

b) l'identificazione dei fattori di rischio associati alle varie MTS;

c) il monitoraggio degli andamenti e della diffusione delle patologie relativamente a:

specifiche aree geografiche;

specifici parametri temporali (stagioni);

specifiche aree socio-culturali.

In riferimento all'infezione da HIV, il sistema di sorveglianza permette di:

a) valutare la prevalenza dell'infezione da HIV in pazienti eterosessuali con una MTS di recente acquisizione;

b) valutare i fattori associati all'infezione da HIV-1 in detta popolazione;

c) predisporre un sistema di monitoraggio della prevalenza dell'HIV-1 attraverso osservazioni periodiche del « trend »;

d) valutare l'entità delle associazioni tra infezione da HIV e altre patologie sessualmente trasmesse, in particolare con le infezioni genitali ulcerative (sifilide primaria, *herpes genitalis*, ulcera venerea e linfogranuloma venereo);

e) valutare le relazioni tra determinate MTS e infezione da HIV in specifiche aree geografiche e in specifici gruppi di popolazione.

Tale sistema di sorveglianza si avvale della collaborazione di una rete composta da oltre 40 centri pubblici per la diagnosi e cura delle MTS ubicati in 19 regioni italiane. Sia il numero di malattie a trasmissione sessuale che la prevalenza di HIV si sono dimostrati stabili nel corso degli ultimi cinque anni;

c) *screening* dei donatori e sorveglianza dell'infezione da HIV nei coagulopatici. La trasmissione attraverso sangue ed emoderivati dell'infezione da HIV al momento attuale non rappresenta più un problema di sanità pubblica quanto a probabilità di nuove infezioni, essendo questa ormai assai bassa. Il problema riveste ancora importanza per le conseguenze sanitarie e sociali di chi si è infettato in anni passati (prima metà del decennio '80) ed è tuttora a rischio di sviluppare AIDS, data la lunga latenza fra infezione e sindrome conclamata (in media 10-15 anni).

Dal punto di vista epidemiologico, è stato istituito in ogni regione il Registro del Sangue, attività coordinata dall'Istituto superiore di sanità. Tale strumento informativo permette di raccogliere i dati riguardanti l'attività trasfusionale a livello nazionale quanto a produzione e distribuzione degli emocomponenti, ma non copre l'area del consumo finale della risorsa sangue, inclusi gli effetti indesiderati.

Le attività di sorveglianza epidemiologica relative al sangue portate avanti in maniera specifica dal C.O.A. dal 1988 ad oggi hanno coperto le seguenti aree:

indagini sul Registro nazionale dei casi di AIDS, ivi comprese indagini di tipo « lookback »;

sorveglianza dello *screening* delle donazioni di sangue per anticorpi anti-HIV presso i Centri trasfusionali italiani;

registro nazionale dei coagulopatici congeniti;

infezione da HIV da trasfusione di sangue.

Il programma di « look-back » e le indagini su soggetti che possono aver acquisito l'infezione tramite trasfusioni di sangue hanno rappresentato obiettivi prioritari nell'ultimo anno.

In particolare, è stato sviluppato il programma di « look-back » (o ricerca all'indietro) attivando indagini di due tipi:

a) indagini in cui si parte dai pazienti infetti (con AIDS o senza) e si ricostruisce l'anamnesi trasfusionale, individuando i donatori coinvolti in quell'episodio trasfusionale;

b) indagini in cui si parte dai donatori trovati sieropositivi mediante il sistema di sorveglianza dello *screening* delle donazioni di sangue e si tenta di indagare il destino di alcune precedenti donazioni.

Analogamente a quanto avviene negli Stati Uniti ed in altri paesi europei, il C.O.A. provvede ad organizzare presso l'Istituto superiore di sanità una riunione di esperti per fare il punto sullo stato dell'arte dell'epidemia di HIV in Italia.

Scopo dell'iniziativa è quello di stimare le dimensioni del fenomeno, tenendo conto dei risultati ottenuti utilizzando metodi diversi:

a) studi osservazionali (studi di prevalenza e incidenza) effettuati dal C.O.A. e/o dal Ministero della sanità (tossicodipendenti, MST, donatori di sangue), o finanziati nell'ambito del progetto di Ricerche sull'AIDS o eseguiti a livello regionale (neonati, gravide, militari di leva, etc.);

b) sistemi di sorveglianza dell'infezione da HIV, che si basano sulle nuove diagnosi di infezione (es. regioni Lazio e Veneto);

c) modelli matematici quali « back-calculation » e modelli dinamici.

È stata pubblicata nel 1995 una relazione dettagliata sui risultati ottenuti in base al confronto dei diversi metodi previo « consensus statement » da parte di tutti i partecipanti, ed è prevista per il prossimo anno una valutazione delle stime e previsioni precedentemente effettuate.

PARTE II

LA SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA

L'ANDAMENTO EPIDEMIOLOGICO NELL'ANNO 1996

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia, al 31 dicembre 1996, sono stati notificati all'Istituto superiore di sanità — Centro operativo AIDS (COA) 37.170 casi cumulativi di AIDS. Di questi 29.168 sono di sesso maschile e 8002 sono di sesso femminile. L'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, è di 33 anni per i maschi (range: 13 anni - 84 anni), e di 30 anni per le femmine (range: 13 anni - 81 anni).

Nel quarto trimestre del 1996 sono stati notificati al COA 1.223 nuovi casi di AIDS, di cui 538 (44,0 per cento) diagnosticati nell'ultimo trimestre e 685 riferiti a diagnosi effettuate nei trimestri precedenti.

Il quadro epidemiologico conferma il costante incremento dell'incidenza dei casi di AIDS notificati nel nostro Paese sino al 1995, e consente di stimare un lieve decremento per il 1996. Tende invece ad aumentare costantemente il numero di pazienti affetti da AIDS viventi.

In totale, 25.274 pazienti (68,0 per cento) risultano deceduti al 31 dicembre 1996. Data la non obbligatorietà della notifica del decesso per AIDS, la quota dei decessi è probabilmente sottostimata.

Le regioni più colpite dalla malattia sono, nell'ordine, la Lombardia, il Lazio, l'Emilia-Romagna e la Liguria che fanno registrare tassi superiori ai 12 casi per 100.000 abitanti. Dall'analisi dei dati si evidenzia l'esistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro Paese, come risulta dal tasso di incidenza mediamente più basso nelle regioni meridionali.

La distribuzione dei casi cumulativi per fascia d'età e sesso e i relativi tassi sesso/età specifici (calcolati sulla base dei dati di incidenza cumulativa), evidenziano che il maggior numero di casi si concentra nella fascia d'età 30-34 anni (12.081) ove si registra anche il tasso cumulativo più elevato sia per i maschi (466,3 per 100.000 abitanti) che per le femmine (130,3 per 100.000 abitanti).

Nell'ultimo decennio la popolazione di pazienti di sesso femminile tra i casi di AIDS adulti è andata progressivamente aumentando, passando dal 16,0 per cento del 1985 al 23,9 per cento del 1995. L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di AIDS mostra un aumento nel tempo sia tra i maschi che tra le femmine. Infatti, se nel 1985 l'età mediana era di 29 anni per i maschi e di 24 per le femmine, nel 1996 le età mediane sono aumentate, rispettivamente, a 35 e 33 anni.

La descrizione dei casi in adulti per anno di diagnosi e categoria di esposizione evidenzia che il 65,7 per cento del totale è da ricon-

durre all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti + tossicodipendenti-omosessuali). La distribuzione nel tempo evidenzia un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale e una corrispondente diminuzione della proporzione dei casi attribuibili all'uso di droga per via endovenosa e ad altre modalità di trasmissione.

La distribuzione dei casi di AIDS attribuibili a rapporti eterosessuali (4.608) ulteriormente suddivisa in base al tipo di rischio, evidenzia che il 39,7 per cento ha avuto un *partner* tossicodipendente (tossicodipendente + tossicodipendente HIV positivo), percentuale che sale nelle sole donne al 58,3 per cento.

Per quanto riguarda le patologie indicatrici di AIDS, negli ultimi anni si è verificata una diminuzione della proporzione di diagnosi da polmonite da *Pneumocystis Carinii* ed un aumento delle diagnosi da micobatterio da *M. avium*, da *M. Kansasii* e da altre specie o specie non identificate. Le tre nuove patologie incluse nella definizione di caso del 1993 hanno contribuito per 3,5 per cento del totale delle diagnosi nel 1993, per il 6,4 per cento per il 1994, per l'8,3 per cento nel 1995 per l'8,2 per cento nel 1996.

Per quanto riguarda la sopravvivenza dei casi adulti di AIDS, è stato effettuato uno studio nel quale sono state esaminate le curve di sopravvivenza, stimate con il metodo di Kaplan-Meyer, relative a 22.204 casi adulti e residenti nelle Regioni Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Toscana e Veneto. Sono stati esaminati pazienti con diagnosi di AIDS effettuata entro il 31 luglio 1995 e raggruppati in tre classi in base all'anno di diagnosi (<1987, 1987-1990 e >1990) al fine di evidenziare possibili modificazioni temporali della sopravvivenza. Per ridurre potenziali distorsioni dovute al ritardo di notifica del decesso, è stata scelta come data di termine dello studio il 31 marzo 1996. Lo studio ha evidenziato una differenza significativa tra la sopravvivenza mediana alla diagnosi di AIDS relativa ai casi antecedenti al 1987 (Mediana = 7,0 mesi; 95 per cento C.I. = 6,1 - 8,4) e le sopravvivenze relative ai due periodi successivi. Dalle curve di sopravvivenza si evidenzia che a circa tre anni dalla data di diagnosi solo il 20 per cento dei pazienti è ancora vivo.

La lunga coda della curva di sopravvivenza che stima un 5 per cento di pazienti ancora vivi a 10 anni dalla diagnosi potrebbe dipendere dall'impossibilità del nostro sistema di avere notizie sullo stato in vita per tutti i pazienti.

Tra i 37.170 casi segnalati fino al 31 dicembre 1996, 592 (1,6 per cento) sono stati registrati nella popolazione pediatrica (soggetti con età alla diagnosi inferiore ai 13 anni). La Lombardia fa registrare il maggiore numero di casi seguita dal Lazio e dalla Emilia Romagna. La diffusione dell'AIDS pediatrico, pertanto, ricalca la geografia dell'epidemia descritta dai casi segnalati tra gli adulti.

Dei 554 (93,6 per cento) casi pediatrici che hanno contratto l'infezione dalla madre, 299 (53,9 per cento) sono figli di madre tossicodipendente, mentre 196 (35,4 per cento) sono figli di madre che ha acquisito l'infezione sicuramente per via sessuale, mentre per 55 (9,9 per cento) non è stato possibile determinare il rischio della madre.

I dati riferiti alla segnalazione dei casi di AIDS registrati fino al 31 dicembre 1996 consentono di delineare alcune delle caratteristiche più importanti dell'epidemia nel nostro Paese:

a) il numero di nuovi casi segnalati nell'ultimo trimestre supera di poco quota 1.200. I casi stimati per il 1996 sarebbero circa 600 in meno rispetto alle previsioni formulate nel corso della *Consensus Conference* tenutasi nel 1994 e ciò potrebbe essere dovuto a:

- 1) un aumento del ritardo della notifica o della sottonotifica;
- 2) un ritardo della comparsa delle patologie indicative di AIDS dovuto all'efficacia dei nuovi trattamenti antivirali ed alla maggiore utilizzazione della profilassi per le maggiori infezioni opportunistiche. Ciò sarebbe in parte avvalorato dal decremento dei CD4 alla diagnosi di AIDS osservato nel corso del tempo;
- 3) una sovrastima dei casi previsti anche in assenza delle due ipotesi sopra riportate.

Per ora non è possibile valutare la validità delle ipotesi formulate, che vanno pertanto interpretate con cautela. L'andamento dei casi nei prossimi trimestri potrà rilevare se quello osservato è un fenomeno temporaneo o l'effetto di una o più delle condizioni sopra riportate.

Nell'allegato 1 è riportato il rapporto aggiornato dei casi di AIDS notificati al 31 dicembre 1996.

LE PREVISIONI EPIDEMIOLOGICHE PER IL TRIENNIO 1997-1999

La valutazione delle dimensioni globali del fenomeno AIDS/HIV presenta notevoli difficoltà. In particolare, la durata e l'eterogeneità del periodo di incubazione fa sì che i sistemi di sorveglianza basati sulle nuove diagnosi di AIDS forniscano di fatto una valutazione indiretta del fenomeno, producendo un'immagine ridotta e non aggiornata delle caratteristiche della popolazione colpita. Dall'altra parte, la sorveglianza delle diagnosi delle infezioni da HIV presenta altri limiti che non permettono una stima diretta del numero di infezioni da HIV, elemento essenziale per comprendere le dimensioni del fenomeno e pianificare gli interventi. È solo quindi attraverso l'uso di sofisticati modelli matematici che si possono ottenere stime del fenomeno complessivo.

La situazione mondiale.

A livello mondiale si stima (fonte OMS-UNAIDS) che a fine giugno 1996 si siano già verificati 7,7 milioni di casi di AIDS, di cui solo 1.393.649 ufficialmente notificati dai singoli Paesi.

Il numero cumulativo di persone infettatesi sin dall'inizio dell'epidemia si aggirerebbe sui 25,5 milioni; di questi, circa 21.800.000 vivrebbero attualmente con l'infezione da HIV. In particolare le cifre relative ai casi di AIDS ed all'infezione da HIV sono raddoppiate nel giro di circa tre anni. È elevata la proporzione di persone con AIDS già decedute nel corso dei primi quindici anni dell'epidemia.

Alla stessa data, 167.578 casi di AIDS erano stati segnalati nei Paesi europei, ma il numero stimato di diagnosi era superiore alle 230.000 unità (fonte OMS-Unione europea).

La situazione italiana.

A) INCIDENZA E PREVALENZA DI CASI DI AIDS.

Per quanto riguarda l'Italia, al 31 dicembre 1996 oltre 37.000 casi di AIDS risultavano essere stati notificati dall'inizio dell'epidemia; di questi circa 25.000 sarebbero già deceduti, per cui 12.000 sarebbero attualmente i soggetti con AIDS viventi. Nel 1995 circa 6.000 persone hanno sviluppato la malattia in forma conclamata.

B) INCIDENZA E PREVALENZA DI CASI DI INFEZIONE DA HIV.

In termini di persone infettate dal virus HIV, si stima che oltre 120.000 persone sarebbero state colpite dall'inizio dell'epidemia. Il picco massimo di incidenza si sarebbe verificato intorno al 1987, dopodiché si è avuto un decremento sino agli inizi degli anni novanta, allorché si sarebbe verificata una nuova fase di stabilizzazione. Attualmente si stima che le persone con infezione da HIV siano, inclusi i pazienti con AIDS viventi, poco più di 100.000 (circa 90.000 quelle non affette da AIDS), mentre è impossibile avere stime accurate sul numero di nuove infezioni contratte durante l'anno in corso (probabilmente più di 5.000).

Per quanto riguarda il triennio 1997-1999, si dovrebbe verificare un lieve aumento della prevalenza di persone infette, con una tendenza all'aumento della popolazione di persone con bassi valori di linfociti CD4+, come dimostrato nella tabella n. 1 che riporta la distribuzione percentuale della popolazione di persone con infezione da HIV per livello di CD4+ nel 1996 e nel 1999. Queste stime, basate sulle conoscenze disponibili e sui dati raccolti dai singoli Paesi europei e derivanti da un modello di « back-calculation », sono state formulate dal Centro WHO-UE per l'AIDS di Parigi e valutate nel corso di una *Consensus Conference* alla quale ha partecipato anche il Centro operativo AIDS dell'Istituto superiore di sanità.

Linfociti CD4+	1996	1999
≥500	42.955	42.174
350-499	24.685	24.816
200-349	13.500	14.388
≤200	8.415	9.886
AIDS(*)	12.453	15.432

(*) Diagnosi clinica; pazienti non inclusi nelle altre categorie.

Tabella 1. Casi prevalenti di infezione stimati in Italia nel 1996 e nel 1999, stratificati per livello di linfociti CD4+ ed AIDS (fonte comunità europea, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS).

C) LIMITI E INCERTEZZE NEI PARAMETRI ADOTTATI.

I — La sottonotifica.

Le stime sopra riportate, come già precedentemente detto, hanno diversi limiti. La sottonotifica della diagnosi di AIDS è un fenomeno presente in moltissime nazioni con stime che vanno da più del 99 per cento dei casi per alcuni paesi sottosviluppati fino a valori intorno all'1 per cento in paesi quali la Svezia. In Italia si ritiene che tale fenomeno si attesti intorno al 10 per cento (il confronto dei dati del Registro AIDS con i decessi dell'ISTAT ha mostrato una sottostima di poco superiore al 5 per cento).

II — Il tempo di incubazione.

Altri limiti nell'affidabilità di queste stime sono legate alle conoscenze sulla distribuzione dei tempi di incubazione dall'infezione allo sviluppo della malattia conclamata. Molti studi ormai concordano che il tempo mediano di incubazione sia intorno ai dieci anni e che questo valore sia comunque fortemente condizionato dall'età al momento dell'infezione (in pratica tempi di incubazione più brevi in persone più vecchie). In Italia, laddove la popolazione infetta è costituita in gran parte da giovani tossicodipendenti, il tempo di latenza clinica tende ad essere pertanto più lungo (superiore ai dieci anni); ciò comporta, a parità di condizioni, una tendenza all'allungamento della coda epidemica. Come evidenziato da studi osservazionali, nel corso degli anni non sono state riscontrate rilevanti variazioni nella durata del tempo di incubazione, anche se alcuni studi hanno evidenziato un allungamento inferiore all'anno come possibile conseguenza dell'effetto di terapie e profilassi.

Alcune questioni riguardanti la popolazione di persone infette che resteranno libere dalla malattia a lungo termine (i cosiddetti « lungo-sopravviventi ») e l'effetto di cause competitive di mortalità non hanno ancora risposte certe. A tal proposito è necessario sottolineare che le stime sopra riportate non tenevano conto della mortalità competitiva elevata osservata nei tossicodipendenti HIV-positivi (15-20 per cento muoiono prima di una diagnosi di AIDS). Infine va sottolineato che la recente introduzione di terapie antiretrovirali che promettono di essere più efficaci dovrebbero ritardare la comparsa dell'AIDS e aumentare la sopravvivenza.

Questi effetti, non considerati nelle stime sopra riportate, dovrebbero in parte modificare le previsioni nel senso di una temporanea diminuzione dei nuovi casi di AIDS ed un aumento del numero di casi prevalenti di AIDS e di persone con basso numero di cellule CD4+ ma ancora liberi dalla malattia conclamata.

III — La sopravvivenza dei casi di AIDS.

Il tempo di sopravvivenza mediano dei casi di AIDS stimato sui pazienti italiani è attualmente di circa 12-15 mesi. L'unico cambiamento importante si è verificato nel 1987 (il periodo di sopravvivenza era di 7-8 mesi nei casi diagnosticati prima del 1987), presumibilmente in conseguenza delle modifiche nella definizione di caso di

AIDS (effetto di anticipazioni della diagnosi) e dell'introduzione delle prime terapie antiretrovirali. Successivamente non sono state rilevate ulteriori significative variazioni.

D) Eventuali cambiamenti nelle caratteristiche dell'epidemia.

I — Distribuzione geografica.

Per quanto riguarda la distribuzione geografica dell'AIDS, questa non è omogenea per regione, riscontrandosi un gradiente Nord-Sud abbastanza definito sia come numero che come tasso di incidenza dei casi di AIDS. La Regione più colpita (considerando il tasso di incidenza nel 1995) risulta essere la Lombardia, seguita da Lazio, Liguria ed Emilia Romagna. La regione col più basso tasso di incidenza è invece il Molise. Va comunque detto che attualmente non sembrano esserci modifiche temporali nella distribuzione geografica dei casi di AIDS.

II — Caratteristiche demografiche e modalità di trasmissione.

Al contrario di quanto sinora osservato per la distribuzione geografica, si modificano le caratteristiche demografiche e sociali delle persone colpite che, nella prima fase dell'epidemia, erano in larga maggioranza tossicodipendenti maschi.

Di fatto, diminuisce la proporzione di casi di AIDS riscontrati in persone dedite all'uso endovenoso di sostanze stupefacenti (dal 68 per cento prima del '91 al 58 per cento nel primo semestre del '96), mentre aumenta quella attribuibile a trasmissione eterosessuale (dall'8 per cento prima del '91 al 15 per cento del '96). Se invece di basarci sul Registro dei casi di AIDS, facciamo piuttosto riferimento ai sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi delle infezioni da HIV attivi in alcune regioni d'Italia, quali Lazio e Veneto, tale cambiamento è ancora più evidente.

Allo stesso tempo, la proporzione dei casi di AIDS rilevati in donne è aumentata dal 18.1 per cento nel 1990 al 24.0 per cento nel 1995. Questo cambiamento è maggiormente evidenziato nelle nuove diagnosi di infezione: nel Veneto, la proporzione di nuove diagnosi effettuate in donne, che era già del 25 per cento nel 1988, sale al 30 per cento nel 1994. Tale osservazione è confermata anche dai dati del sistema di sorveglianza delle infezioni da HIV della Regione Lazio.

Anche l'età delle diagnosi di AIDS si va modificando. L'età media per i maschi era di 29 anni nel 1985 ed è salita a 34 anni nel 1995; analogamente per le donne è salita da 24 anni a 32 anni. I dati dei sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV confermano questo *trend*. Nel Lazio, ad esempio, diminuiscono le nuove diagnosi al di sotto dei 25 anni, mentre aumentano al di sopra dei 35 anni (più numerose delle prime a partire dal 1994). Lo stesso fenomeno è stato osservato nel Veneto, dove l'età media è salita negli uomini da 28 anni nel 1988 ad oltre 34 nel 1994, e nelle donne da poco meno di 27 a 32 anni.

Si prevede nel prossimo futuro un lieve incremento di persone infette, maggiore negli stati più avanzati (es. immunodepressione grave ed AIDS), ed una tendenza al cambiamento delle caratteristiche della popolazione infetta.

Inoltre, le nuove strategie terapeutiche impongono una rapida valutazione dei possibili effetti su alcuni parametri importanti per lo studio delle dinamiche epidemiche. La riformulazione di stime e proiezioni e la valutazione di quelle effettuate in passato assume ora una notevole importanza in termini di programmazione sanitaria, accesso al trattamento e strategie di prevenzione.

PARTE III
LA PREVENZIONE

L'INFORMAZIONE

Il Ministero della sanità, sulla base degli indirizzi della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e le patologie infettive emergenti e riemergenti, ha realizzato, a più riprese, cinque Campagne informativo-educative per la prevenzione dell'AIDS, l'ultima delle quali, iniziata il 4 agosto 1995 si è conclusa nel giugno 1996. L'attuazione è stata affidata al raggruppamento di imprese « WellCome, I-Mage, Cia-Medianetwork », a seguito dell'espletamento di un'apposita gara internazionale, con il quale è stato stipulato in data 23 dicembre 1994 un apposito contratto per un importo complessivo di lire 24 miliardi.

La programmazione della quinta campagna, pur confermando la validità delle idee guida che hanno caratterizzato le campagne precedenti, ha risposto alla necessità di adeguare i messaggi al nuovo contesto sociale, caratterizzato da una minore « tensione ideologica », ma anche da una minore attenzione dell'opinione pubblica nei confronti del problema AIDS.

Inoltre, è stata valutata con attenzione la mutata situazione epidemiologica, caratterizzata da un aumento del numero dei casi di infezione legati alla trasmissione eterosessuale, specialmente fra le donne.

La compiuta definizione degli indirizzi programmatici della quinta campagna ha avuto luogo, come nelle precedenti occasioni, con l'autorevole consenso della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e le patologie infettive emergenti e riemergenti e nel rispetto delle strategie contenute nel « Progetto obiettivo AIDS 1994-1996 ». Lo slogan utilizzato nelle varie iniziative di comunicazione è stato: « Fermare l'AIDS. Umanamente possibile ».

La programmazione dell'ultima campagna ha inteso ulteriormente accentuare, pur nel rispetto delle previsioni di legge circa la ripartizione delle risorse tra i vari mezzi di comunicazione, il carattere di intervento « mirato » delle singole attività. I mezzi prescelti per diffondere i messaggi informativi sono stati: la televisione, il cinema, le radio commerciali, la stampa (quotidiana, periodica e specializzata), le affissioni negli spazi fissi e mobili.

Anche in considerazioni delle differenti professionalità delle agenzie aggiudicatarie dell'appalto, una parte delle iniziative è stata rappresentata da azioni di tipo tipicamente « pubblicitario », mentre una parte considerevole si è svolta sotto forma di « azioni dirette » nei confronti dei destinatari dei messaggi. Vediamo, in sintesi, le iniziative informative attuate nei confronti dei diversi *target* nell'ambito della Campagna 1995-1996.

Popolazione generale.

I programmi di informazione per la popolazione generale hanno avuto come obiettivo quello di mantenere elevata l'attenzione dell'opinione pubblica sui problemi dell'epidemia e sui possibili interventi di prevenzione. I principali strumenti utilizzati sono stati:

la diffusione a livello nazionale e locale, di alcuni *spots* televisivi e radiofonici, prodotti grazie alla disponibilità, offerta a titolo gratuito, di alcuni noti personaggi del mondo dello sport e dello spettacolo a fornire la propria immagine;

una campagna nazionale di affissione di manifesti e cartelloni con le immagini dei medesimi personaggi;

la pubblicazione di « annunci-stampa » sulle principali testate nazionali, con la medesima veste grafica dei manifesti, ma associati ad un testo esplicativo sui temi della prevenzione;

la realizzazione di un opuscolo informativo concernente le principali tematiche dell'infezione e del test HIV, distribuito presso le strutture delle unità sanitarie locali.

Particolare rilevanza nei messaggi informativi è stata destinata alla promozione di comportamenti corretti e solidali nei confronti dei soggetti sieropositivi, spesso ostacolati dalla persistenza di timori ed ansie irrazionali.

Si riporta, di seguito, una breve sintesi delle iniziative attuate.

Nel periodo agosto-settembre 1995, sono state realizzate le seguenti iniziative:

trasmissione di 126 comunicati radio attraverso le principali emittenti locali;

affissione di 1.826 manifesti stradali nelle località di villeggiatura;

affissione di 3.200 manifesti negli stabilimenti balneari, negli acquapark, sulle navi traghetto;

proiezione di un filmato in 900 discoteche.

Nei mesi di ottobre-novembre 1995, è stata effettuata l'affissione di 14.600 manifesti stradali in 105 località urbane. Nello stesso periodo è stato attuato un programma di affissione « dinamica » (autobus urbani ed extraurbani) con 5.040 tabelle.

Sempre nel mese di novembre, per trenta giorni, 5.089 tabelle sono state affisse sui treni a percorrenza nazionale nonché sulle vetture delle metropolitane di Milano e di Roma e nelle relative stazioni.

Le reti Rai, Fininvest e Telemontecarlo hanno, inoltre, diffuso degli *spot* televisivi nell'ambito degli spazi riservati nel periodo da ottobre 1995 a marzo 1996.

Nel mese di novembre ha, altresì, avuto inizio la campagna stampa che è proseguita fino ad aprile 1996 per un totale di 385 annunci su quotidiani e periodici.