

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Infezione da HIV: comportamento sessuale,
percezione del rischio e prevalenza
in uno studio pilota sugli immigrati**

Yllka Kodra (a), Angela Santoro (a), Nicola Schinaia (a),
Odile Befeuka Tchangmena (a), Luigi Toma (b),
Giovanni Rezza (a), Aldo Morrone (b)

(a) Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(b) Istituto San Gallicano, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Roma

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN
02/14

Istituto Superiore di Sanità

Infezione da HIV: comportamento sessuale, percezione del rischio e prevalenza in uno studio pilota sugli immigrati.

Yllka Kodra, Angela Santoro, Nicola Schinaia, Odile Befeuka Tchangmena, Luigi Toma, Giovanni Rezza, Aldo Morrone

2002, 22 p. Rapporti ISTISAN 02/14

Nel 1999 è stato condotto uno studio trasversale che ha valutato la percezione del rischio e la prevalenza dell'infezione da HIV/AIDS su 197 immigrati. L'età media è risultata di circa 30 anni (DS=7,7). Il 39,2% dei soggetti ritiene sicuro come partner chi segue norme di prevenzione. Il 66% ha avuto relazioni occasionali, di questi il 68,2% usava il profilattico. Nelle relazioni occasionali il 90% lo ha utilizzato nel rapporto vaginale, il 34% nel rapporto anale e il 36,2% nel rapporto orale. Le pratiche sessuali su cui c'è più disinformazione sono quella anale (30,4%) e orale (36,2%). Il 25,3% del campione ha effettuato il test anti-HIV con una stima di prevalenza del 6% (IC 95% = 0,1-11,9%). La principale fonte di informazione sono i mass media (38,7%), gli amici e familiari (16,0%). Si rileva una percezione del partner non adeguata, un'elevata presenza di incontri occasionali, un basso livello di informazione e una esigua presenza di fonti informative qualificate.

Parole chiave: Infezione da HIV, Popolazione migrante, Percezione del rischio, Studi comportamentali, Italia

Istituto Superiore di Sanità

HIV infection: sexual behaviour, risk perception and prevalence in a pilot survey in migrant people.

Yllka Kodra, Angela Santoro, Nicola Schinaia, Odile Befeuka Tchangmena, Luigi Toma, Giovanni Rezza, Aldo Morrone

2002, 22 p. Rapporti ISTISAN 02/14 (in Italian)

In 1999, a cross-sectional study was carried out to evaluate the risk perception and the prevalence of HIV/AIDS infection among 197 migrants in Italy. The mean age was about 30 years old (SD = 7.7). Out of the interviewees, 39.2% considers safe a partner who admitted to follow preventive measures. Two thirds (66%) engaged themselves in casual relationships, and among them 68.2% used a condom. In casual relationships, 90% used a condom for vaginal intercourse, 34% for anal intercourse, and 36.2% during oral sex. Lower degree of information was found for sexual practices such as the anal (30.4%) and the oral intercourses (36.2%). An anti-HIV test was performed by 25.3% of our study population, with a prevalence rate of 6% (95% CI = 0.1-11.9%). The main sources of information are mass media (38.7%), friends and relatives (16.0%). Inadequate perception of the partner, high proportion of casual relationships, low level of information and low proportion of authoritative information sources are the main problem areas observed.

Key words: HIV Infection, Migrant populations, Risk perception, Behavioural studies, Italy

Per informazioni su questo documento scrivere a: schinaia@iss.it

Si ringraziano i mediatori culturali e gli utenti del Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto San Gallicano di Roma, che hanno reso possibile la realizzazione di tale progetto. Lo studio è stato approvato e finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del III Progetto di ricerca sull'AIDS sociale del 1997.

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it/pubblicazioni.

INDICE

Introduzione	1
Materiali e metodi	4
Campionamento.....	4
Modalità di raccolta dati.....	4
Elaborazione dati.....	5
Risultati	6
Caratteristiche generali del campione.....	6
Area di provenienza.....	6
Età e sesso.....	6
Stato civile.....	8
Religione.....	9
Livello di istruzione.....	9
Occupazione e professione.....	10
Tempo trascorso in Italia.....	11
Prevalenza dell'infezione HIV e presenza di MST.....	11
Fattori a rischio per l'infezione da HIV.....	12
Percezione del rischio e grado d'informazione sull'AIDS.....	12
Comportamento sessuale e attitudini preventive.....	15
Uso di droghe.....	17
Variabili relative alle condizioni psico-sociali.....	18
Discussione	20
Conclusioni	21
Bibliografia	22

INTRODUZIONE

L'Italia, dopo la Germania, la Francia e la Gran Bretagna, rafforza la sua posizione come quarto Paese dell'Unione Europea per la consistenza degli immigrati la cui presenza è raddoppiata nel corso degli anni '90 (1).

Gli stranieri presenti in Italia al 1° gennaio 2001 si possono stimare in 2.000.000 di unità (secondo una stima ISTAT sulla base di dati del Ministero dell'Interno).

I dati disponibili sullo stato di salute degli immigrati, anche se non del tutto completi (a causa dell'assenza di un sistema di sorveglianza) confermano ciò che gli esperti del settore definiscono "effetto migrante sano" e cioè una sorta di autoselezione per cui decide di partire solo chi è in buone condizioni fisiche. Allo stesso tempo evidenziano la tendenza degli immigrati a sviluppare nel Paese ospite, malattie legate a condizioni di vita precarie che possono aggravarsi per la scarsa copertura sanitaria di cui gli stranieri beneficiano (1). Questa realtà trova conferma nei dati raccolti dal sistema di sorveglianza sulle MST (Malattie Sessualmente Trasmesse) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che ha rilevato un aumento, negli ultimi anni, di circa il 10% di nuovi casi in soggetti stranieri (2). Circa l'80% di essi le ha acquisite in Italia e solo il 20% nel proprio Paese di origine (2).

Per quanto riguarda i casi di AIDS, si evidenzia un aumento dal 3,4% nel 1992-1993, al 14,6% nel 2000-2001 (3). Ciò può essere una chiara indicazione di come lo stress, legato allo sradicamento dall'ambiente di origine e dalle proprie sicurezze, e una nuova organizzazione della vita in condizioni difficili possano predisporre maggiormente a comportamenti a rischio gli stranieri che soggiornano nel nostro Paese. Tra gli interventi effettuati sul territorio nazionale italiano ai fini della tutela della salute delle popolazioni migranti il più importante ha riguardato l'attuazione del DL n. 286/1998 che garantisce l'accesso alle prestazioni sanitarie urgenti, essenziali e di medicina preventiva anche per chi non possiede il permesso di soggiorno (Legge n. 40/1998).

Inoltre, il piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 ha, per la prima volta, dedicato una sezione specifica agli stranieri immigrati, considerati quali soggetti potenzialmente deboli cui destinare interventi specifici.

Nell'ambito di questa programmazione l'ISS è attivamente impegnato, in collaborazione con strutture assistenziali del territorio nazionale, in interventi nella tutela della salute degli immigrati. In questa prospettiva ha approvato e finanziato il progetto dal titolo "Studio pilota sulla percezione del rischio e sulla prevalenza dell'infezione da HIV in un campione di popolazioni migranti presenti sul territorio di Roma e provincia" nell'ambito del III Progetto di ricerca sull'AIDS sociale, presentato dal Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto San Gallicano. Quest'ultimo, a fronte della notevole esperienza come osservatorio della condizione socio-sanitaria delle popolazioni migranti del territorio romano, nel 1999 ha svolto tale progetto i cui obiettivi indagano la percezione del rischio e la prevalenza dell'infezione da HIV.

Da una panoramica degli studi effettuati su tale tematica le variabili più importanti sono le fonti di informazione, il livello di conoscenza delle modalità di trasmissione e la percezione del rischio che non sempre presentano una relazione significativa con i comportamenti a rischio e con l'uso del profilattico.

Inoltre l'atteggiamento positivo verso l'uso del profilattico è raramente associato a comportamenti di prevenzione.

In uno studio (4) effettuato su lavoratrici migranti messicane, nonostante una buona conoscenza delle principali modalità di trasmissione e un atteggiamento positivo rispetto all'uso del condom, il 75% dichiara di non aver mai usato i profilattici.

Gli stessi risultati sono confermati da uno studio (5) condotto a Città del Messico su un campione costituito esclusivamente da persone di sesso maschile che analizza l'associazione tra variabili socio-demografiche e l'uso del condom. In questo studio nessuna delle variabili riguardanti le conoscenze sull'HIV/AIDS, incluse le modalità di trasmissione e i metodi di prevenzione, mostrano alcuna significativa associazione con l'uso del profilattico.

Le barriere più significative che ostacolano comportamenti di prevenzione sono rappresentate dall'influenza dei pregiudizi sociali in relazione all'uso del condom e dagli atteggiamenti personali come è evidenziato da due ricerche di cui una effettuata su lavoratori migranti messicani (6) e una condotta a Bombay (7), in quest'ultima la mancanza di privacy nei negozi costituisce un ulteriore ostacolo.

Lo studio condotto a Città del Messico (5), inoltre, mette in evidenza alcune variabili che influiscono sull'uso del profilattico tra cui la paura di contrarre l'infezione, che è associata positivamente con l'uso del condom, e la percezione dell'inevitabilità di diventare infetto che è associato negativamente con l'uso dello stesso. Il medesimo studio (5) dimostra che l'informazione anche se molto importante non è sufficiente a promuovere comportamenti preventivi se non si agisce su una positiva percezione del condom.

Ciò che invece sembra importante ai fini di un comportamento preventivo è la percezione del rischio, cioè la capacità di sentire se stessi come vulnerabili e la capacità di riconoscere i comportamenti a rischio come tali.

Sebbene molte teorie suggeriscano (8) che la percezione del rischio relativo alla trasmissione di MST e HIV motivi le persone ad adottare comportamenti autoprotettivi, tuttavia le ricerche condotte su questa tematica hanno dato risultati contrastanti.

In uno studio condotto in Tanzania (9) su studenti della scuola secondaria è emerso che la consapevolezza del rischio non è seguita da comportamenti preventivi, mentre in una ricerca condotta su lavoratori migranti messicani (6) invece è risultato che le donne sono più disposte all'uso del condom in rapporti occasionali o se conoscono qualcuno con infezione da HIV/AIDS.

Per quanto riguarda la predisposizione ai rapporti occasionali, uno studio (10) condotto nel Senegal evidenzia che i migranti stagionali e divorziati e le donne vedove sono più disposti ai rapporti occasionali. Il 66% di queste donne sono spinte da necessità materiali e sono meno inclini ad avvertire il rischio rispetto agli uomini.

In un campione di indagine effettuata nel Sud/Est dell'Uganda (11), il 51% dei soggetti si considera a rischio e tale percezione non indica differenze per quanto riguarda la relazione con il sesso e l'età, mentre c'è corrispondenza tra la consapevolezza del rischio e la conoscenza dei fattori a rischio.

Un'indagine (12) compiuta su una comunità rurale del Senegal analizza la relazione tra il livello di informazione del campione e le varie fonti di informazione. La televisione è associata con un numero più basso di partner occasionali per le donne e con una migliore percezione del condom per gli uomini, sembra quindi una via efficace nel ridurre i comportamenti a rischio e in generale sembra offrire messaggi efficaci.

In un'indagine (13) condotta su adolescenti messicani si osservano differenze nei vari strati socio-economici per quanto riguarda la relazione tra le fonti di informazione e il livello di conoscenza sull'infezione da HIV/AIDS.

Naturalmente un programma di prevenzione efficace non può non considerare l'importante effetto che la percezione del rischio esercita sui comportamenti e non può trascurare il legame inestricabile che essa ha con il livello di conoscenza e l'attendibilità scientifica delle fonti da cui

tale conoscenza proviene e infine le condizioni psicologiche e il contesto socio-economico che la persona vive in un dato momento della propria esistenza.

Tutto ciò diventa quanto mai importante quando il potenziale attore dei comportamenti a rischio è una persona coinvolta in difficoltà di adattamento a un contesto culturale molto diverso dal proprio così come accade per le popolazioni migranti.

La diversità culturale diventa un ulteriore elemento condizionante, la cui importanza non può essere negata o sottovalutata ai fini della realizzazione di un programma di prevenzione che risulti realmente efficace.

MATERIALI E METODI

Lo studio pilota è stato scelto per una valutazione iniziale della percezione del rischio e sulla prevalenza dell'infezione da HIV in un campione di popolazione migranti, prima di impostare studi più impegnativi, più onerosi e di maggior durata.

Campionamento

Il campione selezionato con il metodo della randomizzazione semplice è stato reclutato presso il servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto San Gallicano di Roma (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico).

Ai fini dello studio per la prevalenza dell'infezione da HIV a ciascun intervistato è stato proposto un prelievo ematico, previa informazione sull'anonimato dei risultati e previo consenso informato per chi si è sottoposto al prelievo.

Il numero delle persone che hanno rifiutato di aderire alla ricerca è esiguo rispetto alle adesioni, mentre, per quanto riguarda la proposta di effettuazione del prelievo, solo il 25,3% del campione ha aderito.

Modalità di raccolta dati

La raccolta dei dati è stata fatta mediante l'utilizzo di un questionario stilato oltre che in italiano anche nelle principali lingue parlate dai soggetti del campione (inglese, francese, spagnolo e arabo) e strutturato in tre parti:

- un'area che identifica la nazionalità, l'area di provenienza, il livello di istruzione, l'appartenenza religiosa, le caratteristiche socio-demografiche, lo stato di salute e la qualità di vita dell'intervistatore;
- una sezione in cui si analizzano i comportamenti inerenti l'eventuale consumo personale di droghe;
- una parte dedicata alla conoscenza delle modalità di trasmissione dell'infezione da HIV (relativamente ai rapporti sessuali), alla percezione del rischio, ai comportamenti a rischio e agli atteggiamenti rispetto all'uso del profilattico.

Il questionario è di tipo qualitativo e gli *item* seguono un ordine sequenziale per alcuni argomenti (comportamenti) e casuale per altri (conoscenze).

Le domande sono organizzate secondo la modalità di risposta chiusa e solo per alcuni argomenti è di tipo dicotomico (sì/no) e presuppongono, inoltre, una gamma di risposte predefinite.

Si è scelto questo tipo di struttura per facilitare la codificabilità delle risposte ai fini dell'elaborazione statistica e per ridurre le difficoltà di interpretazione.

La versione definitiva dello strumento è stata preceduta dalla validazione dello stesso attraverso una somministrazione preliminare a un gruppo ridotto di soggetti aventi caratteristiche simili a quelle del campione oggetto dell'indagine. Questo accorgimento si è

rivelato essenziale per ridurre gli errori e per adattare il questionario alle caratteristiche del campione cui è destinato.

A ciascun questionario è stato attribuito un codice identificativo numerico progressivo in modo da poter collegare i dati raccolti con i dati relativi agli esami ematici.

La somministrazione è avvenuta per ogni singolo soggetto nella modalità *vis a vis*. Per coloro che presentavano particolari difficoltà linguistiche si è ricorso all'ausilio dei mediatori culturali che hanno svolto l'intervista nella lingua originaria dell'intervistatore.

L'intervista è stata preceduta da spiegazioni sul suo obiettivo e sulle modalità attraverso cui era possibile rispondere alle domande.

Si è optato per questo tipo di approccio per ridurre al minimo le possibilità di errore dovute a incomprensioni delle modalità di compilazione del questionario o del significato di alcuni *item*.

Inoltre per facilitare l'adesione si è comunicato preventivamente ai singoli intervistati la natura anonima dell'intervista e della trattazione dei dati.

Non sono state previste domande sulle motivazioni del rifiuto di sottoporsi al test anti-HIV, per cui si può semplicemente presumere che tale risultato potrebbe dipendere in parte da una scarsa motivazione personale e in parte da resistenze psicologiche dovuta all'angoscia che normalmente comporta la decisione di eseguire questo tipo di esame e anche alla paura di un rimpatrio in seguito di un eventuale esito positivo dell'esame.

Elaborazione dati

L'archiviazione e l'elaborazione dei dati è stata effettuata mediante i programmi Excel ed SPSS. I dati sono stati presentati in forma tabellare ed è stato utilizzato il test del chi-quadrato per la valutazione della significatività delle differenze delle distribuzioni ottenute nei sottogruppi. Sono stati calcolati gli odds ratio dei fattori osservati relativamente alle principali variabili esaminate. Per tutti i risultati sono stati calcolati gli intervalli di confidenza (IC) al 95% per esaminare la forza dell'associazione.

RISULTATI

La presentazione dei risultati riguarderà:

- le caratteristiche generali del campione;
- la prevalenza dell'infezione da HIV;
- la presenza di MST dichiarate dagli intervistati.

Verranno, inoltre, esaminati alcuni fattori che influiscono sul comportamento sessuale (predisponendo all'uso o non uso del profilattico oppure ai contatti occasionali e non), come la percezione del rischio, il livello di informazione, l'uso di sostanze stupefacenti e alcune variabili psico-sociali.

Caratteristiche generali del campione

Nel periodo di studio svolto nell'anno 1999 sono state raccolte schede relative a 197 persone.

Area di provenienza

Data la numerosa dispersione relativa ai 44 Paesi di provenienza degli immigrati, per una semplificazione delle analisi, il campione è stato raggruppato in sette aree geografiche: Europa dell'Est, Africa, Asia, Sud America, Oceania, Europa e Nord America.

Più della metà delle persone intervistate proviene dall'Europa dell'Est e dal Africa (66,2%). Il 14,5% proviene dall'Asia e il 16,3% dal Centro-Sud America.

Poco rappresentata è invece la popolazione proveniente dall'Oceania (1,2%), Europa Occidentale (1,2%), e Nord America (0,6%) (Tabella 1).

Età e sesso

Il campione incluso nello studio risulta piuttosto giovane, con età media di 30,4 anni (DS = 7,7). L'intervallo di variabilità è di 14-52 anni. La distribuzione di frequenza per età e sesso è presentata in Tabella 2.

Il 66,2% del campione è di sesso maschile. Si osserva una maggior frequenza di soggetti di sesso femminile (71,3%) nella classe di età 20 fino a 35 anni ($p=0,08$). I soggetti al di sotto dei 20 anni sono il 3,6% della popolazione osservata, mentre i soggetti al di sopra dei 35 anni sono il 25,1%.

In generale, si osserva una frequenza dei soggetti di sesso femminile che corrisponde alla metà di quella dei soggetti di sesso maschile, ad eccezione del Centro-Sud America, dove la frequenza relativa alle femmine è significativamente maggiore rispetto alle altre aree (55,6%; $\chi^2 = 6,7$; $gl = 1$; $p = 0,009$).

In Asia si può notare una differenza statisticamente significativa ($\chi^2 = 4,04$; $gl = 1$; $p = 0,04$) tra maschi (87,5%) e femmine (12,5%) e maggiore rispetto a quella osservata nelle altre aree geografiche.

La Tabella 3 presenta la distribuzione per sesso e per area geografica.

Tabella 1. Distribuzione del campione per Paese di provenienza

Continente	n.	%
Albania	5	3,0
Algeria	1	0,5
Angola	2	1,0
Bangladesh	9	4,6
Brasile	2	1,0
Bosnia	7	3,6
Bulgaria	4	2,0
Burundi	4	2,0
Camerun	4	2,0
Croazia	2	1,0
Capo verde	1	0,5
Cina	2	1,0
Colombia	5	2,5
Congo	5	2,5
Cuba	1	0,5
Ecuador	3	1,5
Egitto	8	4,1
Ecuador	2	1,0
Etiopia	4	2,0
Filippine	1	0,5
Finlandia	1	0,5
Francia	1	0,5
Giordania	2	1,0
India	2	1,0
Iran	2	1,0
Israele	1	0,5
Iugoslavia*	2	1,0
Macedonia	3	1,5
Marocco	13	6,6
Moldavia	9	4,6
Nigeria	8	4,1
Pakistan	1	0,5
Perù	14	7,1
Polonia	6	3,0
Romania	39	19,8
Senegal	2	1,0
Somalia	1	0,5
Unione Sovietica	1	0,5
Sri Lanka	5	2,5
Tailandia	1	0,5
Tunisia	2	1,0
Ucrania	6	3,0
Uganda	1	0,5
Zambia	1	0,5
Totale	196	100,0

*Iugoslavia (incluso Kosovo)

Tabella 2. Distribuzione di frequenza per età e sesso

Fascia d'età		Maschio	Femmina	Totale
<20 anni	<i>n.</i>	3	4	7
	%	2,3	6,1	3,6
20-35anni	<i>n.</i>	88	51	139
	%	68,2	77,3	71,3
>35 anni	<i>n.</i>	38	11	49
	%	29,5	16,7	25,1
Totale	<i>n.</i>	129	66	195
	%	66,2	33,8	100,0

Tabella 3. Distribuzione del campione per aree di provenienza e sesso.

Area di provenienza		Maschio	Femmina	Totale
Europa orientale	<i>n.</i>	38	17	55
	%	69,1	30,9	100
Africa	<i>n.</i>	39	16	55
	%	70,9	29,1	100
Asia	<i>n.</i>	21	3	24
	%	87,5	12,5	100
Centro-Sud America	<i>n.</i>	12	15	27
	%	44,4	55,6	100
Oceania	<i>n.</i>	0	2	2
	%		100	100
Europa occidentale	<i>n.</i>	1	1	2
	%	50	50	100
Nord America	<i>n.</i>	1	0	1
	%	100		100
Totale	<i>n.</i>	112	54	166
	%	67,5	32,5	100

Stato civile

Per quanto riguarda lo stato civile il 62% dei maschi e il 50% delle femmine non sono sposati e si osserva una maggiore percentuale (33%) di donne coniugate. Ciò denota una maggiore e relativa stabilità affettiva rispetto ai maschi.

Religione

Per quanto concerne la religione circa il 65,8% del campione è di religione cristiana, il 23,9% è di religione musulmana, il 6,2% è costituito da atei e il 4,2% comprende altre religioni (induismo, sikhismo, buddismo) (Figura 1).

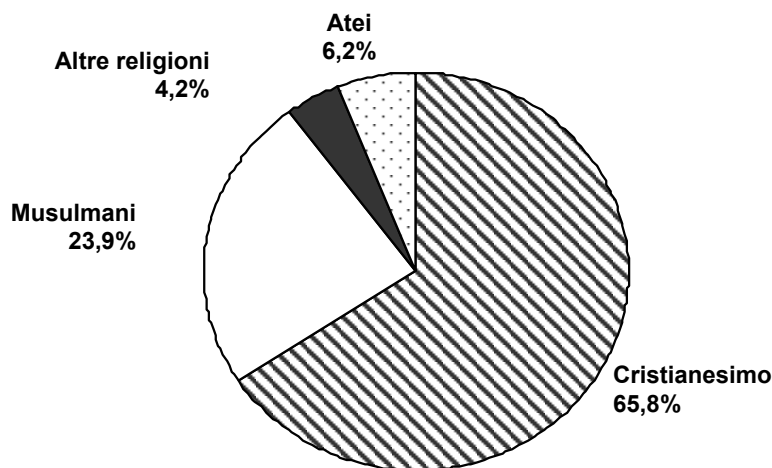


Figura 1. Distribuzione del campione per religione

Livello di istruzione

Per quanto riguarda la scolarità il 58,2% possiede il diploma, il 2,6% è senza titolo di studio, e il 15,8% è laureato. Appare chiaro che il livello di istruzione della maggioranza del campione è medio-alto. Si nota che non esistono sostanziali differenze del livello di scolarità per sesso (chi-quadrato = 5,3; gl = 4; p = 0,2) (Tabella 4).

Tabella 4. Distribuzione dei casi per sesso e livello di scolarità

Livello di scolarità		Maschio	Femmina	Totale
Licenza elementare	<i>n.</i>	14	5	19
	%	10,8	7,6	9,7
Licenza di scuola media	<i>n.</i>	18	9	27
	%	13,8	13,6	13,8
Diploma	<i>n.</i>	76	38	114
	%	58,5	57,6	58,2
Laurea	<i>n.</i>	21	10	31
	%	16,2	15,2	15,8
Nessuna	<i>n.</i>	1	4	5
	%	0,8	6,1	2,6
Totale	<i>n.</i>	130	66	196
	%	66,3	33,7	100,0

Occupazione e professione

Il 50,3% dei soggetti dichiara di essere disoccupato. Nella categoria degli occupati si è indagato il settore di attività, quella prevalente è l'occupazione di tipo non qualificato (57,3%), segue il commercio (17,7%) e il settore dell'edilizia (16,6%) (Tabella 5).

Tabella 5. Distribuzione di frequenza per stato e tipo di lavoro svolto*

Tipo di lavoro	n.	%
Professione commerciale	17	17,7
Artigiani e operai dell'industria estrattiva e dell'edilizia	16	16,7
Artigiani e operai metalmeccanici e assimilati	3	3,1
Conduuttori di veicoli	1	1,0
Personale non qualificato dell'agricoltura, dell'allevamento	4	4,2
Personale non qualificato	55	57,3
Totale occupati	96	100,0

*valori mancanti = 4 (2,0%)

Nella Figura 2 si nota un grado di soddisfazione medio-alto relativamente all'attività lavorativa svolta al momento della somministrazione del questionario.

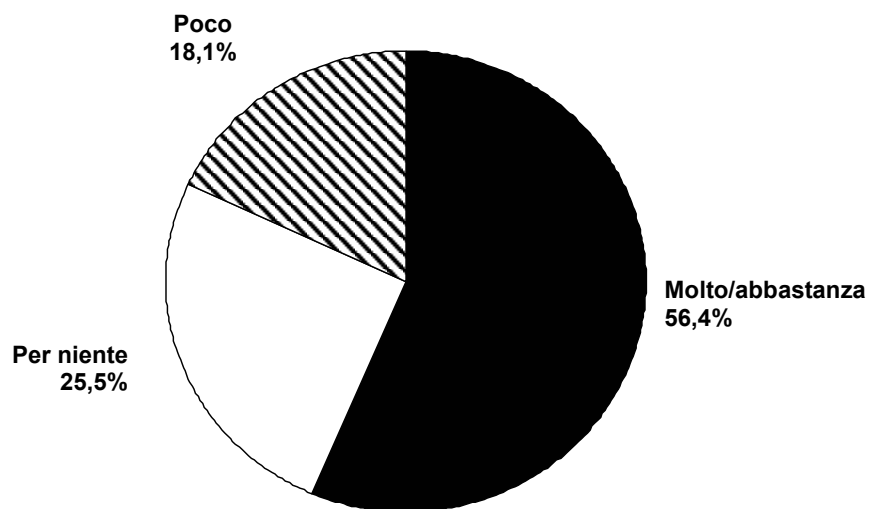


Figura 2. Grado di soddisfazione del lavoro attuale tra gli immigrati

Tempo trascorso in Italia

I risultati della Tabella 6 dimostrano che la maggior parte dei soggetti osservati (69,5%) dichiara di essere in Italia da un periodo di tempo inferiore a 5 anni. Si tratta quindi in massima parte di immigrati recenti.

Tabella 6. Tempo trascorso in Italia

Soggiorno	n.	%	Incidenza cumulativa (%)
< 1 anno	50	25,4	25,4
1-2 anni	45	22,8	48,2
3-5 anni	42	21,3	69,5
> 5 anni	60	30,5	100
Totale	197	100	100

Se si analizzano i dati sullo stato di salute si rileva la realtà del “migrante sano”. Più della metà (63%) dichiara di essere in uno stato di salute buono e/o buonissimo (Figura 3).

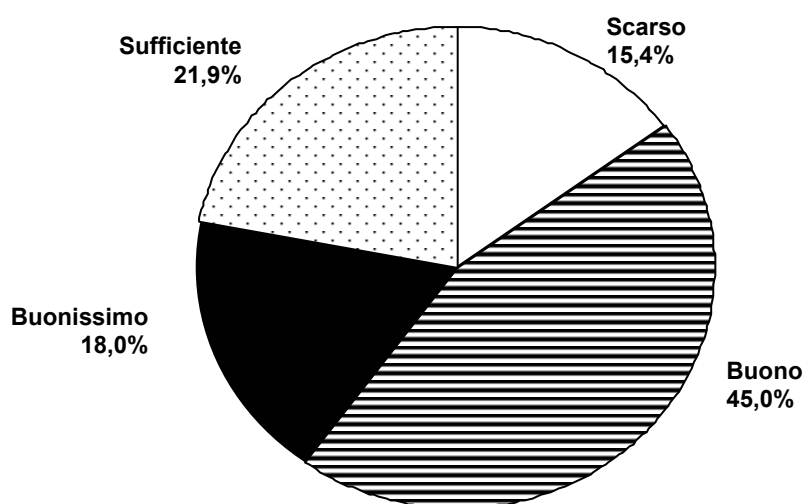


Figura 3. Percezione dello stato di salute

Prevalenza dell'infezione HIV e presenza di MST

Per quanto riguarda l'adesione al test da HIV, solo il 25,3% del campione ha accettato di sottoporsi al test, con una stima di prevalenza dell'infezione da HIV del 6% (IC 95% = 0,1-11,9%). Sebbene non si possano trarre conclusioni generalizzabili (data la bassa numerosità delle persone testate che determina un amplissimo intervallo di confidenza al 95%), tuttavia si è

osservato che in coloro che sono risultati sieropositivi la probabilità di contrarre l'infezione da HIV è correlata ad un'anamnesi positiva per quanto riguarda le abitudini sessuali (cambio di partner, rapporti occasionali); quasi tutti hanno dichiarato di aver usato raramente il profilattico, tutti ritengono di essere molto informati sull'AIDS e nessuno dichiara di aver usato delle droghe. Nella Tabella 7 vengono riassunte alcune principali variabili per le tre persone risultate positive al test.

Tabella 7. Caratteristiche generali e comportamentali delle persone positive al test

Caratteristica	1 ^a persona	2 ^a persona	3 ^a persona
Sesso	femmina	maschio	maschio
Età	41	30	40
Nazione	Zambia	Albania	Croazia
Scolarità	nessuna	laurea	licenza elementare
Occupazione	sì	no	sì
Parenti	no	no	no
MST	no	epatite	no
Uso droghe	no	no	no
Essere informato	molto	molto	molto
Fonte d'informazione	amici	operatori sanitari	amici
Numero partner	3-10	>20	3-10
Rapporti occasionali	sì	sì	sì
Frequenza d'uso del profilattico	raramente	raramente	-

Nella Tabella 8 è presentata la distribuzione di frequenza delle MST che i partecipanti allo studio dichiarano di aver avuto. In generale si osserva una prevalenza del 6,9% (IC 95% = 3,3-10,5%).

Tabella 8. Distribuzione dei casi per MST*

Casi di MST	n.	%
Nessuna	174	92,1
Clamidia	3	1,6
Sifilide	4	2,1
Gonorrea	3	1,6
Candidosi	1	0,5
Epatiti virali	2	1,1
Totale	187	100,0

*valori mancanti = 10 (4,8%)

Fattori a rischio per l'infezione da HIV

Percezione del rischio e grado d'informazione sull'AIDS

Per quanto riguarda le conoscenze relative alle vie sessuali di trasmissione dell'infezione da HIV, più della metà del nostro campione ritiene pericoloso il rapporto vaginale (81,7%) e anale (58,9%). Il 22,3% non sa se l'AIDS si può contrarre con il contatto sessuale anale e l'8,1% non

considera a rischio questa pratica. Come si può notare il 30,4% non ha una conoscenza adeguata rispetto a questo tipo di rapporto. Il 40,6% dei soggetti ritiene pericoloso il rapporto orale, mentre il 26,9% non sa rispondere e il 21,8% non lo ritiene a rischio (Tabella 9); si rileva quindi un livello di conoscenza abbastanza limitata per questo tipo di pratica a basso rischio, ma piuttosto diffusa in questo campione (42,5% praticano rapporti orali in incontri occasionali).

Tabella 9. Conoscenze relative alle vie di trasmissione dell'infezione dall' HIV

Via di trasmissione	Informazione			Dato mancante
	corretta	non corretta	assente	
Rapporto vaginale	81,7	3,6	9,1	5,7
Rapporto anale	58,9	8,1	22,3	10,7
Rapporto orale	40,6	21,8	26,9	10,7
Bacio	28,4	48,2	14,7	8,1

Il 39,2% ritiene sicuro come partner colui che ha sempre usato il condom. Tutto il resto nella propria percezione del partner, ritenuto sicuro ai fini della prevenzione, si basa su indicatori non attendibili (Tabella 10).

Tabella 10. Percezione del partner da parte del campione

Percezione del partner	n.	%
Ha sempre usato il profilattico	76	39,2
Si conosce da tempo	51	26,3
Ha un aspetto che ispira fiducia	23	11,9
Ha un aspetto sano	3	1,5
Ha avuto pochi partner	29	14,9
Ha fatto l'esame per l'esame da HIV	12	6,2
Totale	194	60,3

Per quanto riguarda la percezione del livello di informazione poco più della metà del nostro campione (53,9%) si ritiene poco e/o per niente informato (Tabella 11).

Tabella 11. Percezione del proprio livello d'informazione sull'AIDS*

Autopercezione dell'informazione sull'AIDS	n.	%	Incidenza cumulativa %
Per niente	35	18,3	18,3
Poco	68	35,6	53,9
Abbastanza	54	28,3	82,2
Molto	34	17,8	100,0
Totale	191	100,0	

* valori mancanti=6 (3%)

Dall'analisi dei dati emerge che una percezione positiva del proprio livello d'informazione è associata con un livello d'istruzione superiore (diplomati e laureati), con una permanenza in Italia inferiore o pari a 2 anni in Italia e con l'appartenenza alla religione cristiana (i rispettivi odds ratio sono rappresentati nella Tabella 12). Mentre una bassa percezione è associata con un livello d'istruzione inferiore (elementare inferiore e/o elementare superiore e/o nessuna), con una permanenza in Italia da più di 2 anni e con l'appartenenza alla religione islamica.

Tabella 12. Variabili influenti sulla percezione del proprio livello d'informazione sull'AIDS (per niente e/o poco abbastanza e/o molto).

Variabili demografiche	Odds ratio	Intervallo di confidenza (95%)
Sesso (maschio/femmina)	1,2	0,7-2,3
Età (<35/≥35)	0,9	0,5-1,9
Religione (cristianesimo/islamismo)	0,3	0,2-0,7
Soggiorno in anni (<2/>2)	0,4	0,2-0,8
Scolarità (inferiore/superiore)	4,5	2,1-9,8

Le fonti principali d'informazione sono i mass-media (38,7%) e gli amici/familiari (16,0%), seguono gli operatori sanitari (10,3%) e gli insegnanti (9,8%) (Figura 4).

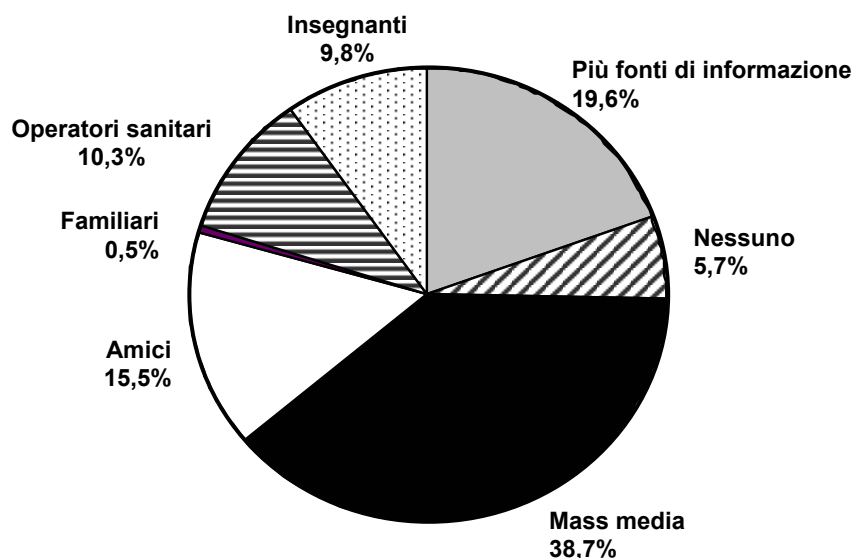


Figura 4. Fonte d'informazione sull'AIDS

Dai dati della Tabella 13 emerge che gli operatori sanitari, gli insegnanti e i mass media costituiscono le fonti informative più frequenti tra i soggetti con istruzione superiore. Non esiste una correlazione statisticamente significativa tra le altre variabili (sesso, età, religione e tempo trascorso in Italia) e le fonti d'informazione.

Tabella 13. Variabili influenti sulla selezione delle fonti d'informazione (operatori sanitari, insegnanti e mass media)

Variabili	Odds ratio	Intervallo di confidenza (95%)
Sesso (maschio/femmina)	1,2	0,7-2,4
Età (<35/≥35)	0,8	0,4-1,7
Religione (cristianesimo/islamismo)	1,7	0,8-3,6
Soggiorno in anni (≤2/>2)	1,5	0,9-2,9
Scolarità (inferiore/superiore)	0,4	0,2-0,9

Comportamento sessuale e attitudini preventive

I dati dell'indagine dimostrano che l'età d'inizio dell'attività sessuale tra gli immigrati avviene nell'81,4% dei casi prima dei 20 anni (Tabella 14).

Tabella 14. Età d'inizio dell'attività sessuale*

Età	n.	%	Incidenza cumulativa %
< 12 anni	3	1,7	1,7
12-15 anni	41	23,2	24,9
16-20 anni	100	56,5	81,4
> 20 anni	33	18,6	100,0
Totale	177	100	

*valore mancante=21(10,6%)

Come mostrato nella Tabella 15 più della metà del campione (58,5%), ha avuto meno di tre partner negli ultimi cinque anni mentre il 26,7% ha avuto un numero di partner variabile da 3-10, solo 1,1% dei soggetti non ha avuto nessun partner.

Tabella 15. Numero dei partner negli ultimi cinque anni*

Numero partner	n.	%
nessuno	2	1,1
< 3	103	58,5
3-10	47	26,7
11-20	10	5,7
> 20	14	8,8
Totale	176	100,0

* valori mancanti = 21 (10,7%)

I dati della Tabella 16 si riferiscono alle relazioni sessuali degli ultimi 5 anni. Emerge una popolazione sessualmente attiva, dove la presenza di relazioni occasionali è piuttosto elevata, se si considerano i dati percentuali relativi a coloro che hanno esclusivamente partner occasionali (44%) e a coloro che hanno sia partner abituali che occasionali (22%).

Tabella 16. Abitudini sessuali negli immigrati

Rapporti per tipologia di partner	n.	%
Partner fisso		
<i>si</i>	122	67,0
<i>no</i>	60	33,0
Partner occasionale		
<i>si</i>	80	44,0
<i>no</i>	102	56,0
Partner fisso e occasionale		
<i>si</i>	40	22,0
<i>no</i>	142	78,0

La principale abilità preventiva è saper praticare rapporti sessuali protetti. Considerata l'importanza del profilattico per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da HIV, si è indagata la frequenza di utilizzo, in quale tipi di rapporti viene usato, sia con partner fisso che occasionale.

Il profilattico è impiegato più frequentemente con partner occasionale (68,2%; valore mancante = 57%) che con partner stabile (32,5%; valore mancante = 40%) (Figura 5).

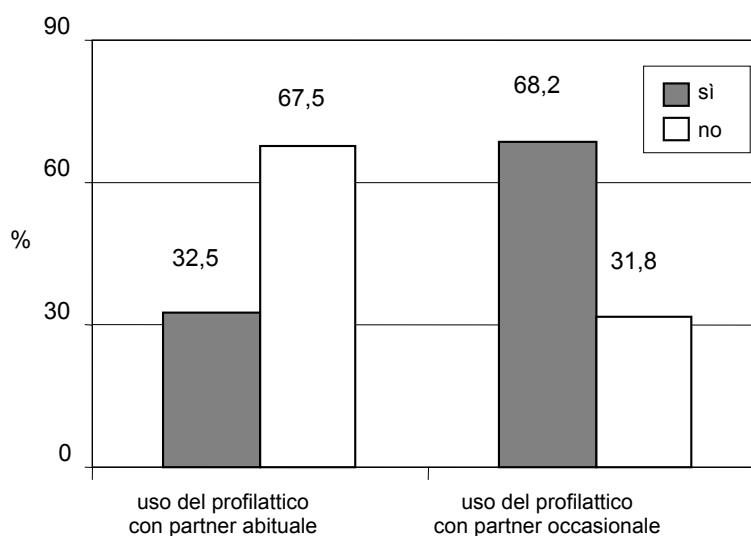


Figura 5. L'uso del profilattico in rapporti con partner abituale e occasionale

Si è poi indagata la frequenza di utilizzo del profilattico negli incontri occasionali e non.

Emerge che i soggetti che usano il profilattico con partner abituale nel 60,5% dei casi lo impiegano sempre e/o spesso e raramente nel 39,5% dei casi.

Per quanto riguarda i soggetti con partner occasionale, si evidenzia una maggiore frequenza nell'uso del profilattico (75,9%) (Tabella 17).

Tabella 17. Frequenza di utilizzo del profilattico con partner fisso e occasionale

Tipologia partner	Sempre e/o spesso (%)	Raramente (%)
Partner fisso	60,5	39,5
Partner occasionale	75,9	24,1

Il profilattico è più comunemente usato nel rapporto vaginale rispetto al rapporto anale e orale. Nei rapporti sessuali con partner stabile, il 100% dei soggetti utilizza il profilattico durante il rapporto vaginale, il 14,8% nel rapporto anale ed il 11,5% nel rapporto orale. Nei rapporti occasionali con partner occasionale, il 90% utilizza il profilattico durante il rapporto vaginale, il 34% durante il rapporto anale ed il 36,2 nel rapporto orale (Tabella 18).

Tabella 18. L'uso del profilattico nel rapporto vaginale, anale ed orale

Uso del profilattico	Tipo di rapporto		
	vaginale (%)	anale (%)	orale (%)
Con partner abituale			
<i>si</i>	100,0	14,8	11,5
<i>valori mancanti</i>	23,6	28,9	42,8
Con partner occasionale			
<i>si</i>	90,0	34,0	36,2
<i>valori mancanti</i>	13,8	18,9	18,9

Problematiche di ordine pratico ed economico agiscono in modo non trascurabile come deterrenti rispetto all'uso del profilattico. Si sono analizzate diverse variabili influenti sulle difficoltà pratiche nell'uso del profilattico nelle persone che praticano rapporti occasionali. Si osserva che più della metà (62%) non ci pensa e/o non ritiene necessario l'uso del profilattico (Tabella 19).

Tabella 19. Problematiche correlate all'uso del profilattico nei rapporti occasionale

Motivazioni per il mancato uso del profilattico	n.	%
Difficoltà nell'uso	4	19,0
Partner si rifiuta	1	4,8
Non ci pensa	10	47,6
Non lo ritiene necessario	3	14,3
Non è efficace	1	4,8
Altro	2	9,5
Totale	21	100,0

Uso di droghe

L'analisi dei dati sul comportamento in relazione all'uso di droghe ha evidenziato che la frequenza di assunzione di tale sostanze non è molto elevata.

L'89,1% dei soggetti non ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti.

Su 22 persone che hanno assunto droghe, 5 (22,7%) hanno fatto uso di sostanze per via endovenosa e una ha scambiato siringhe con altre persone.

Variabili relative alle condizioni psico-sociali

Nel campione si è indagata la presenza o meno dei fattori influenti sullo stato psicologico dell'immigrato.

Le variabili prese in considerazione sono state: l'occupazione, tipo di lavoro, grado di soddisfazione (tali variabili sono state analizzate in precedenza), periodo di disoccupazione e presenza di relazioni affettive (amici, parenti).

Per quanto riguarda il periodo di disoccupazione più della metà del nostro campione (56,6%) è rimasto senza lavoro per un periodo inferiore all'anno, il 38,4% da 1-5 anni e solo il 5,1% per più di 5 anni (Figura 6).

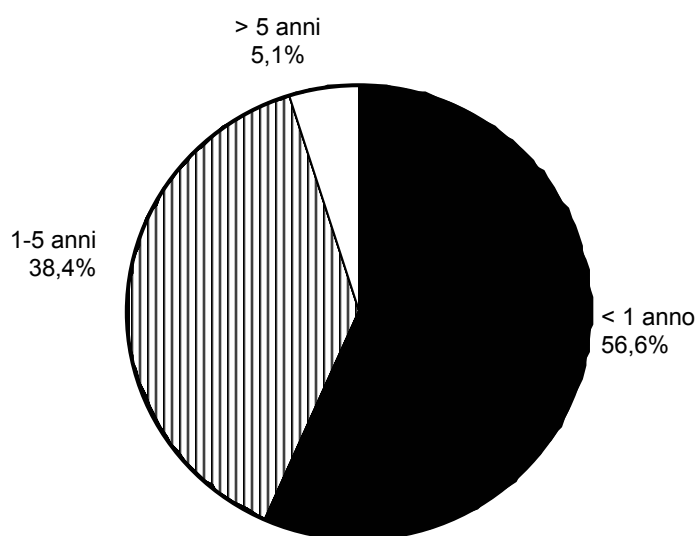


Figura 6. Tempo trascorso senza lavoro

Circa un terzo del campione vive con familiari (28%). Il 44% vive attualmente con amici e/o presso comunità. Il 7% vive per strada (Tabella 20).

Tabella 20. Composizione del nucleo abitativo.

Nucleo abitativo	n.	%
Familiari	55	27,9
Amici/comunità	86	43,7
Per strada	13	6,6
Da solo	20	10,2
Altro	23	11,7
Totale	197	100,0

Il 63% del campione dichiara di avere qualcuno a cui confidare i propri problemi nei momenti difficili.

Se si considera che la maggior parte dei soggetti non vive in un proprio nucleo familiare e un'ampia percentuale non ha nessuno a cui comunicare le proprie difficoltà, si può facilmente intuire come il campione esaminato sia caratterizzato dalla forte carenza di un supporto psico-affettivo.

La mancanza di relazioni solide, unitamente alla precarietà abitativa e ai lunghi periodi di disoccupazione oltre che complicare la già difficile condizione esistenziale dell'immigrato possono alterare l'attenzione al proprio stato di salute e la percezione del rischio influenzandone i comportamenti.

DISCUSSIONE

I dati mostrano che l'attività sessuale inizia ad un'età inferiore ai 20 anni in una percentuale elevata del campione e circa un terzo ha avuto un numero di partner variabile da 3 a 10 negli ultimi 5 anni. Ciò è in linea con alcune ricerche in cui è stato rilevato che il rischio di contagio è maggiormente correlato con livelli di età più bassi all'inizio dell'attività sessuale (14) e per la scarsa attitudine dei giovani all'uso del profilattico (15). Il campione sembra dunque possedere alcune delle caratteristiche che favoriscono comportamenti a rischio per l'infezione da HIV.

L'indagine mette in evidenza un numero elevato di incontri occasionali, ma in generale la tendenza all'uso del profilattico non è così esigua come evidenziato da altre ricerche (1). Inoltre la forte presenza di incontri occasionali e di mass media come fonte di informazione unitamente al basso livello di informazione, sembra contraddire alcune ricerche (5) che hanno dimostrato una relazione positiva tra queste variabili.

Per quanto riguarda l'atteggiamento relativo al mancato uso del profilattico da parte di chi ha relazioni occasionali, la maggior parte dei soggetti lo motiva affermando di non porsi il problema o di non ritenerne necessario l'uso. Ciò denota una scarsa attenzione alla propria salute e alla possibilità di contrarre le MST ed è coerente con altre ricerche dove l'esiguo ricorso al profilattico è legato a una bassa percezione del rischio (5).

La percentuale di soggetti che hanno accettato di sottoporsi all'esame anti-HIV è risultata troppo limitata per poter essere rappresentativa della prevalenza dell'infezione da HIV, ciò non ha permesso il raggiungimento di uno degli obiettivi principali della ricerca. Nell'indagine non sono state previste domande tese a evidenziare i motivi del rifiuto di adesione al test che probabilmente avrebbero potuto offrire un supporto per limitare le non adesioni in future ricerche che abbiano lo stesso obiettivo.

Nell'indagine, uno spazio molto ridotto, forse troppo, è stato riservato all'uso di sostanze stupefacenti. Non si è ritenuto necessario individuare quali sostanze siano oggetto di consumo poiché ciò che interessa ai fini degli obiettivi del progetto è rilevare i comportamenti e il livello di consapevolezza del rischio legato allo scambio di siringhe. Un secondo limite dell'indagine è costituito dalla mancanza di domande più dirette per la valutazione della percezione del rischio che può essere dedotta in parte da domande riguardanti la valutazione del partner e del proprio livello informativo, e in parte dall'atteggiamento rispetto all'uso del profilattico.

La ricerca ha focalizzato l'attenzione sull'uso del profilattico in pratiche sessuali specifiche nell'ambito di relazioni occasionali. Questa scelta è stata motivata dal presupposto che la conoscenza delle modalità di applicazione delle norme di prevenzione, insieme alla frequenza con cui ricorrono, consente una visione più realistica del comportamento sessuale.

L'indagine permette infatti di notare che sebbene il profilattico sia abbastanza usato nel rapporto vaginale, non è utilizzato sufficientemente in pratiche come quella anale e orale e la presenza di un livello elevato di disinformazione proprio in questi due tipi di pratiche sembrerebbe confermare e motivare lo scarso uso del profilattico. Ciò costituisce un'utile informazione ai fini della realizzazione di una più mirata e proficua attività di prevenzione.

CONCLUSIONI

Si è osservato come la maggior parte del campione nella propria percezione di partner ritenuto “sicuro” nell’evitare le MST faccia riferimento a indicatori non attendibili. Sebbene a prima vista emerga un’elevata frequenza nell’uso del profilattico allo stesso tempo si osserva un uso parziale e non costante dello stesso.

Sono presenti, in generale, alcune carenze sia a livello informativo che nell’attitudine a comportamenti preventivi. Il presente lavoro, come analisi descrittiva basata su un’indagine pilota, offre un panorama dei soggetti intervistati sicuramente riduttivo della reale situazione del campione.

La mancanza, inoltre, di dati attendibili sulla prevalenza dell’infezione da HIV riconduce alla necessità di un’ulteriore indagine in cui sia contemplato un ampliamento del campione che possa consentire di evidenziare una più proficua relazione tra le variabili interessate, mettendo a fuoco quelli che possono essere i gruppi a maggiore rischio per l’infezione da HIV.

L’indagine ha messo in evidenza come la principale fonte di informazione sia costituita dai mass media e da amici e conoscenti e come solo una percentuale minima del campione faccia ricorso a figure professionali qualificate; ciò è indicativo di uno scarso contatto con strutture socio-sanitarie.

Pertanto un primo punto di partenza per un programma preventivo efficace è sicuramente la promozione di strategie di informazione sanitaria e non, tese a incoraggiare un maggiore contatto da parte degli immigrati con i servizi di prevenzione.

Un secondo punto da considerare è l’impostazione dei servizi diretta a fornire un’educazione alla prevenzione operando in un contesto che favorisca la fiducia dell’utente e approfondisca quelle difficoltà individuali che possano ostacolare una corretta ricezione dell’informazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Morrone A, Buonomini I, Latini O, Franco G. Medicina delle migrazioni. In: Bianchini C, Marangi M, Meleandri G, Morrone A (Ed.). *Medicina internazionale*. Roma: Società Editrice Universo; 2000. p. 3-47.
2. Geraci S. Le malattie sessualmente trasmesse tra gli immigrati in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 2000; 36(4):445-9.
3. Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (Ed.). Aggiornamento dei casi notificati in Italia al 31 dicembre 2001. *Not Ist Super Sanità* 2002;15(3) Suppl 1.
4. Organista PB, Organista KC, Soloff PR. Exploring AIDS-relates knowledge, attitudes, and behaviors of female Mexican migrant workers. *Health Soc Work* 1998;23(2):96-103.
5. Nieto-Andrade B, Izazola-Licea JA. Condom use by men with non-stable partners in Mexico City. *Salud Publica Mex* 1999;41(2):85-94.
6. Organista KC, Organista PB, Bola JR, Garcia de Alba JE, Castillo Moran MA. Predictors of condom use in Mexican migrant laborers. *Am J Community Psychol* 2000;28(2):245-65.
7. Roth J, Krishnan SP, Bunch E. Barriers to condom use:results from a study in Mumbai (Bombay), India. *AIDS Educ Prev* 2001;13(1):65-77.
8. Poppen PJ, Reisen CA. Perception of risk and sexual self-protective behavior: a methodological critique. *AIDS Educ Prev* 1997;9(4):373-90.
9. Maswanya ES, Moji K, Horiguchi I, Nagata K, Aoyagi K, Honda S, Takemoto T. Knowledge, risk perception of AIDS and reported sexual behaviour among students in secondary schools and colleges in Tanzania. *Health Edu Res* 1999;14(2):185-96.
10. Lagarde E, Pison G, Enel C. Knowledge, attitudes and perception of AIDS in rural Senegal: relationship to sexual behaviour and behaviour change. *AIDS* 1996;10(3):327-34.
11. Kengeya-Kayondo JF, Carpenter LM, Kintu PM, Nabaitu J, Pool R, Whitworth JA, Rick. Risk perception and HIV-1 prevalence in 15,000 adults in rural south-west Uganda. *AIDS* 1999;13(16):2295-302.
12. Lagarde E, Pison G, Enel C. Risk behaviours and AIDS knowledge in a rural community of Senegal: relationship with sources of AIDS information. *Int J Epidemiol* 1998;27(5):890-6.
13. Caballero Hoyos R, Villasenor Sierra A, San Martin AH. Source of information and their relationship to the degree of knowledge about AIDS in Mexican adolescents. *Rev Saude Publica* 1997;31(4):351-9.
14. Miguez-Burbano MJ, Angarita I, Shultz JM, Shor-Posner G, Klaskala W, Duque JL, Lai H, Londono B, Baum M. Hiv-related high risk sexual behaviors and practices among women in Bogota, Colombia. *Women Health* 2000;30(4):109-19.
15. Gras MJ, Weide JF, Langendam MW, Coutinho RA, van den Hoek A. HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, The Netherlands. *AIDS* 1999;13(14):1953-62.

*Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità
e Direttore responsabile: Enrico Garaci*

*Coordinamento redazionale:
Paola De Castro e Sandra Salinetti*

*Stampato dal Servizio per le Attività Editoriali
dell'Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, 299 - 00161 ROMA*

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.*

Reg. Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Roma, giugno 2002 (n. 2) 1° Suppl.

*La responsabilità dei dati scientifici e tecnici
pubblicati nei Rapporti e Congressi ISTISAN è dei singoli autori*