



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**Trasmissione HIV: l'importanza del  
comportamento sanitario preventivo e  
self-efficacy**

Relatore: Dott.ssa  
**Loredana De Col**

Tesi di Laurea di:  
**Elisa Donnini**

A.A. 2019/2020

## **INDICE**

<b>1.INTRODUZIONE.....</b>	<b>1</b>
1.1 DEFINIZIONE ED ETIOLOGIA DELL'AIDS. ....	1
1.2 POSSIBILE ORIGINE DEL VIRUS HIV .....	2
1.3 QUADRO CLINICO .....	2
1.3.1 FASI DELLA MALATTIA.....	4
1.4 EPIDEMIOLOGIA .....	5
1.5 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI .....	6
1.6 TERAPIA .....	6
1.7 VERSO L'OBIETTIVO .....	7
<b>2. OBIETTIVO.....</b>	<b>9</b>
<b>3. MATERIALI E METODI .....</b>	<b>11</b>
<b>4. RISULTATI.....</b>	<b>13</b>
4.1 RISULTATI CORRELATI AL PAZIENTE HIV- POSITIVO.....	13
4.2 RISULTATI CORRELATI ALLA PERSONA SANA A RISCHIO .....	17
<b>5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE.....</b>	<b>21</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....</b>	<b>25</b>

# **1.INTRODUZIONE.**

## **1.1 DEFINIZIONE ED ETIOLOGIA DELL'AIDS.**

La sindrome da immunodeficienza acquisita o Aids consiste in una grave forma di immunodeficienza causata nell'uomo da un virus denominato Hiv. Nelle persone affette da questo stato morboso si verifica, nello stadio terminale della malattia, una completa inefficienza del sistema immunitario, in queste condizioni numerosi microrganismi, molti dei quali saprofiti o commensali abituali della cute o delle mucose, possono invadere l'organismo ammalato e dare luogo ad infezioni opportunistiche, secondarie all'infezione primaria da Hiv.

L'Hiv (Human immunodeficiency virus) è un virus che appartiene ad una particolare famiglia virale, quella dei retrovirus, essa è dotata di un meccanismo replicativo unico, infatti, grazie ad uno specifico enzima, la trascrittasi inversa, i retrovirus sono in grado di trasformare il proprio patrimonio genetico a RNA in un doppio filamento di DNA. Questo va ad inserirsi nel DNA della cellula infettata (chiamata cellula ospite o cellula bersaglio) e da lì dirige la produzione di nuove particelle virali. Le principali cellule bersaglio dell'Hiv riguardano particolari cellule del sistema immunitario, i linfociti T di tipo CD4, fondamentali nella risposta adattiva contro svariati agenti patogeni ed oncogeni. Il sistema immunitario viene in questo modo indebolito fino all'annullamento della risposta contro gli altri virus, batteri, protozoi, funghi e cellule tumorali.

## **1.2 POSSIBILE ORIGINE DEL VIRUS HIV**

Molti studiosi hanno nel tempo sostenuto l'ipotesi che questo virus sia derivato da mutazioni genetiche di un virus che colpisce alcune specie di scimpanzé africani, il SIV (Scimmian Immunodeficiency Virus); tramite studi di biologia molecolare è stato possibile stabilire una relazione fra l'HIV ed il SIV, identificando una omologia genetica del 98% tra questi due virus. L'infezione da HIV sarebbe quindi trasmessa all'uomo da altre specie animali, sarebbe infatti migrato dal serbatoio dei primati a quello umano probabilmente con la cacciagione oppure tramite riti tribali che comportavano il contatto con il sangue di questi animali.

Il SIV sarebbe poi mutato nell'HIV nel corso di molti anni attraverso successive variazioni genetiche. Tale ipotesi è stata recentemente confermata dal lavoro di un gruppo di ricercatori della University of Alabama di Birmingham, presentata alla 6a Conferenza sui Retrovirus e sulle Infezioni Opportunistiche tenutasi a Chicago nel febbraio 1999, dove una particolare specie di scimpanzé, il Pan troglodytes, è stata riconosciuta come più probabile sorgente dell'infezione per l'uomo.

L'HIV sarebbe quindi esistito per lungo tempo in piccole comunità tribali dell'Africa e poi con l'urbanizzazione, soprattutto durante il colonialismo, che ha portato a grandi spostamenti di persone e all'acquisizione di costumi più liberi, con conseguente aumento degli scambi sessuali, dovuti anche alla prostituzione, è stata favorita la sua grande diffusione.

## **1.3 QUADRO CLINICO**

La persona, dopo essere entrata in contatto con l'Hiv, diventa positiva al test per l'Hiv, ciò significa che l'infezione è in atto e che è dunque possibile

trasmettere il virus ad altri. Tra il momento del contagio e la positivizzazione del test Hiv intercorre un periodo chiamato “finestra”, che ha durata mediamente di quaranta giorni dall’ultimo comportamento a rischio, durante questo periodo la persona potrebbe risultare negativa al test, ma comunque sarebbe in grado di trasmettere l’infezione.

Dopo il contagio è possibile vivere per anni senza alcun sintomo e accorgersi dell’infezione solo al manifestarsi di una malattia, spesso infatti sottoporsi al test risulta l’unico modo per scoprirne la sua presenza.

Essa diventa clinicamente conclamata nel momento dell’insorgenza di una o più malattie dette “indicative di Aids”. Alcune di queste sono infezioni opportunistiche provocate da agenti patogeni che normalmente non infettano le persone sane, ma quelle con un sistema immunitario fortemente compromesso. Gli agenti principali sono:

- Protozoi, tra cui lo *Pneumocystis carinii*, responsabile di una particolare forma di polmonite detta pneumocistosi e il *Toxoplasma Gondii*, che provoca la toxoplasmosi.
- Batteri, soprattutto *Mycobacterium tuberculosis*, responsabile della tubercolosi.
- Virus, tra cui l’Herpes simplex e il Cytomegalovirus.
- Funghi, come per esempio la *Candida albicans* che può interessare varie parti del corpo, soprattutto bocca, esofago e polmoni.

Fra le malattie indicative di Aids sono compresi anche vari tipi di tumori, principalmente i linfomi, sarcoma di Kaposi e carcinoma del collo dell’utero. L’Aids (Acquired immune deficiency syndrome) identifica quindi uno stadio clinico avanzato dell’infezione da Hiv.

### 1.3.1 FASI DELLA MALATTIA

Pur variando notevolmente da persona a persona, la malattia può essere schematizzata in cinque fasi:

- 1) Fase dell'infezione o fase acuta: si verifica nelle due settimane successive al contagio, caratterizzata da sintomi aspecifici e quindi difficilmente riconducibili alla malattia come febbre, ingrossamento dei linfonodi, eruzioni cutanee, mal di testa, astenia. Si verifica quindi il quadro clinico di una infezione acuta virale che spontaneamente regredisce. Da sei a dodici settimane più tardi si verificherà la sieroconversione.
- 2) Fase asintomatica: il soggetto è diventato sieropositivo e il virus è quindi presente in circolo, non è presente nessun sintomo specifico ma la persona è infettiva.
- 3) Fase linfonodale o fase LGP (Linfoadenopatia Generalizzata Persistente): non sempre si verifica questa fase, è riferita ad un periodo in cui si ha un persistente e marcato ingrossamento dei linfonodi in diverse stazioni dell'organismo senza alcun motivo apparente, i soggetti mostrano condizioni apparentemente buone.
- 4) Fase ARC (Aids-Related-Complex): con questo acronimo si indica un complesso di sintomi evidenti che inducono a correlare il complesso dei segni dell'infezione da Hiv. L'incubazione che precede questa fase è stimata da sei mesi a cinque anni. I sintomi prevalenti saranno l'astenia, diarrea, febbre non superiore ai 38°C, dolori addominali, sudorazione notturna, perdita di peso, persiste l'ingrossamento dei linfonodi e compaiono infezioni di tipo erpetico nella zona intorno alla bocca e nell'area genitale, dermatiti di vario tipo. Questa fase può

avere una durata variabile, è irreversibile ed è il chiaro segno dell'immunodeficienza

- 5) Fase di Aids conclamato: quando la distruzione dei linfociti T Helper (CD4) è ormai totale, il soggetto è completamente esposto all'azione di tutti gli agenti patogeni che riusciranno ad avere un ampio campo d'azione in un organismo privo di difese, questa fase si conclude, pur con tempi differenti, con la morte del soggetto.

## **1.4 EPIDEMIOLOGIA**

Esistono tre vie di trasmissione dell'HIV: ematica, materno-fetale e sessuale. La trasmissione per via ematica può avvenire attraverso la trasfusione di sangue infetto o attraverso lo scambio di siringhe infette, trasmissione che è stata quasi del tutto eradicata dagli anni '90 grazie ad un controllo scrupoloso delle unità di sangue, al trattamento con calore degli emoderivati e all'accurata selezione dei donatori.

Questa trasmissione può essere veicolata anche dall'utilizzo di aghi usati, per questo motivo molto importante utilizzare aghi sterili monouso anche per le pratiche di agopuntura, mesoterapia, tatuaggi e piercing.

La trasmissione da madre a figlio, detta trasmissione verticale, può avvenire durante la gravidanza, il parto o l'allattamento. Il rischio per una donna sieropositiva di trasmettere l'infezione al feto è circa del 20%, attualmente questo rischio è ridotto al di sotto del 2% somministrando un farmaco antivirale alla madre durante la gravidanza e al neonato nelle prime sei settimane di vita.

La trasmissione per via sessuale è nel mondo, la modalità di trasmissione al giorno d'oggi più diffusa dell'infezione da Hiv, infatti i rapporti sia eterosessuali che omosessuali, non protetti dal preservativo, possono essere

causa di trasmissione dell'infezione attraverso il contatto tra i liquidi biologici infetti (secrezioni vaginali, liquido pre-eiaculatorio, sperma, sangue) e le mucose. Infatti piccole lesioni o infiammazioni causate da infezioni del tratto genitale e pratiche sessuali che possono provocare lesioni delle mucose comportano un aumento del rischio di trasmettere e/o acquisire l'Hiv.

## **1.5 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

L'accertamento viene ottenuto dall'integrazione dell'osservazione clinica con le indagini di laboratorio, è possibile infatti effettuare l'isolamento del virus in laboratori specializzati.

La legge italiana (L.135 del Giugno 1990) garantisce che il test anti-HIV sia effettuato solo con il consenso della persona, il test non è infatti obbligatorio ma sarebbe opportuno effettuarlo se si sono avuti comportamenti a rischio, esso è gratuito ed anonimo, generalmente non è necessaria ricetta medica.

Sapere precocemente di essere sieropositivi al test Hiv consente di effettuare tempestivamente la terapia farmacologica che permette oggi di migliorare la qualità di vita e vivere più a lungo.

## **1.6 TERAPIA**

Ad oggi nonostante non esista una terapia in grado di eradicare completamente l'infezione da Hiv, esistono però farmaci antiretrovirali efficaci in grado di controllare la replicazione virale, questi farmaci utilizzati in maniera associata assumono il nome di terapia antiretrovirale (ART), essa permette alle persone Hiv positive di allungare il periodo che intercorre tra il contagio e la fase conclamata di malattia (Aids).



La ART è costituita da tre o più farmaci antiretrovirali utilizzati in associazione poiché hanno diversi meccanismi d'azione contro il virus Hiv, essa protegge l'individuo infetto da Hiv dall'indebolimento del sistema immunitario, permettendogli di svolgere una vita normale e in salute anche per decenni.

I farmaci antiretrovirali disponibili che costituiscono la ART sono:

- Inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa, NNRTI
- Inibitori nucleosidici della trascrittasi inversa, NRTI
- Inibitori della proteasi *P*/Inibitori dell'integrasi, INI
- Antagonisti del CCR5

Il regime ART raccomandato in prima linea è costituito da una combinazione di due NRTI cosiddetti di Backbone più un terzo farmaco, la scelta del regime dipende da vari fattori, tra cui la carica virale del paziente.

## **1.7 VERSO L'OBIETTIVO**

La persona, anche se sieropositiva, avrà quindi spesso una buona aspettativa di vita, potrà infatti condurre una vita equiparabile alla persona sieronegativa seguendo il regime terapeutico prescritto e cercando di mettere in atto tutte le precauzioni necessarie per prevenire ed evitare il contagio degli altri soggetti, è proprio da questo elemento che sorge l'interesse sull'argomento di tesi che verrà trattato, infatti spesso le persone sieropositive riportano alti tassi di conoscenza su come l'Hiv può essere prevenuto ad esempio astenendosi dal sesso, rimanendo fedeli al partner, usando il preservativo durante i rapporti sessuali, ma rimangono incerte su come mettere in atto questi cambiamenti all'interno della propria vita e delle proprie relazioni personali, questo include l'incertezza riguardo a specifici comportamenti di

prevenzione e fattori che possono influenzare il rischio di trasmissione di Hiv con i partner sessuali.

È importante quindi che l'educazione preventiva venga integrata dai fornitori di cure e quindi anche dall'infermiere a quella che è l'assistenza sanitaria clinica nelle persone sieropositive, diversi studi dimostrano infatti che questa integrazione fa sì che la prevalenza dei rapporti sia anali che vaginali non protetti con qualsiasi partner diminuiscano.

La comunicazione preventiva è inoltre un tassello importante anche nell'effettuazione della profilassi pre-esposizione della malattia, soprattutto nella popolazione giovanile, periodo nella quale si è maggiormente attivi sessualmente, diversi studi hanno infatti dimostrato che l'uso del preservativo, è stato identificato dai giovani, come il metodo principale di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e quindi anche dell'Hiv, ma spesso meno della metà dei giovani sottoposti ai diversi studi dichiara di non usare il preservativo in modo coerente.

Il comportamento sanitario preventivo è importante che sia accompagnato anche da una buona self-efficacy (autoefficacia), essa inizia all'interno della teoria dell'apprendimento sociale di Bandura che è stata rinominata teoria cognitiva sociale ed è intesa come la fiducia di una persona nella sua capacità di intraprendere un'azione specifica per ottenere un risultato desiderato e di persistere in tale azione nonostante gli ostacoli o le sfide, essa permette quindi di andare ad influenzare i comportamenti a rischio dell'individuo compresi quelli che riguardano la trasmissione delle malattie sessualmente trasmissibili tra cui l'Hiv.

## **2. OBIETTIVO**

L'obiettivo di questo elaborato è per prima cosa quello di approfondire i vari aspetti della malattia, sottolineare l'importanza dell'utilizzo della comunicazione preventiva in quella che è l'educazione della persona già affetta da Hiv per evitarne la sua trasmissione ma anche nell'ambito della profilassi pre-esposizione della malattia stessa, da parte dei fornitori dei servizi e quindi anche da parte della figura dell'infermiere.

Sono infatti presenti numerosi studi che evidenziano come l'utilizzo di un approccio che integri alle cure mediche contro il virus Hiv interventi di prevenzione, aumenti la probabilità di evitare la diffusione della malattia attraverso la trasmissione sessuale, infatti già attraverso l'effettuazione di una breve consulenza da parte di un fornitore dei servizi, tra cui quindi anche l'infermiere, che sottolinei i rischi e le conseguenze negative del sesso non sicuro, influisca sul comportamento della persona.

Dimostrare inoltre che l'utilizzo della comunicazione preventiva è uno strumento molto efficace nella profilassi di pre-esposizione della malattia, soprattutto nella popolazione giovanile.

Sottolineare, grazie ai diversi studi presenti, l'importanza del concetto di self-efficacy, significativo predittore di molti comportamenti di salute che permettono l'avvio e la manutenzione di complessi comportamentali, essa riflette infatti, la convinzione della capacità del paziente di organizzare e integrare i comportamenti di autocura fisica, sociale ed emotiva per creare le proprie soluzioni ai problemi della vita quotidiana, permettendo quindi di influenzare il proprio processo decisionale anche nell'ambito di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili.

Indicare come la creazione di diversi interventi di prevenzione comportamentale e promozione di self-efficacy sviluppati e testati, sia di tipo

individuale che di gruppo, risultino spesso efficaci e dimostrino di poter influenzare il comportamento a rischio di individui sieropositivi e non.

Introdurre l'importanza del concetto di ottimismo disposizionale, processo che può influenzare il proprio processo decisionale e quindi anche il corso di azione sanitaria correlata, infatti questo concetto è valido anche per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili permettendo di sviluppare metodi adattivi di coping e adattamento che evitino la negazione delle misure preventive.

### **3.MATERIALI E METODI**

Per effettuare l'elaborato sono stati utilizzati principalmente i motori di ricerca della letteratura scientifica PubMed e Google Scholar, soffermandomi sugli articoli scientifici (trial randomizzati, meta analisi, revisioni sistematiche e linee guida) inerenti alla comunicazione preventiva e self-efficacy nell'ambito della prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili in particolare dell'Hiv, pubblicati principalmente dal 2001 al 2020.

Le parole chiave principali utilizzate per la ricerca nella letteratura scientifica sono: HIV, AIDS, health belief factors, preventive health behavior, sexual health, sexual assertiveness, self-efficacy, assertive communication, dispositional optimism. Sulla piattaforma PubMed è stato utilizzato principalmente l'operatore booleano "AND": HIV and preventive health behavior, Hiv and self-efficacy, Hiv and health belief factors, ecc.

La consultazione della letteratura scientifica è stata utilizzata principalmente per verificare l'esistenza di evidenze scientifiche che comprovino che la comunicazione preventiva e la promozione di una buona self-efficacy aumentino la probabilità di poter evitare la trasmissione della malattia provocata da Hiv.

Sono stati consultati inoltre libri di testo infermieristici e di igiene-medico sanitaria come Brunner-suddarth Infermieristica medico- chirurgica (Hinkle J.L.- Cheveer K.H.) e Competenze di igiene e cultura medico-sanitaria (Tortora R.) per descrivere la malattia in toto (definizione, etiologia, quadro clinico, epidemiologia).

È stato consultato il sito ufficiale dell'Istituto Superiore di Sanità per incrementare le informazioni generali e le vie di trasmissione dell'Hiv, il sito ufficiale del ministero della salute per approfondire aspetti relativi alla

definizione della malattia e al test alla quale la persona viene sottoposta per identificare il virus e altri siti informativi per la prevenzione e la salute come Infomedics e Pagine Mediche per approfondire il tema della terapia ATR e le reali origini dell'Hiv nell'uomo.

## **4. RISULTATI**

### **4.1 RISULTATI CORRELATI AL PAZIENTE HIV-POSITIVO**

Per argomentare i risultati che sottolineano l'importanza della comunicazione preventiva e promozione della self-efficacy nei confronti della persona Hiv-positiva sono stati analizzati tre articoli scientifici, il primo è uno studio randomizzato controllato condotto nel 2010 presso il Center for AIDS Prevention Studies, School of Nursing, in California, qui è stato sviluppato e testato un intervento di formazione per la prevenzione dell'Hiv in 4 cliniche per la cura dell'Hiv nella California settentrionale; il secondo è un'indagine cross-sectional condotta nel 2002 presso i Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia negli USA, esso ha avuto l'obiettivo di esaminare il resoconto dei pazienti sieropositivi sul fatto che i fornitori di cure per l'Hiv abbiano mai parlato con loro della pratica del sesso sicuro e della divulgazione dello stato di sieropositività ai partner sessuali; il terzo articolo condotto nel 1998 presso il dipartimento di medicina preventiva, Institute for Health Promotion and Disease Prevention Research, University of Southern California, Los Angeles, ha esaminato se la consulenza preventiva di uomini HIV-positivi era associata all'auto-rivelazione della sieropositività ai partner sessuali.

Verranno di seguito analizzati brevemente gli studi sopra riportati.

Lo studio randomizzato controllato ha arruolato 44 fornitori di cure, provenienti da quattro cliniche di assistenza primaria per l'Hiv della California, suddivisi in due gruppi, metà dei soggetti fornitori (n=22) sono stati assegnati in maniera casuale all'intervento, mentre l'altra metà (n=22)

sono stati assegnati allo standard di cura. Sono stati quindi progettati, per il gruppo di intervento, tre sessioni di formazione per migliorare l'autoefficacia dei fornitori e aumentare le competenze per discutere del rischio di trasmissione Hiv e favorire il cambiamento di comportamento a rischio con i loro pazienti sieropositivi.

La prima sessione di formazione prevedeva lo sviluppo delle abilità del fornitore nell'identificare e valutare il rischio e sviluppare messaggi mirati di riduzione del rischio. La seconda sessione comprendeva un follow-up sull'attuazione dei messaggi di prevenzione e ulteriori esercizi di costruzione delle competenze e studio di casi. La terza ed ultima sessione, condotta un mese dopo la seconda sessione, concepita come opportunità per i fornitori di riferire gli interventi di educazione alla prevenzione messi in atto con i propri pazienti e discutere le sfide nell'implementare le pratiche di prevenzione all'assistenza primaria.

Dopo la randomizzazione dei fornitori sono stati coinvolti i pazienti Hiv-positivi (n=386), reclutati nelle sale di attesa delle cliniche che sono stati assegnati al gruppo di intervento (n=181) o di controllo (n=205) in base all'assegnazione del loro fornitore di cure primarie allo studio randomizzato. La valutazione del paziente al basale si è effettuata prima della prima sessione di intervento rivolta ai fornitori, mentre la valutazione di follow-up è stata condotta a sei mesi dopo l'ultima sessione di intervento.

Alla valutazione basale, la maggior parte dei pazienti ha riferito che i loro fornitori di cure non aveva mai chiesto loro se erano sessualmente attivi (84%) e mai avevano avuto discussioni sulla prevenzione della trasmissione sessuale dell'Hiv (82%). Al follow-up di sei mesi invece, i pazienti del braccio di intervento avevano 1,49 volte più probabilità di aver discusso di sesso sicuro con il loro fornitore di cure negli ultimi sei mesi rispetto ai pazienti del braccio di controllo.



Questa differenza statisticamente significativa, sembra essere dovuta ad un mantenimento delle conversazioni di prevenzione con i pazienti i cui fornitori sono stati randomizzati nel braccio di intervento e quindi sottoposti alle sessioni di formazione.

L'indagine cross-sectional ha reclutato 886 pazienti, con età dai 18 anni in su, sieropositivi al test Hiv almeno tre mesi prima della partecipazione allo studio, sessualmente attivi nei tre mesi precedenti (masturbazione reciproca, sesso orale, vaginale, anale); ad essi è stato somministrato un questionario dove sono state mostrate diverse categorie di fornitori di cure con la quale avevano interagito, i partecipanti dovevano quindi indicare se un fornitore tra quelli presenti aveva mai parlato con loro di temi riguardanti il sesso sicuro e la divulgazione del loro stato di sieropositività ai partner sessuali. Il questionario chiedeva inoltre se i rapporti sessuali venivano effettuati con partner sieronegativi o di cui non si conosce lo stato, l'orientamento sessuale della persona, numero di visite cliniche effettuate da quando risultati positivi al test Hiv.

In tutte le cliniche, il 71% dei partecipanti (range tra le cliniche, 52-94%) ha riferito che almeno un fornitore della clinica aveva parlato con loro del sesso sicuro.

In generale, il 67% ha detto che un medico ha parlato di sesso sicuro, mentre solo circa la metà ha detto che altro personale della clinica (infermieri ed altri operatori) ha discusso di questo argomento.

La discussione sulla divulgazione della loro sieropositività era significativamente meno probabile della discussione sul sesso sicuro. Il cinquanta per cento dei partecipanti (range tra le cliniche, 31-78%) ha riferito che un fornitore della clinica aveva mai parlato con loro della divulgazione del loro stato di sieropositività ai partner sessuali, è stato inoltre riscontrato

che la divulgazione era più probabile che venisse riportata da coloro che avevano frequentato la clinica molte volte.

Il terzo studio è stato effettuato in due ambulatori Hiv di Los Angeles entrambi dedicati alla cura di pazienti sieropositivi ambulatoriali, l'obiettivo dello studio è quello di individuare quanti uomini sieropositivi riferiscono di aver ricevuto una consulenza sulla divulgazione del proprio stato, nel momento in cui hanno ricevuto il risultato del test o presso il loro attuale ambulatorio Hiv, se questa consulenza promuova la divulgazione ai partner sessuali e ciò comporti a sua volta la promozione di comportamenti sessuali più sicuri.

Sono stati reclutati pazienti risultati positivi all'Hiv da più di due mesi, parlanti inglese o spagnolo, di almeno 18 anni di età, giudicati dal personale medico in grado fisicamente e mentalmente di fornire risposte affidabili al questionario da sottoporre. Sono stati campionati sia uomini che donne, le donne non sono poi state incluse nell'analisi a causa del limitato numero. I partecipanti sono stati sottoposti al questionario, una volta compilato, esso è stato sigillato e depositato in una scatola di raccolta, svuotata quotidianamente.

Il questionario è stato strutturato in modo da accertare, in primo luogo, la percentuale di uomini che hanno riferito di aver ricevuto una consulenza sulla divulgazione in due diversi contesti (al post test e presso la loro clinica per l'Hiv), in secondo luogo, se coloro che hanno ricevuto la consulenza al post test e alla clinica, avevano tassi di divulgazione più alti rispetto a quelli che avevano ricevuto consulenza solo in uno dei due contesti, oppure in nessuno di essi, in terzo luogo se i tassi di divulgazione aumenterebbero in base al numero di consulenze effettuate dai fornitori.

Ai partecipanti è stato quindi chiesto di ripensare al giorno in cui hanno ricevuto il risultato del test Hiv positivo e indicare (sì, no) se un consulente, educatore, infermiere o medico avesse discusso con loro l'argomento "informare i partner sessuali che si ha l'Hiv", inoltre è stato chiesto di indicare se un assistente sociale, medico, infermiere o un altro professionista della clinica Hiv avesse parlato con loro della divulgazione della loro infezione da Hiv ai partner sessuali (mai, una volta, più di una volta).

Gli uomini che avevano dati completi sulle variabili dello studio (n=577) sono stati inseriti in quattro gruppi:

- (a) quelli a cui è stata fornita una consulenza post-test e presso la clinica attuale.
- (b) quelli consigliati solo al post test.
- (c) quelli consigliati solo alla clinica attuale.
- (d) coloro che non hanno ricevuto consulenza in nessuno dei due luoghi.

Quasi il terzo del campione totale, ha riferito di non aver ricevuto consulenza né alla clinica Hiv né al post test.

I tassi di divulgazione a tutti i partner variavano significativamente tra i quattro gruppi di consulenza, infatti coloro che hanno riferito di aver ricevuto una consulenza al post test e alla clinica avevano molte più probabilità di aver rivelato a tutti i partner la loro sieropositività rispetto a quelli che avevano ricevuto una consulenza solo al post test o solo alla clinica, oppure in nessuno dei due siti.

## **4.2 RISULTATI CORRELATI ALLA PERSONA SANA A RISCHIO**

Per quanto riguarda i risultati ricercati sull'importanza della comunicazione preventiva e promozione della self-efficacy nell'ambito della profilassi pre-

esposizione dell'Hiv sono stati analizzati tre articoli scientifici. Il primo è uno studio effettuato presso il Department of Social Sciences, Urbana University in Ohio nel 2004, l'obiettivo di questo studio è quello di esaminare l'utilità dell'Health Belief Model (HBM), modello che continua ad essere suggerito per identificare i comportamenti preventivi, per quanto riguarda le intenzioni comportamentali preventive di malattie sessualmente trasmissibili e Hiv negli studenti universitari. Uno scopo secondario è quello di espandere lo studio dalle variabili puramente cognitive, come quelle della HBM, includendo altri fattori non cognitivi noti per essere predittivi di varie pratiche di comportamento sanitario. A tal fine, è stato identificato l'ottimismo disposizionale (aspettativa generalizzata o globale di risultati nella propria vita) in quanto predittore saliente in vari contesti legati alla salute.

Come tale, l'ottimismo disposizionale, può influenzare il processo decisionale di una persona e il corso di azioni relative alla salute tra cui la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e dell'HIV.

Il secondo studio è una meta-analisi effettuata nel 2014 presso il dipartimento di psicologia dell'università del Nord Carolina, lo scopo, in questo caso, era quello di sintetizzare tutte quelle ricerche che collegano la comunicazione sessuale degli adolescenti all'uso del preservativo e di esaminare i diversi moderatori di questa associazione.

Il terzo studio effettuato nel 1998 presso il dipartimento di psicologia dell'università di Rhode Island, lo scopo di questo studio era di identificare ed esaminare alcune delle variabili psicologiche che potrebbero influenzare l'impegno di una persona nel comportamento di prevenzione dell'AIDS. Sono stati ipotizzati tre costrutti: autoefficacia, controllo e significato, e rischio percepito, più positivamente correlati al comportamento preventivo dell'AIDS.

Verranno di seguito analizzati brevemente gli studi sopra riportati.

Il primo studio ha arruolato un totale di 93 uomini e 109 donne, studenti universitari, eterosessuali sessualmente attivi, con un'età compresa tra i 18 e 22 anni, sottoposti a una serie di questionari relativi al comportamento sanitario. Dai questionari sono state rilevate le seguenti informazioni: gli studenti maschi hanno riferito un tasso un po' più alto di uso costante del preservativo, con il 48,9%, mentre il 35,5% delle studentesse hanno dichiarato di aver usato "sempre" il preservativo. Al contrario una percentuale più alta di studentesse aveva già effettuato il test STD (19,6% dei maschi e 44% delle partecipanti di sesso femminile) e il test HIV (12% dei partecipanti di sesso maschile e 26,6% dei partecipanti di sesso femminile). L'autoefficacia è risultata essere la variabile più altamente significativa tra i predittori per l'uso previsto del preservativo nel contesto di entrambe le minacce per la salute STD e HIV.

Il secondo studio ha meta-analizzato un totale di 41 dimensioni di effetto indipendente da 34 studi con 15.046 partecipanti adolescenti con un'età compresa tra i 12 e 23 anni (età media= 16.8). Dallo studio è emerso che la dimensione media complessiva ponderata dell'effetto per la relazione comunicazione sessuale-uso di preservativi era del 24, 95%. Questa dimensione complessiva dell'effetto indica che la comunicazione sessuale ha un'associazione statisticamente significativa con l'uso del preservativo tra i giovani.

Il terzo studio ha arruolato un totale di 602 partecipanti (201 uomini e 401 donne) di un'università del New England, di età compresa dai 19 ai 45 anni (età media= 20 anni), sono stati sottoposti ad un questionario anonimo dove

sono state esaminate sette misure per definire operativamente i quattro costrutti di autoefficacia, controllo e significato, rischio percepito rischio, e comportamento preventivo dell'AIDS.

Nel complesso, i risultati mostrano che questi studenti universitari, si impegnano in comportamenti abbastanza rischiosi ma continuano a credere di non essere a rischio di infezione da HIV.

Il livello degli item ha rivelato, che le donne hanno ottenuto punteggi significativamente più alti sulle misure di efficacia dell'AIDS e su 3 dei 4 comportamenti preventivi dell'AIDS. Gli uomini, hanno ottenuto invece, punteggi significativamente più alti riguardo le misure del rischio percepito dell'AIDS. Nessune differenze di genere sono state trovate sulle misure di controllo, significato, uso del preservativo, o preoccupazione di essere stati esposti all'AIDS.

Come previsto, il controllo e il significato erano positivamente correlati all'autoefficacia, così come l'autoefficacia al comportamento preventivo dell'AIDS. Inoltre, il rischio percepito era negativamente correlato al comportamento preventivo dell'AIDS.

## **5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE.**

Per quanto riguarda l'importanza della messa in atto della comunicazione preventiva e della promozione della self-efficacy nei confronti del paziente Hiv-positivo, grazie agli studi analizzati abbiamo compreso per prima cosa che un breve intervento per la formazione dei fornitori di cure dell' HIV, per identificare il rischio e fornire un messaggio di prevenzione, si traduce in un aumento delle conversazioni di prevenzione e una riduzione del comportamento a rischio di trasmissione dell'HIV da parte dei pazienti sieropositivi, per questo è importante un approccio che preveda l'integrazione della comunicazione preventiva alle impostazioni di cura medica dell'HIV. Questi studi hanno infatti dimostrato che la prevalenza di rapporti anali o vaginali non protetti con qualsiasi partner è diminuita dal basale ossia dal momento in cui non era prevista l'integrazione della comunicazione preventiva, al follow-up ossia il momento in cui essa è stata introdotta ed utilizzata. Tuttavia, se le discussioni tra pazienti e fornitori sull'attività sessuale e la prevenzione dell'HIV avvengono solo una volta o sporadicamente, i pazienti che sono impegnati in comportamenti a rischio potrebbero non produrre dei risultati efficaci, e l'opportunità di iniziare una discussione sulla prevenzione verrà persa nella clinica dell'Hiv in poco tempo.

Inoltre è stato riscontrato che, dato il limitato tempo da dedicare per paziente, i fornitori tendono a concentrarsi di più sul comportamento sessuale perché è la "linea di fondo" nella prevenzione del rischio di trasmissione, mentre diversi operatori possono non sentirsi completamente preparati ad affrontare la questione della divulgazione. Il personale delle cliniche HIV potrebbe quindi aver bisogno di valutare e superare le barriere alla comunicazione

paziente-fornitore in modo che più pazienti sieropositivi ricevano i messaggi di prevenzione.

Gli operatori sanitari possono quindi giocare un ruolo significativo nell'aiutare i loro pazienti ad adottare e mantenere comportamenti sani con opportune risorse e formazione adeguata.

Per quanto riguarda la divulgazione, si è constatato che, le persone sieropositive, tendono a rivelare la loro infezione da HIV a quasi tutti i partner che hanno riferito di essere a loro volta sieropositivi. Questo alto tasso suggerisce infatti, che la reciproca rivelazione facilita la divulgazione, una volta che un partner rivela o accenna al suo stato di sieropositività, l'altro è probabile che segua l'esempio, perché le potenziali reazioni negative come la stigmatizzazione, il rifiuto o il rifiuto del sesso sono meno probabili da una persona che è anch'essa sieropositiva; è stato però individuato che grazie al rafforzamento della consulenza ha aumentato significativamente anche la probabilità di informare tutti i partner che sono stati segnalati come sieronegativi.

Come già detto, una comunicazione preventiva che venga effettuata nel lungo tempo e sostenuta da più fonti, aumenta i risultati di riduzione dei comportamenti di rischio e aumentano la probabilità di divulgazione ai partner sessuali.

È stato inoltre individuato l'ambulatorio come luogo ideale per la consegna di messaggi di prevenzione ripetuti perché è un ambiente in cui i sieropositivi incontrano più professionisti della salute (per esempio, medici, infermieri, assistenti medici e assistenti sociali) nel tempo.

Per quanto invece riguarda le persone sane a rischio, grazie agli studi analizzati prevalentemente sui giovani, perché come abbiamo detto, fascia d'età maggiormente attiva sessualmente, è emerso che è fondamentale



l'identificazione di quei fattori che si ritiene siano predittivi dei comportamenti preventivi positivi, per poter così creare interventi efficaci volti a prevenire malattie sessualmente trasmissibili e quindi anche l'HIV.

L'autoefficacia è risultata un fattore predittivo significativo dell'uso previsto del preservativo, ma anche dell'intenzione di effettuare il test Hiv, questo conferma che, la fiducia dei giovani nelle loro capacità di impegnarsi in comportamenti preventivi per le malattie sessualmente trasmissibili e l'HIV, è un fattore critico nelle loro reali intenzioni di agire.

Un'altra scoperta degna di nota, è che, la variabile di valutazione della minaccia della gravità percepita dell'HIV è stata identificata come un predittore significativo dell'intenzione di fare il test dell'HIV.

La percezione della gravità dell'HIV può essere un predittore più saliente delle intenzioni di fare il test, per questo di fondamentale importanza incrementare gli interventi di comunicazione preventiva anche nella profilassi pre-esposizione, questo anche per aumentare l'utilizzo del preservativo, considerato dai giovani principalmente come metodo di controllo delle nascite e non di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, infatti il rischio di trasmissione sessuale viene visto come un improbabile rischio per la loro salute, dimostrando quindi tassi più bassi di comportamento preventivo.

È stato inoltre dimostrato, che è presente un'associazione di media grandezza tra comunicazione e uso del preservativo, infatti i giovani che si sono impegnati in una maggiore comunicazione sessuale con i loro partner di appuntamento, hanno riferito un maggior uso del preservativo nei loro incontri sessuali, ciò suggerisce che, la comunicazione con un partner sessuale, è un fattore determinante per un comportamento sessuale più sicuro nell'arco della vita.

Un focus specifico sulla negoziazione del preservativo e sull'assertività può rivelarsi infatti, più utile per un uso costante del preservativo nel tempo, è quindi importante che anche i fornitori di salute spendano tempo ad aiutare i giovani a sviluppare abilità per comunicare informazioni riguardo la propria salute sessuale.

I risultati degli studi confermano che un'attenzione sulla comunicazione sessuale è giustificata nei futuri sforzi di intervento con i giovani. Per quanto riguarda questa fascia d'età, è importante focalizzarsi sull'uso del preservativo, in quanto richiede un certo livello di cooperazione e accordo tra i partner.

Questo è particolarmente vero per le ragazze adolescenti che possono avere la volontà di utilizzare il preservativo, ma hanno meno controllo comportamentale diretto sui preservativi rispetto ai ragazzi e devono quindi fare maggiore affidamento su strategie di negoziazione verbale per questo sarà importante rafforzare le capacità di socializzazione.

È stato constatato inoltre che, un senso di significato e controllo, così come i sentimenti di autoefficacia e il rischio percepito, sono significativamente correlati al comportamento di prevenzione dell'AIDS nei giovani, premettendo quindi loro di sentirsi capaci di poter prendere precauzioni appropriate e prevenire con successo l'infezione da HIV. Allo stesso modo, più una persona si sente capace, maggiore è la probabilità che lui o lei si impegnerà nella prevenzione.

È quindi vitale creare programmi di intervento che migliorino la percezione di autoefficacia della persona e l'autocontrollo.

I giovani adulti dovrebbero imparare a identificare e anticipare le situazioni ad alto rischio e allo stesso tempo imparare comportamenti alternativi e più sicuri.

## **6.BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

Clitt, Tortora, R., Competenze di igiene e cultura medico-sanitaria, AIDS, (2016). (Pag. 435-442).

De Rosa, C. J., & Marks, G. (1998).

Preventive counseling of HIV-positive men and self-disclosure of serostatus to sex partners: New opportunities for prevention. *Health Psychology*, 17(3), 224–231.

<https://doi.org/10.1037//0278-6133.17.3.224>

Epicentro, l'epidemiologia per la sanità pubblica, istituto superiore di sanità, infezione da Hiv e Aids, informazioni generali, (2020).

<https://www.epicentro.iss.it/aids/#:~:text=L'HIV%20%C3%A8%20un%20virus,un%20doppio%20filamento%20di%20DNA>.

Epicentro, l'epidemiologia per la sanità pubblica, istituto superiore di sanità, infezione da Hiv e Aids, vie di trasmissione, (2020).

<https://www.epicentro.iss.it/aids/trasmissione>

Goldman, J. A., & Harlow, L. L. (1998).

Self-perception variables that mediate AIDS-preventive behavior in college students. *Health Psychology*, 12(6), 489–498.

<https://doi.org/10.1037//0278-6133.12.6.489>

Infomedics, informati per la salute, HIV/AIDS, terapia, (2021).

<https://www.infomedics.it/therapeutic-areas/hiv-aids/terapia.html>

Marks, G., Richardson, J. L., Crepaz, N., Stoyanoff, S., Milam, J., Kemper, C., McCutchan, A. (2002). Are HIV care providers talking with patients about safer sex and disclosure? AIDS, 16(14), 1953–1957.

<https://doi.org/10.1097/00002030-200209270-00013>

Ministero della salute, conoscere Hiv e Aids/ Cos'è l'Aids, (2020).

<http://www.salute.gov.it/portale/hiv/dettaglioContenutiHIV.jsp?lingua=italiano&id=5206&area=aids&menu=conoscere>

Ministero della salute, Hiv e Aids, test Hiv, (2020).

<http://www.salute.gov.it/portale/hiv/dettaglioContenutiHIV.jsp?lingua=italiano&id=185&area=aids&menu=vuoto#:~:text=Il%20periodo%20finestra%20%C3%A8%20di,dall'ultimo%20comportamento%20a%20rischio.>

Pagine mediche, le origini dell'HIV, (2017).

<https://www.paginemediche.it/medicina-e-prevenzione/disturbi-e-malattie/hiv-origini>

Rose, C. D., Courtenay-Quirk, C., Knight, K., Shade, S. B., Vittinghoff, E., Gomez, C., Colfax, G. (2010). HIV Intervention for Providers Study: A Randomized Controlled Trial of a Clinician-Delivered HIV Risk-Reduction Intervention for HIV-Positive People. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 55(5), 572–581.

<https://doi.org/10.1097/qai.0b013e3181ee4c62>

Zak-Place, J., & Stern, M. (2004).

Health Belief Factors and Dispositional Optimism as Predictors of STD and HIV Preventive Behavior. *Journal of American College Health*, 52(5), 229–236.

<https://doi.org/10.3200/jach.52.5.229-236>

## **RINGRAZIAMENTI**

Ringrazio per prima la mia famiglia, grazie per avermi permesso di intraprendere questo percorso di studi, per avermi sopportato e supportato durante tutte le crisi, i ripensamenti, ma anche durante i periodi di felicità e soddisfazione.

Alle mie compagne di università incontrate alla sede di Fermo durante il primo anno, Benedetta, Martina e Nicol, grazie per avermi insegnato a voler bene in poco tempo, ad essere sempre disponibile, a dare tutto ciò che è mio agli altri, sempre.

Ai miei compagni di università incontrati alla sede di Pesaro, Alessandro, Ania, Davide, Giulia e Valeria grazie per avermi accolto senza alcun pregiudizio, per le continue risate e le esperienze uniche vissute, grazie per esserci sempre, in qualsiasi momento, ancora oggi.

Ringrazio Gabriele, grazie per avermi sempre spronato durante tutti questi anni, per avermi dato tanta forza quando ogni volta stavo per cadere, per essermi stato vicino anche quando ero più lontano.

Alle mie amiche del cuore, Anita e Sara, senza il vostro sostegno non ce l'avrei mai fatta, grazie per le camminate di sfogo, per l'internet prestato, per essermi state vicino in questo brutto periodo che ho passato.

Quando ricorderò questi anni di percorso vi penserò sempre, lì, tutti insieme, in un angolo importante del mio cuore.