

EMIS-2017

Indagine su salute, comportamenti a rischio
e bisogni di prevenzione tra le persone gay, bisessuali, ed altri MSM

Rapporto per l'Italia

2021

Informazioni relative alla pubblicazione

Anno di pubblicazione: 2021

Autori

- Per la parte di metodologia e risultati: Maddalena Cordioli, Lorenzo Gios, Massimo Mirandola (UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona), Nigel Sherriff (School of Health Sciences, University of Brighton, Brighton, UK). In particolare la sezione metodologica del presente rapporto è in larga parte una traduzione e adattamento della sezione metodi del report internazionale EMIS-2017.
- Per la parte di implicazioni e prospettive da parte delle associazioni e della comunità: Maria Luisa Cosmaro (Fondazione Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS – LILA Milano), Michele Breveglieri (Arcigay Italia), Filippo Maria Nimbi (Dipartimento di psicologia dinamica e clinica, Università La Sapienza di Roma), Giulio Maria Corbelli (PLUS Network persone LGBT sieropositive)

Riferimenti al progetto EMIS-2017

Il progetto EMIS-2017 è stato realizzato nel contesto del progetto ESTICOM, basato su un contratto di servizio (2015 71 01) con la L'agenzia per i consumatori, la salute, l'agricoltura e la sicurezza alimentare (CHAFEA) della Commissione Europea. Il contratto di riferimento è il n° Chafea/2015/Health/38.

Il presente rapporto italiano è stato redatto nel contesto del progetto.

Per ulteriori informazioni, è possibile visitare il sito del progetto (www.emis2017.eu), oppure scaricare il report internazionale disponibile online (The EMIS Network. EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019)

Sommario

Ringraziamenti	6
Note terminologiche	7
1. Introduzione.....	8
1.1 Il progetto EMIS-2017	8
1.2 Struttura del report italiano.....	8
2. Metodi e disegno dello studio	9
2.1 Paesi/regioni partecipanti.....	10
2.2 La visual identity di EMIS-2017	10
2.3 Sviluppo, struttura e contenuti del questionario.....	10
2.4 Reclutamento durante EMIS-2017.....	11
2.5 Il dataset EMIS-2017	11
2.6 Approccio utilizzato nelle analisi statistiche	12
2.7 Considerazioni metodologiche ed adattamenti nelle variabili	12
2.8 Generalizzabilità delle stime	12
2.9 Ulteriori approfondimenti metodologici.....	12
3. Descrizione del campione	13
3.1 Sesso alla nascita e identità di genere	14
3.2 Età	14
3.3 Distribuzione per Paese di origine, migrazione e lingua	15
3.5 Istruzione	16
3.6 Orientamento e visibilità (outness)	17
3.7 Status di relazione.....	18
3.8 Sesso a pagamento	19
4. Patologie ed aspetti clinici	20
4.1 Problematiche di tipo psicologico.....	21
4.1.1 Ansia e depressione (PHQ4).....	21
4.1.2 Benessere sessuale (<i>sexual unhappiness</i>).....	21
4.1.3 Dipendenza da alcol (CAGE4).....	22
4.2 HIV ed infezione sessualmente trasmesse (IST).....	23
4.2.1 Prevalenza ed incidenza della diagnosi di HIV	23
4.2.2 Carica virale HIV	24
4.2.3 Diagnosi di sifilide, gonorrea e clamidia	25

4.2.4	Prima diagnosi per verruche anali o genitali (HPV)	26
4.2.5	Infezioni da Epatite C	27
5.	Comportamenti a rischio e comportamenti legati alla salute	28
5.1	Trattamento nelle persone con HIV	29
5.1.1	Prevalenza di trattamento con terapia antiretrovirale	29
5.2	Richiesta e uso di chemioprolifassi per l'HIV (PEP e PrEP).....	29
5.2.1	Richiesta e uso della PEP	29
5.2.2	Richiesta e uso della PrEP	31
5.3	Vaccinazione per Epatite A e B	32
5.4	Sesso con uomini.....	33
5.4.1	Età della prima esperienza sessuale con uomini	33
5.4.3	Partner fissi e non-fissi negli ultimi 12 mesi	34
5.4.4	Uso del profilattico durante il rapporto con partner non-fissi	35
5.4.5	Sesso con donne	36
5.5	Consumo di sostanze	37
5.5.1	Consumo di sostanze legali	37
5.5.2	Consumo di sostanze illegali	38
5.6	Droghe iniettive	38
5.6.1	Prevalenza e distribuzione temporale dell'uso di droghe iniettive	38
5.7	Sesso e uso di sostanze	39
5.7.1	Prevalenza e distribuzione temporale di episodi di 'chemsex'	39
6.	Supporto sociale e accesso ai servizi	41
6.1	Supporto sociale ed omonegatività	42
6.1.1	Supporto sociale (<i>social support</i>).....	42
6.1.2	Omonegatività interiorizzata (<i>internalised homonegativity</i>).....	43
6.2	Sesso sicuro	45
6.2.1	Profilattico: distribuzione temporale del mancato uso per mancata disponibilità	45
6.3	Setting e servizi di testing/screening	46
6.3.1	Setting per il test e diagnosi HIV	46
6.3.2	Screening per le IST (<i>comprehensive STI screenings</i>).....	48
7.	Ultimo rapporto con partner non-fisso.....	51
7.1	Numero di partner e rapporti precedenti.....	52
7.1.1	Numero di partner	52
7.1.2	Eventuali rapporti precedenti con questi partner	52
7.2	Come e dove	53

7.2.1 Dove vi siete incontrati?	53
7.3 Ultimo rapporto sessuale con un partner non-fisso	54
7.3.1 Tipo di rapporto	54
7.3.2 Luogo dove il rapporto è avvenuto	55
7.3.3 Rapporto anale e uso di misure protettive	55
7.4 Soddisfazione ultimo rapporto con partner non-fisso.....	57
8. Implicazioni e prospettive dal punto di vista delle associazioni e della comunità	58
8.1 Bisogni di prevenzione (generali).....	59
8.2 Bisogni di prevenzione (specifici).....	59
8.2.1 Campagne di prevenzione.....	59
8.2.2 Servizi di screening e test.....	60
8.2.3 Vaccinazione	61
8.2.4 Trattamento	61
8.2.5 PreP e PeP	62
8.3 Salute mentale - omofobia.....	63

Ringraziamenti

Gli autori intendono qui ringraziare le persone e le istituzioni che a vario titolo hanno reso possibile la realizzazione di questo documento.

Si esprime un particolare ringraziamento a tutti i partecipanti dell'indagine, a livello internazionale, europeo ed italiano. Senza il loro fondamentale contributo l'intero progetto, così come questo documento, non sarebbero stati possibili.

Un ulteriore ringraziamento va rivolto alla Commissione Europea che ha sostenuto l'iniziativa, così come a tutti i colleghi e gli enti del Network ESTICOM & EMIS-2017. EMIS-2017 è stato coordinato da Sigma Research presso la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), in collaborazione con il Robert Koch Institute (RKI) di Berlino. Il team principale EMIS di Sigma Research (LSHTM) è composto da: Dr Axel J. Schmidt, Dr Ford Hickson; David Reid, e Peter Weatherburn; in collaborazione con il Dr Ulrich Marcus e Susanne B. Schink del RKI.

Si ringraziano anche tutti gli altri enti che hanno collaborato al progetto a livello europeo: PlanetRomeo, European AIDS Treatment Group (EATG), Eurasian Coalition on Male Health (ECOM), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), European Monitoring Centre for Drugs & Drug Addiction (EMCDDA), European Commission (DG SANTE). Per l'Italia, particolari ringraziamenti vanno rivolti a Arcigay, Fondazione LILA Milano ONLUS, l'Università di Verona, e al Dr Raffaele Lelleri.

Infine, gli autori intendono ulteriormente ringraziare le associazioni che a livello nazionale hanno favorito la diffusione e la partecipazione al progetto EMIS, e in particolare all'associazione Arcigay, alla Fondazione Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS – LILA Milano, all'associazione Plus Network persone LGBT sieropositive.

Un ulteriore ringraziamento va espresso alla Sezione di Malattie Infettive del DSSP (UOC MI dell'AOUI Verona), Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica dell'Università di Verona. Un ringraziamento va espresso anche ai colleghi della School of Health Sciences dell'Università di Brighton (Regno Unito).

Note terminologiche

In questa ricerca viene usato il termine “partner occasionali” per indicare uomini con cui il rispondente dichiara di aver fatto sesso una sola volta, o anche più di una volta ma che non considera come partner fissi (vengono considerati partner occasionali, per esempio, avventure di una notte, partner casuali e anonimi, *'scopamici/fuck buddies'* con cui si fa sesso regolarmente, ecc.).

L'espressione “partner fissi” viene utilizzata per indicare i propri fidanzati o compagni, il che significa che non si è “single”. Non ci si riferisce invece a coloro con cui si fa solamente e regolarmente sesso (*'scopamici', 'fuck buddies', 'sex buddies'*).

Nel questionario EMIS l'espressione “sesso” (scopare, fottere) indica il contatto fisico che si conclude con l'orgasmo (o quasi) per uno o entrambi i partner. Sotto tale definizione rientrano quindi sia i rapporti penetrativi (anali e/o vaginali) che quelli orali (oro-genitali e/o oro-anali).

1. Introduzione

1.1 Il progetto EMIS-2017

Il progetto EMIS-2017, su cui è basato il presente rapporto ed incardinato nel più ampio progetto ESTICOM, è stato finanziato dall'Unione Europea nell'ambito del Terzo Programma di Salute Pubblica (EU Health Programme, 2014–2020) ed è stato coordinato a livello internazionale da Sigma Research (London School of Hygiene and Tropical Medicine – LSHTM, UK), in collaborazione con il Robert Koch Institute (RKI) di Berlino. L'obiettivo generale del progetto EMIS-2017 è quello di raccogliere dati utili per la pianificazione di programmi di prevenzione e cura legati all'HIV e alle infezioni sessualmente trasmesse (IST) all'interno della popolazione di persone gay, bisessuali, e altri MSM (uomini che fanno sesso con uomini - *Men who have Sex with Men* – MSM) e di monitorare i progressi a livello nazionale dei diversi paesi su questo tema. Nello specifico, l'indagine ha l'obiettivo di descrivere, all'interno della popolazione MSM, i) distribuzione di HIV/IST e la frequenza di fattori di rischio per tali infezioni, ii) il livello e la tipologia dei bisogni di salute (con particolare riferimento alla prevenzione dell'infezione da HIV), iii) l'accesso ai servizi di testing sia per HIV che per altre infezioni sessualmente trasmesse, oltre che ai servizi per la diagnosi e cura delle principali IST, incluse le epatiti virali.

I dati raccolti dallo studio EMIS-2017 hanno un impatto duplice. Nei paesi partecipanti permettono una migliore comprensione dei bisogni della popolazione MSM, fornendo così chiare indicazioni su cui sviluppare programmi di prevenzione più mirati ed efficaci. A livello globale, invece, i dati raccolti offrono l'eccezionale possibilità di esaminare l'impatto complessivo dell'epidemia di HIV e di IST, oltre a fornire indicazioni per lo sviluppo di politiche di salute pubblica più efficaci e capillari.

1.2 Struttura del report italiano

Nel 2019 è stato pubblicato il report globale del progetto EMIS-2017. Questo rapporto di ricerca è stato redatto in lingua inglese dai colleghi di Sigma Research con il supporto del dott. Ulrich Marcus e Susanne B. Schink del RKI ed è gratuitamente scaricabile dal sito internet del progetto EMIS-2017. Questo documento fornisce - secondo un approccio descrittivo - una sintesi dei principali risultati dell'indagine, contribuendo ad arricchire le informazioni attualmente disponibili riguardo alla prevalenza dell'infezione da HIV/IST, così come dati relativi a comportamenti a rischio e a bisogni di prevenzione all'interno della popolazione MSM europea. Ad ogni paese partecipante al progetto EMIS-2017 è stata data la possibilità di valutare i dati provenienti dalla propria nazione e così pubblicare un report specifico volto a descrivere la realtà nazionale.

Il presente rapporto di ricerca, che si focalizza sui dati italiani del progetto EMIS-2017, è stato curato dal punto di vista metodologico e di analisi dei dati dalla Sezione di Malattie Infettive del Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Verona.

Il rapporto italiano è stato strutturato seguendo il più possibile la linea del report internazionale, mantenendo - ove possibile e ove di interesse per la realtà nazionale - la stessa struttura e le modalità di presentazione utilizzate per le analisi a livello globale.

Il report nazionale italiano presenta in una prima parte la descrizione delle prevalenze esaminate per le principali variabili di interesse, al fine di presentare al lettore - secondo uno approccio descrittivo mantenuto appositamente semplice per essere di facile ed immediata comprensione - la realtà epidemiologica così come descritta dai partecipanti italiani dello studio EMIS-2017. Nella seconda parte del report viene dato spazio ad una interpretazione dei dati presentati, con particolare riferimento alle implicazioni in termini di politica sanitaria e di attività di prevenzione e promozione della salute che si possono desumere sulla base delle stime e dei dati contenuti nella prima parte. Questa componente è stata curata dai principali esponenti delle associazioni nazionali che hanno attivamente partecipato e diffuso il progetto all'interno della popolazione MSM italiana: Arcigay, Fondazione Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS – LILA Milano e Plus Network persone LGBT sieropositive.

Infine, per facilitare la più ampia diffusione dei risultati, i dati salienti di ogni capitolo del rapporto italiano sono riassunti in un abstract sviluppato sia in lingua italiana che in lingua inglese.

2. Metodi e disegno dello studio ¹

Autori

Maddalena Cordioli

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Lorenzo Gios

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Massimo Mirandola

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Nigel Sherriff

School of Health Sciences, University of Brighton, Brighton, UK

Abstract in italiano	Abstract in English
<p><i>EMIS-2017 è una indagine per raccogliere in modo anonimo dati e informazioni relative a persone gay, bisessuali, ed altri MSM in 50 paesi, tra cui l'Italia. L'indagine si è svolta tra ottobre 2017 e gennaio 2018, attraverso la diffusione di un questionario online tradotto in tutte le 33 lingue dei paesi partecipanti. Per la costruzione del questionario sono stati considerati studi scientifici e progetti di ricerca sia europei che non, oltre al questionario usato nell'edizione EMIS-2010. I dati raccolti sono stati archiviati in un unico dataset internazionale che è stato poi suddiviso in diversi dataset nazionali. Per aumentare la facilità di comprensione del report e rendere i contenuti il più possibile accessibili anche a chi non abbia conoscenze in ambito statistico o epidemiologico, tanto il report internazionale quanto il report nazionale per l'Italia hanno adottato un approccio di tipo descrittivo.</i></p>	<p><i>EMIS-2017 was a survey to collect data and information anonymously relating to gay, bisexual, and other MSM in 50 countries including Italy. The survey was implemented between October 2017 and January 2018, through an online questionnaire available in 33 languages. For the construction of the questionnaire, both European and non-European scientific studies and research projects were considered. The 2010 EMIS questionnaire was also used as a point of reference. The data collected was merged into a single international dataset, and then divided into national datasets. The international report (and this Italian report) are structured to make the contents accessible to readers without the need for specific knowledge in either statistics or epidemiology. A descriptive approach has been adopted to present the survey estimates and other results in the chapters that follow.</i></p>

¹ Per ulteriori dettagli sugli aspetti metodologici è possibile consultare anche l'articolo open access di riferimento - Peter Weatherburn, Ford Hickson, David S. Reid, Ulrich Marcus, Axel J. Schmidt. European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS-2017): Design and Methods. Sexuality Research and Social Policy, published online first 18 December 2019 (doi: 10.1007/s13178-019-00413-0). L'articolo è disponibile al link <https://link.springer.com/article/10.1007/s13178-019-00413-0>. Per la strutturazione del presente capitolo del rapporto italiano, i colleghi autori dell'articolo hanno concesso la traduzione dall'inglese e l'adattamento dei testi di riferimento sulla componente metodologica dell'indagine.

2.1 Paesi/regioni partecipanti

EMIS-2017 è una indagine per raccogliere in modo anonimo dati e informazioni relative a persone gay, bisessuali, ed altri MSM in 50 paesi. L'indagine si è svolta tra ottobre 2017 e gennaio 2018, attraverso la diffusione di un questionario online tradotto in tutte le 33 lingue dei paesi partecipanti.

Al termine della fase di raccolta dati, più di centomila persone residenti in Unione Europea (UE) avevano partecipato all'indagine. La ricerca ha coinvolto tutti i 28 stati membri dell'Unione Europea.

Oltre all'Unione Europea, la ricerca EMIS ha consentito di raccogliere dati anche da altri paesi quali Russia (circa 6.000 MSM reclutati nello studio), Canada (circa 6.000) e Filippine (circa 3.500), portando così il numero definitivo degli stati partecipanti a 50.

Lo studio EMIS-2017 è stato coordinato a livello internazionale da Sigma Research (London School of Hygiene and Tropical Medicine - LSHTM), in collaborazione con il Robert Koch Institute (RKI) di Berlino.

Per maggior informazioni sullo studio, si rimanda alla pagina del sito internet internazionale, ove sono disponibili ulteriori dati ed approfondimenti in lingua inglese: www.emis-2017.eu

2.2 La visual identity di EMIS-2017

Un importante lavoro preliminare rispetto all'implementazione del progetto è stata l'ideazione e la realizzazione delle immagini e degli elementi di *visual identity* che hanno caratterizzato l'edizione 2017 di EMIS. Il lavoro preparatorio, iniziato nel 2016, ha visto anche il contributo di partner a livello internazionale per definire tanto gli aspetti grafici quanto i messaggi principali da utilizzare come slogan del progetto. Questa fase preparatoria ha contribuito a dare significativa identità e riconoscibilità al progetto anche dal punto di vista grafico, oltre che migliorarne l'accettabilità da parte della popolazione target d'indagine.

2.3 Sviluppo, struttura e contenuti del questionario

Lo sviluppo del questionario EMIS-2017 ha avuto inizio durante l'anno precedente. Dal punto di vista della struttura, esso è simile a quello della versione già utilizzata per l'edizione 2010 della ricerca. Le caratteristiche dei due questionari sono riassumibili in quattro aspetti.

Il primo aspetto è il mantenimento di alcune domande chiave che, essendo già state utilizzate nel questionario 2010, permettono di valutare la variazione di risposta nel corso degli anni. Il secondo elemento è l'aggiornamento di alcune delle tematiche già presenti nell'edizione 2010 e in alcuni casi l'inserimento di nuovi temi volti a meglio descrivere i cambiamenti sociali/comportamentali. Il terzo elemento è stato l'inserimento di una maggiore plasticità nelle opzioni di risposta per meglio riflettere le esperienze dei partecipanti e facilitare la completezza delle risposte e, con essa, l'accuratezza dei dati. Il quarto elemento infine è stato il miglior bilanciamento della lunghezza del questionario, permettendo così di raccogliere informazioni complete ed accurate senza rendere troppo complessa la partecipazione allo studio.

La nuova indagine è stata inoltre aggiornata tenendo conto delle più recenti acquisizioni scientifiche, in particolare in termini di nuovi dati di prevalenza di HIV/IST, la frequenza di comportamenti a rischio aumentato per tali infezioni, la diffusione delle strategie di prevenzione con un chiaro riferimento anche alle nuove strategie bio-mediche (es: l'introduzione della profilassi pre-esposizione - PrEP). A ciò è stata affiancata la raccolta di informazioni aggiuntive rispetto a tutti quegli elementi strutturali, ambientali ed individuali (come ad esempio lo stigma percepito) che potessero fornire indicazioni rilevanti in un'ottica di interventi di prevenzione, diagnosi e trattamento (Cawley & Marcus, 2017).

Per la costruzione del questionario 2017 sono stati considerati studi scientifici e progetti di ricerca sia europei che non, che non erano disponibili nell'edizione 2010. In questo senso sono stati presi in esame alcuni tra i principali studi internazionali, dalla indagine *American MSM Internet Survey 2013* della Emory University (USA), al questionario *HIRI-MSM* sviluppato da Smith e colleghi nel 2012 (USA), ai più recenti studi sulla PrEP condotti dall'Università di Amsterdam (2016), allo studio *IPERGAY* condotto in Francia nel 2015.

In aggiunta a quanto detto siano ad ora, lo sviluppo del questionario EMIS-2017 si è fondato su una serie di consultazioni che hanno coinvolto diversi partner e stakeholder. Obiettivo di tale strategia inclusiva era l'ulteriore miglioramento della lista di domande e la possibilità di fotografare in modo più fedele la multi-dimensionalità della realtà epidemiologica a livello europeo.

I dati della consultazione sono disponibili on-line, in un documento in lingua inglese presente sul sito di Sigma Research ([http://sigmaresearch.org.uk/files/EMIS_2017_Priorities_Consultation_December_2016_\(to_Collaborators\).docx](http://sigmaresearch.org.uk/files/EMIS_2017_Priorities_Consultation_December_2016_(to_Collaborators).docx)). Più di 50 enti da tutto il mondo hanno preso parte in questa consultazione, comprese istituzioni di 21 paesi europei.

Una volta costruita la versione finale del questionario, si è proceduto al suo pilotaggio (fase di pre-test), prima di essere lanciata su una piattaforma on-line per una ulteriore fase di test svoltasi nel maggio del 2017. Queste diverse fasi di valutazione hanno consentito da un lato di accertare la precisione, l'accuratezza e la chiarezza di tutti gli item, e dall'altra hanno permesso di pilotare il questionario così che il tempo di compilazione, con una media di una ventina di minuti circa (range stimato per la compilazione: dai 12 ai 60 minuti circa). La versione finale ha compreso un totale di 409 item. Per ottimizzare l'esperienza di compilazione del questionario sono state inoltre adottate domande-filtro, ove possibile.

La versione finale del questionario EMIS-2017 è stata resa disponibile e costruita consentendo ai ricercatori di generare importanti dati in linea con gli indicatori di riferimento a livello nazionale, tra i quali gli indicatori *ECDC Dublin Declaration Monitoring (DDM)* e gli indicatori *Global AIDS Monitoring (GAM)*.

Il questionario in inglese, nella sua versione finale, è stato quindi tradotto in 33 lingue, includendo 22 delle 23 lingue ufficiali parlate nell'Unione Europea. Le versioni tradotte sono state infine verificate nuovamente, per armonizzare eventuali specificità o differenze culturali che potessero inficiare la corretta comprensione delle domande.

2.4 Reclutamento durante EMIS-2017

Dal punto di vista del reclutamento, il questionario EMIS-2017 è stato promosso e pubblicizzato attraverso tre canali principali: siti internet nazionali e internazionali (sia commerciali che gestiti da associazioni gay o LGBTI); profili o piattaforme di social networking (come ad esempio Facebook, Twitter o Instagram) e tramite applicazioni e social media vari (app).

È stato inoltre adottato un sistema di codifica per mappare il tipo di canale attraverso il quale il partecipante avesse avuto accesso allo studio. L'indagine è stata ufficialmente lanciata il 13 ottobre 2018. Per favorire l'ulteriore diffusione del progetto e promuovere la partecipazione, alla conclusione della compilazione tutti i partecipanti hanno ricevuto la proposta di indicare un massimo di 3 amici o conoscenti a cui inviare l'invito alla partecipazione del questionario. Inoltre, una componente cospicua di partecipanti è stata reclutata attraverso la pubblicizzazione dello studio sulle più note e diffuse piattaforme di *dating/appuntamenti* on-line (PlanetRomeo, Grindr, Hornet, Qruiser, RECON, Scruff, Gaydar, Manhunt/Jack'd, GROWLr and Bluesystem).

2.5 Il dataset EMIS-2017

I dati raccolti sono stati archiviati in un unico dataset internazionale che è stato poi suddiviso in diversi dataset nazionali. Prima della distribuzione dei dataset nazionali ai referenti dei singoli Stati, è stato effettuato un lavoro di verifica e correzione di eventuali discrepanze all'interno del dataset centrale, in modo da garantire la miglior qualità possibile dei dati in fase di analisi.

2.6 Approccio utilizzato nelle analisi statistiche

Per aumentare la facilità di comprensione del report e rendere i contenuti il più possibile accessibili anche a chi non abbia conoscenze in ambito statistico o epidemiologico, tanto il report internazionale quanto il report nazionale hanno adottato un approccio di tipo descrittivo. Per ogni stima vengono sempre presentati i relativi intervalli di confidenza.

Si precisa che nel testo, per ragioni di semplicità e scorrevolezza nella lettura, non verranno presentati gli intervalli di confidenza, per i quali si rimanda al dettaglio nelle tabelle.

2.7 Considerazioni metodologiche ed adattamenti nelle variabili

Dal punto delle variabili, alcuni partecipanti (729, il 6,6% del totale) non hanno fornito una risposta alla domanda relativa alla provincia di appartenenza. In considerazione del fatto che la provincia di appartenenza è stata utilizzata per descrivere la distribuzione di numerose variabili nel presente report, i partecipanti che non hanno fornito tale informazione sono stati assegnati casualmente alle diverse province presenti nel dataset EMIS italiano al fine di non perdere le informazioni derivanti dalla loro compilazione del questionario e, allo stesso tempo, non sbilanciare il campione.

2.8 Generalizzabilità delle stime

Per particolari approfondimenti relativi alla generalizzabilità delle stime, è possibile fare riferimento al report internazionale e alle pubblicazioni curate dal Network EMIS relativamente a questa tematica. Per quanto riguarda il report nazionale italiano, va precisato che è stato effettuato un calcolo del peso dei partecipanti arruolati nell'indagine italiana in relazione alla popolazione maschile adulta per le macro-aree (Nord, Centro, Sud) prese in esame nel presente documento. A riferimento si sono prese le numerosità disponibili dai documenti ISTAT. Parametrizzando il numero dei partecipanti ad EMIS Italiano e il bacino "potenziale" di partecipanti, si evidenzia come per il Sud un rispondente all'indagine "rappresenti" circa 150 potenziali MSM (con un rapporto di 1 a 150), mentre al Centro questo rapporto sia di 1 a 75 circa e al Nord di 1 a 66 circa.

2.9 Ulteriori approfondimenti metodologici

Per ulteriori dettagli sugli aspetti metodologici sull'indagine EMIS-2017 è possibile consultare anche l'articolo open access di riferimento - Peter Weatherburn, Ford Hickson, David S. Reid, Ulrich Marcus, Axel J. Schmidt. European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS-2017): Design and Methods. Sexuality Research and Social Policy, published online first 18 December 2019 (doi: 10.1007/s13178-019-00413-0). L'articolo è disponibile al link <https://link.springer.com/article/10.1007/s13178-019-00413-0>. Per la strutturazione del presente capitolo del rapporto italiano, i colleghi autori dell'articolo hanno concesso la traduzione dall'inglese e l'adattamento dei testi di riferimento sulla componente metodologica dell'indagine

3. Descrizione del campione

Autori

Maddalena Cordioli

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Lorenzo Gios

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Massimo Mirandola

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Nigel Sherriff

School of Health Sciences, University of Brighton, Brighton, UK

Abstract in italiano	Abstract in English
<p><i>L'età media dei partecipanti all'indagine EMIS è di 39 anni. Tra tutti, il 93,5% dichiara di essere nato nel paese di residenza, ovvero l'Italia, mentre il 2,3% riporta di essere nato in un Paese europeo diverso dall'Italia ed il 4,2% in un paese al di fuori dell'Unione Europea. Considerando la globalità del campione, circa tre su quattro si dichiarano gay o omosessuali (74,2%), il 17,6% riporta di considerarsi bisessuale, lo 0,4% di essere eterosessuale, mentre il 7% indica di non sapere quale tipo di opzione possa meglio descrivere la propria persona. Circa un partecipante su tre dichiara di essere in una relazione con un partner fisso (31,4%), mentre la maggior parte dei casi si definisce single (61,3%).</i></p>	<p><i>The average age of participants in the EMIS survey was 39 years. Amongst the sample, 93.5% of participants declared that they were born in their country of residence (i.e. Italy), 2.3% reported being born in a European country other than Italy, and 4.2% outside of the European Union. Considering the overall sample, about three out of four respondents identified themselves as gay or homosexual (74.2%), 17.6% as bisexual, 0.4% heterosexual, and 7% indicated either "any other terms" or "I don't usually use a term". The majority of respondents reported being single (61.3%), and about one in three participants reported being in a relationship with a stable partner (31.4%).</i></p>

3.1 Sesso alla nascita e identità di genere

Come è normale aspettarsi per un questionario destinato a maschi che fanno sesso con maschi, la grande maggioranza dei partecipanti (99,8%) dichiara di aver ricevuto “maschio” quale sesso assegnato alla nascita. Soltanto in 15 casi, pari allo 0,1% di tutte le risposte, il sesso assegnato alla nascita è stato femminile. Anche esaminando come varia il sesso assegnato alla nascita rispetto all’ area geografica di appartenenza, le percentuali rimangono sostanzialmente identiche.

Tabella 3.1 – distribuzione del campione per sesso assegnato alla nascita

Domanda: *Quale sesso ti è stato assegnato alla nascita?*

Risposte: *Maschio, Femmina, Non voglio indicarlo*

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
<i>Maschio</i>	6403	99,8	99,7	99,9	2412	99,8	99,5	99,9	2170	99,9	99,6	100,0	10985	99,8	99,7	99,9
<i>Femmina</i>	10	0,2	0,1	0,3	3	0,1	0,0	0,4	2	0,1	0,0	0,4	15	0,1	0,1	0,2
<i>Non voglio indicarlo</i>	2	0,0	0,0	0,1	2	0,1	0,0	0,3	0	0,0	-	-	4	0,0	0,0	0,1

Il questionario ha permesso di indagare anche l'identità di genere in cui si riconoscevano i partecipanti al momento della compilazione del questionario (tabella 3.2). Anche in questo caso la sostanziale totalità del campione ha dichiarato come propria identità di genere la categoria “uomo” (99,7%). In una piccola percentuale dei casi i rispondenti hanno indicato “uomo trans” come identità sessuale attuale (0,3%). Come osservato per il sesso assegnato alla nascita, non si rilevano sostanziali divergenze a seconda delle aree geografiche in cui è stata suddiviso il Paese.

Tabella 3.2 – distribuzione del campione per identità sessuale (attuale)

Domanda: *Quale è la tua attuale identità di genere?*

Risposte (ricodificata): *Uomo, Uomo trans*

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
<i>Uomo</i>	6407	99.8	1.0	1.0	2411	99.6	1.0	1.0	2170	99.8	1.0	1.0	10988	99.7	1.0	1.0
<i>Uomo trans</i>	16	0.3	0.2	0.4	10	0.4	0.2	0.8	4	0.2	0.1	0.5	30	0.3	0.2	0.4

3.2 Età

L'età media dei partecipanti è di 39 anni, con il più giovane che dichiara 14 anni, mentre il più anziano ne dichiara 84. Osservando la distribuzione per area geografica, si evidenzia come l'età media dei partecipanti del Sud sia più bassa (37), mentre quella dei partecipanti del Centro più alta (40). Il Nord si attesta su un livello di età media e di relativa deviazione standard che è in linea con i valori del totale del campione.

Tabella 3.3 – distribuzione del campione per età dei rispondenti

Domanda: Quanti anni hai?

Risposte codificate per anni d'età (numerica)

	Nord	Centro	Sud	Totale
Rispondenti	6423	2421	2174	11025
Media	39	40	37	39
Dev Standard	12	12	13	12
Min	14	16	14	14
Max	80	84	74	84

Se suddividiamo il campione in 4 fasce d'età (<=29, 30-39, 40-49, >=50), si evidenzia come i partecipanti si distribuiscano uniformemente nelle quattro categorie. Sul totale, il 27,4% dichiara di avere meno di 29 anni, il 24,8% afferma di avere un'età compresa tra i 30 e i 39 anni, il 26,3% dei partecipanti rientra nella categoria 40-49 anni, mentre il 21,6% riporta invece un'età uguale o maggiore ai 50.

Tabella 3.4 – distribuzione del campione per fasce d'età

	Nord			Centro				Sud				Totale		
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%		
<=29	1675	26,1	25,0 27,2	621	25,7	23,9 27,4	722	33,2	31,3 35,2	3018	27,4	26,6 28,2		
30-39	1584	24,7	23,9 25,7	591	24,4	22,7 26,2	557	25,6	23,8 27,5	2732	24,8	24,0 25,6		
40-49	1752	27,3	26,2 28,4	646	26,7	25,0 28,5	494	22,7	21,0 24,5	2892	26,3	25,4 27,1		
>=50	1412	22,0	21,0 23,0	563	23,3	21,6 25,0	401	18,5	16,9 20,1	2376	21,6	20,8 22,3		

Al nord Italia il numero maggiore di partecipanti (27,3%) rientra nella fascia d'età 40-49 anni, così come al centro Italia (26,7%). Al sud, invece, la categoria con la percentuale maggiore di risposte appartiene alla fascia d'età <=29 anni, rappresentando il 33,2%.

3.3 Distribuzione per Paese di origine, migrazione e lingua

Un dato fondamentale nella caratterizzazione del campione italiano che ha partecipato all'indagine EMIS-2017 è la distribuzione dei partecipanti in relazione al Paese di nascita (qui indicato come paese di origine). Questa informazione è stata raggruppata in base alla classificazione in macro-regioni così come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e comunemente utilizzata a livello internazionale. Tra tutti i partecipanti in Italia a EMIS-2017, il 93,5% dichiara di essere nato nel paese di residenza, ovvero l'Italia, mentre il 2,3% riporta di essere nato in un Paese europeo diverso dall'Italia ed il 4,2% in un paese al di fuori dell'Unione Europea. Osservando la distribuzione di questa variabile per area geografica dei partecipanti (nord, centro, sud), la percentuale di chi riferisce di essere nato in un Paese al di fuori dell'Unione Europea è più alta al nord e al centro (4,6% e 4,4% rispettivamente) rispetto al sud (2,6%), mentre per quanto riguarda i partecipanti

nati in un Paese dell'Unione Europea diverso dall'Italia, non si notano grosse differenze (2,3 al nord, 2,9% al centro e 2% al sud).

Tabella 3.5 – distribuzione del campione per Paese di origine

Variabile derivate in base al Paese d'origine dichiarato secondo il raggruppamento per regioni OMS/WHO

	Nord			Centro			Sud			Totale						
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%				
<i>Paese di residenza</i>	5973	93,2	92,5	93,8	2239	92,8	91,6	93,7	2239	92,8	91,6	93,7	10279	93,5	93,0	93,9
<i>Altro EU</i>	144	2,3	1,9	2,6	69	2,9	2,3	3,6	43	2,0	1,5	2,7	256	2,3	2,1	2,7
<i>Altro non-EU</i>	294	4,6	4,1	5,1	106	4,4	3,6	5,3	56	2,6	2,0	3,3	456	4,2	3,8	4,5

Tra le opzioni possibili per la partecipazione all'indagine, a prescindere dal Paese di residenza, vi era la possibilità di selezionare una specifica lingua attraverso la quale compilare il questionario. Per quanto riguarda i partecipanti all'indagine italiana, il 95,4% ha scelto di compilare le risposte on-line in italiano. Solo nel 4,6% dei casi il rispondente ha preferito scegliere una lingua diversa dall'italiano per completare il questionario (tabella 3.6); questa percentuale risulta più alta al nord (5,4%) e più bassa al sud (2,4%).

Tabella 3.6 – distribuzione del campione per lingua in cui è stato completato il questionario

Variabile derivata in base alla lingua scelta dal partecipante per rispondere al questionario

	Nord			Centro			Sud			Totale						
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%				
<i>Italiano</i>	6073	94,7	94,1	95,2	2308	95,4	94,5	96,2	212	97,6	96,8	98,1	10501	95,4	95,0	95,7
<i>Altra lingua</i>	343	5,4	4,8	5,9	111	4,6	3,8	5,5	53	2,4	1,9	3,2	507	4,6	4,3	5,0

Osservando la distribuzione stratificata per area del nostro paese, la percentuale più alta di partecipanti che hanno scelto di partecipare all'indagine usando un questionario non in lingua italiana è presente al nord, con il 5,4% dei partecipanti che ha optato per questa possibilità.

3.5 Istruzione

Per esplorare il livello di istruzione tra i partecipanti si è adottato un sistema condiviso a livello internazionale, basato sul numero di anni di studio effettuati dopo i 16 anni di età, considerando che fino a quella età vi è obbligo di frequentazione scolastica.

Nel totale del campione italiano (tabella 3.7), solo il 5% dei partecipanti dichiara di essersi fermato alla scuola dell'obbligo (nessun ulteriore anno di studio una volta raggiunti i 16 anni), il 15% risulta aver presumibilmente completato l'istruzione superiore (tra gli 1 e i 3 anni dopo i 16), mentre si può intendere che quasi un rispondente su 2 abbia intrapreso un corso universitario o post-laurea (studiato sino ai 20 o 26 anni di età). Infine, il 23,7% risulta aver svolto studi scolastici oltre i 26 anni.

Tabella 3.7 – distribuzione del campione per anni di studio a partire dai 16 anni d’età
Domanda: Quanti anni hai trascorso studiando a tempo pieno sin dall’età di 16 anni?
Risposta ricodificata in base alle categorie di anni indicate

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
Nessuno	327	5,4	4,8	5,9	101	4,4	3,6	5,3	90	4,5	3,7	5,5	518	5,0	4,6	5,4
1/3	960	15,7	14,8	16,7	297	13,0	11,7	14,4	297	14,9	13,4	16,6	1554	15,0	14,3	15,7
4/10	3506	57,4	56,2	58,7	1281	56,0	53,9	58,0	1062	53,4	51,2	55,6	5849	56,3	55,4	57,3
>10	1313	21,5	20,5	22,6	610	26,7	24,9	28,5	541	27,2	25,3	29,2	2464	23,7	22,9	24,6

Facendo riferimento alla distribuzione del campione per area geografica è possibile notare come al nord la percentuale di chi abbia studiato oltre i 26 anni è di circa il 21,5%, mentre al centro questa percentuale si attesti al 26,7%. Al sud è riportato il dato più alto per questa categoria, ovvero il 27,2%.

3.6 Orientamento e visibilità (outness)

L’orientamento sessuale è stato indagato attraverso una specifica domanda: al partecipante è stato chiesto di indicare quale tra diverse opzioni meglio descrivesse se stesso. Considerando la globalità dei partecipanti, circa 3 su 4 si dichiarano gay o omosessuali (74,2%), il 17,6% riporta di considerarsi bisessuale, lo 0,4% di essere eterosessuale. Il 7% indica di non sapere quale tipo di opzione possa meglio descrivere la propria persona.

Tabella 3.8 – distribuzione del campione per orientamento sessuale
Domanda: Quale delle seguenti opzioni descrive meglio quello che pensi di te stesso?
Risposta ricodificata: Gay o omosessuale, bisessuale, eterosessuale, qualsiasi altro termine, non so

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
Gay o omosessuale	4843	75,4	74,4	76,5	1822	75,3	73,6	77,0	1502	69,1	67,1	71,0	8167	74,2	73	75,0
Bisessuale	1088	16,9	16,0	17,9	409	16,9	15,5	18,5	442	20,3	18,7	22,1	1939	17,6	17	18,3
Eterosessuale	23	0,4	0,2	0,5	8	0,3	0,2	0,7	15	0,7	0,4	1,1	46	0,4	0	0,6
Qualsiasi altra	55	0,9	0,7	1,1	19	0,8	0,5	1,2	23	1,1	0,7	1,6	97	0,9	1	1,1
Non so	412	6,4	5,8	7,0	161	6,7	5,7	7,7	192	8,8	7,7	10,1	765	7,0	6	7

La percentuale di rispondenti che si identificano come bisessuali risulta essere più alta al Sud (20,3%) rispetto sia al Nord che al Centro (16,9% in entrambi i casi). Infine la percentuale di “non so” risulta anche in questo caso più alta al Sud con 8,8%.

Un’ulteriore domanda del questionario ha cercato di capire quante persone della vita del partecipante fossero a conoscenza del suo orientamento sessuale, ovvero del suo essere attratto da altri uomini (grado di “outness” o “visibilità”). In Italia, circa un partecipante su tre (31,3%) è pienamente “out”, cioè ha dichiarato che tutti o quasi tutti i propri conoscenti, familiari o gruppo di amici o colleghi di studio/lavoro sono a conoscenza del suo orientamento sessuale. Il

18,3% ha dichiarato che più della metà dei suoi conoscenti ne sono a conoscenza, 11,7% ha indicato meno della metà, mentre circa un partecipante su quattro (26,9%) ha confermato che sono solo in pochi a conoscere il suo orientamento.

Tabella 3.9 – distribuzione del campione per grado di outness

Domanda: Pensando alle persone che ti conoscono (inclusi la famiglia, gli amici e i colleghi di studio o di lavoro), quanti sanno che sei attratto dagli uomini?

Risposta: Tutti o quasi, Più della metà, Meno della metà, Pochi, Nessuno

	Nord			Centro			Sud			Totale		
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%
<i>Tutti o quasi</i>	2013	31,8	30,6 32,9	878	36,6	34,7 38,6	514	24,1	22,4 26,0	3405	31,3	30,5 32,2
<i>Più della metà</i>	1217	19,2	18,3 20,2	433	18,1	16,6 19,7	337	15,8	14,3 17,4	1987	18,3	17,6 19,0
<i>Meno della metà</i>	746	11,8	11,0 12,6	275	11,5	10,3 12,8	253	11,9	10,6 13,3	1274	11,7	11,1 12,3
<i>Pochi</i>	1646	26,0	24,9 27,1	580	24,2	22,5 26,0	697	32,7	30,7 34,7	2923	26,9	26,1 27,7
<i>Nessuno</i>	715	11,3	10,5 12,1	230	9,6	8,5 10,8	330	15,5	14,0 17,1	1275	11,7	11,2 12,4

Esaminando le risposte suddivise per area geografica del paese, la proporzione di chi risponde “pochi” è più alta al Sud, dove circa un terzo dei partecipanti (32,7%) dichiara di essere “out” solo con poche persone all'interno della propria cerchia di amici e familiari.

3.7 Status di relazione

Per quanto riguarda lo status di relazione all'interno del campione che ha partecipato all'indagine (tabella 3.10), circa un partecipante su 3 dichiara di essere in una relazione con un partner fisso (31,4%), mentre la maggior parte dei casi si definisce single (61,3%). Nel 7,3% dei casi non viene indicato uno status di relazione certo. Osservando la distribuzione per area (nord, centro, sud) si nota come la percentuale di single al Sud raggiunga il 66,8%, mentre si attesta al 59,6% al Nord e al 61,2% al Centro. La percentuale di partecipanti che si definisce in una relazione con un partner fisso è del 33,5% al Nord e del 31,2% al Centro, mentre un partecipante su 4 al Sud dichiara di avere un partner fisso (25,4%).

Tabella 3.10 – distribuzione del campione per status di relazione

Domanda: Al momento hai un 'partner fisso', cioè un compagno o un marito, che significa che non sei 'single'?

Risposta: Single, un partner fisso, non sono sicuro

	Nord			Centro			Sud			Totale		
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%
<i>Single</i>	3817	59,6	58,3 60,7	1477	61,2	59,2 63,1	1449	66,8	64,8 68,8	6743	61,3	60,4 62,3
<i>Un partner fisso</i>	2147	33,5	32,3 34,7	753	31,2	29,4 33,1	550	25,4	23,6 27,2	345	31,4	30,5 32,3
<i>Non sono sicuro</i>	446	7,0	6,4 7,6	184	7,6	6,6 8,8	169	7,8	6,7 9,0	799	7,3	6,8 7,8

3.8 Sesso a pagamento

All'interno del questionario una sezione di domande era volta a raccogliere informazioni rispetto al tema del sesso a pagamento, indagando sia la frequenza di occasioni in cui il partecipante abbia pagato un altro uomo per fare sesso, sia la frequenza di occasioni in cui il partecipante sia stato pagato da un altro uomo. L'arco di tempo considerato dalle domande è quello degli ultimi 12 mesi rispetto al momento di compilazione del questionario.

Rispetto al primo dei due casi, ovvero l'aver pagato un uomo per fare sesso (tabella 3.11), l'80,9% del campione dichiara di non aver mai pagato, l'8% di aver pagato una o due volte, il 3,4% di aver pagato da 3 a 10 volte (negli ultimi 12 mesi).

Tabella 3.11 – distribuzione del campione per frequenza di sesso a pagamento con uomini negli ultimi 12 mesi (aver pagato un uomo per fare sesso)

Domanda: Negli ultimi 12 mesi, quanto spesso hai pagato un uomo per fare sesso con te?

Risposta ricodificata in base alle categorie di frequenza

	N°	%	CI 95%	
Nessuna	9688	87,9	87,3	88,5
1-2 volte	879	8,0	7,5	8,5
3-10 volte	371	3,4	3,0	3,7
11-50 volte	80	0,7	0,6	0,9
Più di 50 volte	7	0,1	0,0	0,1

Rispetto invece l'esser stato pagato un uomo per fare sesso (tabella 3.12), il 95% del campione dichiara di non essere mai stato pagato negli ultimi 12 mesi, il 2,9% di essere stato pagato 1 o 2 volte, mentre l'1,5% di essere stato pagato dalle 3 alle 10 volte. Una percentuale che si attesta attorno allo 0,3% dichiara invece di essere stata pagata più di 50 volte per fare sesso negli ultimi 12 mesi.

Tabella 3.12 – distribuzione del campione per frequenza di sesso a pagamento con uomini negli ultimi 12 mesi (essere stato pagato da un uomo per fare sesso)

Domanda: Negli ultimi 12 mesi, quanto spesso sei stato pagato da un uomo per fare sesso con lui?

Risposta ricodificata in base alle categorie di frequenza

	N°	%	CI 95%	
Nessuna	10471	95,0	94,6	95,4
1-2 volte	314	2,9	2,6	3,2
3-10 volte	161	1,5	1,3	1,7
11-50 volte	47	0,4	0,3	0,6
Più di 50 volte	32	0,3	0,2	0,4

4. Patologie ed aspetti clinici

Autori

Maddalena Cordioli

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Lorenzo Gios

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Massimo Mirandola

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Nigel Sherriff

School of Health Sciences, University of Brighton, Brighton, UK

Abstract in italiano	Abstract in English
<p><i>Circa un partecipante su cinque risulta non aver mai effettuato un test HIV. Tra coloro che hanno effettuato il test HIV almeno una volta nella vita, il 10% ha riferito un risultato positivo (diagnosi positiva per infezione da HIV). Considerando le persone sieropositive in terapia, risulta come l'87,9% fosse consapevole della non-rilevabilità della propria carica virale.</i></p> <p><i>Con riferimento invece alle principali infezioni sessualmente trasmesse, per quanto riguarda la sifilide (infezione da <i>Treponema pallidum</i>), il 15,7% dei partecipanti ha riportato una diagnosi nella propria vita e, di questi, il 3,7% ha ricevuto tale diagnosi nei 12 mesi antecedenti la partecipazione allo studio.</i></p> <p><i>Infine, si evidenzia come il 2% dei partecipanti abbia ricevuto una diagnosi di epatite C nel corso della propria vita.</i></p>	<p><i>About one in five participants reported having never tested for HIV. Amongst those who had taken an HIV test at least once in their lifetime, 10% report a positive result (diagnosis of HIV infection).</i></p> <p><i>Of the HIV-positive respondents who reported receiving treatment, 87.9% were aware that their viral load was undetectable.</i></p> <p><i>With regards to other sexually transmitted infections, 15.7% of participants reported a diagnosis of syphilis (<i>Treponema pallidum</i> infection) in their lifetime and amongst these, 3.7% received this diagnosis in the 12 months prior to their participation in the study. 2% of participants declared that they had received a diagnosis of hepatitis C (during their lifetime).</i></p>

4.1 Problematiche di tipo psicologico

Le problematiche di tipo psicologico sono una delle principali cause di morbidità sia nella popolazione generale che, e soprattutto, nelle minoranze (sia sessuali che non). Dal punto di vista delle minoranze legate all'orientamento, identità e genere sessuale, vi è una chiara correlazione tra il malessere psicologico e la probabilità di attuare comportamenti sessuali a rischio aumentato per l'acquisizione e trasmissione dell'infezione da HIV e delle altre infezioni a trasmissione sessuale (IST). Il nome che meglio definisce questo fenomeno è quello di "sindemia". Questa infatti prevede che si mescolino e si influenzino a vicenda diversi aspetti patologici (es: HIV/IST e aspetti ansioso/depressivi) all'interno dello stesso gruppo di persone o popolazione (es: LGBTQI+).

4.1.1 Ansia e depressione (PHQ4)

Al fine di raccogliere informazioni circa il benessere psicologico, soprattutto in senso ansioso-depressivo, dei partecipanti lo studio, è stato utilizzato il Patient Health Questionnaire-4. Sebbene questo strumento non abbia finalità diagnostiche e possa quindi sovrastimare la prevalenza delle condizioni psicologiche che indaga, è stato scelto per la sua brevità e facilità di comprensione.

Ai partecipanti è stato chiesto "nelle ultime due settimane, quanto spesso ti sei sentito/a afflitto dalle seguenti situazioni? i) Nervosismo e ansia, ii) Non riuscire a smettere di sentirsi preoccupati, iii) Avere scarso interesse e/o soddisfazione nelle cose, iv) Sentirsi giù, depressi o senza speranza". I partecipanti potevano scegliere tra le seguenti opzioni di frequenza: mai (0 punti), qualche volta (1 punto), più della metà dei giorni (2 punti), quasi ogni giorno (3 punti). Veniva così a generarsi una scala da 0 a 12, che è stata poi suddivisa in quattro sottogruppi: Normale, Lieve, Moderata e Severa. La tabella 4.1 mostra la distribuzione dei partecipanti nelle quattro categorie di ansia e depressione.

Tabella 4.1 – distribuzione del campione per indicatore di ansia e depressione
Domanda e risposta ricodificata in base a scale di misura validate

	Nord			Centro			Sud			Totale		
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%
<i>Normale</i>	2623	41,5	40,3 42,7	948	39,8	37,8 41,8	817	38,4	36,3 40,4	4388	40,5	39,6 41,4
<i>Lieve</i>	2264	35,8	34,7 37,0	906	38,0	36,1 40,0	777	36,5	34,5 38,5	3947	36,4	35,5 37,4
<i>Moderata</i>	841	13,3	12,5 14,2	317	13,3	12,0 14,7	322	15,1	13,7 16,7	148	13,7	13,0 14,3
<i>Severa</i>	591	9,4	8,7 10,1	211	8,9	7,8 10,1	214	10,1	8,8 11,4	1016	9,4	8,8 9,9

Quasi 60% dei partecipanti ha riportato un qualche grado di ansia e depressione. In particolare, il 13,7% dei partecipanti ha riportato un livello di ansia e depressione moderato e quasi un partecipante su 11, il 9,4%, ha riportato un livello severo di queste emozioni nelle due settimane precedenti la compilazione del questionario.

Non vi sono differenze nella distribuzione dei partecipanti appartenenti alle regioni del nord del centro del sud rispetto ai livelli di ansia e depressione.

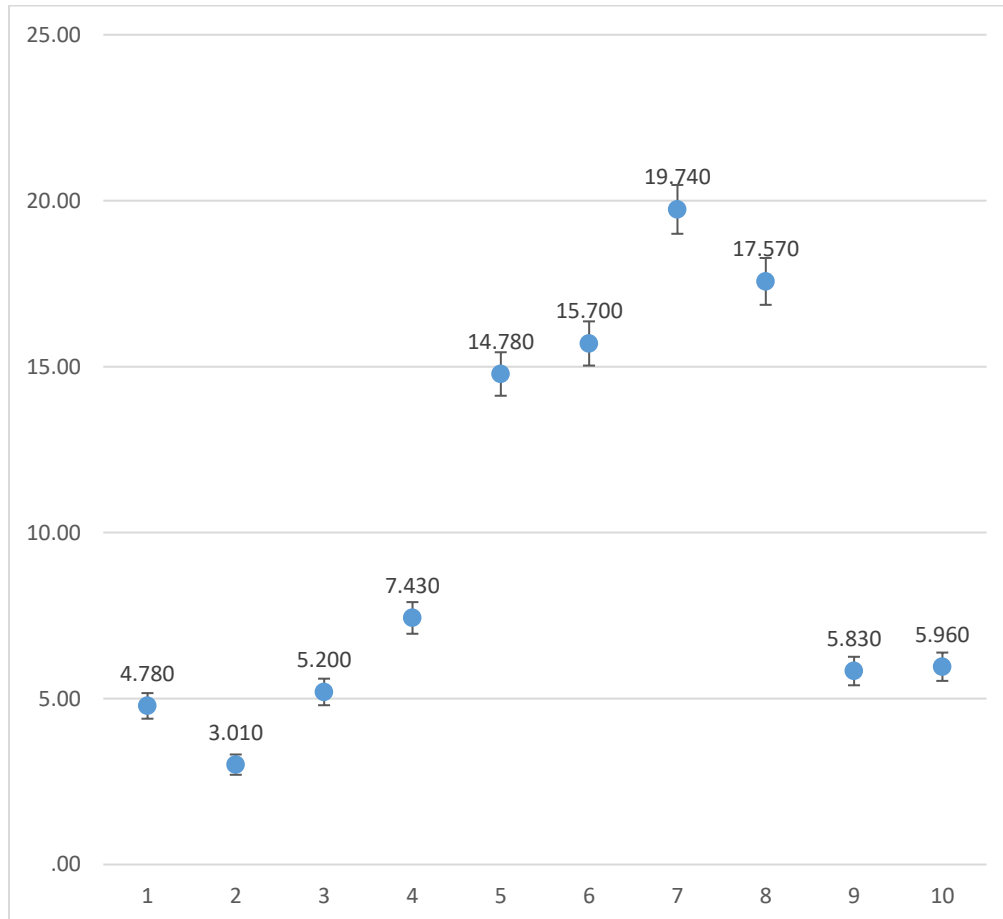
4.1.2 Benessere sessuale (*sexual unhappiness*)

Ai partecipanti è stato chiesto "Su una scala da 1 a 10 (dove 1 rappresentava una soddisfazione nulla e 10 la soddisfazione massima), quanto sei soddisfatto della tua vita sessuale?" ed era offerta loro la possibilità di posizionare il loro punteggio su una scala da 1 a 10.

Grafico 4.1 – Distribuzione del campione per benessere sessuale (sexual happiness)

Domanda: Su una scala da 1 a 10 (dove 1 rappresentava una soddisfazione nulla e 10 la soddisfazione massima), quanto sei soddisfatto della tua vita sessuale?

Risposta ricodificata in base alle categorie di frequenza



Il grafico 4.1 mostra la distribuzione delle persone che hanno risposto, in termini percentuali, sulla scala da 1 a 10. Globalmente, il 20,4% dei partecipanti ha espresso 1° di soddisfazione <5, evidenziando così come 1 partecipante su 5 sia non soddisfatto circa la sua vita sessuale. Meno di 1 su 3 (il 29,4%) ha riportato un punteggio >8 sulla scala della soddisfazione sessuale. Non vi sono state differenze significative nella soddisfazione sessuale in relazione alla macroarea di appartenenza.

4.1.3 Dipendenza da alcol (CAGE4)

Al fine di valutare la dipendenza da alcol dei partecipanti, è stata utilizzata la scala CAGE4. Sebbene questo strumento non abbia finalità diagnostiche e possa quindi sovrastimare la prevalenza della condizione che indaga, è stato scelto per la sua brevità e facilità di comprensione.

Ai partecipanti è stato chiesto “Pensando al consumo di alcol negli ultimi 12 mesi...” dando poi loro quattro domande con risposta “Si/No”: i) Hai mai pensato di dover bere meno alcool?, ii) Ti sei mai irritato per osservazioni inerenti al tuo modo di bere?, iii) Ti sei sentito in colpa per il tuo bere?, iv) Hai mai bevuto alcolici al risveglio?. Indicando l’opzione “Si” in almeno 2 risposte, l’esito del questionario risulta positivo, mostrando dunque la possibilità di una dipendenza da alcol.

Tabella 4.2 – distribuzione del campione per dipendenza da alcol (CAGE4)
Domanda e risposta ricodificata in base a scale di misura validate

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
Senza dipendenza da alcol	565 4	89,1	88,3	89,8	214 5	89,4	88,1	90,6	192 2	89,5	88,2	90,7	972 1	89,2	88,6	89,8
Con dipendenza da alcol	694	10,9	10,2	11,7	254	10,6	9,4	11,9	225	10,5	9,3	11,8	117 3	10,8	10,2	11,4

Globalmente, il 10,8% dei partecipanti ha risposto positivamente, mostrando una possibile dipendenza da alcol. Non vi sono state differenze territoriali significative.

4.2 HIV ed infezione sessualmente trasmesse (IST)

L’infezione da HIV e le altre IST sono una delle principali morbilità della popolazione MSM ed uno dei punti chiave dello studio EMIS-2017. Dal momento che tutti i dati sono stati raccolti attraverso il questionario e le informazioni circa le IST sono state anch’esse riportate autonomamente dai partecipanti, il numero di diagnosi delle diverse IST è stato utilizzato come indicatore della loro acquisizione.

4.2.1 Prevalenza ed incidenza della diagnosi di HIV

Ai partecipanti è stato chiesto se avessero mai effettuato un test per l’infezione da HIV e, qualora la risposta fosse stata positiva, il risultato del loro ultimo test.

Tabella 4.3 – distribuzione del campione per test e diagnosi da HIV
Domanda e risposta ricodificata in base ad un insieme di domande sul testing e sul relativo risultato

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
Test senza risultato / Non ritirato	67	1,0	0,8	1,3	18	0,7	0,5	1,2	25	1,2	0,8	1,7	110	1,0	0,8	1,2
Mai testato	1201	18,7	17,8	19,7	412	17,0	15,6	18,6	607	27,9	26,1	29,8	2220	20,1	19,4	20,9
Diagnosticato (HIV positivo)	705	11,0	10,2	11,8	258	10,7	9,5	12,0	137	6,3	5,4	7,4	1100	10,0	9,4	10,6
Ultimo test negativo	445	69,3	68,1	70,4	1733	71,6	69,8	73,3	1405	64,6	62,6	66,6	7595	68,9	68,0	69,7

La tabella mostra come, globalmente, ben 1 partecipante su 5 non abbia mai effettuato un test HIV. Questa percentuale risulta ancora maggiore nei partecipanti delle regioni del Sud (27,9%) rispetto a quelli del Centro (17%) e del Nord (18,7%). Tra coloro che hanno effettuato il test HIV almeno una volta nella vita, il 10% ha riferito un risultato positivo (diagnosi positiva per infezione da HIV) e quasi il 70% ha riportato invece un risultato negativo. Rispetto alla percentuale di HIV-positivi, è interessante notare come solamente il 6,3% di questi ultimi appartenga alle regioni del Sud della penisola, proprio laddove la percentuale di persone mai testate per infezione da HIV è maggiore.

Tabella 4.4 – distribuzione del campione per test e diagnosi da HIV per fascia d’età

	Test senza risultato / Non ritirato			Mai testato			Diagnosticato (HIV positivo)			Ultimo test negativo						
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%				
<=29	10	0,3	0,2	0,6	1143	37,9	36,1	39,6	90	3,0	2,4	3,7	1776	58,8	57,1	60,6
30-49	46	0,8	0,6	1,1	776	13,8	12,9	14,7	665	11,8	11,0	12,7	4141	73,6	72,4	74,7
>=50	54	2,3	1,7	3,0	301	12,7	11,4	14,1	345	14,5	13,1	16,0	1678	70,6	68,7	72,4

La tabella 4.4 mostra la distribuzione per età di coloro che hanno effettuato almeno un test HIV nel corso della vita. Si rende evidente come la popolazione over 30 risulti più testata (quasi 3 su 4) rispetto agli under 30 (quasi 1 su 2). Questo dato potrebbe essere legato ad un maggior numero di occasioni di testing all'aumentare dell'età, ma lascia anche intravedere notevoli possibilità di espansione circa l'accesso al testing nella popolazione degli adolescenti e dei giovani adulti.

4.2.2 Carica virale HIV

A tutti i partecipanti HIV positivi in terapia antiretrovirale, è stato chiesto quale fosse il risultato della loro ultima carica virale (HIV-RNA).

Tabella 4.5: ultima carica virale negli individui con infezione da HIV in terapia antiretrovirale

Domanda: Quant'era la tua carica virale l'ultima volta che hai fatto il controllo della tua infezione da HIV?

Risposta ricodificata: non conosciuta, non rilevabile, rilevabile

	N°	%	CI 95%	
<i>Non conosciuta</i>	44	4,03	3,0	5,4
<i>Non rilevabile</i>	960	87,9	85,8	89,7
<i>Rilevabile</i>	88	8,1	6,6	9,8

La tabella 4.5 mostra come l'87,9% delle persone in terapia per HIV fosse consapevole della non-rilevabilità della propria carica virale, con un 8% di partecipanti HIV-positivi che hanno riferito una carica virale rilevabile. Si evidenzia come nel questionario EMIS non è stato definito un limite specifico di non rilevabilità (*undetectability*), che è comunque posto a >50 cp/mL.

Sebbene la percentuale di rispondenti con carica non rilevabile (*undetectable*) rappresenti la stragrande maggioranza del campione, questo dato non è ancora sufficiente per il raggiungimento del target "90-90-90" così come previsto da UNAIDS

per il 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf). Quest'ultimo prevede infatti che almeno il 90% delle persone HIV-positive in terapia raggiungano l'*undetectability* (non rilevabilità), avendo profonde ripercussioni non solo sulla salute dell'individuo, ma su quella della collettività.

4.2.3 Diagnosi di sifilide, gonorrea e clamidia

Per quanto concerne la diagnosi delle principali IST batteriche, così come per l'infezione da HIV, il questionario ha considerato la diagnosi come indicatore dell'acquisizione. Si è voluto quindi chiedere ai partecipanti se avessero ricevuto o meno una diagnosi di sifilide, gonorrea e/o clamidia nel corso della loro vita e, tra coloro che hanno risposto affermativamente, se la diagnosi fosse avvenuta negli ultimi 12 mesi dal momento della compilazione del questionario o in un tempo precedente.

Per quanto riguarda la sifilide (infezione da *Treponema pallidum*), globalmente il 15,7% dei partecipanti ha riportato una diagnosi di sifilide nella propria vita e, di questi, il 3,7% ha ricevuto tale diagnosi nei 12 mesi antecedenti la partecipazione allo studio, come mostrato rispettivamente dalle tabelle 4.6 e 4.7. Questi dati non hanno registrato differenze significative in relazione alle macro-regioni considerate.

Tabella 4.6 – distribuzione del campione per diagnosi di sifilide (in tutta la vita)

Domanda: *Ti è mai stata diagnosticata la sifilide?*

Risposta: *no, sì, non so*

	Nord			Centro			Sud			Totale		
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%
<i>No</i>	5273	82,4	81,5 83,3	1998	82,9	81,3 84,4	1881	87,1	85,6 88,5	9152	83,5	82,8 84,1
<i>Sì</i>	1076	16,8	15,9 17,8	396	16,4	15,0 18,0	244	11,3	10,0 12,7	1716	15,7	15,0 16,3
<i>Non so</i>	48	0,8	0,6 1,0	16	0,7	0,4 1,1	34	1,6	1,1 2,2	98	0,9	0,7 1,1

Tabella 4.7 – distribuzione del campione per diagnosi di sifilide negli ultimi 12 mesi (GAM 3_12)

Note: *ricodifica in base alla sintassi EMIS per gli indicatori GAM / Global Aids Monitoring Indicators*

	Nord			Centro			Sud			Totale		
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%
<i>No</i>	61	96,1	95,6 96,6	2302	96,2	95,3 96,9	2059	96,9	96,1 97,6	10461	96,3	95,9 96,6
<i>Diagnosi negli ultimi 12 mesi</i>	246	3,9	3,4 4,4	92	3,8	3,1 4,7	66	3,1	2,4 3,9	404	3,7	3,4 4,1

Per quanto concerne la diagnosi di gonorrea, la tabella mostra come, globalmente, il 13,9% dei partecipanti abbia riportato una diagnosi di gonorrea nel corso della propria vita. In questo caso è possibile notare come vi sia una lieve preponderanza di rispondenti che hanno risposto positivamente nelle regioni del Centro e del Nord rispetto a quelle del Sud. Questo dato potrebbe essere legato ad una maggiore disponibilità di centri di riferimento e screening per IST nell'area Centro-Nord rispetto al Sud.

Tabella 4.8 – distribuzione del campione per diagnosi di gonorrea (lifetime)

Domanda: *Ti è mai stata diagnosticata la gonorrea (scolo)?*

Risposta: *no, sì, non so*

	Nord			Centro			Sud			Totale		
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%
No	5356	83,7	82,8 84,6	2029	84,1	82,5 85,5	1913	88,6	87,2 89,8	9298	84,8	84,1 85,4
Sì	970	15,2	14,3 16,1	356	14,8	13,4 16,2	200	9,3	8,1 10,6	1526	13,9	13,3 14,6
Non so	71	1,1	0,9 1,4	29	1,2	0,8 1,7	47	2,2	1,6 2,9	147	1,3	1,1 1,6

La tabella 4.9 mostra il numero di persone che hanno riferito una diagnosi di infezione da *Chlamydia trachomatis* nel corso della vita. In questo caso è possibile notare che, globalmente, il 5,9% dei partecipanti ha riportato questa condizione, senza differenze significative tra le regioni del Nord, del Centro e del Sud.

Tabella 4.9 – distribuzione del campione per diagnosi di clamidia o LGV (lifetime)

Domanda: *Ti è mai stata diagnosticata la clamidia o LGV?*

Risposta: *no, sì, non so*

	Nord			Centro			Sud			Totale		
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%
No	588	92,0	91,3 92,6	2203	91,5	90,3 92,6	2005	93,0	91,9 94,0	10088	92,1	91,6 92,6
Sì	394	6,2	5,6 6,8	146	6,1	5,2 7,1	101	4,7	3,9 5,7	641	5,9	5,4 6,3
Non so	119	1,9	1,6 2,2	58	2,4	1,9 3,1	49	2,3	1,7 3,0	226	2,1	1,8 2,3

4.2.4 Prima diagnosi per verruche anali o genitali (HPV)

Tabella 4.10 – distribuzione del campione per diagnosi di condilomi anali o genitali / HPV (lifetime)

Domanda: *Ti sono mai stati diagnosticati condilomi anali o genitali?*

Risposta: *no, sì, non so*

	Nord			Centro			Sud			Totale		
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%
No	5150	80,4	79,4 81,3	1943	80,3	78,7 81,9	1784	82,4	80,8 84,0	8877	80,8	80,0 81,5
Sì	1148	17,9	17,0 18,9	437	18,1	16,6 19,6	330	15,3	13,8 16,8	1915	17,4	16,7 18,1
Non so	111	1,7	1,4 2,1	39	1,6	1,2 2,2	50	2,3	1,8 3,0	200	1,8	1,6 2,1

La tabella mostra che il 17,4% dei partecipanti ha riportato una diagnosi di infezione da papillomavirus nel corso della vita ed indipendentemente dalla sede anatomica interessata (genitali e/o anali). Non vi sono state differenze significative tra le macro-regioni.

4.2.5 Infezioni da Epatite C

Tabella 4.11 – distribuzione del campione per diagnosi di Epatite C (*lifetime*)

Domanda: Ti è mai stata diagnosticata l'epatite C?

Risposta: no, sì, non so

	Nord			Centro			Sud			Totale		
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%
<i>No</i>	6125	95,6	95,1 96,1	2324	96,1	95,2 96,8	2054	94,9	93,9 95,7	1051	95,6	95,2 95,9
<i>Sì</i>	139,0	2,2	1,8 2,6	43	1,8	1,3 2,4	37	1,7	1,2 2,4	219	2,0	1,7 2,3
<i>Non so</i>	144,0	2,3	1,9 2,6	52	2,2	1,6 2,8	74	3,4	2,7 4,3	270	2,5	2,2 2,8

Questa tabella mostra come il 2% dei partecipanti abbia ricevuto una diagnosi di epatite C nel corso della propria vita (*lifetime*) senza differenze statisticamente significative tra le regioni del Centro, del Nord e del Sud. È da notare che il 2,5% del totale non ha saputo riportare tale informazione, verosimilmente per una mancanza di informazione e possibilità di testing in tale senso.

5. Comportamenti a rischio e comportamenti legati alla salute

Autori

Maddalena Cordioli

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Lorenzo Gios

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Massimo Mirandola

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Nigel Sherriff

School of Health Sciences, University of Brighton, Brighton, UK

Abstract in italiano	Abstract in English
<p><i>Più della metà (57%) del campione ha dichiarato di avere già sentito parlare della PEP, mentre circa uno su tre (31,9%) non ne aveva conoscenza alcuna. Per quanto riguarda la conoscenza generale sulla PrEP, il 56,1% del campione dichiara di averne già sentito parlare, contro un 37,5% che ne è completamente all'oscuro. Hanno cercato di ottenere la PrEP circa il 2,7% di coloro che hanno compilato il questionario.</i></p> <p><i>Considerando l'uso del preservativo, il 58,8% del totale ha dichiarato di aver utilizzato il preservativo con tutti i partner non fissi degli ultimi 12 mesi, mentre il 13,9% dichiara di non aver usato mai o raramente il profilattico con partner sessuali non fissi.</i></p> <p><i>Infine, considerando il consumo di sostanze, il 91,4% ha dichiarato di non aver mai utilizzato droghe stimolanti, il 2,6% ha dichiarato di averne fatto uso nell'ultimo mese ed il 3,0% nell'ultimo anno.</i></p>	<p><i>More than half of all participants (57%) reported that they had heard of PEP, whilst about one in three (31.9%) were unaware. Regarding general knowledge about PrEP, 56.1% of the respondents declared that they had heard of it. 2.7% of participants reported having previously attempted to obtain PrEP.</i></p> <p><i>In terms of condoms use, 58.8% of respondents reported having used condoms with all their casual partners in the last 12 months. 13.9% confirmed that they had never or rarely used condoms with sexual partners (casual partners).</i></p> <p><i>Finally, in terms of substance use (e.g. stimulants/chemsex), the large majority of participants (91.4%) reported having never used stimulant drugs. 2.6% said they had used drugs in the last month, and 3.0% over the last year.</i></p>

5.1 Trattamento nelle persone con HIV

5.1.1 Prevalenza di trattamento con terapia antiretrovirale

In questo capitolo viene esaminata la tematica del trattamento con terapia antiretrovirale per i partecipanti all'indagine che hanno dichiarato di vivere con infezione da HIV (sieropositivi). È da notare che le domande rispetto al trattamento antiretrovirale, hanno come denominatore il numero di partecipanti che ha dichiarato di essere affetto da infezione da HIV. Osservando il totale delle risposte, è possibile notare come la sostanziale totalità dei partecipanti HIV-positivi dichiarati di essere in trattamento antiretrovirale (99,62%).

Andando ad esaminare le percentuali per area geografica, è possibile notare come questa percentuale si attesti in tutti i casi sopra il 99%, con il 99,6% al nord e il 99,2% al sud, mentre al centro viene riportata una percentuale del 100%.

Tabella 5.1 – distribuzione del campione per attuale assunzione di terapia antiretrovirale

Domanda: Attualmente stai facendo una terapia antiretrovirale?

Risposta: no, sì

Note: Il denominatore per questa variabile è rappresentato dai partecipanti con una diagnosi di HIV

	Nord			Centro			Sud			Totale						
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%				
No	3	0,5	0,1	1,4	0	0,0			1	0,8	0,1	0,6	4	0,38	0,1	1,0
Sì	666	99,6	98,6	99,9	249	100,0			122	99,2	94,4	99,9	1037	99,62	99,0	99,9

5.2 Richiesta e uso di chemioprolifassi per l'HIV (PEP e PrEP)

Le persone HIV-negative possono ridurre il loro rischio di acquisizione del virus HIV anche attraverso la profilassi farmacologica. Assunte correttamente, infatti, sia la Profilassi Post Esposizione (PEP) che la Profilassi Pre-Exposizione (PrEP) sono estremamente efficaci nel ridurre la probabilità di acquisizione dell'infezione da HIV come conseguenza o previsione dell'esposizione ad un rischio. Sia la PEP che la PrEP sono parte dei metodi di prevenzione combinata dell'infezione da HIV.

5.2.1 Richiesta e uso della PEP

Tra i quesiti di interesse nel questionario erano presenti alcune domande focalizzate sulla richiesta e sull'uso della PEP. In particolare, una domanda indaga la conoscenza della PEP da parte del partecipante chiedendo se avesse mai sentito parlare di questo tipo di trattamento. All'interno del campione che ha partecipato al questionario, più della metà (57%) ha dichiarato di avere già sentito parlare della PEP, mentre circa uno su tre (31,9%) non ne aveva conoscenza alcuna. Una percentuale pari al 11,2 dichiara invece di non essere sicuro.

Tabella 5.2 – aver sentito parlare della PEP

Domanda: Hai mai sentito parlare della PEP?

Risposta: no, sì, non sono sicuro

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
No	1955	30,8	29,7	31,9	681	28,4	26,6	30,2	836	39,0	37,0	41,1	3475	31,9	31,0	32,8
Sì	367	57,8	56,6	59,0	1484	61,9	59,9	63,8	1053	49,1	47,0	51,3	6211	57,0	56,0	57,9
Non so	727	11,5	10,7	12,3	234	9,8	8,6	11,0	254	11,9	10,6	13,3	1215	11,2	10,6	11,8

In termini di distribuzione per area geografica si evidenzia come la percentuale di coloro che hanno già sentito parlare della PEP si attesti attorno al 57,8% al Nord, al 61,9% al Centro e al 49,1% al Sud.

Un'ulteriore domanda sul tema della PEP era volta ad esaminare se il partecipante avesse mai avuto bisogno di ottenere questo tipo di trattamento. Come mostrato dalla tabella 5.3, il 4,4% del totale ha risposto affermativamente.

Tabella 5.3 – aver cercato di ottenere PEP

Domanda: Hai mai cercato di prendere la PEP (anche se non l'hai presa)?

Risposta: no, sì

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
No	5378	95,6	95,0	96,1	2017	94,2	93,1	95,1	1944	97,1	96,3	97,8	9346	95,6	95,2	96,0
Yes	250	4,4	3,9	5,0	124	5,8	4,9	6,9	58	2,9	2,2	3,7	432	4,4	4,0	4,8

Osservando la distribuzione delle risposte in ragione dell'area geografica di partecipazione all'indagine, omogeneamente a quanto già evidenziato dalla domanda circa la conoscenza della PEP, al Nord la percentuale di coloro che hanno dichiarato di aver cercato di ottenere la PEP è del 4,4%, al centro è del 5,8% mentre al Sud è del 2,9%.

Infine, per mappare ulteriormente non solo la conoscenza e la necessità ma anche l'approvvigionamento della PEP, una domanda era rivolta a capire quanti tra i partecipanti avessero mai assunto la PEP. Un rispondente su 2 dichiara di non averne fatto mai uso (50,6%), il 46,4% dichiara di aver assunto almeno una volta questo tipo di farmaco, mentre il 3% risponde "non so".

Tabella 5.4 – assunzione di PEP

Domanda: Hai mai preso la PEP?

Risposta ricodificata: no, sì, non so

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
No	126	50,8	44,6	57,0	58	46,8	38,1	55,6	33	57,9	44,7	70,1	217	50,6	45,8	55,3
Sì	115	46,4	40,2	52,6	62	50,0	41,2	58,8	22	38,6	12,1	83,3	199	46,4	41,7	51,1
Non so	7	2,8	1,3	5,8	4	3,2	2,7	5,2	2	3,5	0,9	13,2	13	3,0	1,8	5,2

Scorporando il dato per area geografica, si evidenzia come la percentuale di coloro che hanno dichiarato di aver assunto almeno una volta la PEP è del 46,4% al Nord, del 50% al Centro e del 38,6% al Sud.

5.2.2 Richiesta e uso della PrEP

Un'ulteriore dimensione esplorata attraverso il questionario è la conoscenza e l'uso della PrEP. Come nel caso della PEP, il questionario ha cercato di esaminare la conoscenza generale, la percentuale di coloro che hanno tentato di ottenerla e la percentuale di coloro che hanno effettivamente utilizzato la PrEP.

Per quanto riguarda la conoscenza generale sulla PrEP, il 56,07% del campione dichiara di averne già sentito parlare, contro un 37,5% che ne è completamente all'oscuro.

Tabella 5.5 – aver sentito parlare della PrEP

Domanda: Hai mai sentito parlare della PrEP?

Risposta: no, sì, non sono sicuro

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
No	2291	36,2	35,0	37,4	797	33,5	31,6	35,4	982	46,2	44,1	48,4	4072	37,55	36,6	38,5
Sì	3625	57,2	56,0	58,5	1447	60,8	58,8	62,8	1004	47,3	45,2	49,4	6080	56,07	55,1	57,0
Non so	417	6,6	6,0	7,2	135	5,7	4,8	6,7	138	6,5	5,5	7,6	691	6,37	5,9	6,8

Osservando la distribuzione delle frequenze nel dettaglio, si può notare come la percentuale di coloro che hanno sentito parlare della PrEP si attesti al 57,2% al Nord, raggiunga il 60,8% al Centro e sia di poco superiore al 47% nel caso dei partecipanti provenienti dal Sud (47,3%).

Nell'item successivo del questionario si è chiesto ai partecipanti se avessero mai cercato di ottenere la PrEP. Hanno risposto affermativamente a questa domanda il 2,7% di coloro che hanno compilato il questionario.

Tabella 5.6 – aver cercato di ottenere PrEP

Domanda: Hai mai cercato di prendere la PrEP?

Risposta: no, sì

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
No	6211	97,3	96,8	97,6	2332	96,9	96,11	97,51	2113	98,0	97,32	98,52	10663	97,33	97,0	97,6
Sì	174	2,7	2,4	3,2	75	3,1	2,49	3,89	43	2,0	1,48	2,68	292	2,67	2,4	3,0

Facendo riferimento alle aree geografiche, le risposte affermative variano dal 2,7% per i partecipanti del Nord, al 3,1% per i partecipanti del Centro, sino al 2% per il Sud.

Infine, lo 0,64% dei partecipanti allo studio ha dichiarato di aver assunto la PrEP almeno una volta al momento della compilazione del questionario.

Tabella 5.7 – hai mai assunto la PrEP
 Domanda: Hai mai preso la PrEP?
 Risposta ricodificata: no, sì, non so

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
No	6327	99,2	98,9	99,4	2391	99,1	98,6	99,4	2139	99,4	98,9	99,6	10864	99,18	99,0	99,3
Sì	46	0,7	0,5	1,0	16	0,7	0,4	1,1	8	0,4	0,2	0,7	70	0,64	0,5	0,8
Non so	8	0,1	0,6	2,5	6	0,3	0,1	0,6	6	0,3	0,1	0,6	20	0,18	0,1	0,3

Osservando anche in questo caso la distribuzione per area geografica, si può apprezzare come sia al Nord che al Centro la percentuale risulti indicativamente la stessa (0,7%), mentre al sud il dato scende allo 0,4%.

5.3 Vaccinazione per Epatite A e B

Una sezione del questionario era volta a raccogliere informazioni relativamente alle vaccinazioni per epatite A e per epatite B in quanto elementi della prevenzione combinata nei confronti di HIV/IST.

Per quanto riguarda l'epatite A, il 13,6% dichiara di non essere stato vaccinato in quanto ha già avuto questo tipo di infezione, il 34,2% conferma di non essere vaccinato né di sapere se sia immune. Tra coloro che hanno risposto positivamente alla domanda, alcuni hanno dichiarato di aver completato il percorso di vaccinazione (24,2%) mentre altri (4,5%) dichiarano di essere vaccinati ma di non aver completato il percorso. Infine, una quota importante tra coloro che hanno risposto afferma di non sapere se sia o meno vaccinato per l'epatite A (23,5%).

Tabella 5.8 – Vaccino per epatite A
 Domanda: Sei mai stato vaccinato per l'epatite A?

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
No, perchè ho avuto l'epatite A (e ora sono naturalmente immune)	1496	13,6	13,0	14,3
No, e non so se sono immune	3751	34,2	33,3	35,1
Sì, e ho completato il trattamento	2658	24,2	23,4	25,0
Sì, ma non ho completato il trattamento	490	4,5	4,1	4,9
Non so	2581	23,5	22,7	24,3

Considerando la stessa tipologia di domanda orientata però ad indagare i livelli di vaccinazione per l'epatite B, si registra come il 9,9% del campione dichiara di non essere vaccinato in quanto ha già avuto questo tipo di infezione. Circa un partecipante su quattro (25,6%) dichiara di non essere vaccinato e di non sapere se è immune all'infezione. Solamente lo 0,6% dichiara di essere stato vaccinato per l'epatite B e di aver completato il ciclo di vaccinazione, mentre una percentuale superiore al 36% dichiara di essere stato vaccinato ma di non aver completato il ciclo.

Tabella 5.9 – sei stato vaccinato per epatite B
Domanda: Sei mai stato vaccinato per l'epatite B?

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
<i>No, perchè ho avuto l'epatite B (e ora sono naturalmente immune)</i>	1082	9,9	9,3	10,4
<i>No, e non so se sono immune</i>	2807	25,6	24,8	26,4
<i>No, ho una infezione cronica da epatite B</i>	68	0,6	0,5	0,8
<i>Sì, e ho completato il trattamento</i>	4039	36,8	35,9	37,7
<i>Sì, ma non ho completato il trattamento</i>	318	2,9	2,6	3,2
<i>Sì, ma non ho risposto alle vaccinazioni</i>	178	1,6	1,4	1,9
<i>Non so</i>	2485	22,6	21,9	23,4

5.4 Sesso con uomini

Si ricorda che, nel questionario, il termine 'sesso' è stato utilizzato per rappresentare tutte le forme di contatto fisico tra partner che si concludono nel raggiungimento dell'orgasmo (o quasi) da parte di uno o entrambi i partner.

5.4.1 Età della prima esperienza sessuale con uomini

Una importante sezione del questionario era rivolta ad esplorare le esperienze sessuali con altri uomini. Tra le domande, una era incentrata sull'età della prima esperienza sessuale con uomini. La maggior parte dei partecipanti, ovvero il 37,1%, ha dichiarato che la prima esperienza sessuale è avvenuta tra i 15 e i 20 anni, mentre per il 30,5% questa è accaduta tra i 21 e i 30 anni.

Tabella 5.10 – età della prima esperienza sessuale con uomini
Domanda: Che età avevi la prima volta che hai fatto sesso con un altro uomo?
Risposta ricodificata in base alle fasce di risposta

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
<i>Non ho mai fatto sesso</i>	1049	9,7	9,1	10,2
<i>Non ricordo</i>	148	1,4	1,2	1,6
<i>Prima dei 13 anni</i>	587	5,4	5,0	5,9
<i>13-14 anni</i>	782	7,2	6,7	7,7
<i>15-20 anni</i>	4021	37,1	36,2	38,0
<i>21-30 anni</i>	3303	30,5	29,6	31,3
<i>Oltre i 30 anni</i>	951	8,8	8,2	9,3

5.4.3 Partner fissi e non-fissi negli ultimi 12 mesi

Una domanda richiedeva il numero di partner sessuali fissi degli ultimi 12 mesi, intendendo quindi fidanzati/compagni/mariti con cui si è avuto almeno un rapporto sessuale. Nel totale del campione, il 60,4% dei partecipanti ha dichiarato di non aver avuto nessun partner fisso negli ultimi 12 mesi, il 26,6% di averne avuto uno, il 5,5% due, mentre il 7,5% tre o più.

Tabella 5.11 – numero di partner sessuali fissi negli ultimi 12 mesi
Domanda: Con quanti partner fissi hai fatto sesso negli ultimi 12 mesi?
Risposta ricodificata in base alla numerosità indicata

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
<i>Nessuno</i>	3773	59,6	58,4	60,8	1446	60,4	58,4	62,3	1339	62,9	60,8	64,9	6558	60,4	59,5	61,4
<i>1</i>	1746	27,6	26,5	28,7	636	26,6	24,8	28,4	501	23,5	21,8	25,4	2883	26,6	25,7	27,4
<i>2</i>	345	5,5	4,9	6,0	126	5,3	4,4	6,2	128	6,0	5,1	7,1	599	5,5	5,1	6,0
<i>3 o più</i>	464	7,3	6,7	8,0	186	7,8	6,8	8,9	161	7,6	6,5	8,8	811	7,5	7,0	8,0

Osservando la distribuzione tra Nord, Centro, e Sud, è possibile notare come la percentuale di coloro che hanno dichiarato di aver avuto un partner fisso negli ultimi 12 mesi è stata del 27,6% al Nord, del 26,6% al Centro, del 23,5% al Sud.

Una domanda era poi rivolta a capire il numero di partner sessuali non fissi negli ultimi 12 mesi. Rispetto a questo dato, il 26,1% dei partecipanti ha dichiarato di non aver avuto alcun partner sessuale non fisso negli ultimi 12 mesi, l'8,3% uno, il 9,1% due, il 18,8% da 3 a 5, il 14,2% da 6 a 10 ed il 23,6% più di 10.

Tabella 5.12 – numero di partner sessuali non-fissi negli ultimi 12 mesi (How many non-steady partners did you have intercourse with in the last 12 months)
Domanda: Con quanti partner occasionali hai fatto sesso negli ultimi 12 mesi?
Risposta ricodificata in base alla numerosità indicata

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
<i>Nessuno</i>	2777	26,1	25,2	26,9
<i>1</i>	887	8,3	7,8	8,9
<i>2</i>	970	9,1	8,6	9,7
<i>3 - 5</i>	1999	18,8	18,0	19,5
<i>6 - 10</i>	1511	14,2	13,5	14,9
<i>Più di 10</i>	2512	23,6	22,8	24,4

5.4.4 Uso del profilattico durante il rapporto con partner non-fissi

Le domande di questa sezione avevano come obiettivo la valutazione dell'uso del profilattico durante i rapporti sessuali degli ultimi 12 mesi.

La tabella 5.13 mostra come il 70,5% dei partecipanti abbia sempre utilizzato il condom nei rapporti sessuali con i partner fissi degli ultimi 12 mesi.

Tabella 5.13 – numero di partner partner sessuali fissi con cui si NON si è usato il profilattico negli ultimi 12 mesi

Domanda: Con quanti partner fissi maschi hai fatto sesso senza preservativo negli ultimi 12 mesi?

Risposta ricodificata in base alla numerosità indicata

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
Nessuno	4356	70,4	69,2	71,5	1649	70,2	68,3	72,0	1494	71,3	69,3	73,2	7499	70,5	69,7	71,4
1	1427	23,1	22,0	24,1	533	22,7	21,0	24,4	438	20,9	19,2	22,7	2398	22,6	21,8	23,3
2	214	3,5	3,0	3,9	87	3,7	3,0	4,5	87	4,2	3,4	5,1	388	3,7	3,3	4,0
3 o più	192	3,1	2,7	3,6	80	3,4	2,7	4,2	76	3,6	2,9	4,5	348	3,3	2,9	3,6

Scorporando il dato per area geografica, è possibile notare come tra coloro che hanno dichiarato di aver avuto rapporti non protetti dal condom con un partner fisso (22,6%) negli ultimi 12 mesi, la percentuale sia del 23,1% al Nord, del 22,7% al Centro e del 20,9% al Sud.

La stessa domanda sul numero di partner sessuali con cui non si è utilizzato il profilattico negli ultimi 12 mesi è stata utilizzata anche in relazione ai partner sessuali non fissi. In questo caso il 58,8% del totale ha dichiarato di aver utilizzato il preservativo con tutti i partner non fissi degli ultimi 12 mesi, il 13,5% ha dichiarato di non aver usato il condom con 1 partner non fisso, l'8,3% con 2 partner non fissi e la rimanente parte con 3 o più. Questa domanda mostra come l'uso del condom sia piuttosto scarso (meno di 2/3) nei rapporti sessuali con partner non fissi.

Tabella 5.14 – numero di partner partner sessuali occasionali con cui si NON si è usato il profilattico negli ultimi 12 mesi

Domanda: Con quanti partner occasionali hai fatto sesso senza preservativo negli ultimi 12 mesi?

Risposta ricodificata in base alla numerosità indicata

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
Nessuno	6066	58,8	57,9	59,8
1	1391	13,5	12,8	14,2
2	858	8,3	7,8	8,9
3 - 5	1005	9,7	9,2	10,3
6 - 10	425	4,1	3,8	4,5
Più di 10	570	5,5	5,1	6,0

Esplorando nel dettaglio la frequenza dell'uso del profilattico con partner sessuali non fissi negli ultimi 12 mesi (Tabella 5.15), è possibile rilevare come il 13,9% dichiarò di non aver usato mai o raramente il profilattico con partner sessuali non fissi, il 9,5% indicò qualche volta, mentre il 76,6% dichiarò di aver utilizzato la maggior parte delle volte o sempre il profilattico negli ultimi 12 mesi durante i rapporti con partner non fissi.

Tabella 5.15 – frequenza dell'uso del profilattico con partner sessuali occasionali negli ultimi 12 mesi (In the last 12 months, how often were condoms used when you had intercourse with non-steady male partners?)

Domanda: negli ultimi 12 mesi, quanto spesso hai usato il preservativo facendo sesso con i partner occasionali maschi?
Risposta ricodificata in mai/raramente, qualche volta, la maggior parte/sempre

Totale				
	N°	%	CI 95%	
<i>mai/raramente</i>	1093	13,9	13,1	14,7
<i>qualche volta</i>	747	9,5	8,9	10,2
<i>la maggior parte/sempre</i>	6028	76,6	75,7	77,5

5.4.5 Sesso con donne

Un ulteriore aspetto indagato dal questionario è stata la frequenza di rapporti sessuali con donne. In questo caso, il 6,0% dei partecipanti allo studio ha dichiarato di aver avuto un rapporto sessuale con una donna negli ultimi 30 giorni, il 5% nell'ultimo anno, il 7,8% negli ultimi cinque anni ed il 27,7% più di 5 anni prima (in relazione al momento di compilazione del questionario). Circa un partecipante su 2 (53,5%) ha dichiarato di non aver mai avuto un rapporto sessuale con donne.

Tabella 5.16 – rapporto sessuale con donne

Domanda: Quand'è stata l'ultima volta che hai fatto qualsiasi tipo di sesso con una donna?
Risposta ricodificata in base allo span temporale indicato

Totale				
	N°	%	CI 95%	
<i>Nell'ultimo mese</i>	660	6,0	5,6	6,5
<i>Nell'ultimo anno</i>	543	5,0	4,6	5,4
<i>Negli ultimi 5 anni</i>	850	7,8	7,3	8,3
<i>Più di 5 anni fa</i>	3031	27,7	26,9	28,6
<i>Mai</i>	5852	53,5	52,6	54,4

5.5 Consumo di sostanze

La raccolta di dati affidabili circa l'uso di sostanze sia lecite che illecite attraverso domande compilate direttamente dai partecipanti e che di riferiscono ai mesi passati, può risultare particolarmente problematica ed esitare in una sottostima della diffusione del fenomeno. Consci di ciò, la raccolta dei dati circa l'uso di sostanze è stata una dei punti chiave dello studio EMIS-2017.

5.5.1 Consumo di sostanze legali

In relazione al consumo di sostanze, una domanda ha indagato il tempo intercorso tra il più recente consumo di bevande alcoliche ed il momento di compilazione del questionario. Circa 7 partecipanti su 10 hanno dichiarato di aver consumato alcol nell'ultimo mese, il 6,8% nell'ultimo anno, mentre il 20,4% ha dichiarato di essere astemio (non aver mai consumato bevande alcoliche).

Tabella 5.17 – alcol

Domanda: *Quand'è stata l'ultima volta che hai fatto uso di alcool?*

Totale				
	N°	%	CI 95%	
<i>Nell'ultimo mese</i>	7683	69,9	69,0	70,7
<i>Nell'ultimo anno</i>	750	6,8	6,4	7,3
<i>Negli ultimi 5 anni</i>	163	1,5	1,3	1,7
<i>Più di 5 anni fa</i>	149	1,4	1,2	1,6
<i>Mai</i>	2247	20,4	19,7	21,2

La stessa domanda è stata posta circa il consumo di tabacco. All'interno del campione, il 41% dei partecipanti ha dichiarato di aver utilizzato tabacco nell'arco dell'ultimo mese. Un'uguale percentuale ha dichiarato invece di non aver mai fatto uso di tabacco.

Tabella 5.18 – tabacco

Domanda: *Quand'è stata l'ultima volta che hai fatto uso di prodotti con tabacco?*

Totale				
	N°	%	CI 95%	
<i>Nell'ultimo mese</i>	4503	41,0	40,1	41,9
<i>Nell'ultimo anno</i>	624	5,7	5,3	6,1
<i>Negli ultimi 5 anni</i>	455	4,1	3,8	4,5
<i>Più di 5 anni fa</i>	901	8,2	7,7	8,7
<i>Mai</i>	4500	41,0	40,1	41,9

5.5.2 Consumo di sostanze illegali

Una specifica domanda è stata posta per valutare la diffusione del consumo di sostanze illegali quali: cannabis (hashish, marijuana), cannabinoidi sintetici (es. Spice, K2), ecstasy sottoforma di pillole o di cristalli o polvere (E, XTC, MDMA), smfetamine (speed), cristalli di metamfetamina (crystal, meth, Tina, Pervitin), eroina o altri oppiacei (poppy straw, kompot, fentanyl), mefedrone (4-MMC, meow, methylone, bubbles), GHB/GBL (ecstasy liquida, Gina, G), LSD, cocaina. Circa un partecipante su 3 (34,3%) ha dichiarato di aver consumato almeno una volta una sostanza illegale, contro il 65,7% che ha invece dichiarato di non aver mai utilizzato questo tipo di sostanze.

Tabella 5.19 – consumo di sostanze illegali

Domanda: Quand'è stata l'ultima volta che hai fatto uso di (sostanze)?

Risposta codificata in base alle ricodifiche EMIS raggruppando le sostanze disponibili nel questionario

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
No	4197	65,9	64,7	67,0	1529	63,6	61,6	65,5	1458	67,8	65,7	69,7	7188	65,7	64,8	66,6
Sì	2177	34,2	33,0	35,3	877	36,5	34,5	38,4	694	32,3	30,3	34,3	3751	34,3	33,4	35,2

Osservando la distribuzione per area geografica, è possibile notare che la percentuale di coloro che hanno dichiarato di aver consumato sostanze illegali è del 34,2% al Nord, del 36,5% al Centro e del 32,3% al Sud.

5.6 Droghe iniettive

Storicamente, in Europa, il fenomeno della tossicodipendenza per via iniettiva (intramuscolo, i.m. o per via endovenosa, e.v.) è sempre stato un fenomeno poco comune nella popolazione MSM. Questo dato potrebbe tuttavia essere cambiato dall'avvento del chemsex.

5.6.1 Prevalenza e distribuzione temporale dell'uso di droghe iniettive

Una specifica domanda è stata posta al fine di indagare la prevalenza e la distribuzione temporale dell'uso di droghe per via iniettiva nei partecipanti allo studio.

In questo caso, il 98,9% dei partecipanti ha dichiarato di non aver mai utilizzato droghe per via iniettiva nel corso della vita. Lo 0,2% ha dichiarato di aver utilizzato questa modalità per l'assunzione di droghe nell'ultimo mese, mentre lo 0,3% ha dichiarato di averlo fatto nell'ultimo anno.

Tabella 5.20 – uso di droghe iniettive

Domanda: *Ti sei mai iniettato (droghe iniettive)?*

Risposta codificata in base alle ricodifiche EMIS raggruppando le sostanze disponibili nel questionario

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
<i>Nell'ultimo mese</i>	25	0,2	0,2	0,3
<i>Nell'ultimo anno</i>	27	0,3	0,2	0,4
<i>Negli ultimi 5 anni</i>	16	0,2	0,1	0,2
<i>Più di 5 anni fa</i>	54	0,5	0,4	0,6
<i>Mai</i>	10782	98,9	98,7	99,1

5.7 Sesso e uso di sostanze

Un fenomeno di particolare interesse riguarda il cosiddetto chemsex ovvero l'utilizzo di specifiche sostanze in concomitanza con un rapporto sessuale. anche in questo caso si è fatto ricorso a una specifica domanda per indagare la prevalenza episodi di chemsex ed il tempo intercorso tra questi ultimi ed il momento della compilazione del questionario all'interno del campione che ha partecipato alla ricerca.

Il 91,4% ha dichiarato di non aver mai utilizzato droghe stimolanti, il 2,6% ha dichiarato di averne fatto uso nell'ultimo mese ed il 3,0% nell'ultimo anno.

5.7.1 Prevalenza e distribuzione temporale di episodi di 'chemsex'

L'importanza del fenomeno conosciuto come 'chemsex' in termini di rischio è emersa già nel rapporto di EMIS-2010. Non è tuttora disponibile una definizione omnicomprensiva ed internazionalmente accettata di questo fenomeno. Per questo motivo, nel questionario EMIS-2017, è stato scelto di non utilizzare la parola 'chemsex', bensì di porre una serie di domande altre da cui la diffusione e le caratteristiche di questo fenomeno possono essere derivate.

Al fine di valutare questi aspetti, il questionario ha richiesto non solo se i partecipanti avessero mai fatto uso di sostanze stimolanti prima o durante un rapporto sessuale, ma anche, a coloro che hanno risposto affermativamente, a quando risalisse l'ultimo utilizzo. La tabella mostra quest'ultimo dato ed evidenzia come, sebbene il 91,4% dei partecipanti non avesse mai utilizzato sostanze stimolante in associazione al sesso, l'8,6% ne avesse fatto uso, con più della metà di questi ultimi che hanno riferito un utilizzo anche negli ultimi 12 mesi.

Tabella 5.21 – uso di droghe stimolanti (chemsex)

Domanda: Quando è stata l'ultima volta in cui hai combinato droghe stimolanti e sesso con più di un uomo nella stessa occasione?

Risposta codificata in base alle ricodifiche EMIS raggruppando le sostanze disponibili nel questionario

Totale				
	N°	%	CI 95%	
<i>Nell'ultimo mese</i>	285	2,6	2,3	2,9
<i>Nell'ultimo anno</i>	322	3,0	2,6	3,3
<i>Negli ultimi 5 anni</i>	158	1,5	1,2	1,7
<i>Più di 5 anni fa</i>	181	1,7	1,4	1,9
<i>Mai</i>	9985	91,4	90,8	91,9

6. Supporto sociale e accesso ai servizi

Autori

Maddalena Cordioli

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Lorenzo Gios

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Massimo Mirandola

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Nigel Sherriff

School of Health Sciences, University of Brighton, Brighton, UK

Abstract in italiano	Abstract in English
<p><i>Tra coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto una diagnosi di HIV, la maggior parte conferma di aver ricevuto questa diagnosi in un ospedale o presso una clinica dove si era rivolto per degli accertamenti (64,2%), mentre il 7,1% dichiara invece di aver ricevuto la prima diagnosi di HIV dal medico di medicina generale/medico di famiglia. È interessante notare come lo 0,6% dei diagnosticati riporti di aver ricevuto la diagnosi presso una unità mobile di testing. L'uso di kit per test HIV autosomministrato (self-testing) sembra invece essere lo strumento di diagnosi in un numero molto limitato di casi.</i></p> <p><i>Rispetto al test più recente, la metà dei rispondenti (55.5%) ha indicato di aver effettuato il test in un ospedale o una clinica, il 10,1% attraverso la prescrizione del proprio medico di base ed un'analoga percentuale nel corso dello screening presso un centro trasfusionale. È interessante notare come il 3,5% del campione riporti di aver usato per il suo ultimo test HIV un kit di self-testing, mentre il 2% il campione confermi di aver fatto il test presso una unità mobile di testing.</i></p> <p><i>Sul totale del campione, circa nove partecipanti su dieci (92%) hanno dichiarato di aver fatto un prelievo venoso negli ultimi 12 mesi per un controllo delle IST.</i></p>	<p><i>Amongst those who reported an HIV diagnosis, the majority confirmed that they had received their diagnosis in a hospital or clinic (64.2%), whilst 7.1% reported receiving their diagnosis by a general practitioner / family doctor. Interestingly, 0.6% of those who received a diagnosis of HIV confirmed that their positive status was first detected at a mobile testing unit. Self-administered HIV test kits (self-testing) as a diagnostic tool appear to be adopted only in a very limited number of cases.</i></p> <p><i>Considering the most recent test, half of respondents (55.5%) reported that they received their result in a hospital or clinic, 10.1% through their GP/family doctor, and a similar percentage during routine screening at a blood donation center. It is interesting to note that 3.5% of participants reported using a self-testing kit for their last HIV test, whilst 2% reporting being tested in a mobile testing unit.</i></p> <p><i>Nearly all participants (92% or nine out of 10), reported having had a blood sample tested in the last 12 months as part of STI screening.</i></p>

6.1 Supporto sociale ed omonegatività

Il questionario EMIS-2017 ha voluto indagare le necessità in termini di salute sessuale non ancora soddisfatte dalle azioni sino ad ora intraprese nei confronti della popolazione MSM. In fine ultimo di questa ricerca è di tradurre quanto evidenziato in programmi mirati al soddisfacimento di quanto ancora mancante.

6.1.1 Supporto sociale (*social support*)

Questo paragrafo si focalizza su alcuni aspetti relativi al supporto sociale e all'omonegatività percepita, che sono stati rilevati attraverso delle domande specifiche all'interno del questionario.

Per quanto riguarda il tema del supporto sociale, questo è stato approfondito con una serie di 8 quesiti strutturati di moto da indagare la qualità di supporto sociale percepito dalla persona che ha compilato il questionario. Parte delle domande utilizzate fanno riferimento a due scale di misurazione già validate ed utilizzate a livello internazionale (Social Provisions Scale; Reliable Alliance Subscale). Il gruppo internazionale di ricerca ha poi costruito uno specifico indicatore, raggruppando i vari aspetti di supporto sociale indagati attraverso queste domande.

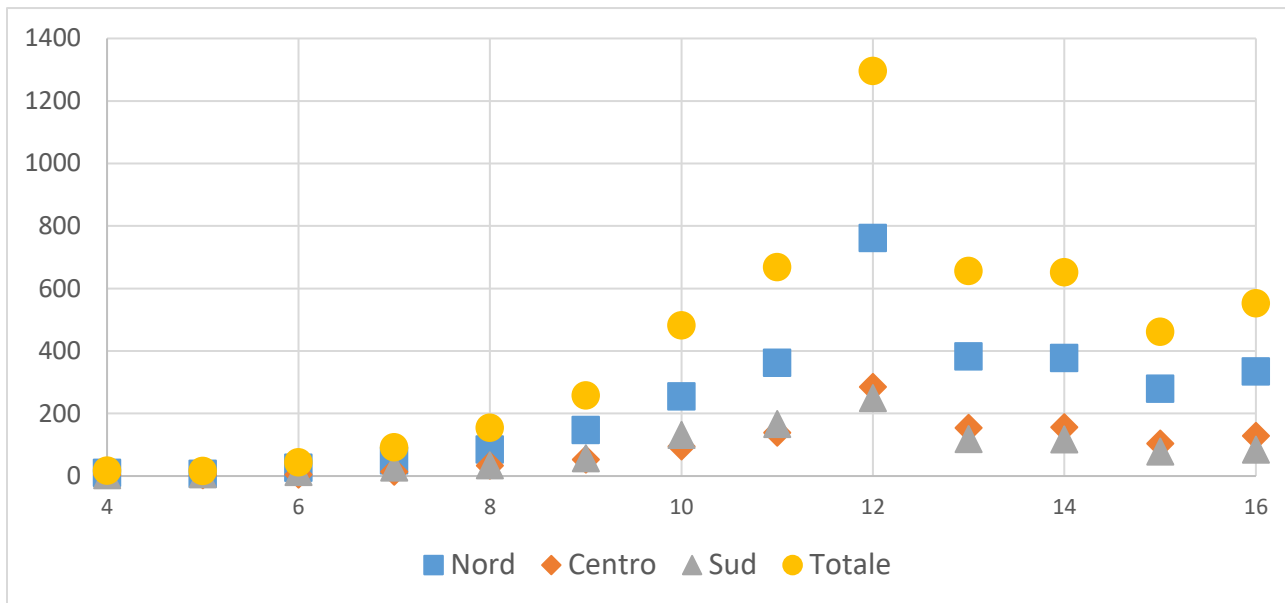
La distribuzione delle risposte rispetto all'indice di supporto sociale è presentata in tabella 6.1 e nel grafico 6.1. Come si può notare, la maggior parte delle risposte si colloca su un punteggio di 12 (24,2%), indicando cioè che circa un partecipante su quattro dichiara di sentire un supporto sociale medio-alto. Va sottolineato come una percentuale di circa il 50% abbia indicato dei valori compresi tra 11 e 14, confermando che - nella media della popolazione - il supporto percepito da parte della metà dei partecipanti all'indagine si attesta su un livello medio-alto.

Osservando i valori inferiori a 10 nella scala di supporto sociale (e quindi valori di basso supporto sociale percepito), è possibile notare come circa un partecipante su 10 venga classificato in questo range di valori.

Tabella 6.1 – distribuzione dello score di Supporto Sociale
Domanda e risposta ricodificata in base a scale di misura validate

Social Support Score	Freq.	Percent	Cum.
4	17	0,3	0,3
5	16	0,3	0,6
6	44	0,8	1,4
7	92	1,7	3,2
8	154	2,9	6,0
9	258	4,8	10,9
10	482	9,0	19,9
11	668	12,5	32,4
12	1296	24,2	56,6
13	656	12,3	68,8
14	652	12,2	81,0
15	462	8,6	89,7
16	553	10,3	100,0
Totale	5350	100.00	

Grafico 6.1 – distribuzione dello score di Supporto Sociale



Rispetto alla distribuzione per area geografica, il grafico indica come la distribuzione delle risposte segua un andamento simile al Nord, al Centro e al Sud.

6.1.2 Omonegatività interiorizzata (*internalised homonegativity*)

L'omonegatività interiorizzata, ossia la presenza di sentimenti negativi circa la propria omosessualità, è un noto indicatore di ansia e depressione nella popolazione MSM. Essa è inoltre legata ad un aumento dei comportamenti sessuali a rischio per HIV/IST e, contemporaneamente, alla riduzione della frequenza di testing per HIV/IST.

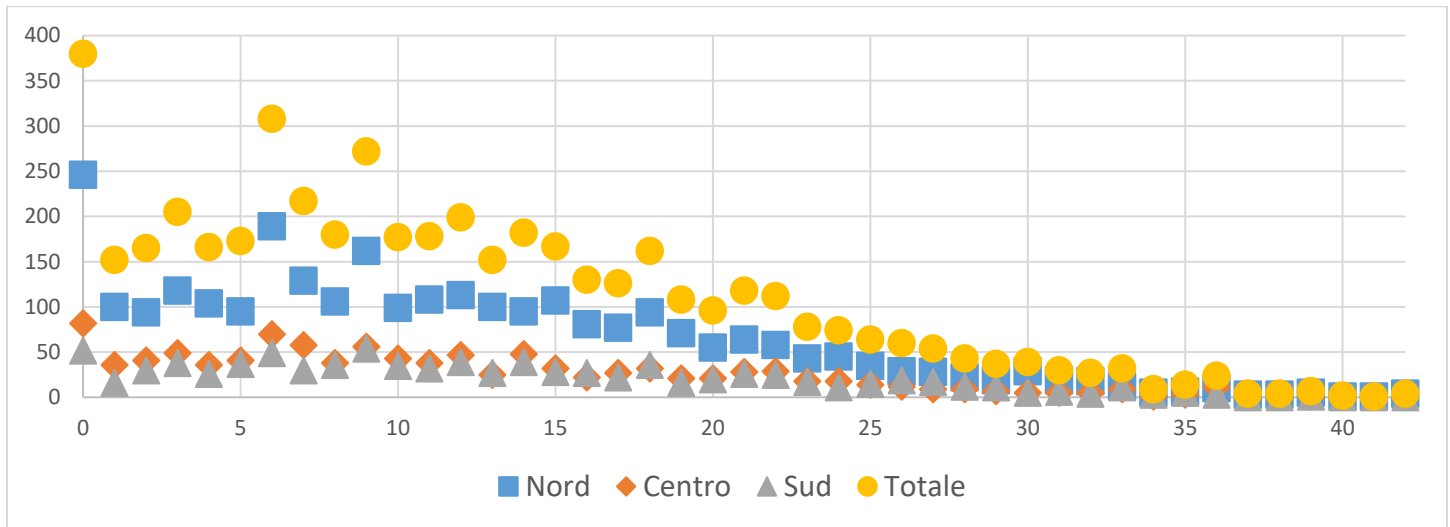
Per valutare questo aspetto, il questionario EMIS-2017 ha utilizzato una scala di valutazione internazionalmente riconosciuta (short internalised homonegativity scale - SIHS) che, attraverso una serie di domande specifiche, vuole indagare le sensazioni di adeguatezza percepite dal partecipante in vari contesti e situazioni, così come il parere rispetto ad alcune frasi relative all'accettabilità dell'orientamento sessuale e dell'omosessualità in generale. A ciascuna delle 7 frasi della scala al partecipante è richiesto di esprimere il suo grado di accordo/disaccordo dove 1 rappresenta l'essere "per niente d'accordo" e 7 l'essere "molto d'accordo". Idealmente minore è il punteggio, maggiore è il grado del partecipante rispetto alla propria omosessualità.

Tabella 6.2 – distribuzione dello score di omonegatività interiorizzata (Short Internalised Homonegativity Scale – SIHS)
Domanda e risposta ricodificata in base a scale di misura validate

SIHS Score	Freq.	Percent	Cum.
0	380	8,0	8,0
1	152	3,2	11,2
2	165	3,5	14,7

3	205	4,3	19,1
4	166	3,5	22,6
5	173	3,7	26,2
6	308	6,5	32,7
7	217	4,6	37,3
8	180	3,8	41,1
9	272	5,8	46,9
10	177	3,7	50,6
11	178	3,8	54,4
12	199	4,2	58,6
13	152	3,2	61,8
14	182	3,9	65,6
15	167	3,5	69,2
16	130	2,8	71,9
17	126	2,7	74,6
18	162	3,4	78,0
19	108	2,3	80,3
20	96	2,0	82,3
21	118	2,5	84,8
22	112	2,4	87,2
23	78	1,7	88,8
24	74	1,6	90,4
25	64	1,4	91,7
26	60	1,3	93,0
27	54	1,1	94,2
28	43	0,9	95,1
29	37	0,8	95,8
30	39	0,8	96,7
31	30	0,6	97,3
32	27	0,6	97,9
33	32	0,7	98,5
34	9	0,2	98,7
35	14	0,3	99,0
36	24	0,5	99,5
37	4	0,1	99,6
38	4	0,1	99,7
39	7	0,2	99,9
40	2	0,0	99,9
41	1	0,0	99,9
42	4	0,1	100,0
<i>Totale</i>	4732	100,0	

Grafico 6.2 – distribuzione dello score di omonegatività interiorizzata (Short Internalised Homonegativity Scale – SIHS)



6.2 Sesso sicuro

6.2.1 Profilattico: distribuzione temporale del mancato uso per mancata disponibilità

Una tematica di particolare interesse esplorata dal questionario si riferiva alla disponibilità di profilattici, intesa come la valutazione del tempo intercorso tra il momento della compilazione del questionario ed il mancato utilizzo di profilattico perché non disponibile.

Osservando il campione in generale è possibile notare come, nel 60,9% dei casi il partecipante non si sia mai trovato nella situazione di non poter utilizzare un profilattico perché non l'aveva con sé (opzione di risposta "mai"). Il restante 39,1% dei partecipanti riferisce invece di essersi ritrovati nella situazione di non aver potuto utilizzare il condom perché non disponibile. Di questi, il 10,2% riferisce l'evento accaduto nell'ultimo mese, il 14,2% nell'ultimo anno ed il 14,7% negli ultimi 5 anni.

Tabella 6.3 – distribuzione temporale del mancato uso di profilattico per mancata disponibilità

Domanda: Quanto è stata l'ultima volta che hai avuto fatto sesso senza preservativo solo perché non avevi un preservativo?

Risposta: frequenza ricodificata in base alla risposta

	Nord			Centro			Sud			Totale		
	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%	N°	%	CI 95%
Nell'ultimo mese	622	9,7	9,0 10,5	235	9,8	8,6 11,0	258	11,9	10,6 13,3	1115	10,2	9,6 10,7
Nell'ultimo anno	861	13,5	12,7 14,3	326	13,5	12,2 15,0	372	17,1	15,6 18,7	1559	14,2	13,6 14,9
Ultimi 5 anni / più di 5 anni fa	936	14,7	13,8 15,6	328	13,6	12,3 15,1	351	16,1	14,6 17,7	1615	14,7	14,1 15,4
Mai	396	62,1	60,9 63,3	151	63,1	61,1 65,0	109	55,0	52,9 57,0	668	60,9	60,0 61,8

Osservando la distribuzione delle risposte suddivise per area geografica, si evidenzia come coloro che hanno risposto “mai” alla domanda di riferimento sono il 62,1% al Nord, il 63,1% al Centro e il 55,0% al Sud, area geografica per la quale è riportata la percentuale più bassa di risposte.

6.3 Setting e servizi di testing/screening

Dal momento che, al giorno d’oggi, è risaputa l’efficacia della terapia antiretrovirale nel raggiungimento rapido e precoce della negativizzazione virologica (HIV-RNA *undetectable*/non-rilevabile/azzerato), il test HIV e la conseguente conoscenza del proprio sierostato, rappresenta l’elemento chiave per garantire un trattamento efficace a tutte le persone HIV-positive. La facilitazione del testing HIV, la sua distribuzione a bassa soglia ed il rafforzamento della motivazione del singolo circa l’utilità dell’esecuzione routinaria del test è dunque un obiettivo fondamentale di tutti i programmi di prevenzione.

6.3.1 Setting per il test e diagnosi HIV

Un ulteriore aspetto indagato dal questionario è stato il luogo o il servizio presso il quale è avvenuta la diagnosi di HIV, ovviamente considerando - tra tutti i partecipanti all’indagine - le persone che si sono dichiarate HIV-positive.

Tra coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto una diagnosi di HIV, la maggior parte conferma di aver ricevuto questa diagnosi in un ospedale o presso una clinica dove si era rivolto per degli accertamenti (64,2%). Circa il 5% dei partecipanti dichiara invece di aver ricevuto la diagnosi da centro trasfusionale, per attività collegate alla donazione di sangue. Il 7,1% dichiara invece di aver ricevuto la prima diagnosi di HIV dal medico di medicina generale/medico di famiglia. È interessante notare come lo 0,6% dei diagnosticati riporti di aver ricevuto la diagnosi presso una unità mobile di testing. L’uso di kit per test HIV autosomministrato (self-testing) sembra invece essere lo strumento di diagnosi in un numero molto limitato di casi.

Tabella 6.4 – setting della diagnosi di HIV

Domanda: Dove sei stato diagnosticato sieropositivo per la prima volta?

Note: il denominatore è rappresentato dalle persone che hanno riferito una diagnosi di HIV

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
<i>Medico generico/medico di famiglia</i>	78	7,1	5,7	8,8
<i>Un medico private</i>	48	4,4	3,3	5,8
<i>Ospedale o clinica come paziente esterno</i>	704	64,2	61,3	67,0
<i>Ospedale come paziente interno/ricoverato</i>	137	12,5	10,7	14,6
<i>Servizio di comunità (community based)</i>	38	3,5	2,5	4,7
<i>Centro trasfusionale</i>	54	4,9	3,8	6,4
<i>Test fai da te (prelevato e inviato per analisi)</i>	3	0,3	8,8	8,5
<i>Test fai da te (e ho letto io il risultato)</i>	3	0,3	8,8	8,5
<i>Bar o pub, club o sauna</i>	5	0,5	1,9	1,1
<i>Unità mobile</i>	7	0,6	3,0	1,3
<i>Altrove</i>	19	1,7	1,1	2,7
<i>Totale</i>	1096	100,0		

A tutti i partecipanti allo studio che hanno effettuato almeno un test HIV nel corso della loro vita è stato chiesto la modalità di erogazione di tale servizio. Qualora i partecipanti avessero effettuato più test HIV nella loro vita, è stato chiesto loro di riferirsi al test HIV più recente. Un partecipante su due (55.5%) ha indicato di aver effettuato il test in un ospedale o una clinica, il 10,1% attraverso la prescrizione del proprio medico di base ed un’analoga percentuale nel corso dello screening presso un centro trasfusionale. È interessante notare come il 3,5% del campione riporti di aver usato per il suo ultimo test HIV un kit di self-testing, mentre il 2% il campione confermi di aver fatto il test presso una unità mobile di testing.

Tabella 6.5 – setting dell’ultimo test HIV

Domanda: Quando è stata l’ultima volta che hai fatto un test HIV?

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
<i>Medico generico/medico di famiglia</i>	765	10,1	9,4	10,8
<i>Un medico private</i>	300	4,0	3,5	4,4
<i>Ospedale o clinica come paziente esterno</i>	4205	55,5	54,3	56,6
<i>Ospedale come paziente interno/ricoverato</i>	315	4,2	3,7	4,6
<i>Servizio di comunità (community based)</i>	598	7,9	7,3	8,5
<i>Centro tarsfusionale</i>	760	10,0	9,4	10,7
<i>Test fai da te (prelevato e inviato per analisi)</i>	30	0,4	2,8	5,7
<i>Test fai da te (e ho letto io il risultato)</i>	268	3,5	3,1	4,0
<i>Bar o pub, club o sauna</i>	50	0,7	5,0	8,7
<i>Unità mobile</i>	154	2,0	1,7	2,4
<i>Altrove</i>	138	1,8	1,5	2,1
<i>Totale</i>	7583	100,0		

6.3.2 Screening per le IST (*comprehensive STI screenings*)

Un aspetto di particolare interesse valutato dal questionario è stata la frequenza di screening per le infezioni a trasmissione sessuale (IST) diverse dall' HIV.

Le domande per indagare questa tematica hanno riguardato la frequenza con cui il partecipante ha dichiarato di aver fatto - negli ultimi 12 mesi – degli accertamenti (prelievo ematico, urina, tamponi o visite mediche) nel contesto di uno screening per le IST diverse dall' HIV.

La tabella 6.6 mostra la distribuzione delle risposte in relazione all'aver fatto un prelievo venoso per lo screening IST negli ultimi 12 mesi. Sul totale del campione, circa 9 partecipanti su 10 (92%) hanno dichiarato di aver fatto un prelievo venoso negli ultimi 12 mesi per un controllo delle IST. Osservando la distribuzione per area geografica questa percentuale sale al 92,5% per i partecipanti del Nord, si attesta al 91,9% per i partecipanti del Centro e sfiora il 90% (89,9%) per i partecipanti del Sud.

Tabella 6.6 – prelievo venoso nel contesto di uno screening IST negli ultimi 12 mesi

Domanda: Ti è stato prelevato un campione di sangue per un test per le MST negli ultimi 12 mesi?

Risposta ricodificata no, sì, non ricordo

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
No	155	6,1	5,2	7,1	62	6,9	5,4	8,8	51	8,4	6,5	10,9	268	6,6	5,9	7,4
Sì	236	92,5	91,4	93,4	82	91,9	89,9	93,5	54	89,9	87,3	92,1	373	92,0	91,1	92,8
Non ricordo	37	1,5	1,1	2,0	11	1,2	0,7	2,2	10	1,7	0,9	3,0	58	1,4	1,1	1,8

Una seconda domanda era rivolta a valutare la frequenza dei test su urine nel contesto dello screening per IST, sempre tenendo come riferimento temporale gli ultimi 12 mesi. In questo caso il 40,9% del campione ha risposto affermativamente.

Tabella 6.7 – accertamenti su urine nel contesto di uno screening IST negli ultimi 12

Domanda: Hai fornito un campione di urina per un test per le MST negli ultimi 12 mesi?

Risposta ricodificata no, sì, non ricordo

	Nord				Centro				Sud				Totale			
	N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%		N°	%	CI 95%	
No	140	55,0	53,1	56,9	48	54,5	51,2	57,8	37	61,5	57,6	65,3	226	55,9	54,3	57,4
Sì	106	41,8	39,9	43,7	37	41,5	38,3	44,7	21	36,0	32,2	39,9	165	40,9	39,3	42,4
Non ricordo	82	3,2	2,6	4,0	36	4,0	2,9	5,5	15	2,5	1,5	4,1	133	3,3	2,8	3,9

Andando a verificare le risposte in relazione all'area geografica dei partecipanti, è possibile notare come questa percentuale sia del 41,8% al Nord, del 41,5% al Centro, mentre scenda al 36% per i partecipanti del Sud.

Un'ulteriore domanda ha richiesto la frequenza di accertamenti per IST su tampone uretrale, sempre negli ultimi 12 mesi. In questo caso, il 15% dei partecipanti ha risposto affermativamente.

Tabella 6.8 – tampone uretrale nel contesto di uno screening IST negli ultimi 12 mesi

Domanda: Ti è stato inserito qualcosa nell'apertura del pene (tampone uretrale) per un test/controllo per le MST negli ultimi 12 mesi?

Risposta ricodificata no, sì, non ricordo

Totale				
	N°	%	CI 95%	
No	3388	84,2	83,0	85,2
Sì	605	15,0	14,0	16,2
Non ricordo	33	0,8	0,6	1,2
Totale	4026	100,0		

Come mostrato dalla tabella, circa un partecipante su quattro (26,3%) ha riferito invece di essersi sottoposto, nell'ultimo anno, ad una visita medica con esame dei genitali (pene).

Tabella 6.9 – Valutazione medica con esame obiettivo del pene nel contesto di uno screening IST negli ultimi 12 mesi

Domanda: Il tuo pene è stato esaminato per un test per le MST negli ultimi 12 mesi?

Risposta ricodificata no, sì, non ricordo

Totale				
	N°	%	CI 95%	
No	2935	72,8	71,4	74,1
Sì	1061	26,3	25,0	27,7
Non ricordo	37	0,9	0,7	1,3
Totale	4033	100,0		

Alla domanda rivolta a valutare l'esecuzione di accertamenti per IST su tampone anale nell'ultimo anno, il 16,8% dei partecipanti ha risposto positivamente.

Tabella 6.10 – esecuzione di tampone anale nel contesto di uno screening IST negli ultimi 12 mesi

Domanda: Ti è stato inserito qualcosa nell'ano (tampone anale) per un test/controllo per le MST negli ultimi 12 mesi?

Risposta ricodificata no, sì, non ricordo

Totale				
	N°	%	CI 95%	
No	3352	82,7	81,5	83,8
Sì	681	16,8	15,7	18,0
Non ricordo	22	0,5	0,4	0,8
Totale	4055	100,0		

Infine, uno specifico quesito ha indagato la frequenza di esecuzione di una valutazione medica con esame obiettivo dell'ano. Con riferimento a questa domanda, circa un partecipante su 5 (19,5%) ha confermato di essersi sottoposto a questo tipo di accertamento negli ultimi 12 mesi.

Tabella 6.11 – Valutazione medica con esame obiettivo dell'ano nel contesto di uno screening IST negli ultimi 12 mesi

Domanda: Il tuo ano è stato esaminato per un test per le IST negli ultimi 12 mesi?

Risposta ricodificata no, sì, non ricordo

Totale				
	N°	%	CI 95%	
No	3239	79,7	78,5	80,9
Sì	791	19,5	18,3	20,7
Non ricordo	33	0,8	0,6	0,1
Totale	4063	100,0		

7. Ultimo rapporto con partner non-fisso

Autori

Maddalena Cordioli

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Lorenzo Gios

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Massimo Mirandola

UOC di Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

Nigel Sherriff

School of Health Sciences, University of Brighton, Brighton, UK

Abstract in italiano	Abstract in English
<p><i>Circa otto partecipanti su dieci (82,3%) hanno dichiarato che, nell'ultimo rapporto sessuale, hanno fatto sesso con un solo partner occasionale, mentre in quasi il 5% dei casi l'ultimo rapporto si è svolto in presenza di un partner occasionale e del partner fisso (4,9%) e nel 7,7% dei casi con due partner non fissi. Infine, il 5,2% di aver avuto l'ultimo rapporto sessuale con 3 o più partner occasionali. Considerando chi ha avuto l'ultimo rapporto solo con un partner occasionale, risulta che più della metà ha avuto un rapporto con quel partner occasionale per la prima volta (63,5%). Circa un partecipante su 10 (13,7%) dichiara che aveva già avuto un precedente rapporto sessuale con quel partner occasionale, mentre in quasi un caso su cinque (22,9%) aveva avuto più volte rapporti con quel partner. Se andiamo a indagare il tipo di rapporto sessuale avuto con il partner non fisso nell'ultima occasione, possiamo osservare che nel 34,4% dei casi il partecipante ha avuto un ruolo passivo, nel 29,7% un ruolo attivo, e nel 7,7% un ruolo sia attivo che passivo.</i></p>	<p><i>At the last (most recent) sexual intercourse, approximately eight out of 10 participants (82.3%) reported that they had sex with only one occasional partner. In 5% of cases, both occasional and steady partners were present, and in 7.7% of cases, two non-steady partners were present. 5.2% of participants reported three or more casual partners at the last sexual intercourse. Of those who reported an occasional (casual) partner at the last intercourse, more than half of the respondents reported that this was the first sexual intercourse with that partner (63.5%). About one in 10 (13.7%) participants reported previous intercourse with that casual partner, whilst in nearly one out of five cases (22.9%) they had already had several previous sexual encounters. Considering the type of sexual intercourse with a casual partner(s), 34.4% participants reported a passive role, 29.7% an active role, and 7.7% both active and passive roles (versatile).</i></p>

7.1 Numero di partner e rapporti precedenti

7.1.1 Numero di partner

Questo capitolo si focalizza sull'ultimo rapporto con un partner non fisso (occasionale) con l'obiettivo di descrivere i comportamenti di prevenzione e di rischio che si sono verificati durante il rapporto più recente e per cui, quindi, si ha maggiore vividezza di dettagli. In questa sezione vengono presentate le percentuali per il totale dei partecipanti all'indagine e non disaggregate per area geografica.

In particolare, in questa prima parte viene indagato il numero di partner con cui il partecipante al questionario ha avuto il suo ultimo rapporto sessuale.

Tabella 7.1 – numero di partner nell'ultimo rapporto con partner non-fisso/i

Domanda: Hai fatto sesso con un solo uomo o con più di un uomo?

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
<i>Eravamo solo io e lui</i>	7123	82,3	81,4	83,1
<i>Eravamo io, il mio partner fisso e un partner occasionale (un triangolo/threesome)</i>	422	4,9	4,4	5,3
<i>Eravamo io e due partner occasionali (un triangolo/threesome)</i>	664	7,7	7,1	8,2
<i>Eravamo io e altre tre o più persone</i>	450	5,2	4,7	5,7
<i>Totale</i>	8659			

Circa 8 partecipanti su 10 (82,3%) hanno dichiarato che, nell'ultimo rapporto, hanno fatto sesso con un solo partner occasionale, mentre in quasi il 5% dei casi l'ultimo rapporto si è svolto in presenza di un partner occasionale e del partner fisso (4,9%) e nel 7,7% dei casi con due partner non fissi. Infine, il 5,2% di aver avuto l'ultimo rapporto sessuale con 3 o più partner occasionali.

7.1.2 Eventuali rapporti precedenti con questi partner

Una domanda specifica del questionario indagava se la persona che ha risposto al questionario avesse già avuto un rapporto precedente con il partner occasionale con cui ha avuto il suo ultimo rapporto sessuale.

Tabella 7.2 – rapporti precedenti con il partner non-fisso (in caso di un solo partner)

Domanda: Avevi già fatto sesso con lui precedentemente (in un'altra occasione)?

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
<i>No</i>	4779	63,5	62,4	64,5
<i>Sì, una volta</i>	1028	13,7	12,9	14,4
<i>Sì, più di una volta</i>	1724	22,9	22,0	23,9
<i>Totale</i>	7531			

Considerando chi ha avuto l'ultimo rapporto solo con un partner occasionale, risulta che più della metà ha avuto un rapporto con quel partner occasionale per la prima volta (63,5%). Circa un partecipante su 10 (13,7%) dichiara che aveva già avuto un precedente rapporto sessuale con quel partner occasionale, mentre in quasi un caso su cinque (22,9%) aveva avuto più volte rapporti con quel partner.

La stessa domanda è stata posta nel caso il partecipante all'indagine avesse dichiarato di avere avuto un ultimo rapporto con più partner occasionali.

Tabella 7.3 – rapporti precedenti con i partners non-fissi (in caso di più di un partner)

Domanda: Avevi già fatto sesso con loro precedentemente (in un'altra occasione)?

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
<i>No, era la prima volta con tutti loro</i>	622	55,9	52,9	58,8
<i>Sì, una volta con uno o più di uno di loro</i>	301	27,0	24,5	29,7
<i>Sì, più di una volta con uno o più di uno di loro</i>	190	17,1	15,0	19,4
<i>Totale</i>	1113			

In questo caso notiamo che un partecipante su due (55,9%) dichiara che era la sua prima volta con quei partner occasionali, mentre nel 27% dei casi c'era stato un precedente rapporto almeno con uno dei partner. Infine, il 17,1% ha dichiarato che aveva avuto rapporti sessuali più di una volta con almeno uno dei partner coinvolti.

7.2 Come e dove

Come abbiamo visto nelle tabelle precedenti, il questionario ha permesso di indagare l'ultimo rapporto sessuale con partner occasionale, sia il caso in cui ci sia stato un solo partner occasionale, sia nel caso in cui ci siano stati partner occasionali multipli.

Le analisi dei dati e le tabelle che seguiranno si focalizzano solo su l'ultimo rapporto sessuale con un solo partner occasionale.

7.2.1 Dove vi siete incontrati?

Andando a esaminare il luogo dove o il mezzo attraverso cui è stato incontrato il partner non fisso con cui si è avuto l'ultimo rapporto sessuale, nella maggior parte dei casi risulta che questo partner è stato contattato tramite smartphone o telefono cellulare, strumento che risulta quindi essere la prima fonte di conoscenza e di incontro con il partner occasionale (44,7%).

Tabella 7.4 – Setting di incontro del partner non-fisso (ultimo rapporto)

Domanda: Dove l'hai incontrato la prima volta?

Risposte ricodificate in base al luogo indicato

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
<i>Luogo fisico (caffè o bar gay, locale, sauna, party in una casa privata, etc.)</i>	1244	16,5	15,7	17,4
<i>Telefonino (o GPS)</i>	3364	44,7	43,5	45,8
<i>Altrove su internet</i>	2236	29,7	28,7	30,7
<i>Altrove</i>	690	9,2	8,5	9,8
<i>Totale</i>	7534			

In un caso su tre (29,7%), sono sempre gli strumenti tecnologici ed internet in particolare ad essere lo strumento di incontro con partner occasionali. Solo il 16,5% dei partecipanti ha conosciuto il partner occasionale con cui ha fatto sesso l'ultima volta in un luogo fisico, come un caffè o un bar o un locale.

7.3 Ultimo rapporto sessuale con un partner non-fisso

7.3.1 Tipo di rapporto

Se andiamo a indagare il tipo di rapporto sessuale avuto con il partner non fisso nell'ultima occasione, possiamo osservare che nel 34,4% dei casi il partecipante ha avuto un ruolo passivo, nel 29,7% un ruolo attivo, e nel 7,7% un ruolo sia attivo che passivo. Va notata una percentuale del 28,2% che dichiara di non aver fatto sesso in quell'occasione. Si può quindi dedurre che vi sia stato un altro tipo di pratica o di rapporto che non fosse un rapporto penetrativo anale.

Tabella 7.5 – Tipo di rapporto con il partner non-fisso (ultimo rapporto)

Domanda: Hai fatto sesso (scopato) in quell'occasione?

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
<i>No</i>	2125	28,2	27,2	29,3
<i>Sì, lui mi ha scopato (io ero 'passivo')</i>	2589	34,4	33,3	35,5
<i>Sì, io l'ho scopato (io ero 'attivo')</i>	2235	29,7	28,7	30,7
<i>Sì, ci siamo scopati l'un l'altro (io ero sia 'passivo' che 'attivo')</i>	576	7,7	7,1	8,3
<i>Totale</i>	7525			

7.3.2 Luogo dove il rapporto è avvenuto

Rispetto al luogo dove è avvenuto il rapporto, notiamo che nella maggior parte dei casi questo è avvenuto a casa, o a casa della persona che ha risposto al questionario (36,9%) o a casa del partner occasionale (38%).

Tabella 7.6 – Setting dove è avvenuto l'ultimo rapporto con partner non-fisso

Domanda: dove hai fatto sesso?

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
<i>A casa mia</i>	2776	36,9	35,8	37,9
<i>A casa sua</i>	2865	38,0	36,9	39,1
<i>A casa di qualcun altro</i>	95	1,3	1,0	1,5
<i>Nella camera di un hotel</i>	373	5,0	4,5	5,5
<i>In un club o nel retro di un bar</i>	155	2,1	1,8	2,4
<i>Una sauna</i>	252	3,3	3,0	3,8
<i>Un cinema porno</i>	9	0,1	0,1	0,2
<i>Un cruising/battuage (strada, piazzola di sosta, parco, spiaggia, bagni pubblici)</i>	668	8,9	8,2	9,5
<i>Altra risposta</i>	341	4,5	4,1	5,0
<i>Totale</i>	7534			

Nei restanti casi le percentuali come possibile vedere sono generalmente molto basse, salvo circa un 9% che ha dichiarato di aver fatto sesso con il partner occasionale in un luogo fisico esterno come un'area cruising o un parco.

7.3.3 Rapporto anale e uso di misure protettive

Il questionario ha poi permesso di indagare il tipo di comportamenti protettivi messi in atto durante l'ultimo rapporto avuto con un partner non fisso.

In particolare, una domanda specifica indagato se il proprio partner occasionale abbia usato il preservativo. Nel 28,3% dei casi il rapporto è stato un rapporto completamente non protetto (senza preservativo), nel 63,1% dei casi il partner occasionale ha usato il profilattico per tutta la durata del rapporto, e nel 7,7% ha usato il profilattico ma non per tutta la durata del rapporto.

Tabella 7.7 – Uso del profilattico da parte del partner (ruolo attivo) durante l'ultimo rapporto con partner non-fisso

Domanda: Lui ha usato il preservativo quando ha fatto l'attivo nel sesso (quando ti ha scopato)?

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
<i>No</i>	894	28,3	26,7	29,9
<i>Sì, per tutto il tempo in cui lui mi ha scopato</i>	1997	63,1	61,4	64,8
<i>Sì, ma non per tutto il tempo</i>	243	7,7	6,8	8,7
<i>Non ricordo / Non so</i>	29	0,9	0,6	1,3
<i>Totale</i>	3163			

La stessa domanda è stata utilizzata per cercare di capire i comportamenti di prevenzione, in particolare l'uso del profilattico, da parte del partecipante all'indagine.

Tra i partecipanti circa 1 su 3 (29,7%) ha dichiarato di non aver usato il profilattico quando ha fatto sesso attivo con il partner occasionale durante l'ultimo rapporto sessuale. La maggior parte dei partecipanti, il 62%, ha invece dichiarato di aver usato il profilattico per tutta la durata del rapporto.

Tabella 7.8 – Uso del profilattico da parte del partecipante al questionario (ruolo attivo) durante l'ultimo rapporto con partner non-fisso

Domanda: *Tu hai usato il preservativo quando hai fatto l'attivo nel sesso (quando l'hai scopato)?*

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
No	832	29,7	28,0	31,4
<i>Sì, per tutto il tempo in cui io l'ho scopato</i>	174	62,0	60,2	63,8
<i>Sì, ma non per tutto il tempo</i>	215	7,7	6,7	8,7
<i>Non ricordo / Non so</i>	18	0,6	0,4	1,0
<i>Totale</i>	2805			

In relazione alla comunicazione del proprio status sierologico al partner non-fisso, tra le persone con diagnosi di HIV che hanno risposto alla domanda (727), in 16 (2,2%) hanno risposto di aver detto al proprio partner che non erano a conoscenza del proprio status sierologico, in 13 (1,8%) di essere sieronegativi, in 147 (20,2%) di essere sieropositivi, mentre in 511 casi (70,3%) non hanno dichiarato il loro status sierologico. I rimanenti 40 (5,5%) hanno dichiarato di non ricordare esattamente questo aspetto di comunicazione.

Infine, una ulteriore domanda è stata rivolta a cui i partecipanti al questionario che avevano dichiarato di essere sieropositivi. La domanda aveva lo scopo di capire se avessero comunicato al proprio partner occasionale durante l'ultimo rapporto la loro carica virale.

Tabella 7.9 – comunicazione della propria carica virale al partner non-fisso

Domanda: *Cosa gli hai detto riguardo alla tua carica virale?*

Nota: il denominatore è rappresentato da chi ha risposto di essere sieropositivo

	Totale			
	N°	%	CI 95%	
<i>Gli ho detto che la mia carica virale era non rilevabile</i>	134	81,7	75,0	87,0
<i>Gli ho detto che la mia carica virale era rilevabile</i>	7	4,3	2,0	8,7
<i>Non gli ho detto nulla riguardo la mia carica virale</i>	23	14,0	9,5	20,3
<i>Totale</i>	164			

Nella maggior parte dei casi, ovvero nel 81,7% il partecipante ha detto al proprio partner che la sua carica virale non era rilevabile mentre nel 14% non ha detto nulla rispetto alla propria carica virale.

7.4 Soddisfazione ultimo rapporto con partner non-fisso

Una ulteriore domanda relativa all'ultimo rapporto con un partner occasionale riguardava la soddisfazione percepita di questo rapporto. La domanda chiedeva al partecipante di esprimere un voto da 1 a 10 per valutare la soddisfazione.

Tabella 7.10 – Soddisfazione per l'ultimo rapporto con partner non-fisso

Domanda: In una scala da 1 (pessimo) a 10 (ottimo), come valuti questo rapporto sessuale?

Totale				
	N°	%	CI 95%	
1 – pessimo	160	2,1	1,8	2,5
2	138	1,8	1,6	2,2
3	226	3,0	2,7	3,4
4	369	4,9	4,5	5,4
5	744	10,0	9,3	10,6
6	1189	15,9	15,1	16,7
7	1745	23,3	22,4	24,3
8	1605	21,5	20,5	22,4
9	593	7,9	7,3	8,6
10 – ottimo	712	9,5	8,9	10,2
Totale	7481			

I voti indicati con più frequenza sono il 7 (23,3% delle risposte) e l'8 (21,5% delle risposte), suggerendo quindi che nella maggior parte dei casi il rapporto è stato soddisfacente.

8. Implicazioni e prospettive dal punto di vista delle associazioni e della comunità

Autori

Maria Luisa Cosmaro

Fondazione Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS – LILA Milano

Michele Breveglieri

Arcigay Italia

Filippo Maria Nimbi

Dipartimento di psicologia dinamica e clinica, Università La Sapienza di Roma

Giulio Maria Corbelli

PLUS Network persone LGBT sieropositive

Abstract in italiano	Abstract in English
<p><i>EMIS offre uno spaccato della situazione di salute degli MSM in Italia. Si ritiene urgente che questo report venga utilizzato per indirizzare e migliorare le politiche e le campagne di informazione/prevenzione e le attuali pratiche sanitarie. Troppo spesso le uniche fonti di informazione specifiche per gli MSM sono quelle realizzate dalle organizzazioni della società civile. Pur riconoscendone il valore, è evidente la necessità di un intervento su più larga scala.</i></p> <p><i>Le azioni da intraprendere sono molteplici e con diversi livelli di complessità: incrementare il testing HIV e le campagne vaccinali per le infezioni sessualmente trasmissibili, sostenere l'accesso e l'aderenza al trattamento per l'infezione da HIV, intensificare la conoscenza di strumenti come PrEP e PEP, lavorare per ridurre gli effetti negativi del minority stress, dello stigma e dell'omofobia sulla salute mentale e sul benessere generale degli MSM.</i></p> <p><i>In tal senso, è essenziale e urgente investire sull'incremento della sinergia di rete fra gli organi politici, i servizi sanitari, le istituzioni, le organizzazioni della società civile e la community per sviluppare interventi sempre più mirati, efficaci e sensibili.</i></p>	<p><i>EMIS offers important insights into the health of MSM Italy. This report should be used as a matter of urgency to guide, inform, and improve information/prevention policies and campaigns and current health practices. Too often the only sources of information specifically targeted to MSM are those provided by civil society organisations. While recognising their value, the need for larger scale interventions is also evident.</i></p> <p><i>The issues to be addressed are numerous and with different degrees of intensity: as examples, increasing HIV testing and vaccination campaigns for sexually transmitted infections; supporting access and adherence to HIV treatment; intensifying the knowledge of tools such as PrEP and PEP, and; working to reduce the negative effects of minority stress, stigma and homophobia on the mental health and general well-being of MSM.</i></p> <p><i>There is a sense of both necessity and urgency for investment to increase network synergies between political bodies, healthcare services, institutions, civil society organisations and the community in order to develop increasingly targeted, effective and sensitive interventions for MSM in Italy.</i></p>

8.1 Bisogni di prevenzione (generali)

Lo studio EMIS-2017 illustra un panorama dei bisogni di prevenzione tra gli MSM italiani che, sebbene risalente ad alcuni anni fa, pone delle questioni interessanti anche per la situazione odierna.

L'immagine principale che emerge è relativa alle informazioni disponibili e l'accesso generale agli strumenti di prevenzione. I dati suggeriscono infatti una scarsa diffusione nella popolazione MSM italiana delle informazioni relative alla prevenzione: erano pochi i partecipanti al questionario che affermavano di essere informati sulla PrEP (solo il 37,5% ne aveva sentito parlare) o che accedeva ai vaccini disponibili per le infezioni a trasmissione sessuale.

Dal momento che nessuna campagna informativa istituzionale nazionale lanciata dal Ministero della salute né – in base a quanto noto agli autori del presente capitolo – iniziative locali delle autorità sanitarie regionali si sono focalizzate sulla disseminazione di informazioni destinate alla comunità MSM, è lecito supporre che le uniche fonti di informazione specifiche per questa popolazione disponibili fossero e siano quelle realizzate dalle associazioni. Pur riconoscendo l'enorme valore del lavoro svolto spesso su base volontaria da queste realtà associative, è evidente che i bisogni informativi degli MSM italiani necessitano di un intervento su più larga scala, che raggiunga un maggior numero di persone utilizzando un linguaggio appropriato e rispettoso.

In generale, la cultura della salute sessuale in Italia è scarsamente diffusa: essa risulta assente nelle comunicazioni da parte delle istituzioni che dovrebbero promuoverla e, di conseguenza, è poco diffusa anche nelle popolazioni che maggiormente ne potrebbero beneficiare (tra cui, appunto, gli MSM).

8.2 Bisogni di prevenzione (specifici)

Ricevere informazioni accurate sui singoli diversi strumenti di prevenzione e avere la possibilità di accedere senza ostacoli al loro utilizzo costituisce la base per fermare la diffusione delle infezioni a trasmissione sessuale. Ma conoscere e accedere agli strumenti di prevenzione è anche indispensabile perché ciascuna persona possa costruire in maniera consapevole una personale cultura della salute sessuale che informi i suoi comportamenti, accordando i bisogni di prevenzione alla fruizione di una sessualità soddisfacente. Per questo motivo è utile analizzare i dati provenienti dal questionario EMIS-2017 relativi ai singoli strumenti di prevenzione per comprendere se viene efficacemente data agli MSM italiani la possibilità di accedere a quelli di essi che risultano più congeniali con la loro sessualità per renderla più sana e consapevole.

8.2.1 Campagne di prevenzione

EMIS-2017 ha fornito alcune semplici misure del grado di penetrazione delle campagne informative rivolte ad MSM. Quattro MSM su cinque in Italia hanno sentito o visto nell'ultimo anno informazioni su HIV e IST specificamente rivolte agli MSM o hanno chiamato una infoline a loro dedicata. Il dato è tra i più bassi se consideriamo i paesi dell'Europa non-orientale. EMIS non ha purtroppo però approfondito ulteriormente la frequenza, i contenuti e le caratteristiche di questa attività di campaigning riportata dai rispondenti a parte alcuni aspetti come la già citata scarsa informazione sulla PrEP.

Come accennato precedentemente, il successo di una campagna di prevenzione in ambito HIV e IST dipende dalla sua capacità di parlare al target a cui è rivolta e di rispondere ai suoi specifici bisogni, e per quanto riguarda gli MSM questo è garantito in Italia quasi solo dall'iniziativa dell'associazionismo che ha le persone LGBTI (e quindi gli MSM) come popolazione di riferimento o all'associazionismo che lavora sull'HIV con consapevolezza relativa alle popolazioni chiave. Se questo è da una parte inevitabile e sottolinea che anche l'attività di campaigning ha maggiore efficacia quando è community-based, dall'altra evidenzia la scarsa se non nulla propensione dell'interlocutore istituzionale a sostenere l'attività di campaigning mirata alle popolazioni chiave (in questo caso gli MSM), aspetto tanto più paradossale se si pensa che il PNAIDS 2017-2019 varato dal Ministero della Salute e sottoscritto dalla Conferenza Stato-Regioni dedicava ampio spazio e un lungo capitolo alla necessità di investire su campaigning mirato.

Non è infatti un caso che il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025, che non riguarda solo l'HIV ma tutta l'attività di prevenzione in ambito sanitario, riprenda rispetto ad HIV e IST alcuni aspetti del PNAIDS ma non la specifica parte relativa al campaigning rivolto alle popolazioni chiave: l'unica attività di sensibilizzazione prevista in questo ambito dal PNP è genericamente "rivolta alle popolazioni giovanili".

8.2.2 Servizi di screening e test

Secondo i dati EMIS-2017, oltre i tre quarti dei partecipanti che hanno avuto una diagnosi di HIV l'hanno ricevuta in un ospedale, mentre solo il 3,5% dei rispondenti dichiara di aver avuto una diagnosi in un centro community-based. Questo dato non sorprende affatto se si considera che l'ospedale è praticamente l'unico posto dove si possa avere una diagnosi di infezione da HIV in Italia: i test eseguiti presso il medico di famiglia o nei centri community-based o nei locali della community sono generalmente test rapidi che non hanno valore diagnostico. La diagnosi, infatti, deve sempre essere confermata da un esame del sangue da eseguirsi presso un laboratorio specializzato, spesso quello di un ospedale. Non sappiamo dunque se la percentuale molto bassa relativa ai centri community-based sia dipendente dalla domanda centrata sulla "diagnosi" o su un effettivo basso accesso a questi centri, ma è ragionevole pensare che il dato sia da interpretare nel secondo senso dal momento che, quando viene chiesto invece dove è stato fatto l'ultimo test, solo il 7,9% riferisce centri community-based.

Questo sistema ospedale-centrico tutela certamente l'affidabilità dei risultati del test. Nei laboratori ospedalieri vengono eseguiti numerosi test ogni giorno e questo rende il meccanismo sempre più affidabile. Tuttavia, la rigidità del meccanismo va a discapito dell'accessibilità del test: se vuoi sapere se hai contratto l'HIV, devi necessariamente recarti in ospedale. Fortunatamente, questa realtà ha subito una rapida evoluzione negli ultimi anni con la diffusione di sempre più numerosi centri community-based in cui poter effettuare il test rapido. Anche se tale procedura non consente – come abbiamo detto – di effettuare una diagnosi, permette che almeno un primo step importante nel processo di auto-consapevolezza sul proprio stato sierologico possa avvenire in luoghi percepiti come meno medicalizzati e "patologizzanti".

In altre parole, queste e altre iniziative tese a portare il test HIV al di fuori dell'ospedale sono fondamentali per offrire opportunità di screening alle persone che, percependosi solitamente come "sane", non amano rivolgersi alle strutture sanitarie. Inoltre, l'ambiente nei centri community-based viene percepito dagli utenti come più amichevole e accogliente, meno giudicante. Ricordiamo che spesso l'offerta dei test rapidi è una ottima occasione per diffondere informazioni sulla salute sessuale in un dialogo diretto tra operatore e utente, affrontando i dubbi e le paure personali che sono spesso alla base di una insoddisfacente salute sessuale.

Duole rilevare che troppo spesso ancora oggi questi servizi offerti dalle associazioni contano su scarso supporto da parte delle autorità sanitarie. Da questo punto di vista, data la disomogeneità e talvolta estemporaneità dell'offerta community-based in Italia e la sostenibilità quasi totalmente legata all'iniziativa dell'associazionismo e alla sua capacità di fund-raising privato, stupisce persino che quasi l'8% degli MSM abbia fatto l'ultimo test grazie a queste iniziative, segno comunque di una domanda che c'è e che sarebbe probabilmente più ampia se ci fosse un'offerta strutturata.

Lo scarso supporto dato dalle autorità sanitarie risulta ancora più incomprensibile se si considera che i documenti ufficiali governativi prodotti negli ultimi anni a sostegno di politiche di prevenzione (PNAIDS 2017-2019 e Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025) citano espressamente l'attivazione di programmi di testing community-based come best-practice necessaria. Il PNP 2020-2025, addirittura, richiama indicatori di verifica della presenza di queste iniziative in ambito regionale. L'incentivo di queste iniziative dovrebbe invece essere una priorità nel quadro di una prevenzione efficace per HIV e altre infezioni a trasmissione sessuale, soprattutto in un quadro – come è quello purtroppo presente nel nostro paese – in cui il mantenimento della diffusione dell'infezione da HIV dipende soprattutto dal ritardo nella diagnosi.

8.2.3 Vaccinazione

Le vaccinazioni per le infezioni sessualmente trasmissibili costituiscono uno degli strumenti più efficaci per contenere la diffusione di malattie connesse con questi agenti infettivi a livello di popolazione. Anche in questo campo va osservato che la comunicazione istituzionale è lacunosa. Il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 (PNPV)², approvato in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 febbraio 2017, costituisce il documento di riferimento in cui si riconosce, come priorità di sanità pubblica, la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci e omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale. In tale documento, le autorità sanitarie consigliano o raccomandano ai maschi che fanno sesso con maschi l'effettuazione del vaccino contro HPV, oltre che contro epatite A e B. Tuttavia, ad esempio, nel report sulla copertura vaccinale anti-HPV3 non viene fatta menzione della possibilità che persone adulte di sesso maschile possano accedere a tale vaccinazione. Questo è solo un esempio dei messaggi incoerenti e poco incisivi che le autorità sanitarie riescono a mandare su questo argomento.

Le associazioni che operano sul territorio e che lavorano per diffondere tra gli MSM messaggi relativi alla vaccinazione per queste infezioni incontrano spesso enormi difficoltà a raccogliere e disseminare informazioni univoche: capita infatti molto di frequente che, per fare un esempio, la vaccinazione per HPV venga offerta gratuitamente agli MSM di qualunque età (o almeno al di sotto della soglia dei 65 anni) in alcuni centri vaccinali mentre venga somministrata solo a pagamento in altri della stessa città. Questo contribuisce a creare un quadro complesso che rende difficile fornire informazioni affidabili. Non sorprende che siano complessivamente poche le persone che ricorrono a un fondamentale strumento di prevenzione come la vaccinazione.

Purtroppo, il questionario EMIS-2017 non ha raccolto dati relativi alla vaccinazione per HPV. Tuttavia, i dati riferiti alla vaccinazione per epatite A e B non sono confortanti: il 34,2% degli MSM italiani che hanno partecipato al questionario conferma di non essere vaccinato né di sapere se sia immune all'epatite A, mentre circa un partecipante su quattro (25,6%) dichiara di non essere vaccinato e di non sapere se è immune all'infezione da HBV.

I dati mostrano con chiarezza che tali percentuali di copertura vaccinale non consentono di vedere effetti chiari nella diffusione di queste infezioni nella popolazione di riferimento. Come abbiamo visto tra la fine del 2016 e l'inizio del 2018 con l'epidemia europea di epatite A tra MSM che ha coinvolto anche l'Italia⁴, una situazione come questa espone la popolazione degli MSM a contagi massicci: eventuali future epidemie di questo tipo non si possono purtroppo escludere se non si interviene efficacemente nella diffusione della vaccinazione.

8.2.4 Trattamento

Una nota positiva viene dai dati del questionario EMIS-2017 sull'accesso e l'aderenza al trattamento per infezione da HIV da parte degli MSM. Quasi la totalità delle persone che hanno partecipato alla rilevazione e che hanno riferito di aver ricevuto una diagnosi di infezione da HIV dichiara di essere in trattamento. Questo dato conferma quanto riportato da altre pubblicazioni secondo le quali nel nostro paese la percentuale di persone diagnosticate con infezione da HIV che non seguono un trattamento antiretrovirale sia bassissima. Questo grazie alla gratuità delle cure e a una rete di servizi ospedalieri per l'HIV piuttosto capillare e mediamente di buona qualità. Anche se le associazioni ricevono spesso segnalazioni di malfunzionamenti, possiamo affermare che generalmente i servizi sanitari per le persone con HIV funzionano abbastanza bene nel nostro paese e, anche se purtroppo non mancano eccezioni negative, sono quelli in cui le persone LGBT possono trovare più facilmente un atteggiamento non discriminatorio da parte degli operatori sanitari,

² <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58185>

³ <https://www.epicentro.iss.it/hpv/documentazione-italia>

⁴ <https://www.epicentro.iss.it/epatite/EpatiteAMsm>

visto che storicamente si tratta di professionisti che hanno una lunga consuetudine con uomini di orientamento omosessuale e persone trans.

Da diversi anni una ampia letteratura scientifica ha confermato che le persone sieropositive in terapia che abbiano una carica virale stabilmente non rilevabile dagli strumenti comunemente utilizzati per monitorarla non sono in grado di trasmettere l'infezione. Questa realtà scientifica è stata tradotta a livello internazionale nel messaggio "U=U" che sta per "Undetectable equals Untransmittable" ovvero "Non rilevabile uguale Non trasmissibile". In altre parole, se la quantità di virus è non rilevabile nel plasma, l'infezione non può essere trasmessa sessualmente. Tra i partecipanti italiani al questionario EMIS-2017, il 10% circa dichiara di aver ricevuto una diagnosi di HIV, mentre più del 20% non si è mai testato o non ha ritirato il risultato del test (da notare che la percentuale dei mai testati sale a oltre il 27% al Sud). In questo 10% di persone con diagnosi di HIV, oltre il 99% afferma di assumere una terapia antiretrovirale e di questi quasi l'88% afferma di avere carica virale non rilevabile, mentre un 8% dichiara carica virale rilevabile e un 4% di non saperlo. In sostanza, i dati EMIS-2017 confermano che le persone che hanno una diagnosi di infezione da HIV nella stragrande maggioranza sono in terapia e quindi non possono trasmettere sessualmente l'infezione ai loro partner. Il mantenimento della diffusione di HIV tra gli MSM avviene quindi prevalentemente con il contributo delle persone che non hanno (ancora) avuto la diagnosi di infezione. Questo pone due questioni fondamentali: da un lato il timore – ancora presente in alcune persone, anche tra gli MSM – di fare sesso con chi sa di vivere con HIV è infondato perché queste persone solitamente non possono trasmettere il virus; in secondo luogo, in molti casi la trasmissione da HIV avviene da parte di persone che si sentono sicure di essere sieronegative ma che in realtà non hanno ancora avuto la diagnosi di infezione. In un quadro in cui sono sempre di più le persone che prediligono una sessualità in cui l'uso onnipresente del preservativo possa essere negoziato, si rende indispensabile la diffusione di strumenti di prevenzione che permettano di fermare la diffusione di HIV anche nei casi in cui sembrano esserci tutte le condizioni perché la trasmissione possa essere considerata improbabile. Tra questi strumenti, la profilassi pre-esposizione o PrEP può svolgere un ruolo fondamentale, sia nella protezione della singola persona sia nel ridurre la diffusione dell'infezione da HIV all'interno della popolazione.

8.2.5 PreP e PeP

In Italia la PrEP è un farmaco tuttora scarsamente conosciuto dalla popolazione generale; infatti il Ministero della Salute non ha promosso campagne informative rivolte agli MSM e ad altre popolazioni target, né ha implementato protocolli dedicati per favorirne e diffonderne l'utilizzo. Una delle principali barriere rimane quella della sua non rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale: la PrEP viene venduta nelle farmacie dal 2017 e il farmaco generico ha un costo che evidentemente è ritenuto accessibile solo da una parte di coloro che sarebbero interessati a utilizzarla per prevenire l'infezione da HIV, come emerge dai dati raccolti tramite il questionario di EMIS-2017 - il primo che fornisce qualche indicazione a questo proposito. Il farmaco è ovviamente reperibile anche attraverso Internet e un ristretto numero di persone aveva iniziato ad approvvigionarsene attraverso questo canale anche precedentemente al 2017.

Va sottolineato che in Italia il costo della PrEP nelle farmacie non è l'unica barriera che va rimossa al più presto. È necessario rendere disponibili i servizi sanitari a cui rivolgersi per effettuare i test e i controlli prima dell'assunzione del farmaco, per ottenere le prescrizioni, sottoporsi allo screening relativamente ad altre IST, monitorare periodicamente gli eventuali effetti collaterali del farmaco, etc. Negli ultimi tre anni alcuni reparti di malattie infettive nei grandi centri urbani si sono attrezzati per fornire questi servizi alle persone, anche grazie all'impegno di medici che vi si dedicano volontariamente; qualche organizzazione della community – in primis i due checkpoint di Bologna e Milano – promuove e offre l'accesso alla PrEP in collaborazione con i centri clinici con cui ha attivato una collaborazione. Coloro che risiedono in aree distanti dai checkpoint, dai grandi ospedali e dalle aree metropolitane non possono beneficiare di queste soluzioni "tamponate" e vengono così privati di un fondamentale strumento preventivo che dà benefici sia a livello individuale, che comunitario. La conseguenza di tale situazione è, talvolta, l'utilizzo "informale" della PrEP da parte di persone che la reperiscono online o attraverso altri mezzi, spesso senza informarne il medico o gli specialisti nelle infezioni sessualmente trasmissibili (la cosiddetta "PrEP sauvage"); questo non consente il monitoraggio periodico delle loro condizioni e porta a possibili ricadute negative per la loro salute.

La fotografia che il questionario EMIS ci restituisce della situazione italiana non è confortante e, sebbene sia riferita a oltre due anni fa, non è migliorata sostanzialmente. La prima considerazione negativa sul dataset italiano riguarda il livello di penetrazione delle informazioni su questo fondamentale strumento di prevenzione e sulla sua provata efficacia: nel periodo a cavallo tra la fine del 2017 e l'inizio del 2018, tra gli 11.025 rispondenti italiani solo 6.080 (56%) avevano indicato di esserne a conoscenza - quindi poco più della metà tra le persone appartenenti al gruppo di popolazione quasi certamente più informato sull'argomento grazie alle campagne promozionali realizzate e diffuse soprattutto attraverso i siti web e i social media dalle organizzazioni della community impegnate nelle tematiche LGBTI e HIV (che tuttavia, ovviamente, non sono in grado di sopperire alla grave mancanza di una adeguata strategia informativa da parte delle istituzioni).

Il 2.7% tra loro aveva riferito di avere tentato di utilizzare la PrEP a scopo preventivo dal momento della sua introduzione nel nostro Paese, ma solo 70 MSM (0.64%) di fatto l'avevano presa e solo 42 MSM (0.40%) avevano dichiarato di assumerla giornalmente oppure "on demand" nel periodo in cui il questionario era online.

Di contro, nel momento in cui erano stati invitati a esprimersi riguardo al potenziale futuro utilizzo della PrEP, 4.136 rispondenti (42%) avevano dichiarato che vi avrebbero probabilmente o molto probabilmente fatto ricorso se fosse stata disponibile e accessibile al punto di vista economico. La differenza tra gli MSM dichiaratisi interessati alla PrEP (4.136) e coloro che l'avevano già sperimentata (70) e/o la stavano assumendo in quel periodo (42) è enorme e sconcertante e richiede la massima attenzione da parte dei tutti gli attori impegnati nella prevenzione dell'HIV in Italia: è evidente che nel nostro Paese sono necessari investimenti significativi per accelerare l'introduzione di una strategia nazionale di promozione e disponibilità di servizi PrEP abbordabili e facilmente accessibili, distribuiti omogeneamente su tutto il territorio e non necessariamente medicalizzati, ma gestiti anche dalla community o in collaborazione con la community. Confrontando la situazione italiana con gli altri Paesi della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità grazie ai dati raccolti e pubblicati dall'ECDC⁵, si rileva che nel 2019 ben 16 su 53 Paesi avevano introdotto il rimborso della PrEP attraverso meccanismi diversi (Bosnia-Erzegovina, Croazia, Danimarca, Francia, Germania, Islanda, Irlanda, Lussemburgo, Moldavia, Norvegia, Olanda, Portogallo, Spagna, Svezia (oltre a Irlanda del Nord e Scozia nel Regno Unito). L'Italia è tra i 9 Paesi in cui la PrEP è disponibile nelle strutture sanitarie ma non è rimborsata, insieme ad Armenia, Austria, Finlandia, Israele, Malta, Polonia Repubblica Ceca, e Svizzera.

Il report di ECDC riprende e commenta anche i dati raccolti attraverso il questionario di EMIS-2017: nella Regione Europea la percentuale di rispondenti che assumeva la PrEP al momento della rilevazione era compresa tra 0% a 8.6%. La percentuale mediana dei rispondenti che assumevano la PrEP giornalmente o "on demand" era dell'1% e il dato italiano dello 0.40% si collocava in 33esima posizione su 40. C'è davvero ancora molto da fare, quindi, per recuperare il gap che ci distanzia dagli altri Paesi ed eliminare le barriere che tuttora impediscono agli MSM e ad altre persone interessate di accedere alla PrEP per prevenire l'infezione da HIV.

8.3 Salute mentale - omofobia

La comunità scientifica riconosce gli MSM come una delle popolazioni chiave per quanto riguarda l'HIV, le IST e l'epatite virale, insieme a persone che fanno uso di sostanze, migranti, rifugiati e richiedenti asilo, persone che vivono con HIV,

⁵ ECDC Evidence Brief. Pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in Europe and Central Asia Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2018/19 progress report. November 2019

detenuti, persone transgender e sex workers^{6,7,8}. Questi gruppi target presentano una maggiore probabilità di essere esposti a rischio per la salute sessuale rispetto alla popolazione generale e l'impegno in strategie di prevenzione e supporto ad hoc è considerato globalmente fondamentale per una risposta di salute efficace.

La letteratura evidenzia anche come spesso gli MSM siano vittime di violazioni dei diritti umani, stigmatizzazione e discriminazione che ne limitano o impediscono l'accesso ai servizi sanitari⁹. In questo report vengono evidenziati anche altri fattori di rischio, spesso poco considerati negli MSM, come l'uso di sostanze stupefacenti e di alcol e la presenza di problematiche psicologiche quali ansia e depressione^{10,11,12,13}.

Come evidenziato anche dal report europeo¹⁴, ci sono evidenze scientifiche che testimoniano come le minoranze sessuali siano ad alto rischio per sviluppare problematiche legate alla salute mentale rispetto al resto della popolazione generale^{15,16,17}. Nello specifico, la letteratura evidenzia come i problemi di salute mentale siano maggiormente diffusi tra gli MSM più giovani, meno istruiti e con un livello socioeconomico inferiore. Inoltre, la depressione sembra essere

⁶ WHO Regional Office for Europe. Action plan for the health sector response to HIV in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization; 2017a. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/357478/HIV-action-plan-en.pdf

⁷ WHO Regional Office for Europe. Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017b. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/357236/Hepatitis-9789289052870-eng.pdf?ua=1

⁸ European Commission. Commission staff working document on combatting HIV/AIDS, viral hepatitis and tuberculosis in the European Union and neighbouring countries - state of play, policy instruments and good practices. Brussels: European Commission; 2018. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/communicable_diseases/docs/swd_2018_387_en.pdf

⁹ ILGA-Europe. Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People in Europe 2018. Available from: https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/Attachments/annual_review_final2018_web.pdf

¹⁰ Arends, R. M., van den Heuvel, T. J., Foeken-Verwoert, E. G., Grintjes, K. J., Keizer, H. J., Schene, A. H., ... & Schellekens, A. F. (2020). Sex, Drugs, and Impulse Regulation: A Perspective on Reducing Transmission Risk Behavior and Improving Mental Health Among MSM Living With HIV. *Frontiers in psychology*, 11

¹¹ Rosińska, M., Gios, L., Nöstlinger, C., Berghe, W. V., Marcus, U., Schink, S., ... & Velicko, I. (2018). Prevalence of drug use during sex amongst MSM in Europe: results from a multi-site bio-behavioural survey. *International Journal of Drug Policy*, 55, 231-241

¹² Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Hickson F, Weatherburn P, Berg RC, Marcus U, et al. Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS*. 2015;29(10):1239-46

¹³ Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009;50(6):613-21

¹⁴ The EMIS Network. EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019 Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/emis-2017-european-men-who-have-sex-men-internet-survey>

¹⁵ Nguyen, T. Q., Bandeen-Roche, K., Bass, J. K., German, D., Nguyen, N. T. T., & Knowlton, A. R. (2016). A tool for sexual minority mental health research: The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as a depressive symptom severity measure for sexual minority women in Viet Nam. *Journal of gay & lesbian mental health*, 20(2), 173-191

¹⁶ Elliott MN, Kanouse DE, Burkhart Q, Abel GA, Lyratzopoulos G, Beckett MK, et al. Sexual minorities in England have poorer health and worse health care experiences: a national survey. *J Gen Intern Med*. 2015;30(1):9-16

¹⁷ King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008;8:70

maggiormente presente negli MSM che fanno parte di una minoranza etnica e/o che provano anche attrazione per le donne¹⁸.

EMIS ha utilizzato diverse scale validate in ambito psicometrico per valutare il livello di salute mentale nei partecipanti. I risultati evidenziano livelli significativi di ansia e depressione, ideazione suicidaria e dipendenza da alcol. Ulteriori confronti a livello nazionale con dati sulla popolazione generale sono necessari per confermare la presenza di discrepanze specifiche nella salute mentale degli MSM rispetto alla popolazione generale. I dati presentati nel report europeo¹³ evidenziano livelli più elevati di ansia e depressione e ideazione suicidaria soprattutto tra MSM con HIV, giovani MSM e persone trans che rientrano nella categoria MSM. Questi fattori, la cui azione viene descritta all'interno del riconosciuto modello teorico del minority stress^{19,20,21}, possono avere un'incidenza molto negativa sulla salute fisica, mentale e sulla qualità della vita degli MSM.

Il processo di consultazione avviato dopo l'adozione del Green Paper 'Improving the mental health of the population'²² ha aperto la strada al riconoscimento della necessità di un passo politico decisivo per fare della salute mentale e del benessere una priorità fondamentale per tutti i cittadini, senza distinzioni di età, sesso, orientamento sessuale, identità, origine etnica e livello socioeconomico. Il documento suggerisce che la salute mentale e il benessere debbano essere promossi sulla base di interventi mirati e sensibili alla diversità. Questo approccio è attualmente supportato dal Quadro europeo per la salute mentale e il benessere²³ che, pur non menzionando gli MSM, include implicitamente queste popolazioni tra i gruppi vulnerabili per la salute mentale.

La consapevolezza e la risposta comunitaria rispetto alla salute mentale sembra essere ancora limitata nel nostro paese. Infatti, i progetti di supporto alla salute mentale specifici per gli MSM sul territorio italiano sono rari, poco conosciuti e accessibili.

Sebbene allo stato attuale non siamo in grado di formulare una raccomandazione concreta, viene sottolineato come che gli interventi derivanti dal Quadro europeo per la salute mentale e il benessere²² dovrebbero essere mirati agli MSM e adattati alle loro esigenze specifiche. In tal senso, anche le campagne di prevenzione e di sensibilizzazione a livello nazionale dovrebbero investire sulla consapevolezza dell'importanza della salute mentale, problema che spesso rimane silente e stigmatizzato anche al di fuori della popolazione MSM. Si sottolinea anche l'importanza di agire a livello di costruzione e potenziamento di spazi di ascolto e di supporto psicologico con progetti ad hoc. Questi spazi possono rappresentare un luogo sicuro dove accogliere la domanda di aiuto della popolazione MSM e promuovere la salute mentale.

¹⁸ Hickson F, Davey C, Reid D, Weatherburn P, Bourne A. Mental health inequalities among gay and bisexual men in England, Scotland and Wales: a large community-based cross-sectional survey. *J Public Health (Oxf)*. 2017;39(2):266-73

¹⁹ Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2019). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 1-22

²⁰ Scandurra, C., Mezza, F., Valerio, P., & Vitelli, R. (2019). Approcci affermativi e rilevanza del minority stress nel counseling psicologico con persone LGBT: una revisione della letteratura internazionale. *Psicoterapia e scienze Umane*

²¹ McConnell, E. A., Janulis, P., Phillips II, G., Truong, R., & Birkett, M. (2018). Multiple minority stress and LGBT community resilience among sexual minority men. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 5(1), 1

²² DG Health and Consumer Protection. Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: European Communities; 2005. Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

²³ Caldas de Almeida JM, Guðmundsdóttir DG, Dernovsek M, Breucker G, Mirandola M, Wahlbeck K. European framework for action on mental health and wellbeing. EU joint action on mental health and wellbeing. Final conference - Brussels, 21-22 January 2016. Brussels: Consumers, Health and Food Executive Agency (CHAFAEA) / DG Sanco; 2016. Available from: https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf

