni, esame del sangue. Nelle donne incinte: test di routine.	Nei primi due stadi terapia antibiotica con benzatin-penicillina G; nello stadio terziario danni permanenti (danni agli organi).	Nessun vaccino.	♂ : 60.– test rapido 20.– ♀ : 42.–	Circa 10.–	

STI	Sintomi	Complicazioni	Prevalenza/incidenza	Via di trasmissione	
Tricomoniassi – protozoo <i>Trichomonas vaginalis</i>	Assenza di sintomi tipici nella metà delle ♀; nel ♂ di regola asintomatica. Sintomi: secrezione purulenta, bruciore nell'urinare, prurito; Dolore durante il rapporto sessuale (♀). Spesso non diagnosticata per la mancanza di sintomi acuti.	Non trattata, la tricomoniassi può provocare infertilità sia nella ♀ che nel ♂. Comparsa di infiammazioni pelviche atipiche. Nelle donne incinte: aborto spontaneo, peso ridotto alla nascita e aumento del rischio di endodermite.	IST più frequenti con 5 milioni di nuovi casi ogni anno a livello mondiale; colpisce ♀ e giovani.	Contatto con secrezioni genitali e altri liquidi infettivi, tramite oggetti contaminati, trasmissione verticale.	
Linfogranuloma venereo (LGV) – batterio <i>Chlamydia trachomatis</i> (serotipi L1-L3)	Periodo di incubazione da 2 a 60 giorni. Spesso asintomatico. Sintomi: Stadio primario: infiammazione non dolorosa nella porta d'ingresso. Stadio secondario: rigonfiamento dei linfonodi con dolore e febbre; perdite di sangue, secrezione purulenta, costipazione e/o ascesso e ulcera anale accoppiati a febbre.	Senza trattamento tempestivo l'infezione può causare gravi lesioni anali (cicatrici e contrazioni) che richiedono un intervento chirurgico. Inoltre forte rigonfiamento del glande e dei testicoli.	Molto raro nella popolazione generale, ma in aumento tra i MSM e i MSM HIV positivi (dato presunto non documentato da cifre).	Contatto tra mucose (genitali, anali, orali).	

Note

- Aiuto Aids Svizzera, UFSP, Infections sexuellement transmissibles, Informations aux conseillères et conseillers, 2008.
- Jaton K., Greub G., «Chlamydia: signes d'appel, diagnostic et traitement», Revue médicale suisse, Nr. 13, marzo 2005, <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=30280>.
- Menzi P., Leu M. C., Galgado M. L., Handbuch Prävention und Therapie, Infodrog, Ufficio federale della sanità pubblica, 2008.
- Nau J.-Y., «Nouvelle alerte à la lymphogranulomatose vénérienne rectale», Revue médicale suisse, dicembre 2009, <http://revue.medhyg.ch/infos/article.php3?sid=2404>.
- Ufficio federale della sanità pubblica, Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 1988 bis 2006: Aktueller Stand und Ausblick, Bollettino dell'UFSP 2008; 8:140–149.
- Ufficio federale della sanità pubblica, Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 2006 bis 2008, giugno 2009 (complemento a Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 1988 bis 2006: Aktueller Stand und Ausblick, 2008).
- Ufficio federale della sanità pubblica, Commissione federale per le vaccinazioni, Piano svizzero delle vaccinazioni 2010, gennaio 2010.
- Ufficio federale della sanità pubblica, Commissione federale per le vaccinazioni, Gruppo di lavoro sulla vaccinazione anti-HPV, Empfehlungen zur Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV), febbraio 2008.
- Ufficio federale della sanità pubblica, Commissione federale per le vaccinazioni, Swiss experts in viral hepatitis, Empfehlungen zur Hepatitis-B-Impfung, dicembre 1997.

- Ufficio federale della sanità pubblica, Commissione federale per le vaccinazioni, Swiss experts in viral hepatitis, Hepatitis B: Ursachen, Folgen, Vorbeugung, 2006.
- Van de Laar MJ, «The emergence of LGV in Western Europe: what do we know, what can we do?», Euro Surveill., 2006;11(9):pii=641, <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=641>.
- World Health Organization, Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015: breaking the chain of transmission, 2007.
- Fritz H. Kayser, Kurt A. Bienz, Johannes Eckert, Rolf M. Zinkernagel, Medizinische Mikrobiologie 10. Auflage.

	Prevenzione	Test	Trattamento	Vaccinazione	Costi		Spiegazioni
					Test *	Ter. **	
	Preservativi/femidom.	Prelievo di campioni ed esame diretto al microscopio.	Trattamento con antiparassitari come l'antibiotico metronidazolo. Una terapia può avere successo solo se vengono trattati tutti i partner sessuali.	Vaccino per l'immunizzazione attiva (nelle persone già infette; successo non garantito).	105.–		Il parassita può sopravvivere e riprodursi per diverse ore (mani, accessori da toilette, costumi da bagno usati). Favorita da ambiente umido e alcalino. Spesso associata a un'infezione da gonococchi.
	Preservativi/femidom, guanti di gomma nel fist fucking, dental dams.	Prelievo di campioni, esame del sangue.	Terapia antibiotica con doxiciclina o eritromicina.	Nessun vaccino.	♂ : 385.–	30.–	Spesso co-infezione con HSV e HIV.

15.5 LA DISTRIBUZIONE DI SIRINGHE NON AIUTA SOLO I TOSSICODIPENDENTI



FONDO NAZIONALE SVIZZERO
PER LA RICERCA SCIENTIFICA

Berna, 6 maggio 2010

Diffusione dell'HIV, l'agente patogeno dell'Aids, in Svizzera

Per la prima volta, i ricercatori dello studio svizzero della coorte HIV hanno ricostruito a livello molecolare la diffusione in Svizzera dell'HIV, l'agente patogeno dell'Aids, negli ultimi 30 anni. I dati evidenziano che la distribuzione di siringhe sterili ai tossicodipendenti, iniziata nel 1986, ha protetto dalla malattia anche molte persone che non fanno uso di droghe. È un messaggio importante, soprattutto per i Paesi che non hanno ancora introdotto la distribuzione di materiale sterile per iniezioni.

Dalla comparsa dei primi casi, all'inizio degli anni 1980, in Svizzera è presente un'ondata infettiva. Anno dopo anno centinaia di persone continuano a contrarre il virus HIV, che provoca la malattia da immunodeficienza Aids. Si possono individuare schemi di diffusione dell'infezione? E questi schemi sono differenti a seconda dei gruppi in cui si trasmette, come tossicomani, omosessuali o eterosessuali? A queste domande hanno provato a rispondere ricercatori finanziati dal Fondo nazionale svizzero (FNS), servendosi dei più moderni metodi di biologia molecolare. Nello studio che hanno appena pubblicato nella rivista scientifica «The Journal of Infectious Diseases»¹⁴⁷ si sono concentrati sull'HIV-1 sottotipo B, che è responsabile di circa il 70 per cento dei casi in Svizzera. Hanno determinato il genoma HIV di 5700 persone i cui dati sono stati anonimizzati, contagiate dal virus dal 1981 al 2007. Sono partiti dall'ipotesi che più i virus di due pazienti sono simili, più è alta la probabilità che l'uno abbia contagiato l'altro. Così facendo, in collaborazione con i colleghi del Politecnico federale di Zurigo, i ricercatori hanno stabilito le cosiddette catene di trasmissione del virus da un paziente all'altro.

Due diverse vie di trasmissione

Nel complesso i ricercatori hanno scoperto 60 catene di trasmissione dell'HIV composte da almeno 10 persone. Tuttavia, tutte queste catene sono riconducibili a due tipi fondamentali: da una parte le catene composte prevalentemente da consumatori di eroina o altri stupefacenti per via endovenosa e da eterosessuali; dall'altra un tipo in cui la trasmissione del virus avviene principalmente tra uomini

omosessuali. Le catene composte da tossicodipendenti ed eterosessuali hanno incluso in media 144 pazienti; una era composta da ben 1051 persone. Il responsabile dello studio, Huldrych Günthard dell'Ospedale universitario di Zurigo, ritiene che ciò sia dovuto soprattutto alla facile diffusione nella scena della droga all'inizio dell'epidemia: «A partire da un paio di soggetti infetti, con lo scambio di siringhe contaminate il virus si è propagato rapidamente dal sangue di un tossicodipendente a quello di un altro». Invece negli omosessuali, dove il virus si propaga mediante rapporti sessuali, le catene di trasmissione sono molto più piccole: in media sono composte da 29 partner.

La prostituzione legata alla tossicodipendenza ha un ruolo centrale

«Interessante notare che non abbiamo trovato catene in cui il virus è stato diffuso prevalentemente da eterosessuali», afferma Günthard. Ciò significa che in Svizzera l'epidemia ha avuto due fattori propulsivi; da un lato le catene infettive tra omosessuali e tossicodipendenti, dall'altro le infezioni contratte all'estero. Tuttavia il virus è sempre traboccato da un gruppo all'altro. Per esempio, un virus su nove riscontrato tra gli eterosessuali proveniva da una catena omosessuale. Se non vi è stato praticamente contagio tra omosessuali e tossicodipendenti, soprattutto all'inizio degli anni 1980 era molto diffusa l'infezione di eterosessuali da parte di consumatori di stupefacenti. Secondo Günthard «ha sicuramente avuto un ruolo fondamentale la prostituzione legata alla tossicodipendenza».

Tuttavia, i dati dei ricercatori evidenziano che in un secondo tempo i contagi tra tossicodipendenti ed eterosessuali sono fortemente calati. La ragione sarebbe principalmente l'azione di consegna di siringhe sterili in cambio di quelle usate, lanciata nel 1986, che ha consentito di arginare l'epidemia tra i tossicodipendenti. A loro volta sarebbero stati contagiati dall'HIV anche meno eterosessuali; i programmi di scambio di siringhe avrebbero quindi protetto l'intera società. Secondo Günthard da ciò si trae un insegnamento valido a livello internazionale, perché sebbene la distribuzione di siringhe sia praticata in 77 Paesi del mondo, in parecchie nazioni resta una pratica contestata e non è ancora stata introdotta per esempio in Islanda, Turchia e Kosovo.

¹⁴⁷ Kouyios et al. (2010) Molecular Epidemiology Reveals Long-Term Changes in HIV Type 1 Subtype B Transmission in Switzerland

15.6 DICHIARAZIONE DELLA CFPA SU SPECIFICHE QUESTIONI GIURIDICHE CONCERNENTI L'INFORMAZIONE DEL PARTNER NEL PNHI

I) Aspetti penali e civili della trasmissione dell'HIV

1. Secondo la prassi del Tribunale federale, chi in qualità di persona HIV positiva ha un rapporto sessuale non protetto con una persona HIV negativa si rende punibile per lesioni personali gravi (art. 122 CP) – se il contagio avviene – o per tentate lesioni personali gravi. Inoltre il partner HIV positivo è punibile per avvenuta o tentata propagazione di malattia dell'uomo pericolosa (art. 231 CP). Anche per il diritto civile avviene una lesione della personalità, che può comportare una richiesta di risarcimento dei danni e riparazione morale da parte della persona lesa.
2. Secondo la prassi del Tribunale federale, la punibilità per (tentate) lesioni personali gravi decade se la persona HIV positiva ha informato il partner sessuale della sua infezione e quest'ultimo ciò nonostante acconsente al rapporto sessuale non protetto. Tuttavia, la punibilità per la lesione di cui all'articolo 231 CP non decade nemmeno in presenza del consenso del partner HIV negativo.
3. Secondo la prassi del Tribunale federale, si rende punibile ai sensi degli articoli 122 e 231 CP anche chi non sa di essere HIV positivo ma ha indizi concreti di essere infetto e malgrado ciò decide di avere un rapporto sessuale non protetto (lesione personale colposa e propagazione colposa di malattia dell'uomo, vedi DTF 134 IV 193).
4. Non è punibile chi, malgrado sia a conoscenza della propria infezione da HIV, non informa il partner e si attiene alle regole del safer sex emanate dall'Ufficio federale della sanità pubblica.

Dal punto di vista giuridico non è necessaria l'informazione del partner da parte della persona HIV positiva, nella misura in cui sono rispettate le regole del safer sex. La mancata informazione del partner HIV negativo da parte del partner HIV positivo può (se si giunge a un'inchiesta penale) avere conseguenze sia penali che civili (se la persona lesa sporge denuncia in tal senso).

Finora non è stata affrontata in procedimenti penali o civili la questione se una persona che ha appena ricevuto la diagnosi di HIV sia obbligata a informare i partner di precedenti rapporti sessuali non protetti sulla possibile presenza già allora di un'infezione da HIV. Alla luce della giurisprudenza attuale non è escluso che in futuro si possa giungere a una condanna per omissione di quest'informazione.

II) Aspetti in materia di protezione del paziente e protezione dei dati

1. Le leggi sulla protezione della personalità e sulla protezione dei dati, nonché il segreto professionale prescritto dall'articolo 321 CP, vietano al personale sanitario di rivelare a terzi informazioni riguardanti un paziente senza il consenso del paziente stesso o in assenza di un altro motivo giustificativo.
2. Se il paziente non dà il consenso e se la mancata informazione del partner HIV negativo costituisce una minaccia non altrimenti evitabile alla salute del partner stesso, il medico può chiedere al medico cantonale di scioglierlo dal segreto professionale per informare il partner HIV negativo.

Cosa implicano queste informazioni per il presente programma?

La responsabilità giuridica dell'informazione sullo stato HIV prima di un rapporto sessuale non protetto ricade in linea di principio sul partner HIV positivo, che ne sopporta le conseguenze penali e civili in caso di mancata informazione.

Un agire responsabile richiede inoltre che una persona HIV positiva informi anche i partner con cui ha avuto rapporti sessuali non protetti prima della diagnosi di HIV. Sotto il profilo legale, il sostegno al paziente nel comunicare lo stato sieropositivo al o ai partner attuali e – se rilevante – anche ai precedenti partner è indubbiamente autorizzato e nell'ottica dell'obbligo di diligenza verso il paziente (informazione sulle conseguenze penali in caso di mancata informazione) persino necessario.

CFPA, luglio 2010

15.7 ESTRATTO DAL RAPPORTO: «FORSCHUNG ZU SEXUAL HEALTH/STI: ÜBERSICHT UND MÖGLICHKEITEN DER FÖRDERUNG»

Raccomandazioni per la promozione della ricerca su salute sessuale/IST

Per un potenziamento efficace della promozione della ricerca sul tema della salute sessuale/IST è importante non solo presentare progetti di ricerca concreti agli istituzioni di promozione, ma anche ancorare il tema e le esigenze di ricerca alle strategie di base della promozione della ricerca, sensibilizzando nel contempo l'opinione pubblica. Questo capitolo contiene raccomandazioni e proposte di misure in tal senso, suddivise in misure generali e misure operative. Segue un riassunto delle raccomandazioni principali.

Misure generali

Le misure generali o strategiche da noi proposte creano i presupposti e forniscono la legittimazione di un rafforzamento della promozione della ricerca nel settore salute sessuale/IST. Devono essere seguiti tre approcci strategici.

- *Documenti di base strategici.* Per prima cosa il tema salute sessuale/IST e la necessità di rafforzare la promozione della ricerca in questo settore vanno integrati nei rilevanti documenti di base strategici della promozione della ricerca. L'integrazione della tematica nelle strategie di ricerca deve avere la massima priorità anche per considerazioni relative ai termini, poiché le strategie periodiche della Confederazione sono in elaborazione proprio in questi mesi.
- *Relazioni pubbliche.* In secondo luogo un lavoro mirato di relazioni pubbliche deve sensibilizzare il pubblico degli specialisti e anche un pubblico più vasto in merito alle esigenze della ricerca nel settore salute sessuale/IST. Possono servire articoli in diversi media e incontri informativi con comitati specialistici.

- *Estensione del mandato della CFPA.* Tra le altre misure importanti, noi raccomandiamo l'estensione del mandato della CFPA in funzione di un approccio più ampio alla salute sessuale/IST. La CFPA avrebbe le competenze e la legittimazione per assumersi la leadership nel settore della ricerca sulla salute sessuale e sulle IST. Anche dopo il cosiddetto «processo di normalizzazione» nel campo dell'HIV/Aids c'è bisogno di un'istituzione capace di sviluppare prospettive nel lungo termine e di accompagnarne la realizzazione. Noi perciò raccomandiamo un'estensione sia in senso orizzontale che in senso verticale del mandato della CFPA. L'estensione orizzontale consente alla commissione di aprirsi ad altre IST e ai temi della salute sessuale. L'estensione verticale modifica il quadro dei compiti della CFPA. Oggi la commissione adempie due compiti principali: Il sostegno e la consulenza all'UFSP nell'attuazione del programma nazionale HIV/Aids sotto il profilo strategico e specialistico, e il controllo e la valutazione della pianificazione e delle tappe principali nel settore HIV/Aids. Come nuovo compito si aggiungerebbe lo sviluppo strategico di prospettive per la promozione della ricerca nel settore salute sessuale/IST.

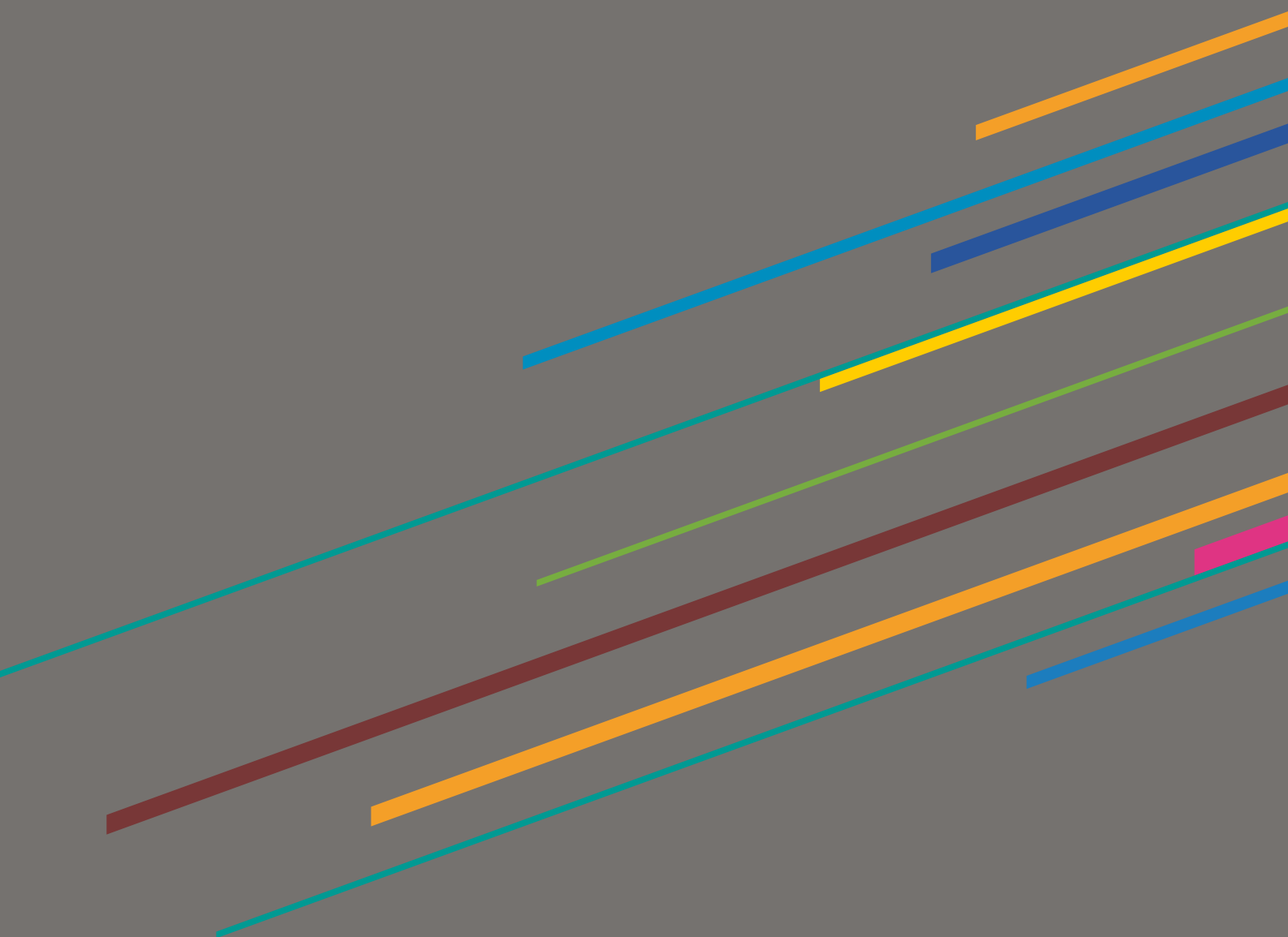
Piano	Canali	Misura	Termine	Lead	Osservazioni
Misure generali					
Integrare la salute sessuale/IST nelle strategie di ricerca	Programma di ricerca pubblica dell'UFSP	Ancoraggio delle necessità della ricerca nel settore salute sessuale/IST nel programma di ricerca pubblica 2012–2016	Entro metà 2010	UFSP	L'ancoraggio delle necessità della ricerca nel settore salute sessuale/IST nel programma di ricerca pubblica dell'UFSP è una condizione fondamentale per tutti i passi successivi.
	Messaggio concernente il promovimento dell'educazione, della ricerca e dell'innovazione (messaggio ERI)	Ancoraggio delle necessità della ricerca nel settore salute sessuale/IST nel messaggio ERI 2012–2016	Entro fine 2010	SER	L'ancoraggio nel messaggio ERI presuppone un corrispondente richiamo nel programma di ricerca pubblica e determina contemporaneamente un'influenza da parte della direzione dell'UFSP.
	Mandato di prestazioni del FNS	Ancoraggio delle necessità della ricerca nel settore salute sessuale/IST nel mandato di prestazioni del FNS 2012–2016	Entro fine 2011	SER	L'ancoraggio delle necessità della ricerca nel settore salute sessuale/IST nel mandato di prestazioni del FNS è una condizione fondamentale per l'influenza del FNS in occasione della presentazione di progetti di studi di coorte e, all'occorrenza, sulla definizione delle priorità di erogazione dei fondi nel quadro della promozione dei progetti delle divisioni 1–3.
	2012–2016	Ancoraggio delle necessità della ricerca nel settore salute sessuale/IST nel programma pluriennale del FNS 2012–2016	Entro fine 2011	FNS	Nel programma pluriennale sono già fissati l'aumento della competitività delle scienze sociali e umane, nonché la ricerca clinica-medica in materia di salute. Sarebbe auspicabile una menzione particolare della ricerca sulla salute sessuale.
Pubblico	Stampa specializzata	Articoli specialistici	2010	UFSP	Lo scopo di queste misure è sensibilizzare il pubblico alle necessità della ricerca nel settore salute sessuale/IST.
	NZZ/Le temps	Articolo per il pubblico	2010	UFSP	
	Radio/televisione	Trasmissione DOK o Puls	2011	UFSP	
	Gruppo parlamentare di politica sanitaria	Riunione informativa con il gruppo parlamentare politica sanitaria	2011	UFSP	Contatto via presidenza del gruppo parlamentare
	Commissione della sicurezza sociale e della sanità (CSS)	Information im Rahmen eines passenden SGK-Themas	2011	UFSP	Contatto via Segreteria della CSS
	Accademia svizzera delle scienze mediche ASSM)	Informazione nell'ambito di un tema adatto alla CSS	2010	UFSP	Contatto via Segreteria generale
	Accademia svizzera di scienze morali e sociali (ASSMS)	Riunione informativa nel quadro dell'ASSM	2011	UFSP	Contatto via Segreteria generale
Estensione del mandato CFPA	CFPA	La Commissione federale per i problemi legati all'Aids estende il suo spettro d'influenza alle altre malattie sessualmente trasmissibili e rafforza la direzione strategica e la gestione della promozione della ricerca nel settore salute sessuale/IST.	Dalla legislatura 2012	CFPA	Come già menzionato nel rapporto annuale 2006 della CFPA, il mandato della CFPA deve estendersi dalla legislatura 2012 alle altre IST.

Piano	Canali	Misura	Termine	Lead	Osservazioni
Operative Massnahmen					
Piattaforma	FNS, Istituti universitari	Sostegno all'istituzione o alla riattivazione di una piattaforma di ricerca interdisciplinare, che agisca da centro di competenze per la ricerca.	Inizio 2011	UFSP/Istituti universitari	La riattivazione della Conferenza di Thun e l'estensione di quest'ultima alle altre IST consentirebbe di istituire un centro di competenze. In questa piattaforma deve essere assolutamente rappresentato lo SHCS.
Monitoraggio, informazione	FNS, Istituti universitari	La Segreteria della piattaforma raccoglie i risultati e i progetti di ricerca nel settore salute sessuale/IST e prepara una documentazione all'attenzione delle persone interessate.	Inizio 2011	UFSP/Istituti universitari	Questo centro di competenze dovrebbe essere responsabile anche del monitoraggio della ricerca nel settore salute sessuale/IST. La documentazione e la preparazione dei risultati della ricerca li rende più accessibili per la pratica medica. Vanno messi a disposizione degli interessati un sito web aggiornato e una newsletter semestrale.
Agevolazione dell'accesso al SHCS	PaKliF, SHCS	Nell'ambito dello studio svizzero della coorte HIV devono essere esaminati aspetti di scienze del comportamento (comportamenti a rischio e preventivi).	2011	UFSP, Commissione PaKliF	Una valutazione della politica svizzera in materia di HIV da parte di esperti internazionali (Rosenbrock et al. 2009) raccomanda di integrare rappresentanti delle scienze sociali e dei gruppi colpiti nella struttura organizzativa dello studio svizzero della coorte HIV. Questa decisione spetta alla PaKliF, che è obbligata per regolamento a perseguire un approccio integrativo alla ricerca. Inoltre deve essere migliorata la collaborazione con gli organi orientati alla pratica (UFSP, centri di prevenzione), affinché queste istituzioni possano sfruttare i risultati dello studio di coorte.
Seed-Money	Scelta degli strumenti di promozione a seconda del progetto di ricerca	Concretizzazione degli argomenti di ricerca. Pianificazione di progetti di ricerca concreti. Finanziamento iniziale dell'UFSP per preparare le presentazioni dei progetti.	Dal 2010	UFSP/partner	Parte dei fondi per la ricerca pubblica vengono messi a disposizione di ricercatori interessati, per consentire loro di allestire una presentazione del progetto di qualità.
Ricerca pubblica	Ricerca pubblica dell'UFSP	Vengono messi a concorso più progetti di ricerca pubblica per colmare le grandi lacune dell'Amministrazione nel settore IST.	Dal 2010	UFSP	Vanno definite le conoscenze da ritenere urgenti, per consentire all'UFSP un intervento efficace ed efficiente (es. per una prevenzione efficace bisogna sapere chi ha quali IST).
Informazione degli interessati	Lettera informativa	Tutti gli istituti che ricercano nel settore salute sessuale/IST sono informati sulle possibilità di promozione della ricerca in questo settore.	Dal 2010	UFSP	

Raccomandazioni d'intervento: misure strategiche e operative.

Haering et al. (2010) Forschung zu Sexual Health/STI: Übersicht und Möglichkeiten der Förderung. Zurigo, aprile 2010

16 GLOSSARIO



Aderenza	In gergo medico chiamata anche compliance: rispetto delle prescrizioni terapeutiche da parte di pazienti e medici allo scopo di raggiungere il successo del trattamento. In una terapia antiretrovirale contro un'infezione da HIV l'aderenza è molto importante per garantire l'assunzione regolare dei medicinali ed evitare lo sviluppo di resistenze. Fattori che influenzano positivamente l'aderenza sono il sostegno dell'ambiente sociale, l'informazione e la sensibilizzazione. Fattori potenzialmente negativi sono le crisi psichiche (come una depressione) o il consumo di alcool o stupefacenti. <i>Pagine 8, 103 104, 116</i>
Aids	Acronimo di Acquired Immune Deficiency Syndrome (ingl.), in italiano sindrome da immunodeficienza acquisita. L'Aids è la complicazione di un'infezione da HIV. In ambito scientifico si scompone il decorso di un'infezione da HIV in vari stadi. Con Aids («Acquired Immune Deficiency Syndrome») si designa lo stadio in cui il sistema immunitario è molto compromesso ed insorgono le malattie potenzialmente letali che definiscono l'Aids, come infezioni opportunistiche (es. polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>, toxoplasmosi cerebrale), tumori (es. carcinoma del collo dell'utero, sarcoma di Kaposi, linfomi maligni) o gravi sintomi generali (es. sindrome da deperimento, febbre di origine sconosciuta, malattie neurologiche). Con l'introduzione delle terapie antiretrovirali combinate, nei Paesi che dispongono e di farmaci antiretrovirali accessibili in quantità sufficiente, dal 1997 il numero di casi di Aids è diminuito.
Anamnesi	Storia di una malattia secondo le informazioni fornite dal paziente: l'anamnesi serve a rilevare dati sulla storia del paziente rilevanti per il disturbo attuale. Un'anamnesi accurata comprende aspetti biologici, psichici e sociali. Le informazioni ottenute spesso consentono di individuare fattori di rischio e nessi causali (vedi anche anamnesi sessuale). <i>Pagine 29, 30, 63</i>
Anamnesi sessuale	Parte dell'anamnesi dedicata all'indagine sistematica della sintomatologia e dell'origine dei disturbi e delle limitazioni di natura sessuale. <i>Pagine 64, 97</i>
Assi d'intervento	Il PNHI raggruppa gli interventi e le misure del lavoro sull'HIV e sulle IST in tre assi. Ogni asse d'intervento è diretto a gruppi di popolazione specifici e si pone obiettivi distinti. Il raggruppamento degli interventi in tre assi aiuta a strutturare il lavoro sull'HIV e sulle IST. In primo luogo facilita la definizione degli obiettivi strategici. Secondariamente consente di rendere più lineare l'organizzazione del sistema HIV/IST e di distribuire chiaramente ruoli e responsabilità tra i vari attori. <i>Pagine 7, 83 ff., 93 ff., 130</i>
BerDa	Strumento online sviluppato dall'UFSP per garantire un livello qualitativo elevato della consulenza nei centri VCT in Svizzera. Sulla base di un questionario, BerDa allestisce automaticamente un profilo del rischio della persona da testare, che fornisce ai collaboratori del centro una serie di raccomandazioni pertinenti al suo comportamento e che consentono di strutturare la consulenza e il trattamento. Grazie a BerDa si rilevano automaticamente anche dati statistici che possono essere utili per la sorveglianza di varie tendenze in Svizzera. Inoltre è uno strumento di controllo della qualità dei test rapidi. <i>Pagina 132</i>
Bisessualità	Condizione in cui una persona si sente attratta affettivamente e sessualmente da entrambi i sessi (bisessuale). <i>Pagine 34 f., 39, 77, 85, 90, 130</i>

Campagna «LOVE LIFE»	Dal 2005 l'UFSP e l'AAS informano regolarmente tutti gli abitanti della Svizzera sull'HIV/ Aids con la campagna «LOVE LIFE STOP AIDS» (in precedenza solo «STOP AIDS»). La campagna è un elemento importante della strategia nazionale di prevenzione dell'HIV portata avanti dall'UFSP e il suo obiettivo è mettere la popolazione in condizione di proteggersi da un'infezione da HIV. <i>Pagine 11, 85, 94</i>
Carica virale (viral load)	Concentrazione di virus nel sangue, indicata come numero naturale o logaritmico delle copie virali per millilitro. Durante un'infezione acuta da HIV, all'inizio si riscontra una carica virale molto elevata, che in seguito diminuisce ma poi torna a salire con la progressione dell'immunodeficienza. Sono possibili oscillazioni individuali e possono verificarsi aumenti temporanei (es. in caso di infezioni o dopo vaccinazioni). Una carica virale elevata è correlata ad un aumento del rischio di progressione della malattia. <i>Pagine 17, 23, 59, 85, 102, 104</i>
Checkpoint	Strutture sanitarie per MSM con accesso a bassa soglia che offrono servizi specifici e commisurati al gruppo bersaglio, comprendenti un'assistenza completa nel campo dell'HIV e delle altre infezioni sessualmente trasmissibili: diagnosi, consulenza post-diagnosi, trattamento e vaccinazioni. I checkpoint rappresentano un concetto di prevenzione e riduzione del danno di tipo moderno e integrato. Al momento del varo di questo programma sono attivi due checkpoint, a Zurigo e a Ginevra, e ne è pianificato un altro a Losanna. <i>Pagine 65, 85, 101, 116, 127, 135</i>
Check-your-Loveline (CYLL)	Strumento per la valutazione del rischio: chi ha avuto un rapporto sessuale non protetto può controllare il rischio corso su www.check-your-lovelife.ch e scoprire se nel suo caso è indicato un test HIV e dove può eseguirlo. <i>Pagine 65 f., 96</i>
Coinfezione	Infezione simultanea da parte di due agenti patogeni. In senso lato designa anche infezioni contratte in momenti diversi ma presenti nello stesso tempo. <i>Pagine 102, 137, 139</i>
Comorbidità	Presenza concomitante di più di una malattia, disturbo o anomalia. <i>Pagina 104</i>
Diagnosi	Individuazione e denominazione di una malattia con il termine scientifico corrispondente secondo un determinato registro (ICD 10 dell'OMS o per esempio il DSM IV dell'associazione degli psichiatri americani). Le diagnosi vanno sempre considerate anche ipotesi di lavoro, spesso sono solo temporanee e talvolta possono essere poste definitivamente solo durante il decorso della malattia. Di regola ha senso porre una diagnosi come ipotesi di lavoro solo quando ciò comporta una scelta di intervento o trattamento. <i>Pagine 7 f., 11, 18, 23, 26 ff., 42, 55 f., 59 f., 63 ff., 77 ff., 85, 93, 96, 101 ff., 109, 113 ff., 129 f., 132, 141</i>
Dichiarazione complementare	La sorveglianza epidemiologica (sistema di dichiarazione) si prefigge di riconoscere precocemente i problemi sanitari al fine di avviare tempestivamente le misure necessarie alla lotta contro le malattie infettive. Per molti agenti patogeni, la dichiarazione iniziale non soddisfa in modo sufficiente le esigenze epidemiologiche. Occorrono dati supplementari relativi all'infezione specifica, per esempio lo stato vaccinale e l'esposizione. Questa «dichiarazione complementare» viene richiesta dal medico cantonale al medico dichiarante o che ha successivamente curato il paziente e può essere decisiva per l'avvio di eventuali misure aggiuntive. La dichiarazione complementare viene trasmessa dal medico cantonale all'UFSP. <i>Pagine 29, 31 f., 34, 36, 115 f.</i>

Dichiarazione della CFPa (EKAF Statement)	Presenza di posizione contenuta in un articolo della CFPa pubblicato il 30 gennaio 2008 nel Bollettino dei medici svizzeri: «La Commissione federale per i problemi legati all'Aids (CFPa), su richiesta della Commissione peritale clinica e terapia dell'Ufficio federale della sanità pubblica, dopo aver preso atto dei dati scientifici e dopo approfondita discussione, dichiara che una persona infettata da HIV senza altre IST che riceve una terapia antiretrovirale (ART) con soppressione totale della viremia (di seguito: «ART efficace») non è sessualmente infettivo, ossia, non trasmette il virus HIV mediante contatti sessuali, se sono rispettate le seguenti condizioni: ■ la terapia antiretrovirale (ART) è rispettata dalla persona infettata da HIV e controllata dal medico curante; ■ la carica virale (CV) si mantiene da almeno sei mesi sotto la soglia misurabile (ossia, la viremia è soppressa); ■ non sono presenti infezioni da altri agenti patogeni sessualmente trasmissibili (IST).» <i>Pagine 59, 102</i>
Discriminazione	Con discriminazione in senso lato si intendono tutte le forme illegittime di svantaggio a danno di gruppi sociali. I motivi per la discriminazione sono legati in genere a precise caratteristiche (sesso, etnia, origine, lingua, età, stato di salute, ecc.). Tuttavia esistono anche caratteristiche meno trasparenti che portano a discriminazione (comportamento, status sociale, basso livello di istruzione, ecc.). <i>Pagine 30, 60, 66, 77, 79, 85, 89 ff., 94, 99, 109 ff., 122</i>
Disease management (gestione della malattia)	Assistenza strutturata, continua e intersettoriale di gruppi di malati cronici usando metodi scientificamente riconosciuti (solitamente sulla base di linee guida di trattamento). Il coinvolgimento attivo del paziente è un elemento essenziale del concetto. In virtù di sistema che impara, il disease management prevede la valutazione regolare del programma. Contrariamente al case management, questo sistema mira a identificare interi gruppi di pazienti che presentano elevati e costosi rischi per la salute e a trattarli in conformità al concetto di base. Nell'ottica dell'assistenza integrale del paziente, si ricorre intensivamente anche a misure di prevenzione e di riconoscimento precoce. Il paziente viene educato a gestire meglio la sua malattia (empowerment) e a interagire in modo collaborativo con il personale curante (compliance). Il disease management richiede un modello di assistenza integrata in cui cadono i tradizionali confini tra discipline, nonché ampie conoscenze in tema di prevenzione, diagnosi, terapia e opzioni di influenza sul decorso di una malattia. Per rispettare i percorsi prestabiliti di trattamento vanno introdotti adeguati incentivi per i fornitori di prestazioni coinvolti. <i>Pagine 8, 104, 118</i>
Educazione sessuale	L'educazione sessuale fornisce alle persone (giovani) le conoscenze di base, le capacità, le competenze e i valori necessari per sperimentare la propria sessualità sotto il profilo fisico, psichico ed emozionale. <i>Pagine 52, 56, 69, 77, 85, 90, 95, 111, 130</i>
Empowerment	Letteralmente (ingl.) «autorizzazione» o «delega»: con empowerment si designano le strategie e le misure atte ad aumentare il grado di autonomia e autodeterminazione nella vita di persone o di comunità e che consentono loro di (tornare a) definire e difendere liberamente, responsabilmente e con autodeterminazione i propri interessi. Quindi l'empowerment indica sia il processo di riappropriazione di sé sia il sostegno professionale che consente alle persone di riconoscere e gestire i propri spazi di manovra e le proprie risorse. <i>Pagine 60 ff., 79, 90, 104, 111, 121</i>

Endemia	Termine tecnico che designa malattie trasmissibili il cui schema di diffusione è caratterizzato da una presenza costante in un'area geografica limitata o in un determinato gruppo di popolazione. <i>Pagine 84, 135, 137</i>
Epidemia	Termine tecnico che designa malattie trasmissibili il cui schema di diffusione è caratterizzato dalla crescente diffusione in una regione, in un'area estesa o in un gruppo di popolazione (epidemia concentrata). <i>Pagine 7f., 12f., 23, 26ff., 46, 55, 60, 65, 69, 73, 78f., 83ff., 99, 110ff., 114f., 120ff., 131f., 140</i>
Eradicazione	Termine tecnico che designa l'eliminazione completa di agenti patogeni da tessuti, da organi o dall'organismo intero. Molte infezioni sono eradiccate dalla risposta immunitaria o da una terapia (es. con antibiotici o farmaci chemioterapici). I tentativi di eradiccare l'HIV dal corpo, per esempio con una terapia antiretrovirale combinata, un'immunoattivazione o con terapie genetiche, finora sono falliti poiché non è stato possibile raggiungere i virus latenti nei loro serbatoi virali. <i>Pagine 7, 11</i>
Eterosessualità	Orientamento o identità sessuale in cui si provano amore, sentimenti romantici e desiderio sessuale per persone dell'altro sesso. <i>Pagine 18, 23ff., 34ff., 48f., 55, 61, 64, 79, 85, 90, 134, 136, 140</i>
Evidenza	L'evidenza scientifica è costituita dal sapere ottenuto tramite monitoraggio, valutazione, sorveglianza e ricerca. Le misure basate sull'evidenza vengono decise in base a queste informazioni scientifiche. L'evidenza scientifica fornisce continuamente ai responsabili dei programmi e ai politici che si occupano di salute pubblica basi decisionali per gestire gli interventi, svilupparli e finanziarli in base al fabbisogno. In riferimento al PNHI 2001–2017 si tratta quindi uno strumento indispensabile per garantire e migliorare la qualità del programma e di tutto il lavoro sull'HIV e sulle IST. <i>Pagine 7f., 13, 17, 45, 64, 79, 85, 94, 98, 102, 104, 112f., 114ff., 123, 129</i>
Gestione delle conoscenze	La gestione delle conoscenze è il complesso delle strategie e dei processi tesi a utilizzare e sviluppare le conoscenze nei vari livelli di un'istituzione. Quindi non si limita al contenuto del sapere, ma si concentra piuttosto sulla definizione delle condizioni quadro, delle strutture, dei processi e dei metodi. Nell'applicazione pratica si riconoscono due direzioni distinte: la «gestione della conoscenza» e la «gestione per la conoscenza». Mentre la prima si concentra sull'amministrazione delle conoscenze, la gestione «per» la conoscenza invece si rivolge alla qualità dinamica, implicita e polivalente del sapere, dedicandosi alle condizioni quadro rilevanti e alle regole per l'uso e lo sviluppo delle conoscenze. <i>Pagine 129, 131</i>
Governance	Con governance si intende un sistema di gestione e regolamentazione ragionando in termini di strutture (organizzazione strutturale e dei processi) riferito a un'entità politico-sociale come lo Stato, un'amministrazione, un Comune, un'organizzazione privata o pubblica. In campo politico, l'espressione è emersa in alternativa al termine government (governo) e significa che all'interno di un'entità politica-sociale il compito di gestire e disciplinare non spetta solo allo Stato («primo settore»), ma anche all'economia privata («secondo settore») e al «terzo settore» composto da associazioni, federazioni e gruppi di interesse. In generale, il concetto racchiude tutte le forme o i meccanismi di coordinamento tra attori più o meno autonomi le cui azioni sono interdipendenti, attori cioè che possono reciprocamente ostacolarsi o sostenersi. <i>Pagine 112f.</i>

Greater Involvement of People Living with HIV and AIDS (GIPA)	Il «Greater Involvement of People living with HIV and AIDS» (GIPA), ossia il principio di maggior partecipazione delle persone che vivono con l'HIV/Aids è stato sancito nella Dichiarazione di Parigi del 1994 formulata in un vertice di 42 Paesi. Il principio stabilisce che le persone con HIV/Aids siano adeguatamente coinvolte nel lavoro sull'HIV/Aids a tutti i livelli e in tutti i programmi e le istituzioni, e che se necessario siano resi idonei a farlo. <i>Pagine 79, 90, 111, 124</i>
Gruppo bersaglio	Gruppo di persone (con caratteristiche simili) cui bisogna rivolgersi con una comunicazione mirata per raggiungere un obiettivo. <i>Pagine 7f., 11, 55f., 60, 62, 65, 69, 79, 83ff., 89f., 93, 97ff., 101, 116, 131, 144</i>
HIV	Virus dell'immunodeficienza umana, acronimo di Human Immunodeficiency Virus (ingl.). Si tratta di un lentivirus della famiglia dei retrovirus. L'HIV-1 è stato identificato nel 1983 come agente patogeno dell'Aids (dapprima fu denominato LAV-1: virus associato a linfadenopatia, o ARV: virus associato all'Aids, o HTLV-III); nel 1986 è stata scoperta una seconda specie chiamata HIV-2. Ambedue le specie sono diffuse in tutto il mondo, anche se l'HIV-1 è decisamente più frequente dell'HIV-2, che si riscontra quasi esclusivamente in zone dell'Africa occidentale. L'HIV-1 è suddiviso nei tre gruppi HIV-1 M (Main, gruppo principale), HIV-1 N (non-M, non-O) e HIV-1 O (Outlier, gruppo eccezionale). Più del 90% delle infezioni è causato da virus del gruppo M, che a sua volta può essere suddiviso in almeno dieci sottotipi (da A a K). I sottotipi più frequenti sono B (prevalente soprattutto in America settentrionale, Sudamerica ed Europa), A e D (prevalenti in Africa) e C (Africa meridionale e Asia).
Identità di genere	L'identità di genere è la convinzione personale di essere un uomo o una donna, indipendentemente dalla realtà biologica. <i>Pagine 77, 89f., 95</i>
Identità transgender (persone transgender/transessuali)	Persone la cui identità di genere non corrisponde al proprio sesso biologico. Sono spesso confrontate a un'esigenza di cambiare sesso (trattamento ormonale/intervento chirurgico). <i>Pagine 85, 90, 130</i>
Incidenza	Dal latino incidere, accadere. Designa il numero di nuovi casi o eventi (malattia, disturbo, infezione) in una popolazione definita durante un periodo definito. <i>Pagine 11, 17, 32, 38, 42, 115, 134, 136, 138</i>
Informazione del partner	Divulgazione di informazioni al o ai partner sui reperti medici, sullo stato di salute o sierologico di una persona, da parte della persona stessa o di terzi (per esempio il medico). <i>Pagine 8, 59f., 85, 90, 94, 97, 101ff.</i>
Intersessualità	Condizione in cui non è possibile stabilire definitivamente il sesso di un neonato perché i suoi caratteri sessuali interni sono opposti a quelli esterni. Per esempio, individui esternamente femminili che possiedono un genoma maschile (cromosomi XY) e testicoli invece di ovaie e utero. Inversamente, bambini registrati come maschi per via dei genitali esterni che possiedono un corredo genetico femminile (XX) e organi riproduttivi femminili. Questi casi di intersessualità costituiscono solo due esempi della varietà di forme intersessuali. Spesso l'intersessualità è suggerita da un'anomalia dei genitali, che può andare da un clitoride ingrossato o simile a un pene, a un micropene. <i>Pagina 90</i>
Isis-Info	Il sito Internet Isis-info.ch informa sulle offerte di tutti i servizi di consulenza incaricati dai Cantoni in Svizzera che si occupano di gravidanza, pianificazione familiare, sessualità e di aiuto contro l'Aids. Si può considerare quindi la piattaforma informativa dei servizi di consulenza svizzeri in materia di salute sessuale e riproduttiva (SSR). <i>Pagina 95</i>

IST (infezione sessualmente trasmissibile)	Talvolta si trova l'acronimo inglese STI (Sexually Transmitted Infection): definizione introdotta dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per le infezioni che, indipendentemente dal provocare uno stato di malattia, possono essere trasmesse mediante contatti sessuali.
Microbicidi	Sostanze chimiche che uccidono gli agenti patogeni. Una possibilità d'impiego dei microbicidi è la prevenzione di un'infezione da HIV o da un'altra IST durante un rapporto sessuale. <i>Pagine 18 f.</i>
Modello di cure integrate (managed care)	Sistema di gestione nella sanità pubblica: il managed care è un concetto che prevede la gestione da parte di un solo attore di tutta la catena delle prestazioni in tutti i settori dell'assistenza al fine di garantire un'assistenza sanitaria integrale. L'obiettivo è configurare in modo efficiente ed efficace tutti i processi dell'assistenza. Gli elementi centrali sono l'assicurazione della qualità dell'assistenza e la corresponsabilità verso il budget dei fornitori di prestazioni nel sistema managed care. <i>Pagina 104</i>
Monitoraggio	Raccolta regolare, permanente e sistematica di dati comparabili. Il monitoraggio viene eseguito per aiutare i diversi esecutori delle misure statali a riconoscere modifiche e/o tendenze nell'attuazione e negli effetti delle misure, oltre che nel comportamento dei gruppi bersaglio. L'attenzione si concentra principalmente su processi, risultati ed effetti, anche se possono essere raccolti dati biologici e comportamentali. <i>Pagine 8, 45, 47, 60, 79, 110, 114 ff., 120, 122 f., 129, 144 f.</i>
MSM (men who have sex with men)	Uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini. Non si tratta solo di uomini con un'identità omosessuale che hanno rapporti esclusivamente con uomini, ma anche di uomini che si identificano come bisessuali o eterosessuali e che talvolta praticano sesso omosessuale. <i>Pagine 23, 25 ff., 45 ff., 55 f., 64 f., 79, 83, 85, 99, 114 ff., 122, 131, 134 ff.</i>
Obbligo di dichiarazione	In Svizzera laboratori e medici hanno l'obbligo di dichiarare i casi di HIV, Aids e di altre infezioni sessualmente trasmissibili: epatite B e C, gonorrea, sifilide e clamidiosi (l'obbligo per quest'ultima concerne solo i laboratori). L'obbligo di dichiarazione comprende, oltre a parametri biologici, anche dati sociodemografici e informazioni sulla presunta esposizione. <i>Pagine 23, 32, 42, 115 f.</i>
Omofovia	Avversione o manifesta ostilità sociale verso gli omosessuali, oppure «paura irrazionale, in quanto obiettivamente ingiustificabile, delle persone omosessuali e del loro stile di vita». Nelle scienze sociali, l'omofobia viene inclusa insieme a fenomeni come il razzismo, la xenofobia o il sessismo nella definizione nata in ambito tedesco di «gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit (inimicizia diretta a gruppi)». <i>Pagina 30</i>
Omosessualità	Orientamento o identità sessuale in cui si provano amore, sentimenti romantici e desiderio sessuale per persone del proprio sesso. Le donne omosessuali sono chiamate anche lesbiche e gli uomini omosessuali gay. L'aggettivo omosessuale è utilizzato anche per designare atti sessuali tra persone dello stesso sesso che non sono lesbiche o gay. <i>Pagine 30, 34 ff., 47, 52, 55, 85, 90, 127, 134, 136, 140</i>
Orientamento sessuale	Il termine implica l'esistenza di persone che si sentono attratte affettivamente e sessualmente dal sesso opposto (eterosessuali), dal proprio sesso (omosessuali) o da entrambi i sessi (bisessuali). <i>Pagine 77, 89 f., 95</i>

Pedagogia sessuale	Campo delle scienze dell'educazione che si occupa dell'elaborazione delle basi, degli approcci e dei materiali pedagogici per l'informazione e l'educazione sessuale. <i>Pagine 95, 111, 129</i>
Prevalenza	Indica quante persone appartenenti a un gruppo specifico (popolazione) di grandezza definita sono infettate da un agente patogeno specifico o affette da una specifica malattia. Diversamente dall'incidenza, la prevalenza include oltre alle nuove diagnosi anche le persone già malate (o infette) nel periodo in esame. <i>Pagine 7f., 17, 27, 30, 32, 42, 46, 55, 59f., 63ff., 78, 83ff., 98, 100, 114ff., 121, 131, 134, 136, 138</i>
Prevenzione	Termine generale che definisce tutte le misure che contribuiscono a ridurre la comparsa, la diffusione e gli effetti negativi di malattie o di disturbi della salute. Le misure preventive comprendono interventi medici, psicologici ed educativi, misure di controllo dell'ambiente, provvedimenti legislativi, lobbismo e campagne mediatiche. La «prevenzione comportamentale» è diretta alle persone; la «prevenzione strutturale», come dice il nome, è diretta primariamente a strutture (società/politica/legislazione e contesto). Queste strutture sono intese come una variabile che si inserisce tra l'intervento preventivo e il comportamento individuale.
Prevenzione comportamentale	Designazione delle strategie preventive che mirano a ridurre i comportamenti a rischio individuali influenzando su comportamenti specifici. <i>Pagine 7, 78</i>
Prevenzione strutturale	Strategia per evitare di contrarre malattie e altri disturbi della salute che mira alla creazione di un clima favorevole alla prevenzione mediante un accesso capillare e a bassa soglia ai servizi di informazione e prevenzione, per facilitare l'utilizzo delle misure individuali di protezione e prevenzione. <i>Pagine 7, 61, 85, 98ff.</i>
Primoinfezione	Prima infezione da un agente patogeno. Nel caso dell'HIV, il virus di norma si diffonde rapidamente nel corpo in 3–10 giorni (talvolta in 3 mesi) e si insedia stabilmente. Questa fase spesso viene accompagnata da sintomi similinfluenzali come febbre, ingrossamento dei linfonodi, mal di gola, ecc. Durante la primoinfezione la carica virale nel sangue e nello sperma è molto elevata, perciò la persona colpita è molto contagiosa. <i>Pagine 17, 23, 28, 63f., 99, 136</i>
Profilassi post-esposizione (PEP)	Termine tecnico che designa le misure di profilassi secondaria dopo un'esposizione presunta o effettiva a un agente patogeno, allo scopo di impedire un'infezione o una malattia. La PEP dell'HIV in caso di esposizione professionale o non professionale (es. sessuale) prevede l'avvio immediato di una terapia antiretrovirale combinata (possibilmente entro 24 ore, al più tardi dopo 72 ore), in caso di ferimento con ago prevede inoltre lavaggio e pulizia della ferita, in caso di esposizione orale (contatti sessuali orogenitali con eiaculazione) sciacquo della bocca. Se possibile, dopo aver discusso e ottenuto il consenso della persona eventualmente infettata, è indicato eseguire un test rapido per determinare lo stato sierologico e valutare il rischio di un contagio. La PEP di solito viene somministrata per 28 giorni. Un avvio tempestivo può ridurre il rischio di infezione da HIV. <i>Pagina 101</i>

Provider-Initiated Counselling and Testing (PICT)	Il concetto PICT (consulenza e test HIV su iniziativa del medico) integra il concetto VCT (consulenza e test su base volontaria), in cui l'iniziativa di sottoporsi al test HIV parte dal cliente. La differenza sostanziale tra i due approcci consiste nel fatto che nel PICT è il medico a proporre il test alla persona venuta per una consultazione (di solito per altri motivi). In linea di principio entrambi i concetti devono soddisfare i criteri delle 3 C: consenso, ossia nessun test senza consenso esplicito e dato liberamente; confidenzialità, ossia test e risultati non accessibili a terzi; consulenza, prima e dopo il test. <i>Pagine 63 ff., 97, 101</i>
Ricerca	Per ricerca si intende l'uso di determinati metodi per ottenere in modo graduale nuove conoscenze. Si distingue la ricerca di base da quella applicata. La prima tenta di ampliare le conoscenze scientifiche senza uno scopo specifico, mentre la ricerca applicata mira a un sapere concreto e con rilevanza diretta per la pratica. Una forma particolare di ricerca applicata è la sorveglianza. <i>Pagine 11, 19, 69, 79, 111, 115 f., 117 ff., 122, 124, 129 ff., 135, 142 ff.</i>
Riduzione del danno (harm reduction)	Nata nell'ambito del lavoro improntato sull'accettazione nella lotta alle tossicodipendenze, quest'espressione designa una gestione dell'uso di droghe (illegali) improntata a evitare o ridurre il rischio di danni alla salute, psichici o sociali causati dal consumo di droghe. Il concetto prevede l'informazione sugli stupefacenti e su altre sostanze, sui loro effetti fisici e psichici, la trasmissione di conoscenze sulla gestione del rischio (es. evitare i sovradosaggi) e sui metodi di consumo possibilmente meno rischiosi (come il safer use). <i>Pagine 56, 100, 122</i>
Safer sex	Letteralmente (ingl.) «sesso più sicuro». Termine nato negli anni 1980 per designare pratiche sessuali in cui è molto improbabile la trasmissione dell'HIV (e in parte di altre infezioni sessualmente trasmissibili). Il nome implica che una riduzione del rischio è possibile, ma una sua completa eliminazione (safe sex) è realistica solo in casi eccezionali (es. limitarsi esclusivamente alla masturbazione). Le regole del safer sex sostanzialmente recitano: nessuna penetrazione senza preservativo, mai sperma o sangue in bocca, in caso di prurito, secrezione o dolore nella regione genitale consultare il medico. <i>Pagine 7, 12, 17, 38, 64, 66, 78, 85, 90, 94, 102, 141</i>
Salute pubblica (public health)	Definizione dell'OMS (1998): la salute pubblica è un concetto sociale e politico che mira, attraverso la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e altri interventi sanitari, a migliorare la salute, allungare la vita e aumentare la qualità della vita della popolazione. <i>Pagine 7 f., 13, 17 ff., 46, 59, 63, 79, 112 f., 116 ff., 129, 133</i>
Salute riproduttiva (reproductive health)	Secondo la definizione del programma d'azione della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo, tenutasi al Cairo nel 1994, «La salute riproduttiva [...] implica che le persone siano in grado di avere una vita sessuale soddisfacente e sicura e che abbiano la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto riprodursi.» <i>Pagine 77, 97, 122</i>
Salute sessuale (sexual health)	Stato (o condizione di base) dello sviluppo umano in cui la sessualità può essere vissuta in modo soggettivo, soddisfacente e senza nuocere ad altre persone. L'OMS definisce la salute sessuale come uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale legato alla sessualità, e non semplicemente l'assenza di malattia, disfunzione o infermità. La salute sessuale richiede un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come la possibilità di avere esperienze sessuali piacevoli e sicure, libere da coercizioni, discriminazioni e violenza. Affinché la salute sessuale venga raggiunta e mantenuta, i diritti di tutte le persone in materia sessuale devono essere rispettati, protetti e soddisfatti (OMS 2002). <i>Pagine 7 f., 12, 59 ff., 66, 73, 77 f., 85, 89, 94 f. 97, 101, 109 f., 112, 116 ff., 124, 131, 142 ff.</i>

Screening	Lo screening consente di riconoscere anomalie o fattori di rischio mediante test, esami o altre procedure semplici che possono essere eseguite rapidamente su grande scala. Lo screening non intende sostituire una vera diagnosi. Le persone con riscontri positivi o sospetti devono essere indirizzate alle strutture sanitarie per la diagnosi e il trattamento. Il cosiddetto «screening selettivo» è rivolto a un gruppo selezionato in cui si ritiene che vi sia un rischio elevato di contrarre una determinata malattia o disturbo. <i>Pagine 36, 60, 63, 65, 97</i>
Second Generation Surveillance System (SGS)	Il sistema di sorveglianza di seconda generazione (SGS) designa un tipo di sorveglianza in cui i dati biologici e le dichiarazioni di nuovi casi di HIV e IST sono combinati con dati comportamentali, come il comportamento sessuale e il comportamento di protezione o di rischio. Questi dati sono rilevati e analizzati in modo regolare e sistematico. La SGS non solo consente di stimare la gravità di un problema di salute pubblica, ma anche di analizzarne le cause e di pronosticare l'evoluzione futura di un'epidemia. <i>Pagina 129</i>
SHCS, Studio svizzero della coorte HIV	Lo studio svizzero della coorte HIV ha consentito, grazie alla creazione di una vasta coorte di pazienti affetti da HIV, l'accumulo di un insieme di dati a disposizione di tutti i ricercatori interessati (ricerca biomedica o clinica). In qualità di rete cooperativa interdisciplinare, lo SHCS include elementi di ricerca sulla malattia e di ricerca orientata ai pazienti. <i>Pagine 11, 47, 55, 69, 110, 115 f., 118 f., 131 f., 140, 143 f.</i>
Sierodifferente (sierodiscordante)	Una coppia sierodifferente (in precedenza chiamata sierodiscordante) presenta stati sierologici differenti tra i partner, per esempio uno dei due partner è HIV positivo e l'altro no. <i>Pagina 47</i>
Sintomo	Sensazione riferita dal paziente causata da uno stato di malattia, per esempio un dolore. Teoricamente si distingue dal segno, ossia da un riscontro anomalo fatto dal medico, ma il termine viene comunemente usato per indicare sia «sintomo» che «segno». <i>Pagine 17, 23, 34, 36, 38, 40, 63 ff., 78, 117, 134, 136, 138</i>
Sistema di dichiarazione «Sentinella»	Il sistema di dichiarazione svizzero Sentinella è stato istituito per la raccolta di dati epidemiologici, la sorveglianza di malattie trasmissibili e altre malattie acute e per la ricerca nel campo della medicina di base. Sistemi del tipo sentinella sono presenti in vari Paesi europei, talvolta da parecchi anni, come nel Regno Unito, in Francia, nei Paesi Bassi, in Belgio, in Germania, in Italia, in Portogallo e in Spagna. In Svizzera, dopo un periodo di prova nell'ambito di un progetto regionale, è stata creata nel 1986 la rete «Sentinella» per la sorveglianza delle malattie trasmissibili più frequenti. Da allora lo spettro di rilevazione si è allargato anche a malattie non infettive. Oltre a registri specifici, come quelli per i tumori, il sistema Sentinella è quindi l'unico strumento presente nel nostro Paese che consenta di osservare l'evoluzione di malattie diffuse in tutta la popolazione e non soggette all'obbligo di dichiarazione, nonché di farsi un'idea dell'assistenza primaria fornita dai medici di base. <i>Pagine 42, 114, 116</i>

Sorveglianza (surveillance)	Rilevazione regolare e/o continua e sistematica di dati epidemiologici e di altro tipo (con indicatori comparabili), seguita da un'analisi secondo criteri rilevanti (es. età, sesso, via di trasmissione, ecc.), per compiere un'osservazione coerente di un'epidemia. Nel lavoro sull'HIV e sulle IST si tratta in particolare della raccolta di dati sulle nuove diagnosi di infezione da HIV/IST e sui casi di Aids e di decessi attribuiti all'Aids. La sorveglianza è uno strumento importante per affrontare le sfide nazionali di salute pubblica. In Svizzera medici e laboratori sono obbligati a dichiarare i casi di HIV, Aids, gonorrea, sifilide e clamidiosi (per quest'ultima l'obbligo vale solo per i laboratori). L'obbligo di dichiarazione comprende, oltre a parametri biologici, anche dati sociodemografici e informazioni sulla presunta esposizione. <i>Pagine 13, 17, 84, 114 ff., 122, 129</i>
Sorveglianza biologica	La sorveglianza biologica consiste nel raccogliere e analizzare dati sullo stato dell'infezione da HIV e dalle IST rilevanti, nonché sulle comorbidità rilevanti. La raccolta dei dati avviene di regola mediante screening della popolazione generale o di gruppi di persone definiti. In Svizzera la sorveglianza biologica viene eseguita nell'ambito dello screening dei donatori di sangue (per HIV, HBV, HCV e sifilide) e di norma nelle donne gravide (HIV e sifilide) e nei pazienti con IST (HIV). <i>Pagine 8, 13, 23 ff., 60, 114</i>
Sorveglianza comportamentale	Raccolta regolare e analisi dei dati rilevanti per la prevenzione sul comportamento delle persone appartenenti a determinati gruppi di popolazione. La sorveglianza comportamentale concentra l'attenzione e gli sforzi sull'individuazione, in un Paese, dei gruppi particolarmente colpiti dall'HIV e/o dalle IST e sull'entità di questo fenomeno. La sorveglianza dei comportamenti a rischio in relazione alla protezione dall'HIV e dalle altre IST è uno strumento prezioso nella salute pubblica, poiché consente di osservare la distribuzione del rischio di trasmissione di HIV/IST nella popolazione generale e nei gruppi a rischio e di sorvegliarne l'evoluzione nel tempo. <i>Pagine 13, 43 ff., 60, 114 f.</i>
Stakeholder	Letteralmente (ingl.): soggetto portatore di interessi. La definizione racchiude i promotori e i partecipanti al progetto e le cerchie interessate, quindi uno stakeholder è: ■ una persona, un gruppo di persone o un'organizzazione, ■ che è coinvolta attivamente nel progetto o influenzata dall'andamento o dall'esito del progetto. ■ che all'occorrenza può influenzare l'andamento o l'esito del progetto. <i>Pagine 7, 12 f., 112 f., 119, 127 f., 129</i>
Stato sierologico	Una delle due possibili condizioni del siero sanguigno (la parte liquida del sangue): in un individuo sieropositivo sono stati riscontrati anticorpi contro un antigene specifico, in un individuo sieronegativo no. Il processo di individuazione degli anticorpi è però limitato da due fattori temporali: da una parte l'organismo infetto deve aver cominciato a produrre anticorpi, dall'altra questi ultimi devono aver raggiunto una concentrazione sufficiente. <i>Pagine 46, 59, 141</i>
Stigmatizzazione	Lo stigma è una caratteristica fisica, psichica, caratteriale o sociale di una persona che è stata attribuita da altri. Lo stigma evoca negli altri rifiuto, angoscia o disagio e svaluta chi lo porta. <i>Pagine 60 f., 65, 79, 95, 99, 109 ff., 122</i>

Terapia antiretrovirale combinata (ART)	ART è l'acronimo di Antiretroviral therapy (ingl.): si tratta di un trattamento contro i retrovirus (in genere l'HIV) che combina diversi medicinali con meccanismi d'azione o punti d'attacco differenti, volti a inibire la replicazione del virus. Lo scopo della terapia è abbassare la carica virale sotto la soglia misurabile. <i>Pagine 11, 23, 24 f., 27, 55, 59, 69</i>
Third Generation Surveillance System	La sorveglianza di terza generazione (TGS) è un sistema di sorveglianza ad ampio raggio, che oltre alla sorveglianza biologica, epidemiologica e comportamentale, sottopone a monitoraggio le singole misure di prevenzione e offerte di consulenza per valutarne l'efficacia. Il monitoraggio comprende anche un'analisi costi-benefici. Lo scopo della sorveglianza di terza generazione è riuscire a confrontare le misure di prevenzione in termini di benefici e di costi e quindi ordinarle secondo la priorità. Ciò fornisce ai responsabili le necessarie basi per distribuire in modo ottimale le scarse risorse destinate alle varie misure di prevenzione. La third generation surveillance costituisce quindi uno strumento importante per garantire la qualità e valutare l'efficacia della prevenzione. <i>Pagine 8, 60, 114 ff., 129</i>
Identità transgender (persone transgender/transessuali)	Persone la cui identità di genere non corrisponde al proprio sesso biologico. Sono spesso confrontate a un'esigenza di cambiare sesso (trattamento ormonale/intervento chirurgico). <i>Pagine 85, 90, 130</i>
Valutazione	Le valutazioni sono usate in modo particolare per giudicare l'efficacia delle misure statali. Sono indagini specifiche e limitate nel tempo, eseguite per identificare il piano, l'attuazione e gli effetti dell'intervento statale, misurarli ove è possibile e giudicare in che misura contribuiscano al benessere collettivo. Le finalità di una valutazione sono (1) fornire un resoconto dell'azione dello Stato, (2) evidenziare approcci per il miglioramento e innescare processi di apprendimento, (3) fornire conoscenze per organizzare e adeguare le misure statali e (4) ampliare in generale la comprensione delle misure statali e dei loro presupposti per il successo. I criteri più usati per la valutazione delle misure statali sono l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità. Le valutazioni possono tenere conto dei dati provenienti dalle attività di monitoraggio e di sorveglianza. <i>Pagine 13, 32, 65, 79, 111, 115 ff., 123, 129, 142</i>
Voluntary Counselling and Testing (VCT)	Il VCT, che significa consulenza e test su base volontaria, designa un intervento preventivo individuale già collaudato a livello internazionale, in cui si mira a ridurre il rischio di trasmissione dell'HIV combinando la consulenza e il test HIV in modo strutturato e uniforme. Il VCT garantisce al cliente confidenzialità. Un test HIV viene effettuato solo se il cliente fornisce il proprio consenso volontario e informato. <i>Pagine 63 ff., 97, 101, 113, 132</i>
Vulnerabilità	Propensione a contrarre una determinata malattia. <i>Pagine 7, 83 f.</i>

Fonti:

Last J. Mast, A Dictionary of Epidemiology, New York, Oxford University Press 2005
 Duden: Universalwörterbuch, Fremdwörterbuch
 Dr. Stephan Dressler, HIV/Aids Taschenlexikon, Berlin 2008
 Glossario di Aiuto Aids Svizzero, www.aids-moodle.ch
www.wikipedia.com, 12.04.2010
www.public-health.ch, 12.04.2010
 Glossario di politica sociale: www.socialinfo.ch, 12.04.2010

17 ABBREVIAZIONI



AAS	Aiuto Aids Svizzero
Aids	Sindrome da immunodeficienza acquisita (acquired immune deficiency syndrome)
ART	Terapia antiretrovirale combinata
BerDa	Guida alla consulenza e sistema di elaborazione dei dati per i centri VCT
BIG	Lotta contro le malattie infettive in ambito carcerario
CCRAids	Commissione di controllo della ricerca sull'Aids
CCT	Commissione peritale clinica e terapia HIV/Aids
CDPE	Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione
CFPA	Commissione federale per i problemi legati all'Aids
CFV	Commissione federale per le vaccinazioni
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CLD	Commissione peritale laboratorio e diagnostica HIV/Aids
CNR	Centro nazionale per i retrovirus
CYLL	Check-Your-Loveline
DCF	Decreto del Consiglio federale
DFAE	Dipartimento federale degli affari esteri
DFI	Dipartimento federale dell'interno
DSC	Direzione dello sviluppo e della cooperazione
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
FMH	Federazione dei medici svizzeri
FNS	Fondo nazionale svizzero per la ricerca scientifica
FSW	Lavoratrice del sesso (female sex worker)
GAP	Politica estera in materia di sanità
GFATM	The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria
GIPA	Greater Involvement of People Living with HIV/Aids
HBV	Virus dell'epatite B
HCV	Virus dell'epatite C
HIV	Virus dell'immunodeficienza umana (human immunodeficiency virus)
HPV	Papillomavirus umano
HSV	Herpes genitale
IDU	Consumatori di stupefacenti per via endovenosa (injecting drug user)
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IST	Infezioni sessualmente trasmissibili (sexually transmitted infections)
LEp	Legge federale sulle epidemie
LGBT	Lesbiche, gay, bisessuali e transessuali (Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender)
LGV	Linfogranuloma venereo
MSM	Uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (men who have sex with men)
MSW	Lavoratore del sesso (male sex worker)
MTCT	Trasmissione da madre a figlio
OIL	Organizzazione internazionale del lavoro
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
ONG	Organizzazione non governativa
ONP	Organizzazione non profit
PEP	Profilassi post-esposizione
PHZ	Pädagogische Hochschule Zentralschweiz, Lucerna
PICT	Provider Induced Counselling and Testing
PLANeS	Fondazione svizzera per la salute sessuale e riproduttiva
PNHA	Programma nazionale HIV/Aids
PNHI	Programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili
PrEP	Profilassi pre-esposizione
SAN	Swiss Aids News
SCIH	Swiss Centre for International Health
SGS	Second Generation Surveillance System
SHCS	Studio svizzero della coorte HIV (Swiss HIV cohort study)

SSDV	Società svizzera di dermatologia e venereologia
SSGO	Società svizzera di ginecologia e ostetricia
SSR	Salute sessuale e riproduttiva
TGS	Third Generation Surveillance
UEPP/IUMSP	Unité d'évaluation de programmes de prévention/Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Losanna
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni sociali
UFM	Ufficio federale della migrazione
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UNAIDS	Programma congiunto delle Nazioni Unite su HIV/Aids (The Joint United Nations Programme on HIV/Aids)
UNFPA	Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (United Nations Population Fund)
UNGASS	Sessione speciale delle Nazioni Unite sull'HIV/Aids 2001 (United Nations General Assembly Special Session on Aids)
VCT	Consulenza e test su base volontaria (Voluntary Counselling and Testing)
VEGAS	Associazione delle imprese gay Svizzera

18 BIBLIOGRAFIA



AHS, PLANeS & BAG (2008): Sexuell übertragbare Infektionen. Informationen für Beratende. Zürich, Bern: AHS, BAG. http://www.aids.ch/shop/produkte/fuerfachleute/pdf/1371_STI_beratende.pdf

aids&mobility europe (2010): Hannover: aids&mobility europe. <http://www.aidsmobility.org/114.0.html>

Aids-Hilfe Schweiz (Hrsg.) (2011): Swiss Aids News – SAN. Zürich: Aids-Hilfe Schweiz. <http://www.aids.ch/d/information/newsletter.php>

BAG, AHS, PLANeS, LHIVE, EKAF, SGGG & SGDV (2009): Die Thesen zur Entwicklung des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017. Bern: BAG. Unveröffentlicht.

BAG (Hrsg.) (2011): Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/07914/index.html?lang=de>

BAG (Hrsg.) (2011): spectra – Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de>

Baillif, A. & Low, N. (2010): Diagnosed bacterial sexually transmitted infections in Switzerland: analysis of notifications data, according to physician specialty and setting. Unveröffentlichtes Papier. Bern: Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM).

Benz, A., Lütz, S., Schimank, U., Simonis, G. & (Hrsg.) (2007): Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bihr, S. (2009): Migration und sexuelle und reproduktive Gesundheit. Bestandsaufnahme bei den Beratungsstellen für Schwangerschaft und Familienplanung. Definitiver Bericht für das BAG. Bern: PLANeS. http://www.plan-s.ch/IMG/pdf_092112__migration_und_srg_PLANeS_DEF_korr.pdf

Bundesamt für Gesundheit (2002): Gesamtstrategie BAG. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit (2003): Nationales HIV/Aids-Programm 2004–2008. Bern: Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch/shop/00032/00038/index.html?lang=it>

Bundesamt für Gesundheit (2004): Hepatitis-B-Impfung von Adoleszenten in der Schweiz: Grosser Einfluss auf die Krankheitsinzidenz in dieser Altersgruppe. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 49: 923–931. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/01798/index.html?lang=de>

Bundesamt für Gesundheit (2007): Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008–2013). Bern: BAG. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=it>

Bundesamt für Gesundheit (2007): Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung». Bern: BAG. <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00242/index.html?lang=de>

Bundesamt für Gesundheit (2008): Migration Mainstreaming im Gesundheitswesen. Bern: BAG. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07694/index.html?lang=it>

Bundesamt für Gesundheit (2008): Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 1988 bis 2006: Aktueller Stand und Ausblick. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 8: 140–149. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/04412/index.html?lang=de>

Bundesamt für Gesundheit (2009): Schulische Sexualpädagogik. Bern: BAG. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05470/05482/index.html?lang=it

Bundesamt für Gesundheit (2009): Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 2006 bis 2008. Bern: BAG. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01071/index.html?lang=de>

Bundesamt für Gesundheit (2010): HIV-Quartalszahlen per 31. März 2010. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 18: 480–483. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/07914/index.html?lang=de>

Bundesamt für Gesundheit (2010): Neuerungen im HIV-Laborkonzept. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 35: 791. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05490/05494/index.html?lang=de

Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) (2010): Schweizerischer Impfplan 2010. Richtlinien und Empfehlungen. Bern: BAG. <http://www.bag.admin.ch/ekif/04423/04428/index.html?lang=it>

Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) und Arbeitsgruppe HPV-Impfung (2008): Empfehlungen zur Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV). Richtlinien und Empfehlungen. Bern: Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/index.html?lang=it>

Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Kommission für Impffragen (SKIF) & Schweizerische Expertengruppe für virale Hepatitis (SEVHEP) (1997): Empfehlungen zur Hepatitis-B-Impfung. Richtlinien und Empfehlungen (ehemals Supplementum II). Bern: Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00685/02114/index.html?lang=de>

Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2009): Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012. Bern: B. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/10907/index.html?lang=it>

CAPRISA – Centre for the AIDS Programme of Research in South Africa (2010): The CAPRISA 004 tenofovir gel trial results. Congella: Nelson R. Mandela School of Medicine, University of KwaZulu-Natal. <http://www.capriska.org/joomla/>

Cebolla, B. & Björnberg, A. (2009): The Euro HIV Index 2009 – a reality check of public policy and best practice in 29 countries. Report. Stockholm/Brussels/Winnipeg: Health Consumer Powerhouse. <http://www.healthpowerhouse.se/files/Report%20Euro%20HIV%20index%20091008-3%20with%20cover.pdf>

Council of Europe & committee of ministers (2010): Recommendation CM/Rec(2010)5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity. Strasbourg Cedex: Council of Europe. [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec\(2010\)5&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec(2010)5&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383)

Der Schweizerische Bundesrat (1999): Verordnung über die Meldung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Melde-Verordnung). SR 818.141.1. Bern: Die Bundesbehörden der schweizerischen Eidgenossenschaft. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/818.141.1.de.pdf>

Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1970): Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz). SR 818.101. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft. http://www.admin.ch/ch/d/sr/c818_101.html

Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF), Bundesamt für Gesundheit & SEVHEP (Swiss Experts in Viral Hepatitis) (2006): Hepatitis B: Ursachen, Folgen, Vorbeugung. Bern: Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch/shop/00047/00199/index.html?lang=de>

Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen (2009): Bericht der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen. Jugendsexualität im Wandel der Zeit. Veränderungen, Einflüsse, Perspektiven. Bern. http://www.ekkj.admin.ch/c_data/d_09_Jugendsexualitaet.pdf

Eidgenössisches Departement des Innern EDI und Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten EDA (2006): Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik. Aussenpolitische Zielvereinbarung im Bereich Gesundheit. Bern: EDI, EDA. <http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11523/index.html?lang=de>

Europarat (1950): Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) SR 1.01. Bern. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i1/0.101.de.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control & WHO Regional Office for Europe (2009): HIV/AIDS surveillance in Europe 2008. Stockholm: ecdc and WHO Europe. http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0912_SUR_HIV_AIDS_surveillance_in_Europe.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control ECDC (2009): Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Technical Report. Stockholm: ECDC. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_Mapping_of_HIV_STI_Behavioural_Surveillance_in_Europe.pdf

Fachkommission Labor und Diagnostik von HIV/Aids des BAG FLD (2006): Das schweizerische HIV-Testkonzept – aktualisierte Übersicht über Technisches Konzept und Laborkonzept. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 51: 1022–1034. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/01795/index.html?lang=de>

- Flepp, M., Cavassini, M., Vernazza, P. L., Furrer, H. & für die Fachkommission Klinik und Therapie HIV/Aids (FKT) (2010): Der HIV-Test auf Initiative des Arztes: Empfehlungen zur Durchführung bei Erwachsenen. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 11: 364–366. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/07914/index.html?lang=de>
- Flepp, M., Jost, P., Vernazza, P. L., Hirschel, B., Bernasconi, E., Bundesamt für Gesundheit, Subkommission Klinik (SKK) der Eidg. Kommission für Aids-Fragen (EKAF) und Subkommission Klinik (SKK) der Eidgenössischen Kommission für Aids-Fragen (EKAF) (1999): Präventionsempfehlungen zur Reduktion des HIV-Übertragungsriskos bei orogenitalen Sexualpraktiken behalten ihre Gültigkeit. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 11: 210–211. www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05490/05494/index.html
- Frey, K. & Kübler, D. (2006): Sozialwissenschaftliche HIV/Aids-Forschung in der Schweiz 1987–2006. Förderung, Vermittlung und zukünftige Entwicklung. 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Zürcher Politik- und Evaluationsstudien Nr. 4. Zürich: Universität Zürich, Institut für Politikwissenschaft. <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02062/03524/index.html?lang=de>
- Haering, B. & Lother, M. (2010): Forschung zu Sexual Health/STI: Übersicht und Möglichkeiten der Förderung. Schlussbericht z.H. BAG. Zürich: econcept AG. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=de
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel (2008): Fokusbericht Gender und Gesundheit. Bern: BAG. http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_207.pdf
- International Planned Parenthood Federation IPPF (2009): Sexuelle Rechte: Eine IPPF-Erklärung. London: IPPF. <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/49E80704-61E5-455E-AF59-306FF3E1F96E/0/SexualRightsGerman.pdf>
- Iten, A. & Gravier, B. (2005): Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande (EPIPS). Deuxième phase de l'étude. Rapport Final. Lausanne: Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Canton de Vaud.
- Jaton, K. & Greub, G. (2005): Chlamydia: signes d'appel, diagnostic et traitement. Revue Médicale Suisse 13. <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=30280>
- Jeannin, A., Meystre-Agustoni, G., Locicero, S. & Dubois-Arber, F. (2010): Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds155b_de.pdf
- Kayser, F. H., Böttger, E. C. & Zinkernagel, R. M. (2005): Medizinische Mikrobiologie. Stuttgart-Fuerbach: Thieme.
- Kessler, C. (2009): International Context Analysis. HIV und STI Strategies and Programmes: The European and International Reference. Basel und Bern: SCHI und BAG. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=de
- Kessler, C. (2010): Expertensicht – die internationalen Bezüge des Nationalen HIV und STI Programms 2011–2017. Bericht z.H. BAG. Basel: Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=de
- Kessler, C., Weiss, S. & Stucki, C. (2009): Nationales HIV/Aids und STI Programm: Webbasierte Stakeholderbefragung 2009. Basel und Bern: Swiss Center for International Health (SCIH) und BAG. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=de
- Kouyos, R. D., Von Wyl, V., Yerly, S. & Böni, J. (2010): Molecular Epidemiology Reveals Long-Term Changes in HIV Type 1 Subtype B Transmission in Switzerland. The Journal of Infectious Diseases 201: 1488–1497. http://www.usz.ch/SiteCollectionDocuments/Medienmitteilungen/MM_2010/100507_Spritzenabgabe_SNF-Studie_Kouyos_JID_Mol_Epi_Subtyp_B_SHCS_May_2010.pdf
- Krech, T., Cassinotti, P., Deseö, N., Biegert, A., Gesenhues, T. & Käppli, F. (2010): Urogenitale Humane Papillomviren und Chlamydien. Epidemiologie bei Schweizer Frauen unter Anwendung neuer Nachweisverfahren. Schweiz Med Forum 10: 230–232. http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2010/2010-12/2010-12-285.PDF
- Locicero, S., Dubois-Arber, F. & Jeannin, A. (2010): Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Résultats de Gaysurvey 2009. Raisons de santé 163. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds163_fr.pdf

Member States of the WHO European Region (2004): Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Copenhagen: WHO Europe. http://www.unicef.org/ceecis/The_Dublin_Declaration.pdf

Menzi, P., Leu, M. & Galgado, M. (2008): Handbuch Prävention und Therapie. Bern: infodrog, Bundesamt für Gesundheit.

Nau, J.-Y. (2009): Nouvelle alerte à la lymphogranulomatose vénérienne rectale. Revue Médicale Suisse Décembre. <http://revue.medhyg.ch/infos/article.php3?sid=2404>

Niveau, G. (2006): Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: A review. Journal of the Royal Institute of Public Health 120: 33-41. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B73H6-4H0BT2F1-1&_cdi=11546&_user=7305403&_pii=S003335060500154X&_origin=search&_coverDate=01%2F31%2F2006&_sk=998799998&view=c&wchp=dGLbVIW-zSkzV&md5=b0341dc3823cf43ddb845abb8623ce98&ie=/sdarticle.pdf

Office fédéral de la santé publique (2010): Rapport de situation nationale à l'intention de l'UNGASS. Suisse. Période considérée: janvier 2008-décembre 2009. Berne: OFSP. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/05468/index.html?lang=de

Pädagogische Hochschule Zentralschweiz (Hrsg.) (2009): Grundlagenpapier Sexualpädagogik und Schule. Grundlagen für die schweizweite Verankerung von Sexualerziehung in der Schule sowie Überlegungen für die Aus- und Weiterbildung von Lehrpersonen an Hochschulen. Luzern: PHZ. http://www.wbza.luzern.phz.ch/fileadmin/media/wbza.luzern.phz.ch/gesundheitsfoerderung/Grundlagenpapier_Sexualpaedagogik_Version_4_1_D.pdf

Paget, J. W., Zbinden, R., Ritzler, E., Zwahlen, M., Lengeler, C., Stürchler, D., Matter, H. C. & Swiss Sentinel Surveillance Network of Gynecologists (2002): National laboratory reports of Chlamydia trachomatis seriously underestimate the frequency of genital chlamydial infections among women in Switzerland. Sex Transm Dis. 29: 715-720. http://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2002/11000/National_Laboratory_Reports_of_Chlamydia.16.aspx

Pfluger, T., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2009): Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen. Zurich: Research Institute for Public Health and Addiction. <https://www.zora.uzh.ch/28145/>

Rosenbrock, R., Almedal, C., Elford J., Kübler, D., Lert, F. & Matic, S. (2009): Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts. Horgen: Syntagma. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=de

Rosenbrock, R., Almedal, C., Elford J., Kübler, D., Lert, F. & Matic, S. (2009): Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts. Expert Report. Horgen: Syntagma. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=de

Salis Gross, C. (2010): Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen. SuchtMagazin 1: 18-21. http://www.isgf.ch/fileadmin/downloads/SuMag_01_2010_gross.pdf

Schweizerische Eidgenossenschaft (1970): Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) (SR 818.101). Bern: Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. http://www.admin.ch/ch/i/sr/c818_101.html

Schweizerische Eidgenossenschaft (1999): Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (SR 101). Bern: Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. <http://www.admin.ch/ch/i/sr/101/>

Spencer, B. (2001): «Und Gott schuf die Geschlechter». Geschlechtsspezifische HIV-Prävention. AIDS INFOTHEK 2: 4-9. http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_132.pdf

UNAIDS (2000): Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC295-Protocol_en.pdf

UNAIDS (2004): «Three Ones» key principles. «Coordination of National Responses to HIV/AIDS». Guiding principles for national authorities and their partners. Genf: UNAIDS. http://data.unaids.org/UNA-docs/Three-Ones_KeyPrinciples_en.pdf

UNAIDS (2007): The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA). Policy Brief. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1299-PolicyBrief-GIPA_en.pdf

UNAIDS (2008): Criminalization of HIV Transmission. Policy Brief. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf

- UNAIDS (2009): Scientists come together for the AIDS Vaccine Conference 2009. Geneva: UNAIDS. http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20091015_AIDS_Vaccine.asp
- UNAIDS (2010): Human rights and HIV. Geneva: UNAIDS. <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/HumanRights/default.asp>
- UNAIDS & WHO (2009): 2009 AIDS epidemic update. Geneva: UNAIDS. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>
- UNAIDS & WHO (2009): AIDS epidemic update: November 2009. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf
- UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance (2000): Guidelines for Second generation HIV Surveillance. Second generation surveillance for HIV: The next decade. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epiworkinggrp.asp>
<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epiworkinggrp.asp>
- United Nations (2000): United Nations Millennium Development Declaration. New York: UNO. <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>
- UNO (1948): Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. New York: UNO. <http://www.un.org/Depts/german/grunddok/ar217a3.html>
- UNO (1965): Internationales Übereinkommen vom 21. Dezember 1965 zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung SR 0.104. Bern. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i1/0.104.de.pdf>
- UNO (1966): Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte SR 0.103.2. Bern. http://www.admin.ch/ch/i/rs/0_103_2/
- UNO (1966): Internationaler Pakt vom 16. Dezember 1966 über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte SR 0.103.1. Bern. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i1/0.103.1.de.pdf>
- UNO (1989): Übereinkommen über die Rechte des Kindes SR 0.107. Bern. http://www.admin.ch/ch/i/rs/0_107/
- UNO (2001): Declaration of Commitment on HIV/AIDS. New York: UNO. United Nations General Assembly Special Session UNGASS. Dok. Nr. A/RES/S-26/2 01 43484 <http://www.un.org/ga/aids/docs/aress262.pdf>
- UNO (2006): Political Declaration on HIV/AIDS. New York: UNO. http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf
- Van de Laar, M. J. (2010): The emergence of LGV in Western Europe: what do we know, what can we do? *Eurosurveillance* 11: pii=641. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=641>
- Vanhems, P., Allard, R., Cooper, D. et al. (1997): Acute human immunodeficiency virus type 1 disease as a mononucleosis-like illness: Is the diagnosis too restrictive? *Clin. Infect. Dis.* 24: 965-970.
- Vernazza, P. L. (2009): Endlich: Zum ersten Mal ein erfolgreiches Resultat einer HIV-Impfung. St. Gallen: Fachbereich Infektiologie/Spitalhygiene Kantonsspital St.Gallen. <http://www.infekt.ch/kategorien/lehreforschung/literaturescreen/hiv/1901-endlich-zum-ersten-mal-ein-erfolgreiches-resultat-einer-hiv-impfung.html>
- Vernazza, P. L., Hirschel, B., Bernasconi, E. & Flepp, M. (2008): HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. *Schweiz Ärztezeitung* 89: 165-169. http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-05/2008-05-089.PDF
- Weinhardt, L. S. (2005): The effects of HIV diagnosis on sexual risk behavior. In: Kalichman, S. C. (Ed.): *Positive Prevention: Reducing risk among people living with HIV*. New York: Kluwer.
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Geneva: WHO. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- WHO (2002): Guidelines for the Upgrading of HIV/AIDS/STI Surveillance in the Caribbean (2002). The Third Generation Surveillance of HIV/AIDS/STI. Linking HIV, AIDS and STI Case-Reporting Behavioural and Care Surveillance. Geneva: WHO. <http://www.who.int/hiv/strategic/pubcarecspsti/en/index.html>

WHO (2006): Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

WHO & UNAIDS (2007): New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/mc_recommendations_en.pdf

Wolff, H., Lourenço, A., Bodenmann, P., Epiney, M., Uny, M., Andreoli, N., Irion, O., Gaspoz, J.-M. & Dubuisson, J.-B. (2008): Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study. BMC Public Health 8: 10.1186/1471-2458-8-391. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/391>

World Health Organization, D. o. R. H. a. R. (2007): Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015. Breaking the chain of transmission. Geneva: WHO. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/print.html>

Zurn, P., Taffé, P., Rickenbach, M. & Danthine, J.-P. (2001): Social cost of HIV infection in Switzerland. Lausanne: Institut d'économie et management de la santé (IEMS). <http://www.hec.unil.ch/jdanthine/other%20reports/hiv.pdf>