

Attività di testing rapido HIV al Pride di Torino per determinare politiche strategiche e organizzative tra gli MSM

Valerio Brescia

Casa Arcobaleno Odv, Ricercatore Dipartimento di Management - Università degli Studi di Torino, Visiting Professor Department of Finance, Wrocław University of Economics and Business

Massimo Scavia

Casa Arcobaleno Odv, Via Lanino 3/A, Torino

Dr.ssa Laura Trentini

Anlaids Torino Odv, dottoressa specializzata in malattie infettive, Ospedale Amedeo di Savoia di Torino

Germano Boero

Anlaids Torino Odv, Via D. Di Nanni 14, Torino

Dr. Giuseppe Vernerò

Croce Rossa Italiana - Comitato Torino, Via Bologna 171, Torino

Dr. Matteo Bisio

Croce Rossa Italiana - Comitato Torino, medico chirurgo, Via Bologna 171, Torino

Dr. Pietro Altini, Stefano Patrucco

Arcobaleno AIDS Odv, Via Torrazza 5, Pecetto Torinese

Lorenzo Galassi, Lia Mastropietro

Lila Piemonte Odv, Via Giolitti 21, Torino

Mariella Lo Vecchio, Marco Fanton

Gruppo Abele Onlus, Corso Trapani 95, Torino

Luca Iorfida

Associazione Giobbe Onlus, Via Moncalieri 79, Grugliasco, Italia

Francesca Dal Mas

Dipartimento di Management, Università Ca' Foscari, Cannaregio, 873, Venezia, Italia

Davide Calandra, Silvana Secinaro, Paolo Biancone

Halato S.r.l. Spin off Accademico dell'Università degli Studi di Torino e Dipartimento di Management dell'Università degli Studi di Torino

Corresponding author: Valerio Brescia, e-mail: valerio.brescia@unito.it

Abstract

L'offerta del test HIV presso un evento sociale frequentato prevalentemente da giovani uomini che fanno sesso con uomini (MSM) fornisce una possibilità unica di intervenire nel processo di diagnosi precoce dell'HIV. Il progetto Torino Fast Track City permette di osservare elementi organizzativi utili per l'organizzazione dei test rapidi sul territorio, al tempo stesso l'adesione a COBATEST Network fornisce la possibilità di osservare un campione determinando le variabili utili per la costruzione di strategie di intervento e campagne di prevenzione. La somministrazione dei test rapidi HIV da parte delle associazioni è uno strumento chiave per incrementare il numero di soggetti che si sottopongono al test, accedono alle cure precocemente e vengono informati sulle terapie e sui possibili comportamenti a rischio.

Offering HIV testing at a social event attended mainly by young men who have sex with men (MSM) provides a unique opportunity to intervene in the early HIV diagnosis process. The Turin Fast Track City project makes it possible to observe organizational elements useful for the organization of rapid tests on the territory, at the same time joining the COBATEST Network provides the possibility of observing a sample by determining the variables useful for the construction of intervention strategies and prevention campaigns. The administration of HIV rapid tests by associations is a key tool for increasing the number of subjects who undergo the test, access treatment early and are informed about treatments and possible risk behaviors.

Keywords: rapid test HIV, Sifilide, Fast Track City, Torino, Pride, Torino Pride; Healthcare policy

Doi: 10.5281/zenodo.7123938

1.Introduzione

Nel 2021, secondo i dati riportati dal Programma delle Nazioni Unite in merito all'AIDS/HIV, 38,4 milioni di persone vivono con l'infezione da HIV, di questi 36,7 milioni sono adulti e 1,7 milioni sono bambini con meno di 15 anni (UNAIDS, 2022). In USA il 21% delle persone che vivono con HIV non sanno di averlo contratto (Bert et al., 2018); in Italia, con riferimento al numero di infezioni da HIV nel 2012, la popolazione non diagnosticata risultava pari all'11-13% (Mammone et al., 2016). Dai dati dell'ultimo report sull'andamento epidemiologico della Regione Piemonte si evince come i rapporti sessuali non protetti, in particolare tra uomini (MSM), si confermino quale principale modalità di diffusione dell'infezione da HIV. Nell'ultimo decennio, inoltre, si osserva una crescita significativa della frequenza delle infezioni riconducibili a rapporti sessuali non protetti tra uomini, una riduzione dei casi riferibili all'uso di siringhe non sterili in consumatori di sostanze psicotropiche per via endovenosa (IDU) e un andamento stabile della frequenza dei casi attribuibili ai rapporti eterosessuali non protetti. L'incidenza maggiore di nuove diagnosi nella Regione Piemonte si registra nella classe di età compresa tra i 25 e i 34 anni; inoltre, si rileva un'elevata percentuale di diagnosi avvenute in uno stadio avanzato di infezione da HIV con un'alta percentuale di soggetti che non si sono mai testati precedentemente. Nella regione Piemonte risulta essersi sottoposto a indagine diagnostica mediante l'esecuzione di un test per l'HIV solo il 4,6% della popolazione totale adulta (SEREMI, 2019).

Conoscere il proprio stato HIV permette un trattamento immediato che migliora le probabilità di sopravvivenza e la qualità della vita (Roth et al., 2018; Bosa et al., 2020). Infatti, attraverso le terapie HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy), oggi un soggetto HIV positivo ha un'aspettativa di vita analoga a quella di un soggetto che non ha contratto l'HIV, con una buona qualità di vita (ISS, 2021). L'accessibilità a una diagnosi precoce negli ultimi due anni è stata ulteriormente rallentata dal COVID-19 che ha portato a una riduzione delle nuove diagnosi e a un ritardo nella somministrazione delle cure (Marcellusi et al., 2021). Per

questo motivo è necessario, come previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 della Regione Piemonte, un intervento congiunto che preveda attività Community-Based di somministrazione del test rapido HIV nelle popolazioni a rischio e allo stesso tempo attività di sensibilizzazione dei più giovani. In letteratura l'accettazione dei soggetti a sottoporsi al test HIV, nei gruppi ove l'incidenza del rischio è maggiore (come gli MSM), è più alta se svolta attraverso attività community-based con un approccio alla pari in luoghi dedicati alla comunità di appartenenza o in outreach (luoghi di socializzazione) (Croxford et al., 2020). Un contesto particolarmente favorevole per la somministrazione del test è la proposta degli stessi durante manifestazioni pubbliche dedicate come i Pride o i Gay Pride. La letteratura scientifica presenta pochi studi in grado di descrivere organizzazione, approccio e analisi utili per orientare i decisori nella definizione di politiche di prevenzione e intervento per combattere l'HIV sulla base di elementi raccolti durante eventi aggregativi come i Pride; per di più i pochi studi considerano solo il contesto Americano (Mdodo et al., 2014; Manavi, Williams & Newton, 2012). In Italia sono presenti pochi progetti pilota che non sono confrontabili con gli studi Americani ma risultano utili nella considerazione dell'approccio adottato e della normativa vigente (Tradori, Biancone, Cardaci & Brescia, 2017). Infatti, attualmente il test viene somministrato come attività community based da associazioni di volontariato sul territorio e la legge regionale prevede la possibilità di somministrare test rapidi HIV in autonomia nei casi in cui siano presenti personale volontario formato e un medico o un biologo per la restituzione del risultato e siano rispettate specifiche caratteristiche di sensibilità e specificità del test. Il servizio deve però garantire un accompagnamento dell'utente, in caso di reattività del test presso il centro infettivologico di riferimento per conferma e presa in carico da parte del Servizio Sanitario Regionale (SSR). È inoltre stato evidenziato come la somministrazione del test rapido fuori dal contesto ospedaliero abbia un costo ed una efficacia maggiore rispetto ad attività similari interne al SSR (Brescia et al., 2019; Brescia, Caratù, & Scaioli, 2019). Tornando alla somministrazione del test durante i Pride, l'evidenza e l'efficacia di questo approccio assumono in tale contesto alcune caratteristiche specifiche (Young et al., 2022). La prima caratteristica è relativa al tipo di intervento ed è rappresentata dalla somministrazione particolarmente semplice del test ematico mediante raccolta di una goccia di sangue. La popolazione che si sottopone al test si adatta facilmente al prelievo effettuato mediante il ricorso a una lancetta pungi dito ed è vantaggioso in quanto l'utente non solo non si sottopone a un prelievo per via endovenosa (con prelievo di sangue dal braccio) ma si sottopone al test in un contesto amichevole riducendo il timore legato all'accesso al servizio. Inoltre, anche se al momento solo nel contesto statunitense, questa tipologia di approccio risulta meno costosa di quella relativa al tradizionale test ematico. Altre caratteristiche sono legate al processo relativamente al coinvolgimento dei soggetti testati che avviene mediante l'ausilio di volontari afferenti ad associazioni che facilitano il processo di somministrazione e restituzione dei risultati. Il loro contributo non si esaurisce nella mera esecuzione del test ma si esplica in una maggiore interattività con l'utenza e in un'attività di sensibilizzazione costante. La fiducia nel progetto community-based, data dalle ridotte barriere di accesso al test e dalla possibilità di ottenere il risultato in poco tempo, incrementa la volontà dell'utente a testarsi (Young et al., 2022; Thornton et al., 2012). L'impostazione interna del progetto/iniziativa di testing è spesso correlata alle risorse disponibili, secondo la letteratura gli Enti Pubblici possono valutare questo elemento come una occasione di responsabilizzazione di target specifici con una ricaduta effettiva da un lato sui dati disponibili per politiche di prevenzione e dall'altro su una maggiore attenzione al proprio comportamento e all'accessibilità precoce alla diagnosi che dovrebbe ridurre in futuro la spesa sanitaria (Mdodo et al., 2014; Manavi, Williams, & Newton, 2012; Gallagher et al., 2007). Sempre tra gli elementi da considerare nella somministrazione dei test in outreach possiamo individuare l'organizzazione interna quale fattore prioritario. Lo sviluppo del network e la comunicazione tra associazioni e con le istituzioni garantisce all'utenza il massimo dell'affiancamento possibile a disposizione durante il processo di diagnosi e di cura. Caratteristica principale del setting esterno è infine legata alla risposta specifica al bisogno in quanto la popolazione LGBTQ+ spesso o ha difficoltà ad accedere ai servizi ospedalieri in orario lavorativo o ha paura di farlo, soprattutto per quei soggetti che non hanno fatto coming out e vivono uno stress interiorizzato che limita i comportamenti sociali e l'accesso ad alcuni servizi. A caratteristiche di tipo organizzativo e di processo si

aggiungono elementi legati alla tipologia di informazioni che vengono raccolte durante le attività di testing community-based, tra queste possiamo trovare informazioni di tipo demografico, comportamentale, sull'uso di droghe e sull'uso dei servizi di testing nel periodo precedente (Gallagher et al., 2007).

Il presente studio, che approfondisce da un lato il processo di diagnosi e le caratteristiche delle iniziative di testing adottate durante i Pride e dall'altro l'utilità delle informazioni raccolte nell'adozione di processi di informazione e prevenzione personalizzati, assume un ruolo essenziale per l'obiettivo di riduzione della spesa e della diffusione dell'HIV (Young et al., 2022; Gallagher et al., 2007). Per questo motivo il presente studio intende indagare, attraverso un'analisi organizzativa e statistica, l'approccio e i risultati che è possibile desumere da un evento dedicato alla popolazione di riferimento nella Regione Piemonte. A tale scopo verranno analizzati il progetto Torino Fast Track City e la somministrazione dei test HIV durante il Torino Pride e si cercherà di definire rispetto alla letteratura e alle evidenze statistiche le possibili deduzioni e i suggerimenti orientati a supportare le politiche e le organizzazioni coinvolte nel progetto.

1.1 Il progetto Torino Fast Track City durante il Torino Pride

Nel 2014, il Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS) ha lanciato gli obiettivi 90-90-90 che intendevano entro il 2020 diagnosticare almeno il 90% di tutte le persone che vivevano con l'HIV (PLHIV) senza conoscere il proprio stato sierologico, il 90% dei soggetti diagnosticati avrebbe dovuto ricevere una terapia antiretrovirale prolungata (ART), dei soggetti in terapia il 90% avrebbe inoltre dovrebbe ottenere una soppressione sostenuta della carica virale (UNAIDS, 2017). Secondo UNAIDS, il raggiungimento degli obiettivi 90-90-90 sarebbe fondamentale per intervenire sulla diffusione dell'HIV al fine di raggiungere zero nuove infezioni e registrare zero decessi correlati all'AIDS; questa politica dovrebbe contribuire all'obiettivo di sviluppo sostenibile (SDG) entro il 2030 di porre fine all'epidemia di HIV individuata come minaccia pubblica per la salute. Sebbene siano stati compiuti progressi significativi, gli obiettivi 90-90-90 non sono stati raggiunti a livello globale entro il 2020 in ogni giurisdizione, popolazione target, sesso o fascia di età. Tuttavia, gli obiettivi programmatici sono serviti per far condividere da molti paesi la strategia "Fast-Track", descritta di seguito, focalizzando l'impegno politico sul tema di diverse città. La programmazione degli interventi ha stimolato la risposta globale all'HIV per quasi 5 decenni dall'inizio dell'epidemia (UNAIDS, 2018). Le politiche di prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmissibili attualmente sono delegate alle Regioni, ma il contesto più adatto a sviluppare le politiche associate agli obiettivi di Fast Track City è la città, più vicina al bisogno del cittadino (Kim & Kim, 2022). Considerato che attualmente più della metà della popolazione mondiale vive all'interno delle città, e che entro il 2050 quasi il 70% della popolazione mondiale vivrà nei centri urbani di maggiori dimensioni (Brescia, 2020), risulta particolarmente rilevante la diffusione di un intervento mirato all'interno dei contesti urbani.

Nel 2020 Torino è entrata a far parte della Rete internazionale "Fast Track Cities" e ha aderito a una partnership globale tra città e municipalità di tutto il mondo e quattro partner principali: IAPAC (International Association of Providers of AIDS Care), UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), UN-Habitat (United Nations Human Settlements Programme) e la Città di Parigi (<https://www.fast-trackcities.org/>). L'iniziativa, lanciata in occasione della conferenza mondiale AIDS nel 2014, permette alle città di tutto il mondo di entrare a fare parte di una rete internazionale che offre la possibilità di condividere azioni locali per porre fine all'Aids e ad altre epidemie entro il 2030 (Bert, 2020).

Il progetto dal titolo "Torino Fast Track City" è in fase di realizzazione sul territorio comunale, da Ottobre 2021 fino a Ottobre 2022, in collaborazione con la Direzione Generale del terzo settore e della responsabilità sociale delle imprese e la Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte, dalle seguenti associazioni: Croce Rossa Italiana - Comitato Torino, Anlaids Torino ODV, Arcobaleno Aids ODV, Casa Arcobaleno ODV, Associazione Giobbe ONLUS, Gruppo Abele, Lila Piemonte ODV, Centro Servizi del Volontariato Vol.To,

Halalto Srl spin off accademico dell'Università degli Studi di Torino e della Città di Torino, Divisione Giovani e Pari Opportunità con il contributo del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali. L'obiettivo del progetto è stato quello di offrire per un anno gratuitamente l'accesso ai test rapidi HIV e sifilide in un contesto extra-ospedaliero, incrementando la consapevolezza del proprio status di salute e riducendo la diagnosi tardiva di HIV/AIDS. Tra le attività realizzate dal bando anche la somministrazione community-based avvenuta durante il Torino Pride 2022 intitolato "Queer e ora" che si è svolto il 18 giugno a Torino. La somministrazione del test è avvenuta in Piazza Vittorio Veneto al termine del percorso del Pride che ha attraversato la Città partendo da Corso Principe Eugenio (Figura 1).

Figura 1. Percorso Torino Pride 2022



2. Metodo e campione

Durante il percorso il percorso del Torino Pride sono stati distribuiti dai volontari numerosi volantini per informare l'utenza in merito alla possibilità di effettuare il test al termine del percorso del corteo. La postazione di Torino Fast Track City si trovava collocata nel punto finale della manifestazione, localizzata nelle vicinanze del palco dove gli esponenti politici e delle associazioni hanno tenuto i loro discorsi, consentendo con tale collocazione la permanenza dell'utenza sul luogo. Il test è stato somministrato presso due tensostrutture/gazebo montati a fianco del palco. La durata dell'attività di somministrazione è stata pari a 4 ore. I volontari delle associazioni si sono alternati all'interno della prima tensostruttura per la somministrazione del test e la raccolta di informazioni mediante apposito questionario di risk assessment, accompagnando poi gli utenti nella seconda struttura ove personale medico e sanitario erogava il test rapido e forniva il risultato. Dal momento che il percorso di somministrazione del test non permetteva un'attesa di 15/20 minuti come nei consueti contesti ordinari community-based, al fine di garantire una corretta somministrazione è stato selezionato e somministrato come test "INSTI-MULTIPLEX HIV-1/2 Syphlist Ab Test" che permette di individuare l'eventuale reattività all'HIV e alla Sifilide fornendo il risultato in un minuto con l'unica limitazione legata al periodo finestra pari a 3 mesi invece che 1 mese (Stafylis et al., 2019). Il test è

formato da un pozzetto contenente una superficie assorbente che esaurisce il materiale riversato all'interno di una membrana; questa presenta delle aree circolari contenenti proteine ricombinanti HIV/1 E HIV/2 che reagiscono qualora il siero contenga anticorpi anti-HIV o similari per quelle proteine. In un'altra area presenta una proteina (proteina a) che reagisce con IGG presenti nel sangue sia di individui sani che con HIV, con lo scopo di validare il test (puntino di controllo). La reazione prodotta tra queste proteine ed il siero (mescolato in precedenza con reagente eritrolitico) determina l'attivazione di agenti cromatici, che si colorano con il colorante e permettono di osservare un puntino ben definito. La sensibilità di questo test è pari al 99.3-100% mentre la specificità è pari al 99.0-99,8% (con metodo di paragone E.I.A + WESTERN BLOT E PCR).

Al fine di garantire l'affidabilità e la comparabilità a livello Europeo dei risultati ottenuti dal test, il progetto ha spinto tutte le associazioni ad aderire a COBATEST Network, la rete che collega i servizi di consulenza e di esecuzione di test rapidi volontari organizzati dalla comunità (CBVCT) in tutta Europa. La Rete, istituita nel 2009 nell'ambito del progetto HIV-COBATEST, è associata al programma di salute pubblica dell'Unione europea con lo scopo di condividere uno strumento comune di raccolta dati per monitorare l'attività dei CBVCT in Europa e promuovere il test per l'HIV, la diagnosi precoce e il collegamento all'assistenza rivolta ai gruppi vulnerabili. Durante l'evento l'utilizzo di un questionario di risk assesment standardizzato ha permesso l'elaborazione dei dati e la mappatura del campione durante il Torino Pride. Il questionario adottato può essere visualizzato al link https://cobatest.org/wp-content/uploads/2021/10/Data_collection_form_English_new_2021.pdf) e presenta una struttura in grado di definire le caratteristiche socio demografiche del campione, i comportamenti sessuali e ulteriori specificità che il Network intende raccogliere e che possono guidare il counselling di volontari e operatori sanitari durante il processo di testing. I dati di risk assesment associati al contesto informato sono stati inseriti dai volontari nel database del Network.

Per l'analisi, il gruppo di ricerca ha incluso solo i partecipanti al Pride estraendoli dal database COBATEST dove i dati erano stati collezionati. Il gruppo di ricerca ha adottato un'analisi statistica descrittiva per rappresentare e sintetizzare in maniera opportuna un campione di dati relativamente alla popolazione di interesse (Agesti, Finlay, & Porcu, 2009).

Il gruppo di ricerca ha inoltre utilizzato l'analisi statistica del chi quadrato per confrontare le differenze nella distribuzione delle variabili tra i gruppi definiti come segue: partecipanti che non hanno mai testato prima dell'evento, coloro che hanno effettuato il test nei 12 mesi precedenti all'evento e quelli che si sono testati in passato >12 mesi prima dell'evento. È stato considerato un p-value <0,05 quale segno di significatività statistica. Tutti i confronti con valori statisticamente significativi sono stati inclusi nella rappresentazione dei risultati in forma tabellare. Il modello è presentato in tabella 4. Per poter confrontare i gruppi analizzati con variabili dicotomiche e campioni piccoli è stato utilizzato il test di Fisher (Sprent, 2011). L'analisi è stata effettuata attraverso il programma STATA 16.1. La struttura dello studio segue la logica già adottata da Mdodo et al.,2014 attraverso le variabili disponibili dal questionario di risk assesment COBATEST.

3. Risultati e discussione

L'analisi descrittiva è utile a determinare le caratteristiche del campione osservato (tabella 1-2-3.)

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche del campione (N= 71).

		n (%)
Genere		
	<i>Maschio</i>	47 (66.19)
	<i>Femmina</i>	24 (33.81)
Età (anni)		

	<i>18-24</i>	41 (57.75)
	<i>25-34</i>	21 (29.58)
	<i>35-45</i>	8 (11.27)
	<i>≥46</i>	1 (1.41)
Nazionalità		
	<i>Italiana</i>	65 (91.55)
	<i>Straniera</i>	6 (8.45)
Hai avuto rapporti sessuali negli ultimi 12 mesi con:		
	<i>Uomini</i>	53 (74.65)
	<i>Donne</i>	11 (15.49)
	<i>Uomini e donne</i>	6 (8.45)
	<i>Non ne ho avuti</i>	1 (1.41)
Per quale ragione ti sottoponi al test HIV?		
Esposizione al rischio	<i>Sì</i>	39 (54.93)
	<i>No</i>	32 (45.07)
Per un controllo di screening	<i>Sì</i>	60 (84.51)
	<i>No</i>	11 (15.49)
Perché ho effettuato l'ultimo test nel periodo finestra	<i>Sì</i>	3(4.23)
	<i>No</i>	68 (95.77)
Per sintomatologia clinica	<i>Sì</i>	0 (0.00)
	<i>No</i>	71 (100)

Nella tabella 2 sono presenti elementi descrittivi rilevanti relativamente al comportamento o alle preferenze nell'accesso al test dei soggetti osservati.

Tabella 2. Comportamenti a rischio e accesso al test (N=71).

		n (%)
Tipologia di esposizione al rischio	<i>Penetrazione vaginale senza condom</i>	15 (21.13)
	<i>Sesso anale non protetto</i>	16 (22.54)
	<i>Sesso orale non protetto</i>	30 (42.25)
	<i>Rottura del preservativo</i>	4 (5.63)
Motivo dello screening	<i>Me lo ha chiesto il partner</i>	2(2.82)
	<i>Prima di smettere di utilizzare il condom con il/la partner</i>	4 (5.63)
	<i>Controllo di routine</i>	30 (42.25)
	<i>Solo per conoscere il mio stato di salute</i>	37 (52.11)
Motivi per cui ho deciso di fare il test al Pride	<i>Ho già avuto accesso a test community based</i>	4 (5.63)
	<i>Un amico me ne ha parlato</i>	14 (19.72)
	<i>Ho letto del test su un volantino</i>	15 (21.13)
	<i>Internet</i>	8 (11.27)
	<i>Altro (ho visto lo stand al termine del percorso)</i>	30 (42.25)
Hai usato il condom nell'ultimo rapporto penetrativo	<i>Sì</i>	35 (49.30)
	<i>No</i>	30 (42.25)
	<i>Non so</i>	6 (8.45)
	<i>Sì</i>	1 (1.41)

Hai fatto sesso in cambio di droga/denaro negli ultimi 12 mesi?	<i>No</i>	70 (98.59)
Hai fatto sesso negli ultimi 12 mesi con sex worker	<i>Sì</i>	0 (0,00)
	<i>No</i>	71 (100.00)
Hai fatto sesso negli ultimi 12 mesi con una persona che usa droga per via iniettiva?	<i>Sì</i>	0 (0,00)
	<i>No</i>	71 (100.00)
Utilizzi sostanze per via iniettiva?	<i>Sì</i>	1 (1.41)
	<i>No</i>	70 (98.59)

La tabella 3 analizza le conoscenze e le preferenze relative alla profilassi pre-esposizione (PrEP).

Tabella 3. Conoscenza e utilizzo della Prep (N=71).

		n (%)
Hai già sentito parlare della PrEP?		
	<i>Sì</i>	29 (40.85)
	<i>No</i>	42 (59.15)
Hai mai assunto la PrEP?		
	<i>Sì</i>	0 (0.00)
	<i>No</i>	71 (100)
Sei interessato a usare la PrEP?		
	<i>Sì</i>	22 (30.99)
	<i>No</i>	49 (69.01)
Se non sei interessato a usarla, perché?		
	<i>Sono preoccupato per gli effetti collaterali</i>	4 (5.63)
	<i>Per i costi proibitivi</i>	1 (1.41)
	<i>Non voglio assumere regolarmente dei farmaci</i>	9 (12.68)
	<i>Non voglio sottopormi regolarmente a controlli medici</i>	0 (0.00)
	<i>Non voglio andare in ospedale per farmi dare la PrEP</i>	2 (2.82)
	<i>Altro (Ho un partner stabile)</i>	15 (21.13)

I dati statistici mostrano come il campione sia distribuito tra soggetti di sesso maschile e femminile, inoltre l'età è quella considerata a rischio rispetto all'andamento dei dati regionali (Tabella 1). Risulta prevalente il numero di MSM rispetto al campione complessivo considerato, seguito da donne che fanno sesso con donne, eterosessuali e bisessuali. La tabella 4 permette l'analisi dei gruppi come descritto nell'approccio metodologico.

Tabella 4. Distribuzione delle variabili principali in base all'abitudine al test nella popolazione reclutata al Torino Pride 2022. n (%).

	Mai testati (n= 37)	Testati ≤ 12 mesi (n= 13)	Testati > 12 mesi (n= 21)	P-value
Genere (n=70)				0.029
<i>Maschio</i>	19 (41.30)	12 (26.09)	15 (32.61)	
<i>Femmina</i>	17 (70.83)	1 (4.17)	6 (25.00)	
Hai fatto sesso penetrativo senza condom con un partner positivo all'HIV?				0.027
<i>Sì</i>	1 (2.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	
<i>No</i>	26 (70.27)	13 (100)	20 (95.24)	
<i>Non so</i>	10 (27.03)	0 (0.00)	1 (4.76)	
Hai fatto sesso non protetto con un Uomo che fa sesso con Uomini (MSM)?				0.035
<i>Mai</i>	0 (0.00)	1 (7.69)	1 (4.76)	
<i>Qualche volta</i>	13 (35.14)	10 (76.92)	10 (47.62)	
<i>Spesso</i>	22 (59.46)	2 (15.38)	9 (42.86)	
<i>Sempre</i>	2 (5.41)	0 (0.00)	1 (4.76)	
Hai mai sentito parlare della PrEP (profilassi pre-esposizione)?				0.001
<i>Sì</i>	10 (27.03)	11 (84.62)	8 (38.10)	
<i>No</i>	27 (72.97)	2 (15.38)	13 (61.90)	

Sono in maggior numero le donne che non si sono mai testate rispetto agli uomini (70.83 vs 41.30; p=0.029), mentre gli uomini che nell'ultimo anno hanno fatto un test sono superiori rispetto alle donne (26.09 rispetto a solo 4.17 delle donne). Non esiste una differenza significativa tra utenti nati all'estero e gli italiani (tabella 4). Non esiste una differenza in base alla stratificazione per l'aver eseguito il test in precedenza relativamente alle motivazioni per le quali gli utenti si sono sottoposti al test (categorie di motivazione: tipologia di esposizione al rischio, controllo di screening, aver effettuato il test nel periodo finestra, sintomi clinici o altri motivi) (data not shown). Non sono presenti differenze tra i gruppi stratificati anche per quanto riguarda la ragione che ha condotto gli utenti a sottoporsi al test presso il setting "Torino Pride" (data not shown). Non esiste una differenza statisticamente significativa in base al genere con i quali si sono avuti rapporti sessuali negli ultimi 12 mesi (data not shown). Il questionario presenta successivamente l'analisi dei comportamenti adottati in ambito sessuale dai partecipanti. Non esiste una differenza tra gruppi per quanto riguarda il numero di soggetti che hanno o non hanno usato il condom nell'ultimo rapporto penetrativo, tra quelli che hanno fatto e non hanno fatto sesso di gruppo, soggetti che usano e non usano droghe per via iniettiva, tra soggetti che sono stati e non sono stati in prigione (data not shown). In tutti e tre i gruppi considerati, sulla base della stratificazione legata all'aver effettuato il test HIV in passato, la stragrande maggioranza dei soggetti ha dichiarato di non aver mai fatto sesso non sicuro con una persona sieropositiva (70.27 vs 100.00 vs 95.24, rispettivamente per mai testati, testati nei 12 mesi precedenti e testati più di un anno prima). Una differenza statisticamente significativa emerge, tuttavia, nella quota di soggetti che dichiarano di non sapere di aver avuto o meno tale occasione di rischio in precedenza (27.03% nei mai testati rispetto a 0% di chi ha effettuato il test nell'ultimo anno e al 4.76% di chi l'ha effettuato da più tempo; p=0.027). Per quanto riguarda la domanda relativa all'aver avuto rapporti sessuali con MSM senza protezione questo comportamento risulta maggiormente frequente nei soggetti mai testati e nei soggetti che non si sono sottoposti a test da lungo tempo rispetto a coloro che hanno, prima del Pride, effettuato un test nell'anno precedente (rispettivamente 59.46 e 42.86 vs 15.38, p=0.035). Nonostante questa apparente maggiore attenzione all'utilizzo del preservativo in coloro che avevano già effettuato un test HIV nei precedenti 12 mesi, va tuttavia osservato come il 76.92% di loro qualche volta non utilizza il condom durante i rapporti con MSM.

Aver sentito parlare della PrEP in una popolazione ove il suo utilizzo è particolarmente importante e consigliabile in quanto soggetti a rischio in base al comportamento richiede una attenzione particolare. La differenza tra i tre gruppi presi in considerazione è statisticamente significativa e indicativa di un diverso livello di consapevolezza in merito alle armi preventive a disposizione contro l'infezione da HIV. Coloro che hanno dichiarato di aver effettuato un test nell'ultimo anno, infatti, hanno altresì affermato di essere a conoscenza della PrEP in numero decisamente più consistente rispetto ai mai testati o a chi si è sottoposto a test molto tempo prima (rispettivamente 84.62% vs 27.03 e 38.10%; $p=0.001$). Non esistono differenze statisticamente significative tra i gruppi in merito all'interesse di utilizzo della PrEP (data not shown). Inoltre, nessuno dei partecipanti al progetto ha dichiarato di aver mai assunto la PrEP (Data not shown).

Dai risultati risulta evidente che le politiche future dovrebbero incrementare l'accesso a un primo test da parte delle donne, i dati raccolti dal sistema epidemiologico regionale potrebbero infatti essere condizionati dal fatto che non è elevato il numero di donne che si sono già testate per l'HIV rispetto al numero di uomini che hanno già effettuato il test. Risulta caratterizzante il fatto che tra i soggetti che hanno effettuato il test HIV ci sia una maggiore consapevolezza del rischio e una maggiore attenzione allo stato sierologico del partner; pertanto, si osserva che i soggetto che hanno effettuato il test da meno tempo ci sia una maggiore sicurezza o apparente consapevolezza dello stato sierologico dei partner. L'insicurezza o la bassa attenzione allo stato sierologico si osserva nei soggetti che non hanno mai effettuato un test precedentemente. Il dato è particolarmente rilevante e mostra come lo stato sierologico del partner sia un elemento da considerare nella definizione della comunicazione da fornire a ciascun target. Attività di prevenzione e di informazione dovrebbero essere sviluppate maggiormente e orientate agli MSM che non hanno mai effettuato un test in vita propria e che hanno un comportamento a rischio maggiore e una consapevolezza minore rispetto agli altri soggetti. Un altro elemento su cui porre maggiore attenzione è riferito alle politiche di prevenzione associate all'offerta della PrEP e al tipo di comunicazione che viene fornito attualmente; si può rilevare infatti che i soggetti che non hanno mai effettuato un test HIV non sono a conoscenza di questa possibilità terapeutica. Poiché la PrEP se assunta correttamente, protegge le persone sieronegative da un contagio da HIV diviene particolarmente rilevante tra gli MSM (Hillis et al., 2020). Chi assume la PrEP sotto controllo medico è protetto al meglio contro l'HIV e non deve preoccuparsi dello stato HIV dei propri partner sessuali (Wheelock et al., 2013). La PrEP offre, in merito al potenziale contagio da HIV, sesso sicuro esattamente come un preservativo. La PrEP non protegge invece dalle altre infezioni sessualmente trasmissibili (IST) quali gonorrea o sifilide (Ramchandani & Golden, 2019). Queste sono le informazioni che andrebbero veicolate e indirizzate a particolari target e soggetti. Attività specifiche che dovrebbe essere svolte all'interno delle comunità proprio per orientare conoscenza e possibilità di scelta e al tempo stesso ridefinire l'offerta e l'accessibilità attraverso il SSR. I dati della tabella 2 permettono di comprendere quali sono stati i comportamenti a rischio e le motivazioni per le quali si è deciso di non testarsi. La tabella 3 inoltre permette di comprendere la prevalenza del campione che conosce la PrEP, che è sottoposta alla terapia o che vorrebbe avviare il percorso terapeutico. Chi non intende avviare il percorso terapeutico fornisce inoltre importanti motivazioni che potrebbero essere considerate nelle campagne di comunicazioni mirate a eliminare la diffidenza verso la terapia o sostenere la diffusione in popolazioni target anche attraverso una parziale o completa copertura finanziaria del farmaco.

La somministrazione del test risponde a requisiti organizzativi e gestionali richiamati dalla letteratura (Gallagher et al., 2007; Young et al., 2022). In particolare l'accessibilità facilitata al test e la possibilità di avere il risultato in poco tempo in un contesto amichevole e con soggetti appartenenti alla comunità garantisce una maggiore attrattività dell'utenza specifica. Tra le caratteristiche che sono state osservate durante il progetto è possibile individuare la capacità del network di somministrare un elevato numero di test e di attirare un maggior numero di utenti rispetto al setting ospedaliero giornaliero dedicato a un'utenza specifica (Brescia et al., 2019). La raccolta delle informazioni risulta inoltre un elemento chiave per la definizione delle politiche future e il dialogo con le istituzioni. Si riscontrano però alcuni elementi critici nel processo di

somministrazione, tra cui la difficoltà burocratica di ottenere gli spazi nella contrattazione con la questura e il Comune. Un altro elemento particolarmente critico è il numero limitato di strutture adatte alla somministrazione con spazi di attesa separati dalla zona di testing adeguati a garantire la privacy. Questo aspetto ha comportato la scelta di un test rapido con un periodo finestra più lungo rispetto a i test somministrati negli altri contesti progettuali. È stata inoltre riscontrata dai volontari l'impossibilità di continuare a erogare i test HIV e Sifilide dopo le 21.30; termine massimo temporale previsto per operare su suolo pubblico e illuminazione disponibile per la somministrazione. Dal momento che la necessità di garantire la privacy degli utenti ha portato i volontari ad assistere parzialmente l'utente nella fase di compilazione intervenendo solo quando questo non sapeva rispondere, sono da rilevare alcuni errori di compilazione che hanno portato a un maggior tempo necessario per la codifica e l'inserimento dei dati. Il personale medico e sanitario coinvolto inoltre ha avuto difficoltà nel processo di restituzione del risultato che di norma richiede una fase di counselling prolungato con l'intervento combinato dei volontari. La necessità di restituzione del risultato dei test dopo un minuto ha limitato l'azione di educazione svolta nella fase successiva alla restituzione del risultato di reattività del test. L'utilizzo di un mezzo mobile o due tensostrutture a inizio e a conclusione del percorso avrebbero potuto incrementare ulteriormente la fruibilità del test e il tempo a disposizione per la somministrazione, incrementando il numero di test effettuabili. La possibilità è stata negata dalla questura e dagli organizzatori del Torino Pride. Tra le potenzialità della somministrazione del Test durante il Pride è possibile evidenziare la comunicazione fornita sul Monkeypox associato a comportamenti a rischio, estremamente utile considerato il quadro epidemiologico che ha visto per questa patologia una maggiore incidenza sulla popolazione LGBTQ+ (Bunge, et al., 2022; Thornhill et al., 2022).

4. Conclusioni

Lo studio mostra come l'offerta di test HIV in contesti non clinici durante eventi socioculturali (come il Pride) può essere utile alle strategie adottate, soprattutto per intercettare soggetti più giovani ed educare e comunicare con soggetti che non hanno mai avuto accesso a test diagnostici per l'HIV e la sifilide. La somministrazione dei test in questi contesti ha la possibilità di intercettare soggetti maggiormente a rischio considerando i trend regionali e permette di individuare eventuali positività cercando di intercettare precocemente soggetti HIV+ e soggetti che hanno contratto la sifilide. Il progetto mette in luce come le caratteristiche osservate nei progetti community-based siano rispettate mettendo però in evidenza criticità e opportunità di intervento. Lo studio permette di arricchire la letteratura e le evidenze fornite da progetti pilota orientati alla prevenzione dell'HIV. I progetti community-based sono di fatto, in grado di supportare decisori politici nella definizione di politiche di intervento e di continuità assistenziale fuori dal contesto ospedaliero e al tempo stesso permette ai professionisti sanitari di captare comportamenti, differenze tra gruppi di soggetti e rilevanza dei comportamenti, garantendo da un lato una comunicazione efficace dall'altra un'efficienza delle attività di diagnosi, cura e profilassi preventiva in gruppi considerati ad alto rischio. L'osservazione delle variabili organizzative garantisce una maggiore ricaduta sul servizio offerto dalle associazioni sul territorio.

5. Limitazioni

L'attività di testing svolta durante il Torino Pride è parte di un progetto che presenta nel complesso un numero di dati più adeguato a rappresentare un campione meglio distribuito della popolazione e dell'utenza del servizio. Ciononostante l'analisi svolta è di interesse per la definizione dell'approccio e delle variabili analizzabili fondamento delle politiche future adottate.

Contributo finanziario al progetto

Il progetto è stato realizzato con il contributo del Ministero del lavoro e delle politiche sociali Direzione Generale del terzo settore e della responsabilità sociale delle imprese, in collaborazione con Direzione Sanità e Welfare, Settore Politiche per i bambini, le famiglie, minori e giovani, sostegno alle situazioni di fragilità sociale. Codice CUP J69J21010160001.

References

- Agresti, A., Finlay, B., & Porcu, M. (2009). *Statistica per le scienze sociali*. London, UK: Pearson.
- Bert, F., Gualano, M. R., Biancone, P., Brescia, V., Camussi, E., Martorana, M., ... & Siliquini, R. (2018). Cost-effectiveness of HIV screening in high-income countries: a systematic review. *Health Policy*, 122(5), 533-547.
- Bert, F. (2020). Una rete contro l'HIV – La città di Torino e le associazioni di volontariato aderiscono all'iniziativa Fast Track Cities. *European Journal of Volunteering and Community-Based Projects*, 1(3), 1-3.
- Bosa, M., Costa, S., Gottero, M., Scavia, M., Albertini, E., Brescia, V., & Brussard, L. (2020). Analisi degli elementi organizzativi nella disposizione di Offerta di test HIV rapidi. Il caso dell'Associazione Odv Casa Arcobaleno. *European journal of volunteering and community-based projects Vol*, 1(1).
- Brescia, V. (2020). *Smart City E Citizen Participation. Strumenti, Governance e Performance (Vol. 10, pp. 1-260)*. G. Giappichelli Editore.
- Brescia, V., Tradori, V., Radwan, M., & Bert, F. (2019). Risk management and analytical accounting approach in use of the HIV rapid tests in the hospital: the case of the Amedeo di Savoia. In *The Future of Risk Management, Volume I* (pp. 175-195). Palgrave Macmillan, Cham.
- Brescia, V., Caratù, M., & Scaioli, G. (2019). A Community-Based Social Marketing Strategy to Prevent HIV and Fight Stigma. *International Journal of Business and Management*, 14(10), 196-196.
- Bunge, E. M., Hoet, B., Chen, L., Lienert, F., Weidenthaler, H., Baer, L. R., & Steffen, R. (2022). The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat? A systematic review. *PLoS neglected tropical diseases*, 16(2), e0010141.
- Croxford, S., Tavoschi, L., Sullivan, A. K., Combs, L., Raben, D., Delpech, V., ... & Desai, S. (2020). HIV testing strategies outside of health care settings in the European Union (EU)/European Economic Area (EEA): a systematic review to inform European Centre for Disease Prevention and Control guidance. *HIV medicine*, 21(3), 142-162.
- Gallagher, K. M., Denning, P. D., Allen, D. R., Nakashima, A. K., & Sullivan, P. S. (2007). Use of rapid behavioral assessments to determine the prevalence of HIV risk behaviors in high-risk populations. *Public Health Reports*, 122(1_suppl), 56-62.
- Hillis, A., Germain, J., Hope, V., McVeigh, J., & Van Hout, M. C. (2020). Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention among men who have sex with men (MSM): a scoping review on PrEP service delivery and programming. *AIDS and Behavior*, 24(11), 3056-3070.
- Istituto Superiore di Sanità, (2021). *Infezione da HIV e AIDS – Le terapie*. (Access Settembre 2021).
- Young, J., Ablona, A., Klassen, B. J., Higgins, R., Kim, J., Lavoie, S., ... & Lachowsky, N. J. (2022). Implementing community-based Dried Blood Spot (DBS) testing for HIV and hepatitis C: a qualitative analysis of key facilitators and ongoing challenges. *BMC Public Health*, 22(1), 1-10.

Kim, J. H., & Kim, J. Y. (2022). How Should the Structure of Smart Cities Change to Predict and Overcome a Pandemic?. *Sustainability*, 14(5), 2981.

Manavi, K., Williams, G., & Newton, R. (2012). The uptake of HIV and syphilis testing in a nurse-delivered service during Gay Pride events. *International journal of STD & AIDS*, 23(12), 887-889.

Mdodo, R., Thomas, P. E., Walker, A., Chavez, P., Ethridge, S., Oraka, E., & Sutton, M. Y. (2014). Rapid HIV testing at gay pride events to reach previously untested MSM: US, 2009–2010. *Public Health Reports*, 129(4), 328-334.

Mammone, A., Pezzotti, P., Regine, V., Camoni, L., Puro, V., Ippolito, G., ... & Girardi, E. (2016). How many people are living with undiagnosed HIV infection? An estimate for Italy, based on surveillance data. *AIDS (London, England)*, 30(7), 1131.

Marcellusi, A., Bini, C., Andreoni, M., Antinori, A., & Mennini, F. S. (2021). Valutazione delle conseguenze epidemiologiche ed economiche generate dal ritardo di trattamento dei pazienti HIV-positivi causato dalla pandemia COVID-19. *Global & Regional Health Technology Assessment*, 8(1).

Roth, A. M., Aumaier, B. L., Felsher, M. A., Welles, S. L., Martinez-Donate, A. P., Chavis, M., & Van Der Pol, B. (2018). An exploration of factors impacting preexposure prophylaxis eligibility and access among syringe exchange users. *Sexually transmitted diseases*, 45(4), 217-221.

Ramchandani, M. S., & Golden, M. R. (2019). Confronting rising STIs in the era of PrEP and treatment as prevention. *Current HIV/AIDS Reports*, 16(3), 244-256.

SEREMI (2019). HIV in Piemonte. Rapporto 2018 Edizione 2019.

<https://www.seremi.it/sites/default/files/Report%20HIV%202018%20ed.%202019.pdf>

Sprent, P. (2011). Fisher exact test. In *International encyclopedia of statistical science* (pp. 524-525). Springer, Berlin, Heidelberg.

Stafylis, C., Bristow, C. C., Natoli, L. J., Salow, K. R., Davidson, E., Granados, Y., ... & Klausner, J. D. (2019). Field evaluation of a dual rapid Human Immunodeficiency Virus and treponemal syphilis rapid test in community-based clinics in Los Angeles and New York. *Diagnostic microbiology and infectious disease*, 93(4), 325-328.

Thornhill, J. P., Barkati, S., Walmsley, S., Rockstroh, J., Antinori, A., Harrison, L. B., ... & Orkin, C. M. (2022). Monkeypox virus infection in humans across 16 countries—April–June 2022. *New England Journal of Medicine*.

Thornton, A. C., Delpach, V., Kall, M. M., & Nardone, A. H. I. V. (2012). HIV testing in community settings in resource-rich countries: a systematic review of the evidence. *HIV medicine*, 13(7), 416-426.

Tradori, V., Biancone, P., Cardaci, A., & Brescia, V. (2017). Legislazione, politiche e organizzazione di centri community based di diagnosi e prevenzione dell'HIV nella Regione Piemonte. *Sanità Pubblica & Privata*.

UNAIDS (2017). 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf.

UNAIDS (2018). Miles to go – closing gaps, breaking barriers, righting injustices. Available at: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf.

UNAIDS (2022). Fact sheet - Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/UNAIDS_FactSheet

European journal of volunteering and community-based projects Vol.1, No 3; 2022

ISSN: 2724-0592 E-ISSN: 2724-1947

Published by Odv Casa Arcobaleno

Wheelock, A., Eisingerich, A. B., Ananworanich, J., Gomez, G. B., Hallett, T. B., Dybul, M. R., & Piot, P. (2013). Are Thai MSM willing to take PrEP for HIV prevention? An analysis of attitudes, preferences and acceptance. *PloS one*, 8(1), e54288.