

UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di laurea in Infermieristica

HIV: Conoscenze e pregiudizi del personale sanitario. Studio osservazionale trasversale nella AST di Pesaro e Urbino

HIV: Knowledge and Prejudices Among Healthcare Professionals. A Cross-Sectional Observational Study in the AST of Pesaro and Urbino

Relatore:
Dr.ssa Benedetta Canovari
Correlatore:
Inf. Antonella Silvestrini

Tesi di Laurea di:
Eleonora Di Luca

A.A. 2025/2026

INDICE:

1 INTRODUZIONE **1**
1.1 Human Immunodeficiency Virus **(**HIV) - AIDS e trasmissione 1
1.2 La Carica Virale e il Principio Scientifico "U = U" 3
1.3 Trattamento: Terapia Antiretrovirale – HIV e qualità della vita 4
1.4 Profilassi pre-esposizione (PrEP) 5
1.5 Gestione della Profilassi Post-Esposizione (PEP) 6
1.6 Stigma in Ambito Sanitario e la Responsabilità Deontologica Infermieristica 7
2 OBIETTIVI **9**
3 MATERIALI E METODI **10**
3.1 Questionario da somministrare ai professionisti sanitari riguardo alle paure, pregiudizi e stigmatizzazione verso pazienti affetti da HIV 10
3.2 Disegno 10
3.3 Campione 11
3.4 Periodo 11
3.5 Strumento 11
3.6 Analisi statistica 11
3.7 Autorizzazione 12
4 RISULTATI **13**
5 DISCUSSIONE **24**
5.1 Dalla realtà di Pesaro e Urbino al panorama europeo: il confronto con i dati di Mazzitelli et al. 26
6 CONCLUSIONI **28**
7 IMPLICAZIONI PER LA PRATICA **30**
8 BIBLIOGRAFIA **31**
9 ALLEGATI **35**

1. INTRODUZIONE

L'infezione da Virus dell'Immunodeficienza Umana (HIV) e la conseguente sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) costituiscono, da oltre quattro decenni, una delle sfide sanitarie, cliniche, relazionali e sociali più complesse e dibattute a livello globale. Fin dalla sua prima individuazione negli anni Ottanta, l'epidemia ha profondamente trasformato i sistemi sanitari di tutto il mondo, mettendo a dura prova le strutture ospedaliere e territoriali. Nei primi decenni, l'impatto della malattia si connotava per una prognosi infausta a breve termine, caratterizzata da un corteo sintomatologico devastante e dall'assenza di opzioni terapeutiche efficaci, elementi che hanno contribuito a radicare nell'immaginario collettivo una percezione di solo terrore e morte [World Health Organization (WHO), 2021].

Tuttavia, il percorso evolutivo della medicina e della ricerca scientifica ha segnato una delle pagine più straordinarie della storia sanitaria contemporanea. L'introduzione e il progressivo perfezionamento delle terapie antiretrovirali di combinazione (cART) hanno cambiato radicalmente la storia naturale della malattia.

Quella che in passato rappresentava una condizione velocemente progressiva e fatale si è trasformata in una patologia cronica e gestibile, nella quale il paziente, pur convivendo con la presenza del virus, può beneficiare di un'aspettativa e di una qualità di vita del tutto paragonabili a quelle della popolazione generale (Deeks et al., 2013).

Accanto ai formidabili traguardi di natura farmacologica, tuttavia, rimane una barriera complessa e radicata: lo stigma sociale e istituzionale correlato all'HIV. Tale pregiudizio, alimentato da stereotipi storici, da falsi miti sulle modalità di contagio e da una persistente colpevolizzazione morale del paziente, non si limita solo a colpire la sfera personale e psicologica della persona assistita ma si insinua insidiosamente persino all'interno dei luoghi di cura.

L'operatore sanitario, nonostante agisca nel rispetto dei principi deontologici, può trovarsi a subire condizionamenti inconsci, reazioni di evitamento o atteggiamenti di eccessiva cautela difensiva che compromettono l'alleanza terapeutica e ledono la dignità della persona con HIV (Earnshaw & Chaudoir, 2009).

1.1 Human Immunodeficiency Virus (HIV) - AIDS e trasmissione

Per garantire una pratica assistenziale sicura libera da paure e fondata su criteri scientifici, è

indispensabile che il professionista sanitario possieda la conoscenza dei meccanismi biologici che regolano l'infezione da HIV e delle reali modalità attraverso cui il virus si trasmette nei diversi contesti di vita e di lavoro (Shaw & Hunter, 2012). La letteratura internazionale e le revisioni sistematiche descrivono con precisione le dinamiche d'interazione tra l'agente patogeno e l'organismo ospite, offrendo chiavi di lettura fondamentali per superare i falsi miti legati alla contagiosità occasionale del virus.

Nonostante la grande varietà di forme virali che possono essere presenti all'interno di una persona infetta non trattata, la trasmissione dell'HIV attraverso i fluidi corporei (come nel caso dei rapporti sessuali o del contatto con il sangue) attraversa un filtro biologico molto rigido, chiamato nella letteratura scientifica "collo di bottiglia genetico" (Shaw & Hunter, 2012). Nella grande maggioranza dei nuovi contagi, infatti, l'infezione non viene scatenata dall'intera popolazione di virus del donatore, ma da un singolo virus fondatore (o da un numero davvero minimo di essi), capace di legarsi e infettare le cellule del sistema immunitario, principalmente i linfociti T CD4+ e i macrofagi, agganciandosi ai loro recettori di superficie. Dal punto di vista clinico, capire questo meccanismo aiuta a ridimensionare l'idea di una facile contagiosità e dimostra che per innescare un'infezione sono necessarie condizioni biologiche precise e una quantità adeguata di virus. A supporto di ciò, la letteratura scientifica offre stime chiare sui rischi legati alle diverse situazioni di esposizione, riassunte in Tabella 1 basata sui dati internazionali di riferimento (Patel et al., 2014).

Tipo di Esposizione o Contesto Clinico	**Rischio Stimato (per 10.000 esposizioni)**	**Principali Fattori di Modulazione Ambientale e Assistenziale**
Trasfusione di Sangue Contaminato	Circa 9.250 (90%)	Sierologico e controlli di laboratorio
Rapporto Sessuale Anale Ricettivo	138 (da 0.5% a 3%)	Presenza di microlesioni tissutali, infiammazioni o infezioni sessualmente trasmesse (IST).
Condivisione di Siringhe e aghi (Uso di Sostanze)	63 (circa 0.63%)	Quantità di sangue residuo infetto intrappolato nel lume dello strumentario condiviso.
Rapporto Sessuale Vaginale Ricettivo	8 (da 0.05% a 0.15%)	Integrità delle mucose protettive e coesistenza di flogosi locali.
Puntura d'Ago Accidentale (Operatore Sanitario)	23 (circa 0.3%)	Profondità della lesione, calibro del dispositivo, uso di presidi di sicurezza e carica virale del paziente fonte.

Tabella 1. *Probabilità stimata per ogni singolo evento di esposizione (dati normalizzati per 10.000 atti) (Patel et al., 2014)*

Viene mostrato come il rischio per un operatore sanitario che subisce una puntura accidentale con un ago contaminato sia stimato intorno allo 0,3%. Si tratta di un valore che, pur imponendo l'uso rigoroso delle precauzioni standard e dei protocolli di profilassi post-esposizione (PEP), evidenzia come il contagio non sia affatto un evento automatico, ma dipenda da fattori biologici ben precisi. Purtroppo, una percezione esagerata e basata sulla paura di questo rischio è proprio una delle cause principali dei comportamenti di stigma, rifiuto o evitamento nei confronti dei pazienti sieropositivi.

1.2 La Carica Virale e il Principio Scientifico "U = U"

Uno degli elementi più rivoluzionari nella gestione clinica e nella comunicazione educativa dell'infezione da HIV nell'ultimo decennio è rappresentato dalla validazione scientifica del principio noto come *U = U (Undetectable = Untransmittable*, ovvero *Non rilevabile= Non trasmissibile) (Roodert et al., 2018) Figura 1.* Numerosi studi epidemiologici e clinici, condotti su coppie siero discordanti (in cui un partner vive con l'HIV e l'altro è sieronegativo) hanno dimostrato in modo inequivocabile che quando una persona sieropositiva assume con regolarità la terapia antiretrovirale (ART) prescritta e mantiene una carica virale nel sangue stabilmente inferiore alle soglie di rilevabilità laboratoristica (generalmente al di sotto di 50 copie per millilitro) per un periodo continuativo di almeno sei mesi, il rischio di trasmissione sessuale del virus si azzera totalmente.

Il principio *U = U* costituisce un potente strumento culturale e sociale di contrasto allo stigma, al pregiudizio e alla discriminazione (Eshleman et al., 2019). Diffondere questa consapevolezza all'interno delle équipe sanitarie e tra i professionisti dell'assistenza significa superare definitivamente la convinzione che associa la sieropositività a una minaccia biologica certa. Per l'infermiere, farsi promotore di questa evidenza scientifica significa permettere al paziente di vivere la propria sessualità, la propria affettività e i propri progetti di genitorialità senza il peso schiacciante della colpa e della paura del giudizio altrui [Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI), 2019].

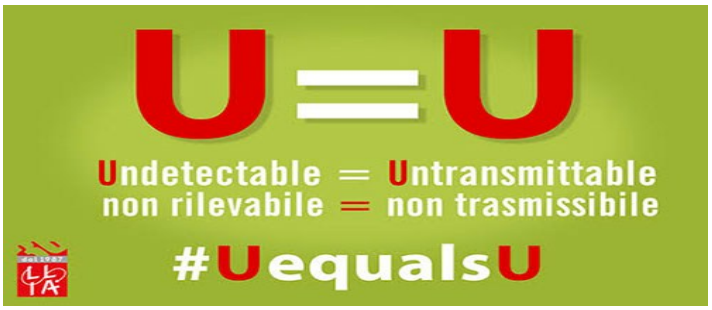

Figura 1. *U=U "Undetectable = Untransmittable", in italiano: "Non rilevabile = Non trasmissibile" LILA*

1.3 Trattamento: Terapia Antiretrovirale – HIV e qualità della vita

Le cure con i farmaci antiretrovirali (ART) sono il punto di riferimento fondamentale per chi convive con l'HIV perché hanno trasformato una malattia un tempo inguaribile in una condizione che si può controllare con successo nel tempo (Deeks et al., 2015). L'obiettivo principale di queste terapie è ridurre al minimo la quantità di virus nel sangue fino a renderla non rilevabile (generalmente a 50 copie/ml) (Eshleman et al., 2019).

In questo modo le difese immunitarie (i linfociti CD4) possono riprendersi, prevenendo l'insorgenza di infezioni opportunistiche e neoplasie correlate all'AIDS (Deeks et al., 2015).

Oggi i regimi terapeutici, basati sull'associazione di farmaci appartenenti a diverse classi farmacologiche si distinguono per un'elevata efficacia, una minor tossicità e una notevole semplicità di assunzione — spesso ridotta a un'unica compressa giornaliera —, elementi importanti per favorire l'aderenza a lungo termine (Chesney et al., 2000).

La certezza scientifica che l'HIV si può curare efficacemente e che chi è in trattamento non trasmette più il virus ha cambiato il modo di fare assistenza (Roodert et al., 2018).

Sapere che la terapia azzera il rischio di contagio toglie al paziente un grande peso psicologico e lo aiuta a sentirsi di nuovo sereno nei rapporti interpersonali favorendo il superamento del disagio relazionale e dell'isolamento affettivo (Eshleman et al., 2019). La qualità di vita delle persone con HIV è diventata l'obiettivo principale del percorso clinico-assistenziale di presa in carico (Deeks et al., 2015). Vivere bene non significa solo non avere sintomi fisici, ma sentirsi bene anche dal punto di vista psicologico, emotivo e sociale (Herek et al., 2002). Anche se oggi l'aspettativa di vita è ottima, possono esserci momenti difficili legati all' età, agli effetti a lungo termine dei farmaci, alla stanchezza o, purtroppo, al peso dei giudizi della gente (Earnshaw & Chaudoir, 2009). L'infermiere ha un compito speciale: prendersi cura della persona a 360 gradi, unendo il sostegno sanitario al supporto umano, all'ascolto e ai consigli giusti per far stare bene il paziente in ogni ambito della sua vita (Walusimbi & Okonsky, 2004).

1.4 Profilassi pre-esposizione (PrEP)

La Profilassi Pre-Esposizione (PrEP) costituisce uno degli strumenti più innovativi ed efficaci nell'ambito della prevenzione primaria dell'infezione da HIV (WHO, 2021). Essa consiste nell'assunzione regolare e programmata di farmaci antiretrovirali da parte di soggetti sieronegativi che presentano un rischio elevato di esposizione al virus. L'assunzione del farmaco crea una barriera farmacologica protettiva a livello delle mucose e dei tessuti bersaglio, capace di impedire al virus di stabilire un'infezione cronica qualora penetri nell'organismo durante un rapporto sessuale a rischio o attraverso il contatto con materiale biologico infetto (Patel et al., 2014). In condizioni di completa aderenza al regime prescrittivo (che può prevedere assunzioni quotidiane o secondo schemi in base alle linee guida cliniche), la PrEP è in grado di ridurre il rischio di contrarre l'HIV per via sessuale di oltre il 99% (WHO, 2021). Nonostante questa straordinaria efficacia, la PrEP non protegge da altre infezioni a trasmissione sessuale (ITS) né da gravidanze indesiderate; per tale motivo, il suo utilizzo deve essere sempre inserito in un pacchetto di prevenzione combinata che comprenda lo screening periodico delle ITS, le corrette abitudini comportamentali e la promozione dell'uso del preservativo (Patel et al., 2014). Una delle novità più rilevanti nel panorama della profilassi è rappresentata dalla formulazione iniettabile a lunga durata d'azione (PrEP *long-acting*). La principale innovazione rispetto alla PrEP assunta per via orale risiede proprio nella modalità e nella frequenza di somministrazione: dopo una prima iniezione, dovrà seguirne una seconda a distanza di un mese, mentre le successive singole iniezioni di mantenimento sono previste ogni due mesi, garantendo una copertura continua e riducendo drasticamente il rischio di contrarre l'infezione (Landovitz et al., 2022)

Grazie alla maggiore continuità della copertura, la PrEP *long-acting* ha dimostrato un numero inferiore di infezioni rispetto alla formulazione orale (Landovitz et al., 2022). Questa nuova opzione terapeutica costituisce pertanto un'opportunità straordinaria per rilanciare l'efficacia delle strategie di prevenzione, sfruttando la capacità del farmaco iniettabile di mantenere concentrazioni tissutali e plasmatiche efficaci per un periodo prolungato (Landovitz et al., 2022). Dal punto di vista infermieristico, della medicina territoriale e dei servizi di salute sessuale, la presa in carico della persona in regime di PrEP non si esaurisce nella mera prescrizione medica, ma richiede un percorso di counseling e monitoraggio clinico strutturato (Mayer et al., 2015). I protocolli di sorveglianza prevedono:

1. Screening sierologico iniziale: esecuzione di test di quarta generazione per HIV, ricerca di anticorpi e antigeni per escludere un'infezione acuta in corso prima di iniziare la profilassi.

2. Monitoraggio delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST): screening periodico (ogni 3-6 mesi) per sifilide, gonorrea, clamidia ed epatiti virali (HBV e HCV), poiché la PrEP protegge esclusivamente dall'HIV e non dalle altre IST.
3. Controllo della funzionalità renale: valutazione della clearance della creatinina e della creatininemia basale e semestrale, a causa della potenziale nefrotossicità a lungo termine (Grant et al., 2010).
4. Counseling comportamentale e riduzione del danno: sostegno all'aderenza terapeutica, educazione all'uso corretto e costante del preservativo (profilassi duale) e gestione dei fattori di rischio psicosociale (Mayer et al., 2015).

1.5 Gestione della Profilassi Post-Esposizione (PEP)

La Profilassi Post-Esposizione (PEP) costituisce un intervento medico d'urgenza e di salvataggio volto a inibire l'instaurarsi dell'infezione sistemica da HIV in seguito a un'esposizione accidentale, avvenuta con un fluido biologico potenzialmente infetto (sangue, liquido seminale, secrezioni vaginali, liquido amniotico o liquor) (Kofman et al., 2025; CDC, Centers for Disease Control and Prevention 2020).

L'efficacia della PEP è legata alla tempestività dell'intervento farmacologico. Il virus dell'HIV, penetrato attraverso una lesione cutanea (puntura di ago, taglio con bisturi) o attraverso le mucose esposte, impiega alcune ore prima di raggiungere i linfonodi regionali e dare inizio alla viremia sistemica. Per tale motivo, la PEP deve essere iniziata il più rapidamente possibile: la finestra temporale ideale per massimizzare l'efficacia protettiva è entro le prime 2-4 ore dall'evento a rischio, e il trattamento deve tassativamente essere iniziato entro e non oltre le 72 ore dall'esposizione; oltre questo limite biologico, l'efficacia preventiva decade drasticamente (Kuhar et al., 2013).

Il protocollo farmacologico standard raccomandato dalle linee guida internazionali (CDC e Ministero della Salute) prevede l'utilizzo di una combinazione di tre farmaci antiretrovirali da assumere ininterrottamente per una durata standard di 28 giorni (Kuhar et al., 2013; CDC, 2020).

Il percorso assistenziale di gestione della PEP si articola in fasi operative rigorose:

1. Primo soccorso immediato: in caso di infortunio occupazionale percutaneo (puntura/taglio), è raccomandato il lavaggio immediato e abbondante della ferita con acqua corrente e sapone neutro, evitando la spremitura energica del sito lesionale e rifuggendo dall'uso di disinfettanti caustici o candeggina che provocano lesioni tissutali locali favorenti l'assorbimento virale (Kuhar et al., 2013). In caso di esposizione delle mucose (occhi o

cavità orale), si procede a un lavaggio prolungato con abbondante soluzione fisiologica o acqua corrente.

2. Valutazione e stratificazione del rischio: il medico infettivologo o il medico competente valutano la natura dell'esposizione (profondità della ferita, calibro dell'ago, volume del fluido), lo stato sierologico della fonte (se nota e testabile) e la carica virale della fonte stessa. Se la fonte è nota ed è in terapia antiretrovirale efficace con carica virale azzerata (U=U), la PEP non è indicata poiché il rischio di trasmissione è nullo.
3. Prescrizione, counselling ed educazione all'aderenza: consegna immediata del kit di farmaci e spiegazione dettagliata degli eventuali effetti collaterali a breve termine (nausea, astenia, cefalea, disturbi gastrointestinali) che rappresentano la principale causa di interruzione precoce del trattamento (Kuhar et al., 2013).
4. Protocollo di monitoraggio sierologico e follow-up clinico: esecuzione di test di screening sequenziali per HIV, HBV e HCV al tempo zero, a distanza di 6 settimane e a 3 mesi per escludere definitivamente l' eventuale infezione (CDC, 2020).
5. Supporto psicologico e gestione dell'ansia: l'esperienza di un'esposizione accidentale o a rischio genera frequentemente reazioni acute di stress, ansia persecutoria e paura della sieroconversione (nota come "ansia da attesa della PEP"). L'infermiere e l'équipe clinica svolgono un ruolo cruciale di supporto psicologico, rassicurazione basata sui dati di efficacia e orientamento relazionale.

1.6 Stigma in Ambito Sanitario e la Responsabilità Deontologica Infermieristica

Nonostante le solide evidenze scientifiche sulla trattabilità dell'HIV, la ricerca sociologica evidenzia come nei contesti assistenziali persistano condotte stigmatizzanti, seppur spesso sottili o involontarie (Nyblade et al., 2009). Tali manifestazioni possono esprimersi in una ridotta attenzione alla riservatezza, nell'applicazione ingiustificata di precauzioni di isolamento non necessarie in base al profilo di rischio biologico, o in atteggiamenti di freddezza relazionale da parte degli operatori (Mahajan et al., 2008). Simili comportamenti determinano nella persona assistita vissuti di umiliazione e sfiducia, incrementando il rischio di ritardi nella richiesta di assistenza medica e compromettendone il percorso di cura (Herek et al., 2002).

I motivi di tali atteggiamenti risiedono in molteplici fattori, tra cui il deficit di aggiornamento scientifico, l'ansia immotivata legata al contagio professionale e la persistenza di pregiudizi di natura morale. Per la professione infermieristica, il contrasto a ogni forma di stigma costituisce

un preciso imperativo deontologico ed etico. Il Codice Deontologico stabilisce inequivocabilmente che l'assistenza infermieristica sia erogata con equità e giustizia, senza alcuna discriminazione fondata sulle condizioni di salute, sull'orientamento sessuale, sull'identità di genere o sullo stile di vita, associandosi al vincolo inderogabile del segreto professionale (FNOPI, 2019). La ricerca condotta nell'AST di Pesaro e Urbino si inserisce in questa cornice istituzionale ed etica, ponendosi l'obiettivo di misurare il livello di preparazione e le attitudini degli operatori.

L'indagine sulle conoscenze del personale sanitario non costituisce solo un esercizio accademico, ma potrebbe essere uno spunto per implementare programmi di formazione continua e interventi educativi basati sulle evidenze scientifiche per la decostruzione della paura e dei pregiudizi (Rüsch et al., 2005). Solo attraverso l'impegno in tal senso sarà possibile garantire che i servizi dell'AST di Pesaro e Urbino offrano un ambiente di cura accogliente, sicuro e improntato al pieno rispetto della dignità umana.

2. OBIETTIVI

L'elaborato di tesi si propone di:

- indagare le conoscenze dei professionisti sanitari afferenti all'AST Pesaro Urbino, relativamente alle più recenti evidenze inerenti alla presa in carico clinico-assistenziale delle persone che vivono con HIV/AIDS;
- individuare elementi di stigma nei confronti delle persone che vivono con HIV/AIDS;
- identificare eventuali fabbisogni formativi e proporre strategie per implementare conoscenze e competenze.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Questionario rivolto al personale AST di Pesaro e Urbino

Per la realizzazione della parte empirica dello studio osservazionale trasversale, è stato strutturato e somministrato un questionario rivolto a tutto il personale sanitario e di supporto dell'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Pesaro e Urbino, includendo sia i contesti territoriali sia quelli ospedalieri. L'indagine ha coinvolto un campione multiprofessionale eterogeneo composto da medici, infermieri, operatori sociosanitari (OSS), studenti in infermieristica e farmacisti.

Il questionario è stato progettato per indagare l'unità operativa di appartenenza, il grado di formazione effettivamente ricevuto in merito all'HIV e la presenza di eventuale stigma, barriere o pregiudizi latenti nella pratica clinica quotidiana — come l'adozione di dispositivi di protezione individuale (DPI) non necessari o atteggiamenti discriminatori nei confronti dei pazienti sieropositivi. Dal punto di vista metodologico, per l'ideazione e la stesura dello strumento di indagine si è preso spunto dal sondaggio promosso dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e dalla European AIDS Clinical Society (EACS), creato per monitorare e comprendere le conoscenze e gli atteggiamenti relativi all'HIV nei contesti sanitari della Regione Europea. Nello specifico, il questionario originale, debitamente validato in lingua italiana, è stato fornito direttamente dall'autrice dello studio italiano di riferimento, la Dott.ssa Maria Mazzitelli (MD, PhD, MSc, del Dipartimento di Sicurezza e Bioetica - Sezione di Malattie Infettive dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS di Roma). Capire quali siano le lacune informative e i nodi critici è il presupposto per progettare interventi formativi mirati, volti a promuovere un'assistenza infermieristica basata sulle evidenze scientifiche, sull'empatia relazionale e sul pieno rispetto dei diritti umani (Pulerwitz et al., 2010).

3.2 Disegno

Studio osservazionale trasversale. L'indagine condotta si è avvalsa di un questionario somministrato per via telematica, tramite la piattaforma "Moduli Google".

3.3 Campione

Il campione include medici, infermieri e altri professionisti sanitari, studenti infermieri, OSS, farmacisti in servizio presso i presidi ospedalieri e i servizi territoriali dell'AST Pesaro e Urbino.

3.4 Periodo

Maggio – giugno 2026

3.5 Strumento

Lo strumento utilizzato per la rilevazione delle informazioni è costituito da un questionario strutturato (allegato 1), in forma anonima, redatto in conformità al Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati (General Data Protection Regulation - GDPR).

Il questionario è composto da 51 domande suddivise in sezioni tematiche volte a indagare:

Dati anagrafici e professionali: età, genere, Paese di origine, professione (medici, infermieri, studenti, OSS [Operatori Socio Sanitari], farmacisti), sede principale di lavoro (Pesaro, Fano, Urbino, Pergola, territorio) e unità operativa o servizio di appartenenza;

Esperienza clinica e formazione: anni di esperienza nel settore sanitario, eventuale attività passata in reparti specializzati nell' HIV, interazione con persone con HIV negli ultimi 12 mesi e il percorso formativo seguito in ambiti specifici ad esempio: equità, privacy, PEP (profilassi post-esposizione), stigma e discriminazione;

conoscenze scientifiche e percezione del rischio: il principio *U=U* (Undetectable = Untransmittable - non rilevabile = non trasmissibile), l'efficacia della profilassi post-esposizione (PEP) e pre-esposizione (PrEP), oltre all'adozione di precauzioni specifiche durante le manovre assistenziali; stigma, discriminazione: rilevazione della frequenza di osservazione sul posto di lavoro di episodi di riluttanza all'assistenza, disparità di qualità delle cure, commenti discriminatori o violazione della privacy; atteggiamenti e pregiudizi verso popolazioni vulnerabili: opinioni basate su stereotipi sociali e convinzioni morali (persone che iniettano droghe, MSM [Men who have Sex with Men - uomini che fanno sesso con uomini], sex workers e persone transgender).

3.6 Analisi Statistica

I dati raccolti attraverso la somministrazione online del questionario, realizzata con la piattaforma Moduli Google, sono stati organizzati e analizzati per avere una lettura chiara dei

risultati.

L'elaborazione dei dati ha permesso di esaminare le risposte fornite dai partecipanti, così da tracciare il quadro complessivo delle conoscenze, dei comportamenti e degli atteggiamenti del personale sanitario dell'AST di Pesaro e Urbino.

3.7 Autorizzazione

La somministrazione del questionario è stata preceduta dall'autorizzazione rilasciata dalla Direzione Medica/Sanitaria Ospedaliera e del Dirigente di Area delle Aziende Sanitarie (Allegato 2).

4. RISULTATI

L'indagine ha coinvolto complessivamente 277 partecipanti, i quali hanno preso parte allo studio esprimendo il proprio consenso alla compilazione del questionario. Per quanto riguarda la distribuzione anagrafica, l'età dei rispondenti si suddivide nelle seguenti fasce: il 15,2% (n. 42) ha un'età compresa tra i 20 e i 30 anni, il 38,6% (n. 107) si colloca nella fascia tra i 31 e i 40 anni, il 31,4% (n. 87) ha un'età tra i 41 e i 50 anni, e infine il 14,8% (n. 41) ha più di 50 anni. Alla domanda relativa al genere di appartenenza (su un totale di 275 risposte), il 73,8% (n. 203) del campione si è identificato come femmina, il 25,1% (n. 69) come maschio, mentre l'1,1% (n. 3) ha preferito non rispondere (fig. 2).

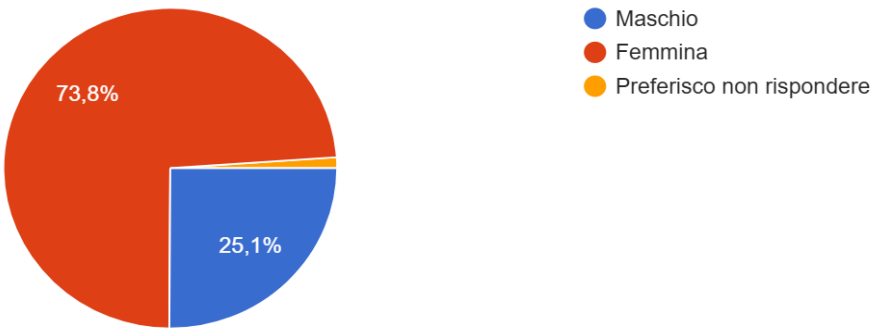

Figura 2: *Genere*

In merito al paese di origine, la quasi totalità dei partecipanti è di nazionalità italiana, pari al 94,2% (n. 261), mentre il restante 5,8% (n. 16) proviene da altri Paesi comunitari ed extracomunitari. Riguardo alla domanda sulla professione svolta (su un campione di 274 risposte), la composizione vede una netta prevalenza della figura dell'infermiere, che rappresenta il 48,9% del totale, seguita dai medici con il 17,5% e dagli studenti infermieri con il 10,6%. La restante parte del campione si distribuisce tra operatori sociosanitari (OSS), farmacisti, fisioterapisti e altre figure sanitarie. In merito alla sede principale di lavoro (su un totale di 272 risposte), la distribuzione territoriale riflette i presidi dell'AST di Pesaro e Urbino: la maggioranza dei partecipanti lavora nella sede di Pesaro con il 42,3% (n. 115), seguita da Fano con il 27,9% (n. 76), Urbino con il 16,2% (n. 44), il servizio sul Territorio con l'11,0% (n. 30) e infine la sede di Pergola con il 2,6% (n. 7) (fig. 3).

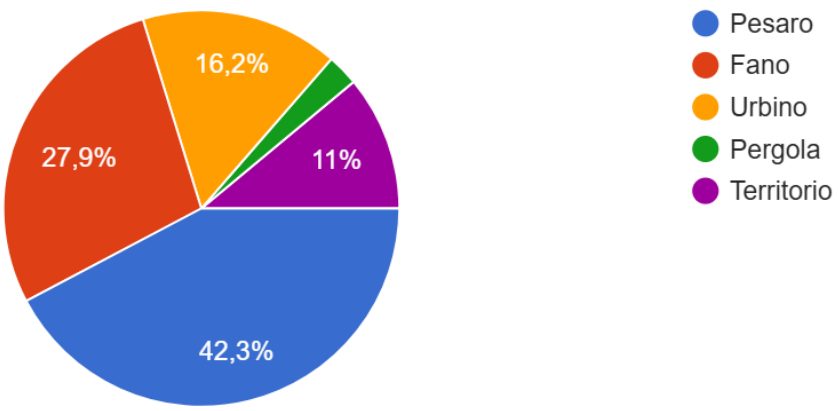

Figura 3: *Sede di lavoro*

In relazione all'unità operativa di appartenenza (su un totale di 262 risposte), il campione ha evidenziato un'ampia e variegata distribuzione fra tutti i principali servizi e unità operative dell'azienda sanitaria, comprendendo reparti di degenza, dipartimento di emergenza-urgenza, servizi territoriali e ambulatori specialistici.

Infine, riguardo allo specifico ambulatorio o servizio di lavoro (su un totale di 223 risposte), il campione si distribuisce in modo molto eterogeneo tra i vari setting assistenziali.

Proseguendo con l'analisi delle risposte, la sezione successiva approfondisce l'esperienza lavorativa specifica, la formazione ricevuta in ambito infettivologico, il livello di conoscenza riguardo alla trasmissione e alla prevenzione dell'HIV, nonché il grado di preoccupazione e l'adozione di precauzioni nella pratica assistenziale quotidiana. Alla domanda se avessero mai lavorato in una struttura o reparto specializzato nella cura e nel trattamento dell'HIV (su un totale di 271 risposte), la stragrande maggioranza del campione, pari al 91,9% (n. 249), ha risposto negativamente. Soltanto una ristretta minoranza ha dichiarato un'esperienza pregressa in reparti dedicati: il 5,2% (n. 14) ha maturato questa esperienza più di 5 anni fa, mentre il 2,9% (n. 8) negli ultimi 5 anni. In merito al numero di persone con HIV con cui si è interagito sul lavoro negli ultimi 12 mesi (su un totale di 273 risposte), la quota maggiore del campione dichiara di non averne incontrate per il 40,3% (n. 110), oppure riferisce un numero limitato di interazioni (il 37,7%, n. 103, ha indicato "meno di 5"). Segue chi ha dichiarato tra 5 e 20 interazioni (11,0%, n. 30) e chi non ha saputo specificare (6,6%, n. 18).

Per quanto riguarda gli anni di lavoro nel settore sanitario (su un totale di 262 risposte), il campione è formato in gran parte da professionisti esperti: il 42,4% (n. 111) lavora in questo ambito da più di 20 anni. Segue chi ha un'esperienza tra i 10 e i 20 anni (25,2%, n. 66), chi lavora da 5 a 10 anni (18,3%, n. 48) e infine il 14,1% (n. 37) che ha iniziato da meno di 5 anni.

Alla domanda sulle aree in cui si è ricevuta formazione (domanda a risposta multipla su un totale di 251 risposte), la maggior parte del campione ha indicato il consenso informato, la privacy e la riservatezza dei pazienti (92,8%, n. 233) e il controllo delle infezioni (74,5%, n. 187). Seguono in misura minore la formazione su equità, diversità e inclusione (34,3%, n. 86) e quella specifica su stigma e discriminazione in HIV (15,9%, n. 40). Con riferimento all'inclusione della profilassi post-esposizione (PEP) nella formazione sul controllo delle infezioni (su un totale di 266 risposte), il 53,4% (n. 142) ha risposto negativamente, mentre il 46,6% (n. 124) ha dichiarato che la propria formazione la comprendeva (fig. 4).

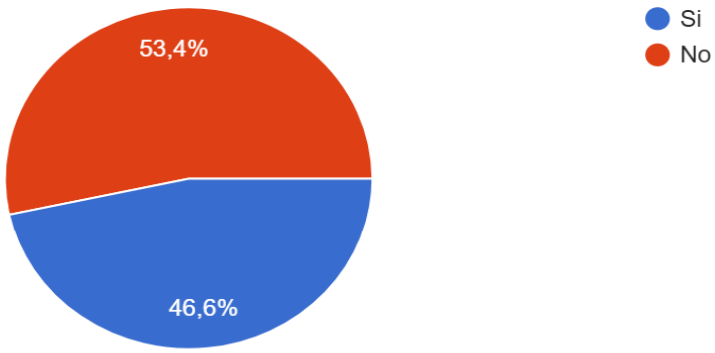

Figura 4: *Valutazione della formazione ricevuta in merito alla profilassi post-esposizione (PEP) tra gli operatori sanitari.*

Valutando le conoscenze scientifiche di base, alla prima affermazione sul fatto che le persone con HIV in trattamento efficace e carica virale non rilevabile non possano trasmettere il virus per via sessuale (principio U=U), il 44,9% (n. 124) si è dichiarato d'accordo, il 34,3% (n. 95) in disaccordo e il 20,8% (n. 58) incerto o non a conoscenza; in merito all'affermazione secondo cui assumere un breve ciclo di farmaci anti-HIV dopo una possibile esposizione impedisce al virus di attecchire nel corpo (su un totale di 274 risposte), le opinioni del campione risultano particolarmente frammentate e incerte: il 35,8% (n. 98) si è detto in disaccordo, il 33,6% (n. 92) in accordo, mentre una quota consistente pari al 30,7% (n. 84) ha dichiarato di non saperlo (fig. 5).

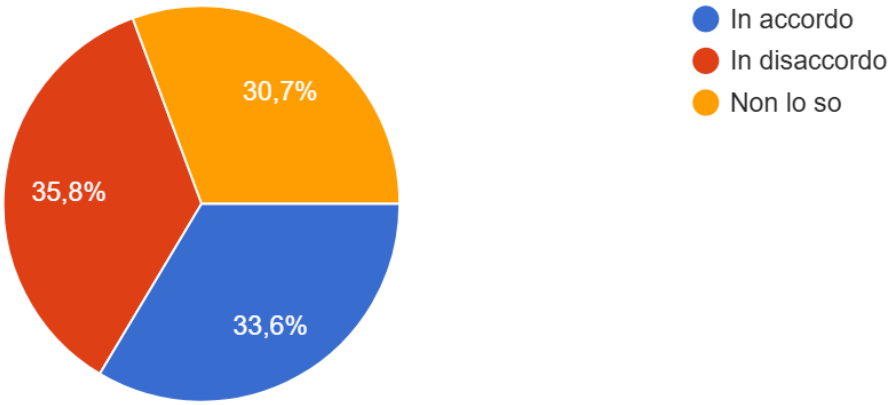

Figura 5: *Distribuzione delle risposte riguardo alla possibilità che persone sieronegative assumano farmaci anti-HIV.*

Infine, riguardo alla possibilità che una persona sieronegativa assuma farmaci anti-HIV per prevenire il contagio (su un totale di 275 risposte), la maggioranza del campione, pari al 70,9% (n. 195), si è detta in disaccordo, una quota minima ha espresso parere favorevole (16,4%, n. 45 in accordo), mentre il 12,7% (n. 35) ha dichiarato di non saperlo (fig.6).

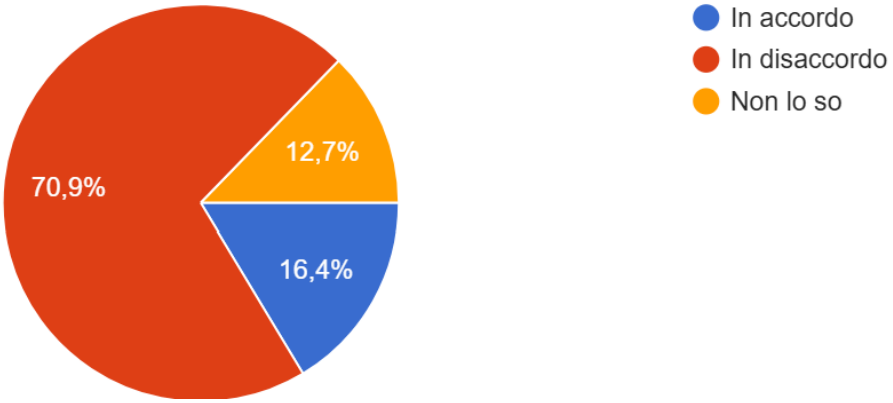

Figura 6: *Risposte riguardo alla possibilità che una persona sieronegativa assuma farmaci anti-HIV per prevenire il contagio.*

Analizzando il grado di preoccupazione nello svolgere attività assistenziali a contatto con pazienti HIV-positivi attraverso le cinque opzioni di risposta previste (non preoccupato, poco preoccupato, preoccupato, molto preoccupato e non applicabile), nel toccare gli indumenti di un paziente che vive con HIV (su un totale di 273 risposte), la maggioranza del campione si è dimostrata tranquilla: il 64,8% (n. 177) si è dichiarato non preoccupato e il 23,1% (n. 63) poco

preoccupato, chi si sente preoccupato (7,0%, n. 19), chi ha risposto non applicabile (3,3%, n. 9) e chi si dichiara molto preoccupato (1,8%, n. 5) ; per medicare ferite a un paziente con HIV (su un totale di 273 risposte), le risposte mostrano una distribuzione più accentuata verso i gradi di apprensione: il 29,3% (n. 80) si è detto preoccupato, il 26,4% (n. 72) poco preoccupato e il 24,5% (n. 67) non preoccupato, 13,6% (n. 37) per chi si sente molto preoccupato e del 6,2% (n. 17) per la categoria non applicabile. Alla domanda se crea preoccupazione prelevare sangue da un paziente che vive con HIV (su un totale di 272 risposte), si osserva una marcata percezione di apprensione tra i partecipanti: il 27,6% (n. 75) si è dichiarato poco preoccupato, il 26,1% (n. 71) preoccupato e il 20,2% (n. 55) molto preoccupato; soltanto il 18,8% (n. 51) si è detto non preoccupato, mentre il 7,4% (n. 20) ha indicato la voce non applicabile (fig. 7).

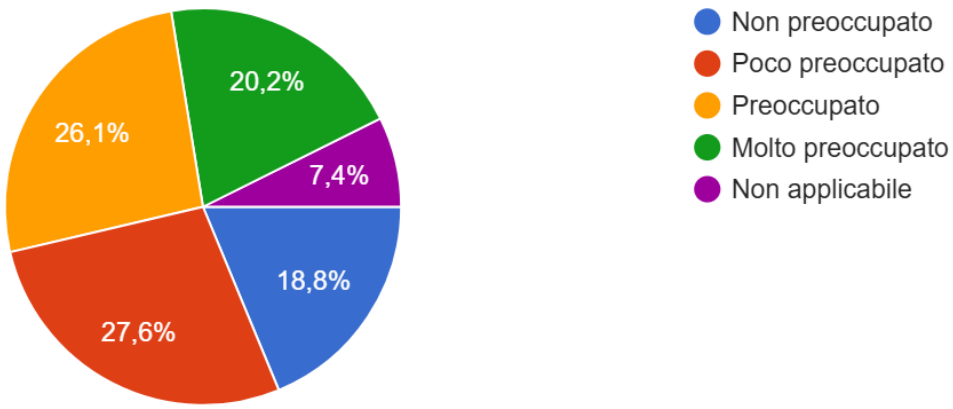

Figura 7: V*alutazione del campione riguardo alla preoccupazione nell'eseguire il prelievo di sangue a un paziente con HIV.*

Nel misurare la temperatura a un paziente che vive con HIV (su un totale di 273 risposte), la stragrande maggioranza del campione si è dimostrata tranquilla: l'82,1% (n. 224) si è dichiarato non preoccupato e il 12,5% (n. 34) poco preoccupato, chi ha indicato la voce non applicabile (3,7%, n. 10). Infine, guardando alle abitudini di protezione seguite nello svolgimento dell'assistenza, considerando le tre opzioni di risposta (sì, no e non applicabile), i dati mostrano che alla richiesta di evitare il contatto fisico con un paziente che vive con HIV (su un totale di 273 risposte), la maggioranza dei partecipanti, pari al 72,2% (n. 197), ha risposto negativamente, una quota del 19,8% (n. 54) ha indicato la voce non applicabile, mentre l'8,1% (n. 22) ha dichiarato di evitare il contatto fisico; nell'indossare doppi guanti nell'assistenza a un paziente che vive con HIV (su un totale di 271 risposte), la maggioranza dei partecipanti ha risposto negativamente (64,6%, n. 175). Una quota pari al 25,1% (n. 68) ha dichiarato di utilizzare i

doppi guanti, mentre il 10,3% (n. 28) ha indicato la voce non applicabile (fig. 8).

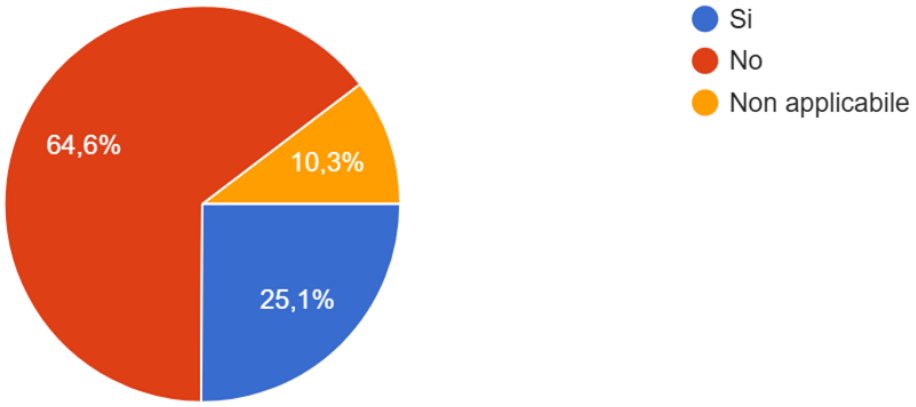

Figura 8: *Analisi delle risposte in merito all'utilizzo dei doppi guanti nell'assistenza a un paziente con HIV.*

Sull'uso dei guanti in ogni fase dell'assistenza (su un totale di 271 risposte), la maggioranza del campione (70,1%, n. 190) ha risposto affermativamente. Una quota del 18,8% (n. 51) ha dichiarato di non farlo, mentre l'11,1% (n. 30) ha indicato la voce non applicabile; infine, in merito all'adozione di misure speciali di controllo delle infezioni per le persone che vivono con HIV non utilizzate con altri pazienti (su un totale di 272 risposte), il 48,9% (n. 133) ha risposto negativamente. Una quota, pari al 37,9% (n. 103), ha invece dichiarato di utilizzare misure speciali, mentre il 13,2% (n. 36) ha indicato la voce non applicabile.

Esaminando le opinioni e il grado di accordo o disaccordo sulle affermazioni generali, alla domanda sulla riluttanza a fornire assistenza a persone che vivono con HIV o sospettate di viverci (su un totale di 273 risposte), la maggioranza del campione 68,1% (n. 186) ha dichiarato di non aver mai provato tale riluttanza, il 17,6% (n. 48) ha indicato la voce non applicabile, mentre episodi di riluttanza sono stati riferiti, con frequenze diverse, dal 9,2% (n. 25) per l'opzione una o due volte, dal 4,0% (n. 11) per diverse volte e dall'1,1% (n. 3). Aver fornito un'assistenza di qualità inferiore rispetto ad altri pazienti nei confronti di persone che vivono con HIV o sospettate di viverci (su un totale di 273 risposte), la maggioranza del campione (71,8%, n. 196) ha dichiarato di non aver mai messo in atto tale comportamento, mentre il 17,6% (n. 48) ha indicato la voce non applicabile, l'opzione una o due volte il 7,0% (n. 19), diverse volte (3,3%, n. 9) e la maggior parte del tempo (0,4%, n. 1). Per commenti discriminatori o episodi in cui si è parlato male di persone che vivono con HIV o sospettate di viverci (su un totale di 272 risposte), il 65,1% (n. 177) ha dichiarato di non averlo mai fatto, una parte, che è il 14,0% (n. 38), ha riferito l'accaduto una o due volte, il 12,5% (n. 34) ha indicato la voce non applicabile, mentre l'8,4% (n. 23) ha risposto diverse volte. Circa la divulgazione dello stato HIV positivo di una persona senza il suo consenso (su un totale di 273 risposte), la grande

maggioranza del campione (78,4%, n. 214) ha dichiarato di non averlo mai fatto; l'11,7% (n. 32) ha indicato la voce non applicabile, mentre percentuali inferiori si registrano per chi ha riferito di averlo fatto diverse volte (4,8%, n. 13), una o due volte (4,4%, n. 12) o la maggior parte del tempo (0,7%, n. 2) (fig. 9).

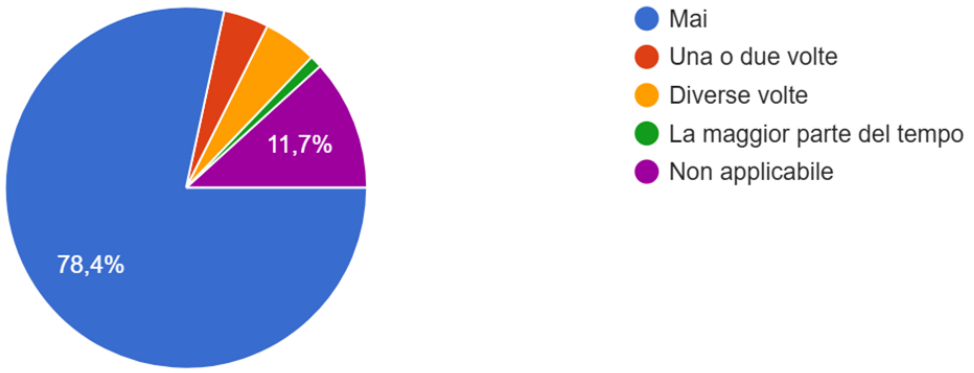

Figura 9: R*isposte relative alla divulgazione dello stato HIV positivo di una persona senza il suo consenso.*

In merito all'affermazione secondo cui nella propria struttura non è accettabile eseguire un test HIV a un paziente senza che ne sia a conoscenza (su un totale di 272 risposte), la maggioranza dei partecipanti ha concordato (74,6%, n. 203 in accordo); una quota del 15,4% (n. 42) ha dichiarato di non saperlo, mentre il 9,9% (n. 27) si è detto in disaccordo. In merito all'eventualità di riscontrare problemi sul lavoro qualora si discriminassero persone che vivono con HIV (su un totale di 272 risposte), la maggioranza del campione si è detta d'accordo (55,5%, n. 151); una quota rilevante, pari al 33,5% (n. 91), ha dichiarato di non saperlo, mentre l'11,0% (n. 30) ha risposto negativamente. Sulla presenza di linee guida nella propria struttura sanitaria per proteggere le persone che vivono con HIV dalla discriminazione (su un totale di 271 risposte), la maggioranza del campione ha dichiarato di non saperlo (62,7%, n. 170); una quota del 20,3% (n. 55) ha risposto affermativamente, mentre il 17,0% (n. 46) ha riferito l'assenza di tali linee guida. Sulla presenza nella propria struttura di procedure o protocolli volti a ridurre il rischio di acquisire l'HIV (su un totale di 271 risposte), la maggioranza del campione ha risposto affermativamente (66,8%, n. 181); una quota del 26,9% (n. 73) ha dichiarato di non saperlo, mentre il 6,3% (n. 17) ha riferito l'inesistenza di tali protocolli (fig. 10).

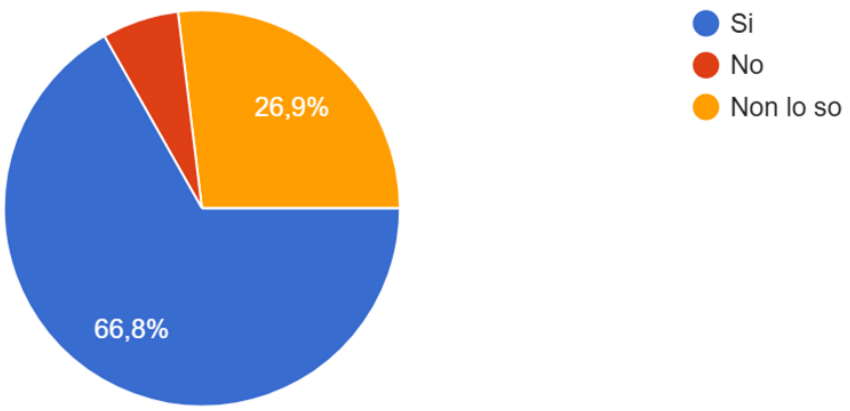

Figura 10: P*resenza nella propria struttura di procedure o protocolli volti a ridurre il rischio di acquisire l'HIV*.

In merito alla presenza di un protocollo di profilassi post-esposizione (PEP) in caso di puntura accidentale da ago nella propria struttura sanitaria (su un totale di 272 risposte), la maggioranza dei partecipanti ha risposto affermativamente 77,9% (n. 212); il 19,1% (n. 52) ha dichiarato di non saperlo, mentre il 3,0% (n. 8) ha riferito l'assenza di tale protocollo.

Sull'esistenza di una politica nella propria struttura sanitaria che preveda di programmare le persone che vivono con HIV alla fine della lista operatoria (su un totale di 271 risposte), la maggioranza dei partecipanti ha dichiarato di non saperlo (66,1%, n. 179); una quota del 20,7% (n. 56) ha risposto affermativamente, mentre il 13,3% (n. 36) ha riferito l'assenza di tale politica.

Riguardo la presenza di linee guida che raccomandano l'uso di doppi guanti nell'assistenza alle persone che vivono con l'HIV nella propria struttura (su un totale di 270 risposte), la maggioranza del campione ha dichiarato di non saperlo (58,1%, n. 157); l'assenza di tali linee guida è stata dichiarata dal 34,1% (n. 92), mentre il 7,8% (n. 21) ha risposto affermativamente.

Indagando poi sull'affermazione secondo cui le persone che vivono con HIV dovrebbero poter avere una vita sessualmente appagante (su un totale di 273 risposte), la grande maggioranza del campione si è espressa in modo favorevole, con il 44,3% (n. 121) d'accordo e il 35,9% (n. 98) fortemente d'accordo; alcuni, che corrispondono al 17,9% (n. 49), hanno mantenuto una posizione neutrale (né in accordo né in disaccordo), mentre una percentuale residuale pari all' 1,9% (n. 5) si è detta in disaccordo.

Continuando con l'affermazione secondo cui le donne che vivono con HIV dovrebbero poter avere figli se lo desiderano (su un totale di 272 risposte), la maggioranza del campione si è espressa favorevolmente, dividendosi in parti uguali tra il 34,2% (n. 93) fortemente d'accordo e il 34,2% (n. 93) d'accordo; 71 partecipanti, pari al 26,1% hanno mantenuto una posizione neutrale, mentre una percentuale minoritaria complessiva del 5,5% (n. 15) ha espresso

disaccordo.

In merito allo stereotipo secondo cui la maggior parte delle persone che vivono con l'HIV avrebbe avuto troppi partner sessuali (su un totale di 272 risposte), la maggioranza del campione ha espresso posizioni contrarie, con il 43,7% (n. 119) in disaccordo e il 23,2% (n. 63) fortemente in disaccordo. 75 persone, pari al 27,6% hanno mantenuto una posizione neutrale, mentre una percentuale minoritaria complessiva del 5,5% (n. 15) si è detta d'accordo o fortemente d'accordo; circa la convinzione che le persone contraggano l'HIV a causa di comportamenti irresponsabili (su un totale di 272 risposte), poco più di un terzo del campione si dichiara in disaccordo (n. 98), a cui si unisce un gruppo nettamente contrario (n. 40). Una quota consistente mantiene una posizione neutrale (n. 95), mentre le posizioni favorevoli risultano minoritarie, dividendosi tra chi si dice d'accordo (n. 34) e chi esprime forte accordo (n. 5). All'interno del questionario, indagando la convinzione che l'HIV rappresenti una punizione per comportamenti sbagliati (su un totale di 272 risposte), la quasi totalità del campione ha espresso un netto rifiuto di questa concezione, registrando il 55,1% (n. 150) fortemente in disaccordo e il 33,5% (n. 91) in disaccordo. Una quota del 10,3% (n. 28) ha mantenuto una posizione neutrale, mentre solo una percentuale residuale pari all'1,1% (n. 3) si è detta d'accordo o fortemente d'accordo. Chiedendo se le persone che vivono con HIV debbano vergognarsi di sé stesse (su un totale di 272 risposte), la totalità o quasi del campione ha espresso una ferma presa di posizione contraria, con il 69,5% (n. 189) fortemente in disaccordo e il 29,0% (n. 79) in disaccordo; la quota restante si attesta complessivamente all' 1,5% (n. 4) tra posizioni neutrali o favorevoli.

Esaminando le risposte circa la presunta mancanza di preoccupazione da parte di persone con HIV di infettare altri (su un totale di 272 risposte), la maggioranza del campione ha espresso disaccordo (45,6%, n. 124), affiancata da un 15,4% (n. 42) fortemente in disaccordo, il 33,8% (n. 92) ha mantenuto una posizione neutrale, mentre una minoranza complessiva del 5,2% (n. 14) si è detta d'accordo o fortemente d'accordo (fig. 11).

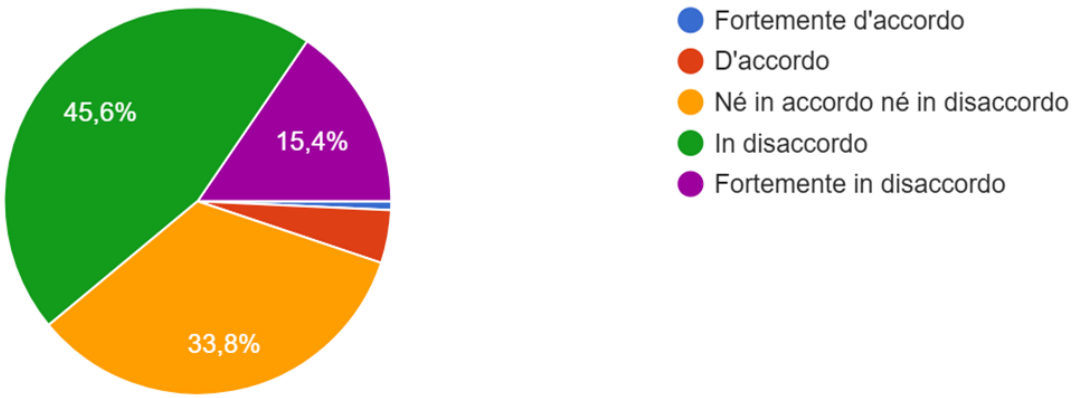

Figura 11: *Opinioni del campione sulla presunta indifferenza delle persone con HIV riguardo al rischio di contagio.*

Infine, sull'affermazione che le persone che vivono con HIV con carica virale rilevabile non dovrebbero avere attività sessuale (su un totale di 272 risposte), il 40,8% (n. 111) del campione si è detto in disaccordo, affiancato dal 9,9% (n. 27) fortemente in disaccordo. Una parte consistente, pari al 32,0% (n. 87), ha mantenuto una posizione neutrale, mentre complessivamente il 17,3% ha espresso parere favorevole, suddividendosi tra l'11,8% (n. 32) d'accordo e il 5,5% (n. 15) fortemente d'accordo.

A conclusione dell'indagine prendendo in esame la possibile resistenza nel prestare cure a determinati gruppi di popolazione — come nel caso delle persone tossicodipendenti - il 36,0% (n. 98) si dichiara in disaccordo e il 27,2% (n. 74) fortemente in disaccordo; 19,1% di partecipanti (n. 52) ha mantenuto una posizione neutrale, mentre il restante 17,7% ha manifestato pareri favorevoli, suddividendosi tra il 12,5% (n. 34) d'accordo e il 5,2% (n. 14) fortemente d'accordo. In merito alla volontà di non prestare assistenza agli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (su un totale di 272 risposte), la maggioranza del campione ha manifestato una netta contrarietà, con il 50,7% (n. 138) fortemente in disaccordo e il 33,5% (n. 91) in disaccordo; una quota del 12,9% (n. 35) ha assunto una posizione neutrale, mentre una percentuale minoritaria si è detta d'accordo o fortemente d'accordo (fig. 12).

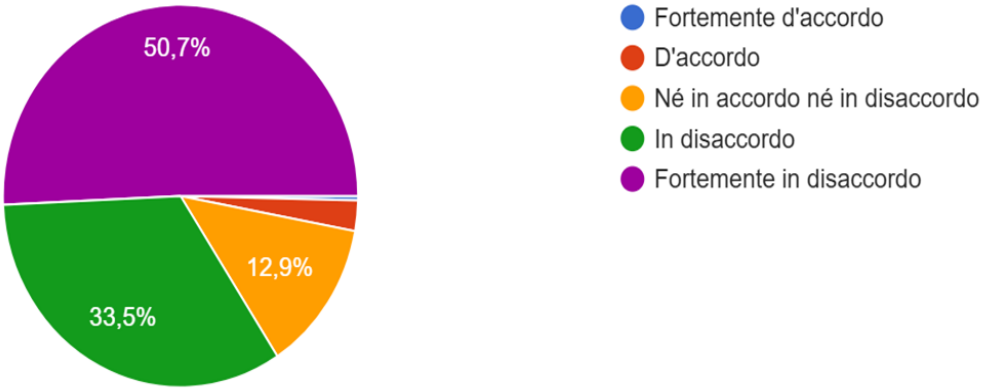

Figura 12: *Opinioni sulla volontà di non erogare cure agli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini.*

In merito alla preferenza di non prestare assistenza ai lavoratori del sesso (su un totale di 271 risposte), la maggioranza del campione ha espresso una netta contrarietà a tale condotta, con il 41,7% (n. 113) fortemente in disaccordo e il 36,5% (n. 99) in disaccordo. Una quota del 16,6% (n. 45) ha mantenuto una posizione neutrale, mentre la restante percentuale minoritaria si è detta d'accordo o fortemente d'accordo. In merito alla preferenza di non prestare assistenza alle persone transgender (su un totale di 272 risposte), la stragrande maggioranza del campione ha espresso una ferma contrarietà a tale condotta discriminatoria, con il 50,4% (n. 137) fortemente

in disaccordo e il 33,1% (n. 90) in disaccordo; una quota del 14,3% (n. 39) ha mantenuto una posizione neutrale, mentre una percentuale minoritaria complessiva del 2,2% (n. 6) si è detta d'accordo o fortemente d'accordo.

Passando ad analizzare le ragioni alla base dell'eventuale mancata erogazione di cure a specifici gruppi vulnerabili, l'indagine evidenzia come la carenza di competenze mirate rappresenti il fattore principale. Nello specifico, riguardo alle persone tossicodipendenti (su un totale di 139 risposte con scelta multipla), la mancanza di una formazione specifica è indicata dal 54,7% del campione (n. 76); seguono la percezione di condotte immorali (31,7%, n. 44) e il timore di un'esposizione a maggiori rischi biologici (28,1%, n. 39). Una tendenza simile si riscontra nei riguardi degli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (su 85 risposte), dove la carenza formativa sale all' 80,0% (n. 68), accompagnata dal timore di contrarre patologie (17,6%, n. 15) e da giudizi di natura morale (3,5%, n. 3). In merito ai lavoratori del sesso (su 96 risposte), il 71,9% dei rispondenti (n. 69) imputa la reticenza alla scarsa preparazione, a cui si sommano la preoccupazione per il rischio infettivo (20,8%, n. 20) e considerazioni etiche (9,4%, n. 9). L'ultimo quesito esplora la considerazione della popolazione transgender (su 88 risposte): anche in questo contesto la quasi totalità del campione attribuisce il potenziale rifiuto all'assistenza alla mancanza di una preparazione specifica (87,5%, n. 77), mentre il timore del contagio (10,2%, n. 9) e i motivi di carattere morale (2,3%, n. 2) si confermano marginali.

5. DISCUSSIONE

L'indagine osservazionale trasversale condotta all'interno dell'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Pesaro e Urbino, che ha coinvolto un campione complessivo di 277 partecipanti — con una netta prevalenza della componente infermieristica (48,9%) e la presenza di medici, studenti infermieri e altre figure sanitarie distribuite tra le sedi di Pesaro, Fano, Urbino, Pergola e il Territorio — ha offerto uno spaccato realistico e approfondito sulle conoscenze, sulla percezione del rischio infettivo e sulla presenza di atteggiamenti di chiusura nei confronti dell'infezione da HIV e dei gruppi di popolazione vulnerabili. L'analisi dei dati evidenzia come, a fronte di una generale condivisione dei principi deontologici di base, emergano importanti difficoltà operative e barriere culturali legate in modo diretto a una scarsa preparazione specifica. Un elemento di forte interesse riguarda il profilo professionale e formativo del campione: gran parte dei partecipanti risulta essere altamente esperta, con il 42,4% dei professionisti attivo nel settore sanitario da più di vent'anni. Ciononostante, dall'analisi delle risposte emerge che la formazione pregressa in tema di HIV e discriminazione risulta ancora limitata, dal momento che solo il 15,9% del campione dichiara di aver ricevuto una formazione specifica su stigma e discriminazione, e oltre la metà (53,4%) non ha incluso la profilassi post-esposizione (PEP) nella propria preparazione sul controllo delle infezioni. Questa carenza formativa si riflette inevitabilmente sulle conoscenze scientifiche di base: sebbene vi sia una discreta consapevolezza su alcuni aspetti, permangono notevoli incertezze su pilastri fondamentali come il paradigma U=U (Undetectable = Untransmittable), dove solo il 44,9% si è dichiarato d'accordo sul fatto che le persone in trattamento efficace e con carica virale non rilevabile non possano trasmettere il virus. Sul versante della profilassi pre-esposizione (PrEP) per le persone sieronegative, la maggioranza del campione (70,9%) si è detta in disaccordo, affiancata da un 12,7% di incerti, evidenziando come i moderni strumenti di prevenzione farmacologica siano ancora scarsamente compresi o accolti con diffidenza dagli operatori. Entrando nel merito della pratica assistenziale quotidiana, il grado di preoccupazione degli operatori varia notevolmente a seconda della manovra eseguita: mentre attività a basso rischio percepito come toccare gli indumenti o misurare la temperatura non destano particolare apprensione, procedure che comportano il contatto con fluidi biologici o il rischio di punture accidentali — come il prelievo di sangue o la medicazione di ferite — generano livelli di preoccupazione e ansia molto elevati,

con oltre il 46% del campione che si dichiara preoccupato o molto preoccupato durante il prelievo ematico. Questa preoccupazione si traduce talvolta in comportamenti di difesa o precauzioni non necessarie, evidenziando come il 37,9% adotti misure speciali di controllo non utilizzate con altri pazienti e il 25,1% ricorra all'uso sistematico di doppi guanti. Ciononostante, la stragrande maggioranza del campione respinge fermamente i comportamenti discriminatori o la violazione della privacy, dichiarando di non aver mai divulgato lo stato sierologico senza consenso (78,4%) e di considerare inaccettabile l'esecuzione di un test HIV senza il consenso informato del paziente (74,6%). Un capitolo di grande importanza riguarda le motivazioni addotte dal personale sulla preferenza di non erogare cure o servizi a determinati gruppi vulnerabili: alla base dell'eventuale riluttanza non vi sono pregiudizi morali, quanto piuttosto una marcata e diffusa carenza di preparazione specifica. Tale lacuna formativa viene infatti indicata dalla stragrande maggioranza del campione come il fattore principale: nello specifico, l'87,5% dei rispondenti la segnala per la popolazione transgender, l'80,0% per gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, il 71,9% per i lavoratori del sesso e il 54,7% per le persone che iniettano droghe. Questo dato conferma come il senso di insicurezza e il disagio assistenziale del personale aumentino in corrispondenza delle categorie percepite come culturalmente o clinicamente più complesse da gestire. Inoltre, la percezione del rischio e i giudizi morali cambiano in base al gruppo di pazienti: ad esempio, verso chi inietta droghe il 28,1% teme un rischio maggiore di malattie e il 31,7% individua comportamenti immorali, mentre queste percentuali calano per i lavoratori del sesso, gli MSM e le persone transgender. Questi dati dimostrano che il disagio nell'assistenza non deriva da un astio ideologico, ma dal timore di non avere le competenze adatte per gestire situazioni difficili. I giudizi morali o la paura esagerata del contagio servono spesso all'operatore come difesa psicologica: in pratica, si finisce per attribuire alla presunta pericolosità o immoralità del paziente una difficoltà che nasce invece, unicamente, da una preparazione formativa insufficiente. Alla luce di queste inequivocabili evidenze, la professione infermieristica e l'intera équipe sanitaria dell'AST di Pesaro e Urbino sono chiamate a una riflessione profonda: se il Codice Deontologico impone l'assenza assoluta di discriminazioni e il rispetto incondizionato della dignità della persona, la pratica clinica quotidiana richiede un investimento reale, strutturato e continuativo nella formazione, fondamentale non solo per smantellare i falsi miti legati alla trasmissione, ma anche per superare i preconcetti e abbattere le barriere difensive. In conclusione, l'indagine dimostra in modo inequivocabile che lo stigma e le resistenze assistenziali nei confronti dell'HIV e della vulnerabilità sociale non sono del tutto sradicati dal tessuto sanitario, ma affondano le radici in un terreno fertile di insicurezza formativa e di carenza di strumenti

relazionali avanzati. Superare queste barriere rappresenta una priorità: la sfida per il futuro della gestione infermieristica e sanitaria all'interno dell'azienda risiede dunque nella progettazione di percorsi formativi mirati, laboratori di riflessione etica e momenti di supervisione clinica continua. Tali interventi costituiscono gli unici strumenti reali ed efficaci capaci di colmare definitivamente il divario tra teoria e pratica, promuovendo un'assistenza basata sulle prove di efficacia (*Evidence-Based Nursing*) e restituendo centralità alla relazione terapeutica, così da garantire a ogni singola persona assistita un percorso di cura realmente equo, sicuro e totalmente privo di giudizi stigmatizzanti.

5.1 Dalla realtà di Pesaro e Urbino al panorama Italiano: il confronto con i dati di Mazzitelli et al.

Confrontando quanto emerso dall'indagine condotta presso l'AST di Pesaro e Urbino con i risultati del questionario di riferimento promosso a livello nazionale ed europeo (Mazzitelli et al., 2025), si evidenziano alcune similitudini e differenze significative.

Per quanto riguarda le similitudini, in entrambi i contesti si osserva: A) una solida condivisione di base dei principi etici legati alla tutela della privacy e al rispetto della dignità del paziente; B) la persistenza di una certa ansia tra gli operatori e l'uso ancora frequente di precauzioni non necessarie (come il doppio guanto) nei reparti che non si occupano specificamente di malattie infettive; C) un vuoto formativo simile riguardo alle moderne strategie di prevenzione.

Per quanto concerne le differenze, l'analisi evidenzia che: A) il personale dell'AST di Pesaro e Urbino risente in modo particolare di criticità legate alla comunicazione interna e alla chiarezza dei percorsi aziendali dedicati; B) a livello locale emerge una significativa carenza formativa, poiché la maggioranza degli operatori intervistati dichiara di non aver affrontato il tema della profilassi post-esposizione (PEP) all'interno della propria formazione; C) i pregiudizi nascosti variano a seconda del reparto e degli anni di lavoro del personale locale, allontanandosi in parte dal quadro generale osservato a livello europeo. Il confronto con i dati di Mazzitelli et al. (2025) permette di sottolineare con forza quanto lo stigma non sia attribuibile a singole o isolate carenze della realtà territoriale di Pesaro e Urbino, bensì rappresenti una criticità strutturale e trasversale all'intero sistema sanitario nazionale ed europeo. Il distacco protettivo e la micro-discriminazione derivano spesso da un deficit di formazione esperienziale continua e dalla persistenza di stereotipi storici legati alle categorie vulnerabili. Di conseguenza, il paziente sieropositivo sperimenta un'assistenza formalmente corretta ma umanamente impoverita,

caratterizzata da freddezza relazionale, sguardi di eccessiva prudenza o comunicazioni non verbali stigmatizzanti.

6. CONCLUSIONI

Il percorso di tesi osservazionale trasversale sviluppato all'AST di Pesaro e Urbino parte da una consapevolezza fondamentale: nonostante i grandi progressi scientifici degli ultimi decenni, nel contesto sanitario odierno persiste ancora un'enorme stigmatizzazione nei confronti delle persone con HIV. Analizzando i dati raccolti sul campo, emerge chiaramente che questo stigma non si basa su preconcetti culturali, ma si fonda su un vuoto informativo e formativo che coinvolge in primis gli operatori sanitari. I risultati confermano come la mancanza di una preparazione specifica generi negli operatori insicurezza e risposte di difesa psicologica, trasformando la difficoltà tecnica in un disagio assistenziale che si ripercuote direttamente sulla qualità dell'alleanza terapeutica.

Questo scenario evidenzia quanto sia urgente superare la distanza tra l'evoluzione scientifica e la pratica clinica quotidiana. Oggi la biomedicina ci offre cure straordinarie che hanno cambiato radicalmente la gestione dell'infezione, dal paradigma di U=U (*Undetectable equals Untransmittable*), che azzera il rischio di trasmissione sessuale, alla PrEP e alla PEP. Tuttavia, dai dati emerge un paradosso evidente: profonde lacune di aggiornamento proprio su questi strumenti preventivi convivono, paradossalmente, con il ricorso a precauzioni assistenziali del tutto non necessarie.

Permangono infatti timori infondati e una percezione distorta del rischio che spingono talvolta a barriere protettive eccessive o a comportamenti di evitamento.

Questa dicotomia dimostra chiaramente che il vero ostacolo non è il rischio clinico reale, ampiamente domato dalla scienza, ma un vuoto culturale che finisce per alimentare la discriminazione.

Gli atteggiamenti stigmatizzanti e la carenza di competenze relazionali ed empatiche contribuiscono inevitabilmente a far perdere preziose opportunità di prevenzione, educazione e trattamento, compromettendo gli sforzi globali per la gestione dell'HIV e ostacolando l'accesso ai test e la piena integrazione sociale. Parallelamente, i professionisti sanitari devono essere messi concretamente in grado di adottare le precauzioni universali e di prevenire la trasmissione professionale, lavorando in un contesto di sicurezza che tuteli sia la persona assistita che l'operatore.

Per superare queste barriere e rispondere alle criticità emerse, la sfida strategica per il futuro si sviluppa su più direzioni fondamentali: è necessario spiegare che oggi l'HIV è un'infezione

cronica gestibile, profondamente diversa dall'immaginario catastrofico associato agli anni Ottanta e Novanta; occorre introdurre programmi educativi specifici negli ospedali e negli ambulatori per eliminare i pregiudizi inconsci e colmare le lacune. Bisogna creare uno spazio sicuro nella relazione medico-paziente per parlare senza giudizio di sessualità, affettività e progetti di vita come la genitorialità, così da guidare le persone assistite e rompere il loro isolamento. È essenziale incentivare la profilassi pre-esposizione e l'utilizzo dei test rapidi anche al di fuori dei contesti sanitari tradizionali, al fine di ridurre le disuguaglianze.

In questa prospettiva, la riflessione finale richiama la responsabilità del sistema sanitario: ospedali e professionisti devono essere un punto di riferimento sicuro e accogliente per le persone con HIV. Se il luogo di cura si trasforma in un luogo di giudizio, la persona viene lasciata sola nella sua fragilità, tradendo quel diritto alla salute senza discriminazioni che la nostra Costituzione garantisce a tutti. In conclusione, soltanto attraverso un'informazione rigorosa, la sensibilizzazione e un approccio profondamente empatico sarà possibile colmare il divario tra teoria e pratica, garantendo che ogni percorso di cura sia equo, basato sulle prove di efficacia (Evidence-Based Nursing) e finalmente privo di qualsiasi giudizio stigmatizzante.

7. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Alla luce delle criticità emerse dall'indagine condotta presso l'AST di Pesaro e Urbino, risulta fondamentale tradurre i risultati in azioni concrete per migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre lo stigma. Nello specifico, si individuano tre aree d'intervento prioritarie:

- Formazione continua e aggiornamento scientifico: è prioritario strutturare percorsi formativi obbligatori e interprofessionali, aggiornati alle evidenze scientifiche più recenti (come il paradigma U=U e le profilassi), estendendoli a tutti i reparti ospedalieri. Questa formazione deve mirare anche a correggere le ansie ingiustificate che portano a pratiche protettive obsolete, come l'uso difensivo del doppio guanto.
- Revisione e chiarezza dei protocolli aziendali: sul piano organizzativo, è necessario rendere i protocolli per la gestione della profilassi post-esposizione (PEP) e dell'infortunio occupazionale chiaramente visibili e facilmente consultabili in ogni reparto.
- Cura della relazione e contrasto allo stigma latente: sul piano relazionale e culturale, è essenziale promuovere momenti di riflessione e debriefing all'interno delle équipe per contrastare i pregiudizi latenti e le micro-aggressioni, favorendo un approccio assistenziale olistico che tuteli i bisogni psicologici e sociali della persona con HIV.

8. BIBLIOGRAFIA

La bibliografia è elencata nell'ordine in cui è stata utilizzata durante la redazione.

1. World Health Organization. *(2021). Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. World Health Organization.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779

2. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. Lancet. 2013 Nov 2;382(9903):1525-33. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61809-7. Epub 2013 Oct 23. PMID: 24152939; PMCID: PMC4058441. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24152939/

3. Earnshaw VA, Chaudoir SR. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. AIDS Behav. 2009 Dec;13(6):1160-77. doi: 10.1007/s10461-009-9593-3. Epub 2009 Jul 28. PMID: 19636699; PMCID: PMC4511707. https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3

4. Shaw GM, Hunter E. HIV transmission. Cold Spring Harb Perspect Med. 2012 Nov 1;2(11):a006965. doi: 10.1101/cshperspect.a006965. PMID: 23043157; PMCID: PMC3543106. https://doi.org/10.1101/cshperspect.a006965

5. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS. 2014 Jun 19;28(10):1509-19. doi: 10.1097/QAD.0000000000000298. PMID: 24809629; PMCID: PMC6195215. https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000298

6. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, Corbelli GM, Estrada V, Geretti AM, Beloukas A, Raben D, Coll P, Antinori A, Nwokolo N, Rieger A, Prins JM, Blaxhult A, Weber R, Van Eeden A, Brockmeyer NH, Clarke A, Del Romero Guerrero J, Raffi F, Bogner JR, Wandeler G, Gerstoft J, Gutiérrez F, Brinkman K, Kitchen M, Ostergaard L, Leon A, Ristola M, Jessen H, Stellbrink HJ, Phillips AN, Lundgren J; PARTNER Study Group. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral

therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. Lancet. 2019 Jun 15;393(10189):2428-2438. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0. Epub 2019 May 2. PMID: 31056293; PMCID: PMC6584382. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31056293/

7. Eshleman, S. H., et al. (2019). Virological suppression and zero sexual transmission of HIV. *The Lancet HIV*, 6(6), e352–e360. https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(24)00241-8/fulltext

8. Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI). (2019). *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche e Documenti di Indirizzo*. Roma: FNOPI.

9. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, Gifford AL, Neidig J, Zwickl B, Wu AW. Adesione auto-riportata ai farmaci antiretrovirali tra i partecipanti agli studi clinici sull'HIV: gli strumenti di aderenza AACTG. Comitato per l'assistenza al paziente e gruppo di lavoro per l'aderenza del Comitato Esiti del Gruppo degli Studi Clinici sull'AIDS per Adulti (AACTG). AIDS Care. giugno 2000; 12(3):255-66. doi: 10.1080/09540120050042891. PMID: 10928201. https://doi.org/10.1080/09540120050042891

10. Herek, G. M., Capitanio, J. P., & Widaman, K. F. (2002). HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 92(3), 371–377. https://doi.org/10.2105/ajph.92.3.371

11. Walusimbi M, Okonsky JG. Knowledge and attitude of nurses caring for patients with HIV/AIDS in Uganda. Appl Nurs Res. 2004 May;17(2):92-9. doi: 10.1016/j.apnr.2004.02.005. PMID: 15154121. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15154121

12. Landovitz RJ, Donnell D, Clement ME, Hanscom B, Cottle L, Coelho L, Cabello R, Chariyalertsak S, Dunne EF, Frank I, Gallardo-Cartagena JA, Gaur AH, Gonzales P, Tran HV, Hinojosa JC, Kallas EG, Kelley CF, Losso MH, Madruga JV, Middelkoop K, Phanuphak N, Santos B, Sued O, Valencia Huamaní J, Overton ET, Swaminathan S, Del Rio C, Gulick RM, Richardson P, Sullivan P, Piwowar-Manning E, Marzinke M, Hendrix C, Li M, Wang Z, Marrazzo J, Daar E, Asmelash A, Brown TT, Anderson P, Eshleman SH, Bryan M, Blanchette C, Lucas J, Psaros C, Safren S, Sugarman J, Scott H, Eron JJ, Fields SD, Sista ND, Gomez-Feliciano K, Jennings A, Kofron RM, Holtz TH, Shin K, Rooney JF, Smith KY, Spreen W, Margolis D, Rinehart A, Adeyeye A, Cohen MS, McCauley M, Grinsztejn B; HPTN 083 Study Team. Cabotegravir for HIV Prevention in Cisgender Men

and Transgender Women. N Engl J Med. 2021 Aug 12;385(7):595-608. doi: 10.1056/NEJMoa2101016. PMID: 34379922; PMCID: PMC8448593. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34379922/

13. Mayer, K. H., Molina, J. M., & Thompson, M. A. (2015). Emtricitabine and tenofovir disoproxil fumarate for HIV PrEP. Clinical Infectious Diseases, 61(6), 850–858. https://www.medicinainterna.net.pe/sites/default/files/PROFILAXIS_PREEXPOSICION_AL_VIH.pdf

14. Grant, R. M., et al. (2010). Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention. NEJM, 363(25),2587–2599. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011205

15. Kofman AD, Struble KA, Heneine W, Gayle B, de Perio MA, Okasako-Schmucker DL, So CN, Anderson LE, Stone EC, Henderson DK, Kuhar DT. 2025 US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Post-exposure Prophylaxis in Healthcare Settings. Infect Control Hosp Epidemiol. 2025 Sep;46(9):863-873. doi: 10.1017/ice.2025.10254. Epub 2025 Sep 15. PMID: 41569270; PMCID: PMC12616222. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12616222/

16. Herek, G. M., Capitanio, J. P., & Widaman, K. F. (2002). HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 92(3), 371–377. https://doi.org/10.2105/ajph.92.3.371

17. Kofman AD, Struble KA, Heneine W, Gayle B, de Perio MA, Okasako-Schmucker DL, So CN, Anderson LE, Stone EC, Henderson DK, Kuhar DT. 2025 US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Post-exposure Prophylaxis in Healthcare Settings. Infect Control Hosp Epidemiol. 2025 Sep;46(9):863-873. doi: 10.1017/ice.2025.10254. Epub 2025 Sep 15. PMID: 41569270; PMCID: PMC12616222. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12616222/

18. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Occupational HIV Exposure and PEP Management Guidelines. https://www.cdc.gov/hiv/prevention/pep.html

19. Kuhar DT, Henderson DK, Struble KA, Heneine W, Thomas V, Cheever LW, Gomaa A, Panlilio AL; US Public Health Service Working Group. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to human immunodeficiency

virus and recommendations for postexposure prophylaxis. Infect Control Hosp Epidemiol. 2013 Sep;34(9):875-92. doi: 10.1086/672271. Erratum in: Infect Control Hosp Epidemiol. 2013 Nov;34(11):1238. Dosage error in article text. PMID: 23917901. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23917901/

20. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? J Int AIDS Soc. 2009 Aug 6;12:15. doi: 10.1186/1758-2652-12-15. PMID: 19660113; PMCID: PMC2731724. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19660113/

21. Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ, Szekeres G, Coates TJ. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. AIDS. 2008 Aug;22 Suppl 2(Suppl 2):S67-79. doi: 10.1097/01.aids.0000327438.13291.62. PMID: 18641472; PMCID: PMC2835402. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18641472/

22. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. Eur Psychiatry. 2005 Dec;20(8):529-39. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004. Epub 2005 Sep 19. PMID: 16171984. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16171984/

23. Mazzitelli, M., et al. (2025). Measuring HIV knowledge and attitudes in the health care setting: Italian results from an ECDC/EACS survey. *HIV Medicine*, 26(9), 1405–1417. https://doi.org/10.1111/hiv.70067

24. Pulerwitz J, Michaelis A, Weiss E, Brown L, Mahendra V. Reducing HIV-related stigma: lessons learned from Horizons research and programs. Public Health Rep. 2010 Mar-Apr;125(2):272-81. doi: 10.1177/003335491012500218. PMID: 20297756; PMCID: PMC2821857. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2821857/

9. ALLEGATI

Allegato 1: Questionario sottoposto agli operatori sanitari dell'AST di Pesaro e Urbino

Sono Eleonora Di Luca, studentessa del 3° anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell' Università Politecnica delle Marche, polo di Pesaro. Chiedo la sua collaborazione nel compilare il questionario, rivolto a professionisti della salute dell' AST Pesaro Urbino, utile per il mio elaborato di tesi inerente alle conoscenze e agli atteggiamenti dei professionisti sanitari sull'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV). I dati ottenuti verranno raccolti ed elaborati statisticamente e potrebbero essere inseriti in pubblicazioni, presentati in congressi, convegni, seminari a carattere scientifico.
Il questionario è totalmente anonimo, ai sensi del regolamento europeo sulla protezione de dati (GDPR 2016/679) e la compilazione richiederà circa 10 minuti di tempo.
Confido nella sua partecipazione alla mia ricerca e la ringrazio per la collaborazione.

Se desidera partecipare a questo sondaggio, prego di indicare il suo consenso qui sotto.

Accetta di partecipare?
- Si
- No

Quanti anni ha?
[indicare il numero]

In quale genere si identifica?
- Maschio
- Femmina
- Preferisco non rispondere

Quale è il suo Paese di origine?
[specificare il Paese]

Quale è la sua professione?
- Medico
- Infermiere
- Studente Medico
- Studente Infermiere
- OSS
- Farmacista
- Altro professionista della salute [specificare]

Quale è la sede principale di lavoro?
- Pesaro
- Fano
- Urbino
- Pergola
- Territorio

In quale unità operativa lavora?
[una sola possibile risposta]

- 118 emergenza territoriale
- Allergologia
- Ambulatorio accessi vascolari

- Ambulatorio dipendenze da fumo
- Ambulatorio disturbi del comportamento alimentare
- Ambulatorio ferite difficili
- Ambulatorio infermieristico PICC Midline
- Ambulatorio infermieristico terapia marziale
- Ambulatorio nutrizione artificiale e diabetologia
- Ambulatorio vaccinale
- Anatomia Patologica
- Anestesia e rianimazione
- Cardiologia e UTIC
- Centro prelievi
- Chirurgia generale
- Consultorio familiare
- Cure domiciliari
- Dermatologia
- Diagnostica per immagini
- Ematologia e Centro Trapianti
- Emodinamica e Cardiologia interventistica
- Endocrinologia e diabetologia
- Farmacia ospedaliera
- Fisica Medica e alte tecnologie
- Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
- Geriatria
- Immunoematologia e trasfusionale
- Laboratorio analisi
- Malattie infettive
- Medicina interna
- Medicina Nucleare
- Nefrologia e dialisi
- Neurochirurgia
- Neurologia
- Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- Oculistica
- Odontostomatologia
- Oncologia
- Ortopedia e traumatologia
- Ostetricia e ginecologia

- Otorinolaringoiatria
- Pediatria
- Pneumologia
- Pronto soccorso e medicina d'urgenza
- Psicologia Ospedaliera
- Radiologia diagnostica e interventistica
- Radioterapia
- Riabilitazione ospedaliera
- S.P.D.C
- Senologia diagnostica e interventistica
- Servizio di continuità assistenziale
- Urologia
- Altro

In quale ambulatorio/servizio lavora?
[una sola possibile risposta]

- 118 emergenza territoriale
- Allergologia
- Ambulatorio accessi vascolari
- Ambulatorio dipendenze da fumo
- Ambulatorio disturbi del comportamento alimentare
- Ambulatorio ferite difficili
- Ambulatorio infermieristico PICC Midline
- Ambulatorio infermieristico terapia marziale
- Ambulatorio nutrizione artificiale e diabetologia
- Ambulatorio vaccinale
- Anatomia Patologica
- Anestesia e rianimazione
- Cardiologia e UTIC
- Centro prelievi
- Chirurgia generale
- Consultorio familiare
- Cure domiciliari
- Dermatologia
- Diagnostica per immagini
- Ematologia e Centro Trapianti

- Emodinamica e Cardiologia interventistica
- Endocrinologia e diabetologia
- Farmacia ospedaliera
- Fisica Medica e alte tecnologie
- Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
- Geriatria
- Immunoematologia e trasfusionale
- Laboratorio analisi
- Malattie infettive
- Medicina interna
- Medicina Nucleare
- Nefrologia e dialisi
- Neurochirurgia
- Neurologia
- Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- Oculistica
- Odontostomatologia
- Oncologia
- Ortopedia e traumatologia
- Ostetricia e ginecologia
- Otorinolaringoiatria
- Pediatria
- Pneumologia
- Pronto soccorso e medicina d'urgenza
- Psicologia Ospedaliera
- Radiologia diagnostica e interventistica
- Radioterapia
- Riabilitazione ospedaliera
- S.P.D.C
- Senologia diagnostica e interventistica
- Servizio di continuità assistenziale
- Urologia
- Altro

Ha mai lavorato in una struttura o reparto specializzato nella cura e nel trattamento dell'HIV?

- No
- Si, negli ultimi 5 anni
- Si, più di 5 anni fa

Con quante persone che vivono con HIV ha interagito sul lavoro negli ultimi 12 mesi?

- Nessuna, che io sappia
- Meno di 5
- Tra 5 e 20
- Più di 20 ma meno di 50
- Tra 50 e 100
- Più di 100
- Non lo so

Da quanti anni lavora nel settore sanitario?

- Meno di 5
- Tra 5 e 10
- Tra 10 e 20
- Più di 20

Ha ricevuto formazione nei seguenti ambiti?
[selezioni tutte quelle che ha ricevuto]

- Equità, diversità e inclusione
- Consenso informato, privacy e riservatezza dei pazienti
- Controllo delle infezioni
- Stigma e discriminazione in HIV

La sua formazione sul controllo delle infezioni, includeva la profilassi post-esposizione (PEP)?

- Si
- No

E' d'accordo o in disaccordo con le seguenti affermazioni?
[in accordo – in disaccordo – non lo so]

- Le persone che vivono con HIV, che sono in trattamento efficace e hanno una carica virale non rilevabile, non possono trasmettere il virus per via sessuale
- Assumere un breve ciclo di farmaci anti- HIV, dopo una possibile esposizione all'HIV, impedisce al virus di attecchire nel corpo
- Una persona che non ha l'HIV, può assumere farmaci anti- HIV per evitare di contrarre l'HIV

Quanto sarebbe preoccupato di contrarre l'HIV se facesse quanto segue?
[se una delle seguenti non rientra tra le sue attività lavorative, selezioni “non applicabile”]
[non preoccupato – poco preoccupato – preoccupato – molto preoccupato – non applicabile]

- Toccare gli indumenti di un paziente che vive con l' HIV
- Medicare le ferite di un paziente che vive con l' HIV
- Prelevare sangue da un paziente che vive con l' HIV
- Misurare la temperatura di un paziente che vive con l' HIV

Utilizza abitualmente qualcuna delle seguenti misure quando fornisce assistenza o servizi ad un paziente che vive con l' HIV?
[se una delle seguenti non rientra tra le sue attività lavorative, selezioni “non applicabile”]
[si – no – non applicabile]

- Evitare il contatto fisico
- Indossare doppi guanti
- Indossare i guanti in tutte le fasi dell'assistenza al paziente

- Usare misure speciali di controllo delle infezioni con le persone che vivono con l' HIV, che non utilizzi con altri pazienti

Negli ultimi 12 mesi, con quale frequenza ha osservato quanto segue sul suo posto di lavoro?
[mai – una o due volte – diverse volte – la maggior parte del tempo – non applicabile]

- Riluttanza a fornire assistenza alle persone che vivono con HIV o sospettate di viverci
- Qualità dell'assistenza inferiore rispetto ad altri pazienti, rivolta ad una persona che vive con l' HIV o sospettata di viverci
- Commenti discriminatori o parlare male delle persone che vivono con HIV o sospettate di viverci
- Divulgazione dello stato HIV positivo di una persona senza il suo consenso

Indichi se le affermazioni sono corrette, in relazione alla sua struttura sanitaria:
[si – no - non lo so]

- Nella mia struttura non è accettabile eseguire un test HIV a un paziente senza che ne sia a conoscenza
- Avrei problemi sul lavoro se discriminassi persone che vivono con HIV
- La mia struttura sanitaria dispone di linee guida scritte per proteggere le persone che vivono con HIV dalla discriminazione
- Nella mia struttura esistono procedure/protocolli che riducono il mio rischio di acquisire HIV
- La mia struttura sanitaria ha un protocollo di profilassi post-esposizione (PEP) in caso di puntura accidentale da ago
- La mia struttura sanitaria ha una politica che prevede di programmare le persone che vivono con HIV alla fine della lista operatoria
- Nella mia struttura sanitaria sono presenti linee guida che raccomandano l'uso di doppi guanti nell'assistenza alle persone che vivono con l'HIV

E' in accordo o in disaccordo con le seguenti affermazioni?

[opzioni: fortemente d'accordo – d'accordo – né in accordo né in disaccordo – in disaccordo – fortemente in disaccordo]

- Le persone che vivono con HIV dovrebbero poter avere una vita sessualmente appagante
- Le donne che vivono con l'HIV dovrebbero poter avere figli se lo desiderano
- La maggior parte delle persone che vivono con l'HIV ha avuto troppi partner sessuali
- Le persone contraggono l'HIV perchè si comportano in modo irresponsabile
- L'HIV è una punizione per i comportamenti sbagliati
- Le persone che vivono con HIV dovrebbero vergognarsi di se stesse
- La maggior parte delle persone che vivono con l'HIV non si preoccupa se infetta altre persone
- Le persone che vivono con HIV con carica virale rilevabile non dovrebbero avere attività sessuale

E' d'accordo o in disaccordo con le seguenti affermazioni:

- Se avessi la possibilità di scegliere, preferirei non prestare assistenza o servizi a...

[opzioni: fortemente d'accordo – d'accordo – né in accordo né in disaccordo – in disaccordo – fortemente in disaccordo]

- Persone che iniettano droghe illegali
- Uomini che hanno rapporti sessuali con uomini
- Lavoratori del sesso
- Persone transgender (uomini e donne)

Preferisco non fornire cure o servizi a persone che iniettano droghe illegali perchè...
[selezioni tutte le ragioni applicabili]

- Mi espongono a un rischio maggiore di malattie
- Queste persone compiono comportamenti immorali
- Non ho ricevuto una formazione per lavorare con questo gruppo di persone

Preferisco non fornire cure o servizi a uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini perchè...
[selezioni tutte le ragioni applicabili]

- Mi espongono a un rischio maggiore di malattie
- Queste persone compiono comportamenti immorali
- Non ho ricevuto una formazione per lavorare con questo gruppo di persone

Preferisco non fornire cure o servizi a lavoratori del sesso perchè...
[selezioni tutte le ragioni applicabili]

- Mi espongono a un rischio maggiore di malattie
- Queste persone compiono comportamenti immorali
- Non ho ricevuto una formazione per lavorare con questo gruppo di persone

Preferisco non fornire cure o servizi a uomini o donne transgender perchè...
[selezioni tutte le ragioni applicabili]

- Mi espongono a un rischio maggiore di malattie
- Queste persone compiono comportamenti immorali
- Non ho ricevuto una formazione per lavorare con questo gruppo di persone

Grazie per aver partecipato al sondaggio!

Allegato 2: Richiesta e concessa autorizzazione per somministrazione questionario.

AZIENDA SANITARIA TERRITORIA

☐ Prot. n.
☐ Id. n.

Pesaro, lì

UNIVERSITA'POLITECNICA
DELLE MARCHE
POLO DIDATTICO DI PESARO

Oggetto: RILASCIO **AUTORIZZAZIONE QUESTIONARIO PER TESI STUDENTESSA:_DI LUCA ELEONORA**

Con riferimento alla V/s richiesta 00771559|20/05/2026|AST-PU|AAGG|A di pari oggetto, si rilascia autorizzazione in favore della studentessa :
DI LUCA ELEONORA
Distinti saluti.

Direttore Professioni Sanitarie
Dott.ssa Stefania Rasori

Direttore Sanitario
Dott. Edoardo Berselli

Servizio Sanitario Regione Marche
AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE PESARO URBINO
Sede legale: Piazzale Cinelli 4 – 61121 Pesaro _ Partita Iva 02789340417
PEC: ast.pesarourbino901@emarche.it; ast.pesarourbino@emarche.it