



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Facoltà di medicina e chirurgia

**Corso di Laurea in
INFERMIERISTICA**

**Ruolo educativo dell'infermiere nelle questioni di
salute relative alle infezioni da HIV e HCV.
Uno studio policentrico.**

Relatore:
Prof. Giordano Cotichelli

Tesi di Laurea di:
Beatrice Cavezzi

Anno Accademico 2018/2019

INDICE

1. INTRODUZIONE

1.1 Premessa	1
1.2 Da HCV a epatite C	4
1.2.1 <i>Epidemiologia</i>	5
1.2.3 <i>Manifestazioni cliniche</i>	7
1.2.4 <i>Diagnosi</i>	7
1.2.5 <i>Trasmissione e prevenzione</i>	9
1.2.6 <i>Terapia</i>	10
1.3 Da HIV a AIDS	10
1.3.1 <i>Epidemiologia</i>	11
1.3.2 <i>Fisiopatologia, stadi dell'infezione e manifestazioni cliniche</i>	12
1.3.3 <i>Diagnosi</i>	14
1.3.4 <i>Trasmissione e prevenzione</i>	16
1.3.5 <i>Terapia</i>	19
1.4 Ruolo educativo dell'infermiere	21

2. DISEGNO DI RICERCA

2.1 Obiettivo	23
2.2 Setting and timing	24
2.3 Campionamento	24
2.4 Limiti dello studio	25
2.5 Materiali e metodi	26

3. RISULTATI

3.1 Descrizione del campione	31
3.2 Domande di tipo personale	31
3.3 Comportamenti ed esperienze	32
3.4 Domande conoscitive	39
3.4.1 <i>HIV</i>	39
3.4.2 <i>HCV</i>	40

4. DISCUSSIONE

43

5. CONCLUSIONE.....	59
----------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

1 INTRODUZIONE

1.1 PREMESSA

Il sistema sanitario italiano nell'ultimo decennio ha riposto sempre più considerazione verso la tutela di uno stato di benessere e la sua promozione, scostando l'attenzione dal precedente, radicato e dominante concetto di "malattia".

Il profilo dell'infermiere negli anni si è modificato ed è evoluto, così come le peculiarità dell'assistenza infermieristica, volta ormai, soprattutto, alla prevenzione e alla promozione della salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1946 ha definito la salute come "uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non solo l'assenza di malattia e infermità"¹, riformulando la definizione nel 1998 come "uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia"¹ ma come può l'infermiere ottenere questo standard assistenziale?

La risposta sta nella messa a punto, nella congiunzione e correlazione, di più fattori contemporaneamente come strategie di prevenzione, programmi di monitoraggio, politica di riduzione dei rischi, educazione sanitaria e nutrizionale e opportuno trattamento terapeutico.

In alcune situazioni cliniche coordinare interventi di promozione della salute con un adeguato complemento terapeutico permettono di risolvere la malattia secondo regimi e protocolli standard, assicurando e prevedendo la guarigione; in altri casi però vale il detto "prevenire è meglio che curare". Il riferimento è destinato a tutte quelle patologie che possono aggravare, anche fatalmente, le condizioni di vita dell'individuo, patologie che possono non essere riconosciute, e quindi curate, in tempi brevi potendo così evolvere; sono patologie per cui mettere in pratica norme di sicurezza e salvaguardia, potrebbe essere determinante per non incorrere in scomode complicanze o addirittura la morte; sono patologie, per concludere, facilmente evitabili e che, tramite le sole conoscenza e prevenzione, potrebbero essere fortemente ridotte se non potenzialmente eradicare.

¹ OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità. La salute. Tratto da MoveEurope, campagna europea per la promozione della salute, disponibile in <http://www.move-europe.it/Salute.htm>.

Il lavoro di tesi svolto verte proprio su quest'ultimi concetti, in quanto sviluppato osservando le caratteristiche, studiando i comportamenti dei soggetti e conferendo principi educativi, circa due patologie che ormai, nel 2019, tutti dovremmo conoscere per proteggere noi stessi e il prossimo: epatite C e AIDS.

L'epatite C è la patologia epatica che scaturisce dall'infezione del virus HCV mentre, per AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome), s'intende una sindrome immunitaria evolutiva provocata dall'infezione del virus HIV (Human Immunodeficiency Virus). Tenendo in considerazione che la tesi svolta interessa prevalentemente la prevenzione delle due patologie, durante la stesura si farà riferimento fondamentalmente a HCV ed HIV, piuttosto che ad epatite C e AIDS evidenziando come, le due effettive malattie, sono solo fasi successive e conseguenti ad una pregressa infezione virale.

Le epatiti sono malattie infiammatorie epatiche che, nel mondo, sono causate prevalentemente da virus epatotropi come, appunto, l'HCV. Esse rappresentano un problema rilevante dal punto di vista epidemiologico, oltre che clinico e socioassistenziale.

Secondo i dati statistici, l'incidenza delle epatiti risulta essere in decremento nell'ultimo decennio, grazie a provvedimenti protettivi messi in atto come controllo delle trasfusioni, diffusione di metodi diagnostici specifici, campagne di prevenzione come "Meet, Test and Treat" promossa dalla Croce Rossa Italiana ma ci si auspica, negli anni a seguire, di sfiorare l'eradicazione della malattia.

Indicazioni ed osservazioni simili valgono anche per la sindrome da immunodeficienza acquisita, nota ormai a tutti ma purtroppo non profondamente conosciuta.

L'epidemia relativa ad HIV/AIDS è recente; è iniziata nel 1982 ma, negli ultimi anni, se ne parla poco, sembra essere "passata di moda": in realtà costituisce un problema ancora attuale. Nonostante infatti siano stati fatti svariati progressi in questo ambito, prevenzione, diagnosi precoce e accurato regime di trattamento risultano ancora caposalda nell'ottica di un'opportuna promozione della salute. Dall'inizio dell'epidemia (1982) a oggi, i dati

riportano 69.734 casi di AIDS, di cui 44.814 deceduti fino al 2015 ^[2], dati allarmanti e preoccupanti, ma modificabili solo con i più giusti comportamenti.

E' questo che si auspica Rosaria Iardino, attivista HIV sieropositiva quando, in un'intervista rilasciata dopo la morte dell'immunologo Fernando Aiuti, dice che "tutto quello che abbiamo conquistato, in quelle battaglie che abbiamo fatto con Fernando... quel capitale lì si è un po' perso in questi anni, sarebbe bello riprenderlo anche con la contemporaneità dei social, con altre forme di comunicazione perché, chi ha legittimamente voglia di fare l'amore, deve sapere che può farlo usando il profilattico che costa 50 centesimi"³. Aiuti e Iardino hanno lottato per combattere stigmi e falsi miti relativamente all'HIV e, quando nel 1991 il "Mattino" napoletano pubblicò il titolo "L'AIDS si trasmette con la saliva", risposero scambiandosi un bacio, bocca contro bocca, testimoniandolo con una foto che fece il giro del mondo e accogliendo positivamente risposta dalle extra-continentali Stati Uniti d'America e Giappone.

L'ormai oggi giorno celebre bacio tra Aiuti e la donna HIV+ non fu soltanto una risposta alle cosiddette fake news circolanti e ai tabù repressi della gente ma rappresentò anche una via per sconfiggere l'emarginazione sociale venutasi a creare, negli anni '90, tra i sieropositivi.

Fernando Aiuti, paladino della lotta contro lo stigma, nonché fondatore dell'associazione ANLAIDS -Associazione Nazionale Lotta contro AIDS- ha sempre considerato l'AIDS una malattia in cui questione scientifica e sociale si congiungessero perciò, quale miglior modo di eradicare il pregiudizio sociale, se non un concreto, vero, tangibile bacio a testimoniare la parola della scienza?

La criticità maggiore che si erge a fronte delle infezioni da HIV e HCV è il fatto che esse siano subdole, silenziose e perciò potenzialmente inevitabili, oltre che, in molti casi, sconosciute.

La trasmissione può difatti avvenire tra persone inconsapevoli del pericolo, ignari di comportamenti a rischio; più gravi sono i casi di persone che, consciamente, si sottopongono

³ Video Youtube (11/01/2019). Fernando Aiuti, la storia del bacio che cambiò la lotta all'Aids. Disponibile in https://www.youtube.com/watch?v=pckhsfN_3wQ.

al rischio, senza avere l'accortezza di proteggere sé stessi o, ancora peggio, soggetti che anno di avere, ma non lo dichiarano nel momento opportuno.

Basti pensare all'accaduto caso "Claudio Pinti" in Ancona che, per più di un decennio, ha intrattenuto rapporti sessuali con donne, uomini, transessuali, consapevole della propria condizione di sieropositività, senza tuttavia prendere alcuna precauzione per i suoi partners. Le vittime coinvolte nel caso Pinti, considerato ad oggi l'untore dell'HIV, sono state lese nel loro diritto alla salute, inconsapevolmente contagiate; l'anconetano è stato considerato responsabile di lesioni dolose gravissime.

Alla luce di questa realtà l'infermiere, responsabile dell'assistenza infermieristica generale "di natura tecnica, relazionale ed educativa", ha il dovere professionale di promuovere con ogni mezzo la salute ed il benessere dei cittadini offrendo, tra le sue varie possibilità, spunti educativi ed interventi di prevenzione primaria.

Nel corso della tesi si analizzeranno le motivazioni per cui tali interventi infermieristici risultano così rilevanti e si tenterà di metterli attivamente in pratica.

1.2 DA HCV A EPATITE C

Il virus HCV appartiene alla famiglia Flaviviridae e risulta essere un retrovirus, con RNA a singola elica, capace di infettare diverse popolazioni cellulari, pur presentando un elevato tropismo per gli epatociti. Esso fu individuato e denominato "virus dell'epatite C" a partire dal 1989 quando, dopo la scoperta del virus dell'epatite A e B, l'ammontare di nuovi casi di epatite post-trasfusione fece pensare dell'esistenza di un'altra tipologia di virus colpevole di tale infezione epatica.

L'epatite virale acuta è "una malattia necrotico-infiammatoria in cui il fegato è il principale organo bersaglio di virus primitivamente epatotropi che vengono denominati con lettere

dell'alfabeto dalla A alla E" [4]. Essi sono HAV, HBV, HCV, HDV e HEV, con caratteristiche e vie di trasmissioni differenti, ma responsabili di quadri clinici simili. La condizione acuta è caratterizzata da necrosi epatocitaria ed infiltrazione flogistica che terminano entro sei mesi dall'esordio; se non si risolve entro tale tempo, l'epatite viene definita "cronica". Generalmente l'epatite virale acuta ha una prognosi buona, essendo documentati svariati casi di guarigione, soprattutto da HAV e HBV; in caso di mancata risoluzione, l'infiammazione cronicizza, nell'1-4% dei casi da HBV e nell'80-90% dei casi da HCV [5]. Lo stato cronico è definito come un "processo infiammatorio cronico del parenchima epatico che può evolvere nel tempo verso la cirrosi epatica o l'epatocarcinoma" [4].

In Italia si stima che l'85% delle epatiti croniche riconosca un'eziologia virale, da HBV, HCV o in alcuni casi da HBV + HDV [4].

1.2.1 EPIDEMIOLOGIA

Secondo le stime OMS -Organizzazione mondiale della sanità- riferite al 2016, nel mondo sono circa 80 milioni le persone affette da HCV [6].

Le prevalenze maggiori si registrano in Africa occidentale, Europa orientale e Asia centrale anche se, essendo HCV un virus silente e occulto come HIV, si crede che i dati a disposizione potrebbero sottostimare il reale quadro epidemiologico, a causa di diagnosi non ancora effettuate[7].

Nel 2017, 29 stati europei registravano 31.273 casi di infezione HCV, con un decremento del 9,8% dall'anno precedente; di essi 861 sono stati classificati come acuti corrispondendo perciò a nuove diagnosi di infezione da HCV, 6805 risultano casi cronici mentre i restanti sono casi di caratteristiche sconosciute. Le incidenze maggiori ogni 100.000 abitanti si sono registrate in Lettonia (71,5), Islanda (28,1) e Finlandia (20,3); in Italia l'incidenza è

gradualmente diminuita da quando il virus è stato scoperto passando da 5,0/100.000 abitanti nel 1985, al 2,0 nel 1995, al 0,5 nel 2005 fino al 0,3 nel 2017 [8],[9].

Tale risultato è stato ottenuto grazie ad un maggior controllo trasfusionale ed un miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie.

Il tasso di mortalità ricavati dai dati ISTAT, risulta connesso ad epatite C in circa 8-10 mila persone/anno.

1.2.2 PATOGENESI E MANIFESTAZIONI CLINICHE

I meccanismi patogenetici racchiusi dentro l'infezione da virus epatici sono ancora in fase di ricerca e approfondimento; ciò che accomuna le varie infezioni epatotrope è un infiltrato infiammatorio costituito soprattutto da linfociti T citotossici (CD8+) che comportano un danno immuno-mediato. Questo provoca una produzione di citochine che richiama al fegato un numero elevato di cellule infiammatorie non virus-specifiche che amplificano il danno innescato dai linfociti CD8+.

La situazione è più complessa nel caso dell'HCV essendo un virus fortemente variabile a livello genetico, caratteristica che gli permette di "mascherarsi" in diverse varianti virali eludendo perpetuamente il controllo immunitario e prolungando, in questo modo, l'infezione in atto.

Secondo la sua storia naturale, l'epatite C acuta eccezionalmente evolve nella forma fulminante in cui si ha una rapida necrosi epatica massiva con insufficienza epatica, encefalopatia e decorso verso il coma entro 8 settimane; lo stadio acuto nel 15% dei casi, grazie ad un accurato trattamento terapeutico, giunge alla guarigione; nell'85% dei casi permuta in epatite cronica (molto frequente in infezione da HCV), anticipando o meno complicanze specifiche.

Le complicanze a lungo termine dell'epatite C cronica sono la cirrosi dopo circa vent'anni (30% dei casi) e, in presenza di condizione cirrotica, l'epatocarcinoma (HCC nel 1-4% dei casi ogni anno).

La mortalità complessiva risulta del 2-6% all'anno ^[4].

1.2.3 MANIFESTAZIONI CLINICHE

Il quadro clinico dell'epatite virale acuta è sostanzialmente indistinguibile, qualsiasi sia il virus responsabile. Il periodo d'incubazione è clinicamente silente ed ha durata differente per i diversi virus epatici, andando da 15 a 180 giorni nell'HCV.

Dopo l'incubazione, possono essere distinte tre fasi ^[5] relative all'evoluzione dell'epatite virale acuta:

1. Periodo prodromico (o pre-itterico): potrebbe non manifestarsi; se si manifesta presenta una durata variabile da 3-4 giorni a 2-3 settimane. La sintomatologia è simil-influenzale con astenia, malessere generale, cefalea, anoressia, nausea e vomito, febbre, talvolta algia all'ipocondrio destro.
2. Periodo itterico: si protrae per 2-6 settimane. Si verifica la comparsa di ittero, accompagnata da prurito, urine scure "marsala" e feci ipocoliche: costituiscono i segni caratteristici di patologia epatica, confermata anche da alterazioni laboratoristiche dei valori epatici (transaminasi, gamma GT, colesterolo, bilirubina).
3. Periodo di convalescenza (guarigione): generalmente l'epatite virale acuta si risolve con una restitutio ab integrum del fegato che può però richiedere un tempo protratto.

1.2.4 DIAGNOSI

Gli aspetti clinici e biochimici delle epatiti sono prevalentemente sovrapponibili, proprio per questo è importante effettuare, oltre che la diagnosi di epatite, la diagnosi differenziale tra le varie tipologie di epatite e patologie epatiche, in quanto ognuno va trattato differentemente ed opportunamente. Per tale scopo ci si avvale di test sierologici specifici, arricchiti da dati

epidemiologici e una ricca e completa anamnesi che possono contribuire all'orientamento diagnostico.

In particolare, la diagnosi di HCV in fase acuta è difficilmente individuabile per la frequente assenza di sintomi specifici e per la tardiva comparsa di anticorpi anti-HCV, spesso rilevabili solo successivamente rispetto al termine della fase acuta.

Gli esami volti a diagnosticare HCV sono attualmente due: la ricerca degli anti-HCV e l'esame HCV-RNA anche se, indirettamente, è possibile valutare la presenza di uno stato d'inflammatione epatica tramite i livelli delle transaminasi.

Gli anticorpi anti-HCV sono rilevabili con metodiche immunoenzimatiche e, grazie alla loro odierna elevata sensibilità, è dimostrabile la presenza di anticorpi già dopo quattro settimane dall'esordio clinico. L'unica criticità è il fatto che l'esame non è in grado di discriminare tra patologie pregressa o in atto, aspetto denotabile solo tramite l'HCV-RNA.

Tale test si svolge su campioni di sangue o per mezzo di semplici e rapidi test salivari (ancora non disponibili in farmacia).

I risultati ottenuti sono attendibili; si potrebbero registrare esiti falsamente negativi se viene eseguito il prelievo nel cosiddetto periodo "finestra" con durata di sei mesi ma, oltre tale periodo, l'assenza di anticorpi certifica l'assenza di infezione.

Casi di risultati falsamente positivi si potrebbero invece riscontrare in caso di presenza di anticorpi derivanti da una pregressa esposizione al virus, già accuratamente eliminato dal sistema immunitario del soggetto; in questo caso potrebbe risultare indispensabile l'HCV-RNA¹⁰.

Quest'ultimo è volto all'individuazione del genoma virale dell'HCV, mediante la tecnica PCR (Polymerase Chain Reaction). Con questo test è possibile confermare definitivamente la presenza del virus grazie all'individuazione della quantità di particelle virali circolanti nel sangue (viremia), presenti già all'inizio dell'infezione e permanenti, nel 50% dei casi [4], anche dopo il termine della fase acuta.

¹⁰ Associazione EpaC Onlus, (2019). La diagnosi di HCV. Disponibile in <https://www.epatitec.info/patologia/diagnosi-esami-correlati>

1.2.5 TRASMISSIONE E PREVENZIONE

La trasmissione dell'HCV avviene prevalentemente per via parenterale (contatto ematico) o parenterale indiretta (uso di strumenti non sterilizzati contaminati o sporchi da sangue), interessando prevalentemente soggetti ritenuti a rischio come politrasfusi (soprattutto prima del 1995 quando iniziarono ad essere controllate le sacche trasfusionali) e tossicodipendenti. I principali mezzi di contagio sono oggi aghi e siringhe anche se, l'infezione tramite questa modalità, risulta essere progressivamente diminuita nell'Occidente grazie a procedure di sterilizzazione e crescente utilizzo di materiale monouso; permane invece ancora consistente, il pericolo nei paesi in via di sviluppo, per condizioni sanitario-ospedaliere ancora poco avanzate, aggravate da una esigua disponibilità economica. Meritevoli di attenzione sono anche le procedure trasfusionali, principale metodo di trasmissione di HCV prima del 1995, quando le sacche cominciarono ad essere sottoposte a controlli obbligatori per la ricerca di anticorpi anti-HCV; questo rischio si sta gradualmente azzerando nei paesi occidentali per i sempre più scrupolosi e puntuali controlli ma, allo stesso modo, rimane cospicuo nei paesi in via di sviluppo¹¹.

La via sessuale è molto meno frequente e, specialmente, è stimato come nullo il rischio nelle coppie monogame ^[12].

In alcuni situazioni tuttavia, tale via di contagio risulta essere comunque pericolosa come in caso di individui con elevata promiscuità sessuale, co-infezione con HIV, presenza di lesioni genitali, presenza di ciclo mestruale, per cui il rischio non è considerato indifferente¹¹.

La trasmissione verticale è possibile ma rara, caratterizzando il 4-7% delle madri con viremia positiva, incidenza che aumenta fino al 15-20% in caso di co-infezione con HIV ^[4].

¹¹Associazione EpaC Onlus, (2019). Le modalità di contagio. Disponibile in <https://www.epatitec.info/patologia/modalità-contagio>.

1.2.6 TERAPIA

L'HCV è mortale ma ormai assolutamente curabile: mortale perché subdola, silenziosa, asintomatica nelle prime fasi, per cui può gradualmente evolvere, complicarsi, affiancarsi ad altre patologie preesistenti e provocare il decesso; oggi giorno però curabile, grazie ad opportune terapie che possono aiutare le cellule immunitarie a combattere l'infezione. Nel 45% dei soggetti infetti da HCV e fino al 20% dei soggetti con co-infezione HCV- HIV, il sistema immunitario elimina naturalmente il virus nel corso dei primi mesi dal contagio, senza necessità di terapia ^{13,14}.

Se l'infezione non viene debellata dalle cellule dell'immunità, può cronicizzare; in questo caso, grazie ad una specifica terapia antiretrovirale, si mira all'eradicazione dell'infezione.

Il trattamento antiretrovirale è indicato entro 8-12 settimane dall'esordio dei sintomi, utilizzando interferone-gamma o ribavirina.

1.3 DA HIV A AIDS

L'inizio dell'epidemia di HIV viene storicamente collocato nella primavera del 1981 quando viene individuata, per la prima volta, in alcuni cittadini americani.

In particolare, vennero analizzati i quadri clinici di giovani adulti omosessuali che vivevano in grandi metropoli, come New York o Los Angeles che, da un'iniziale condizione di buona salute, andarono incontro a progressivi peggioramenti, fino a manifestazioni sintomatiche come sarcoma di Kaposi o polmonite da Pneumocystis, riscontrabili solo in caso di sistema immunitario danneggiato. Non sapendo ancora identificare tale sindrome, essa venne denominata "GRID" (Gay Related ImmunoDeficiency), pensando che fosse, come recita il nome stesso, una malattia che provocasse immunodeficienza riguardante soggetti omosessuali.

¹³ Associazione LILA – Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS, (2009). Guida all'epatite C per le persone sieropositive: diagnosi, coinfezione, trattamento e sostegno. Disponibile in <https://www.lila.it/it/vivere-con-hiv/797-coinfezione-hivhcv>.

¹⁴ Associazione LILA – Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS, (2010). L'Hiv e le epatiti. Disponibile in <https://www.lila.it/it/vivere-con-hiv/797-coinfezione-hivhcv>.

Nel 1982 fu utilizzato per la prima volta l'acronimo inglese AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) per indicare tale sindrome; soltanto nel successivo 1983 avviene l'identificazione di un retrovirus, potenziale agente eziologico di AIDS, isolato in un linfonodo di un paziente affetto ^[4].

Il virus dell'immunodeficienza umana (HIV) appartiene ad un gruppo di parassiti endocellulari detti "retrovirus", per la presenza di materiale genetico codificato nel RNA (acido ribonucleico).

Esso, infiltrandosi nell'organismo ospite, provoca un generale deficit immunitario, andando ad attaccare le cellule dell'immunità. La conseguenza primaria è una progressiva immunodepressione che espone la persona ad un aumentato rischio di infezione opportunistica, con evoluzione delle condizioni di salute verso quadri clinici anche critici ^[15].

1.3.1 EPIDEMIOLOGIA

Secondo i dati UNAIDS (United Nation Programme on AIDS) a fronte dei 36,9 milioni di persone che vivono con il virus, nel 2017 si sono riscontrate 1,8 nuove diagnosi, senza considerare i nuovi casi di contagio inconsapevoli.

Per quanto riguarda la situazione mondiale, la maggior parte delle nuove diagnosi si sono avute in Africa Sud-Orientale (800mila persone), Africa Centro-Occidentale (370mila) e Asia, Pacifico (280 mila); nell'Europa occidentale e Nord America sono state registrate 70 mila nuovi casi.

Focalizzandoci sul contesto europeo, nel 2017 i paesi facenti parte dell'OMS Europa hanno registrato 159.420 nuove infezioni; la prevalenza si ha nei paesi dell'Europa orientale, seguiti da quelli occidentali ed infine quelli centrali ¹⁶.

¹⁶ COA – Centro Operativo AIDS (2018). Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica – Epicentro. A cura dell'ISS – Istituto Superiore di Sanità. Disponibile in <https://www.epicentro.iss.it/aids/epidemiologia-italia>.

Osservando la situazione ancor più in profondità, in Italia secondo studi condotti nel 2017 fino al 31 maggio 2018, sono state registrate 3443 nuove diagnosi, equivalenti a 5,7 casi ogni 100.000 residenti; le incidenze maggiori si sono avute in Molise (10,0 nuovi casi/100.000 residenti), Lazio (7,5) e Umbria (6,7); nelle Marche si è registrata un'incidenza ogni 100.000 residenti di 6,0, per un totale di 91 nuovi casi.

Nel 2016, secondo le stesse analisi statistiche supportato dal COA, nelle Marche sono stati registrati 113 nuovi casi, con un'incidenza maggiore nella provincia di Macerata (3,7/100.000), Ascoli Piceno (2,9/100.000) ed infine di 1,3/100.000 per il nostro capoluogo¹⁷.

Per quanto riguarda invece i casi di AIDS conclamato, ne sono stati segnalati 69.734 casi dal 1982, 690 casi nel 2017, pari a circa 1,1 abitanti ogni 100.000 e, oltre il 70% di questi episodi, corrisponde a soggetti che non sapevano di essere HIV positivi; a questo proposito si stima che altri individui manchino ancora all'appello, non sapendo di avere la malattia.

Nelle Marche negli anni 2016-2017 sono stati contati 50 casi di AIDS; dall'inizio dell'epidemia si è avuta un'incidenza ogni 100.000 abitanti del 2,4 ad Ascoli Piceno, di 1,3 a Macerata e di 1,1 in Ancona ^[2].

Generalmente dal 2014 l'incidenza di AIDS è in lieve e costante diminuzione ^[2].

1.3.2 FISIOPATOLOGIA, STADI DELL'INFEZIONE E MANIFESTAZIONI CLINICHE

La principale cellula bersaglio dell'HIV è il linfocita T (helper), principalmente presentante il recettore CD4+, il maggior recettore del virus in esame; tuttavia, purché avvenga l'infezione, il virus ha bisogno di legarsi ad un ulteriore recettore (CXCR4 o CCR5) espresso, oltre che sulla membrana del linfocita T, anche da monociti-macrofagi.

Lo sviluppo del virus, sino alla manifestazione della malattia avviene secondo un processo che può durare anche anni e secondo tre fasi [TABELLA 1- STADI INFEZIONE HIV]:

¹⁷ ISS – Istituto Superiore di Sanità, (2018). Ultimo rapporto sull'AIDS in Italia. Disponibile in <https://www.marchesanita.it/home/notizie/ultimo-rapporto-dellistituto-superiore-di-sanita-sull-aids-in-italia-spia-rossa-per-la-regione-marche>.

1. Infezione primaria e sindrome acuta: inizia 2-4 settimane dopo il contatto; in questo stadio il virus replica molto velocemente. La gp120 (glicoproteina fondamentale per l'adesione cellula-virus) si lega prima al recettore CD4 e, successivamente, al co-recettore (CXCR4 o CCR5); il capsido dell' HIV viene inoculato nella cellula ospite deassemblato, liberando il genoma che viene retrotrascritto in DNA (trascrittasi inversa) ed inserito nel DNA della cellula bersaglio, costituendone permanentemente parte integrante; qui il virus rimane silente e va incontro a processi di replicazione di pari passo con l'ospite, sfruttando i fisiologici meccanismi cellulare.

La persona presenterà, per massimo qualche settimana, sintomi simili-influenzali come astenia, artromialgie, febbre, astenia, nausea, vomito, diarrea, transitori esantemi o, in alcuni casi, si avranno sintomi simulanti mononucleosi per cui si potrebbero fare analisi aggiuntive. Solo raramente tale quadro clinico è riconducibile alla sua vera natura a meno che, non venga dichiarata dal paziente, una precisa esposizione al rischio.

Questa fase può durare da 1-2 settimane ad alcuni mesi.

2. Fase di latenza: compare una risposta immunitaria specifica, prima T-citotossica poi anticorpale, che consente un parziale controllo della replicazione virale e, dunque, l'instaurarsi di questa stasi. Clinicamente si registrano: comparsa di anticorpi specifici contro il virus, lieve riduzione della viremia e riduzione dei linfociti T CD4, gradualmente eliminati da una sorta di circolo vizioso per le cellule immunitarie, cronicamente attivate dalla presenza del virus, sono le stesse in cui il virus attecchisce e si riproduce, falsandone il funzionamento. L'incubazione può durare anche molti anni silente, finché la malattia non si palesa con l'insorgere di una o più infezioni opportunistiche.

3. Malattia conclamata o AIDS: quanto più elevata sarà la replicazione virale, tanto più rapida sarà la distruzione dei linfociti T CD4 e più breve sarà la durata del periodo di latenza e di conseguenza, più veloce sarà il raggiungimento del livello-soglia dei linfociti T ($200/\text{mm}^3$) al di sotto del quale si verificano manifestazioni sintomatiche della malattia ^[4]. Il quadro clinico comprende dimagrimento e anoressia, febbre, diarrea profusa, gonfiore persistente ai linfonodi, sudorazione notturna, oltre alle cosiddette infezioni opportunistiche, derivanti da patogeni innocui per le persone immunocompetenti ma che possono dimostrarsi pericolosi, e anche letali, in individui immunodepressi. Le principali patologie opportunistiche sono polmoniti (specialmente da *Pneumocystis Carinii*), toxoplasmosi cerebrale, meningiti, polineuropatie del sistema nervoso periferico, candidosi esofagea,

esofagiti, oltre a neoplasia HIV-correlate come il sarcoma di Kaposi, il linfoma di non-Hodgkin ed il carcinoma della cervice uterina.

STUDIO CDC ^[18]	PARAMETRI DI LABORATORIO	SINTOMATOLOGIA
Stadio 1	Infezione HIV nota. Linfociti CD4 > 500/ μ L (oppure > 29%)	Nessuna manifestazione
Stadio 2	Infezione HIV nota. Linfociti CD4 200-500/ μ L (oppure 14-28%)	Nessuna manifestazione
Stadio 3	Infezione HIV nota. Linfociti CD4 < 200/ μ L (oppure > 14%)	Comparsa di infezioni opportunistiche definenti AIDS
Stadio imprecisato	Sieropositività per HIV documentata ma nessun dato clinico documentato.	Nessuna patologia definente AIDS.

TABELLA 1- STADI INFEZIONE HIV

1.3.3 DIAGNOSI

Un aspetto molto importante nell'accertamento di HIV, è sottoporsi agli appositi controlli facendo trascorrere poco tempo dal comportamento a rischio verificatesi.

Infatti, una diagnosi precoce, consente un'assistenza medica precoce, potendo ricorrere ad un trattamento farmacologico in grado di garantire migliori aspettative di vita.

La conferma della presenza di HIV proviene dall'identificazione, nel siero del paziente, di anticorpi anti-HIV specifici mediante metodo ELISA (Enzime-Linked Immunosorbent Assay). Tali anticorpi sono identificabili dopo una settimana dal contagio nel solo 10% dei pazienti, dopo 2-3 settimane nel 50% dei pazienti e dopo 3 mesi nella totalità dei pazienti ^[4]; queste differenze sono dovute al cosiddetto "periodo finestra", in cui la persona è potenzialmente infettante, pur permanendo sieronegativa perché non sono stati prodotti ancora anticorpi specifici. Nei primi giorni dopo il contagio (periodo "finestra") in

un'elevata percentuale di casi può essere rilevato l'antigene p24 dell'HIV, riscontrabile grazie ad alcuni test di screening che ne rilevano la presenza. Se nello stesso periodo il test che viene eseguito è l'ELISA, quest'ultimo va ripetuto dopo 2-3 mesi per avere conferma del risultato.

La sensibilità del test ELISA si aggira intorno al 99% tuttavia, in caso di riscontrata positività, si preferisce ripetere nuovamente il test (proveniente da un'azienda differente) dopo circa 2-3 mesi o, in alternativa, compiere un test "western blot"; quest'ultimo sfrutta l'elettroforesi per separare le proteine di cui il virus è composto, per poi ricercare, tramite l'uso di anticorpi specifici, la proteina riferita ad HIV. Se invece ELISA viene eseguito dopo il termine del periodo finestra (identificato dal CDC come almeno di 12 settimane) e risulta negativo, questo risultato è ritenuto attendibile e veritiero.

Falsi negativi e falsi positivi sono rari ma comunque possibili e devono essere sottesi sempre ad un secondo controllo.

La legge italiana n.135 del 1990 stabilisce che il test HIV possa essere effettuato tramite un semplice prelievo ematico in modo gratuito e presso ospedali, cliniche universitarie o centri specializzati in malattie infettive. Secondo l'articolo 5, esso viene eseguito "adottando tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita"; "nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV se non per motivi di necessità clinica nel suo interesse. [...] Sono consentite nell'ambito di programmi epidemiologici, soltanto quando i campioni da analizzare siano stati resi anonimi". Inoltre, "la comunicazione di risultati può essere data esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti"¹⁹.

L'esecuzione del test non risulta obbligatoria, né può essere resa tale ma è fortemente consigliata per la tutela della salute propria e pubblica, se si sono avuti comportamenti a rischio.

¹⁹ Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana n. 132 (1990). Legge n. 135 del 05 giugno 1990 - "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS". Disponibile in https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario;jsessionid=LoRadccS2x3eUExlthXWQ_.ntc-as2-guri2b?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1990-06-08&atto.codiceRedazionale=090G0179&elenco30giorni=false.

1.3.4 TRASMISSIONE E PREVENZIONE

Il virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) viene trasmesso per via verticale ed orizzontale, tramite il contatto con liquidi corporei come sangue, sperma, secrezioni vaginali, liquido amniotico e latte materno; essi contengono cellule CD4+ infette e virioni liberi che, a contatto con liquidi corporei dell'organismo ospite, scaturiscono in infezione.

Per trasmissione verticale s'intende quella che durante la gravidanza si verifica tra madre sieropositiva ad HIV e figlio.

Secondo le linee guida italiane ^[20] lo screening per verificare la presenza di HIV dovrebbe essere assicurato a tutte le donne ad inizio gravidanza ed al primo trimestre per consentire di pianificare i trattamenti utili per evitare un contagio del feto.

L'identificazione precoce durante la gravidanza delle donne sieropositive per HIV è finalizzata a ridurre il rischio di trasmissione materno-fetale.

In caso di test positivo, le stesse linee guida sopracitate raccomandano di cominciare al più presto la terapia antiretrovirale, per continuarla tutto il resto della vita; la donna viene comunque opportunamente rassicurata del fatto che il neonato potrebbe nascere HIV negativo.

In molti casi infatti, l'HIV non passa attraverso la placenta contagiando il feto perché il suo scopo è di proteggerlo e svilupparlo; la funzione "barriera" attribuibile alla placenta, tuttavia, viene meno in caso di infezioni uterine, recente o avanzata infezione da HIV e malnutrizione, che costituiscono fattori di rischio per il contagio.

Nel 2017 questo tipo di trasmissione ha interessato lo 0,3% (12 casi) delle totali nuove infezioni segnalate. Nonostante il tasso di trasmissioni madre-feto sia lieve, è scopo dell'OMS quello di ridurre il rischio o addirittura eradicarlo, rispettando il regolare e consigliato iter terapeutico.

Difatti è dimostrato che l'assenza di trattamento antiretrovirale nella madre sieropositiva aumenta il rischio di trasmissione dal 15 al 30% ^[20]. Non sono stati segnalati casi di

trasmissione verticale di HIV fra le donne che hanno svolto la prevenzione della trasmissione materno-fetale dell'infezione ^[21].

La trasmissione al feto può avvenire in tre momenti: nel grembo materno, durante il parto o successivamente durante l'allattamento; oltre l'80% degli episodi di trasmissione verticale avviene nel terzo trimestre di gravidanza e durante il parto.

È possibile pianificare interventi preventivi, come taglio cesareo programmato, profilassi farmacologica o alimentazione artificiale del neonato per abbattere il rischio di MTCT (Mother-To-Child Transmission) a meno dell'1% ^[22].

Riguardo il tema allattamento, il "The Maternal & Neonatal Health Program" raccomanda di trasmettere consigli e supporto per l'alimentazione sostitutiva nel caso in cui la donna decida di non allattare e di vincolare l'allattamento a soli sei mesi nel caso di in cui decida di farlo, informando sui rischi correlati e pianificando lo svezzamento.

Sulla stessa linea di pensiero si colloca anche l'OMS, che appoggia e sostiene l'allattamento da parte di madri HIV+ pur specificando che, le madri consapevoli della loro condizione di sieropositività, dovrebbero assumere terapia antiretrovirale tutta la vita unita ad un'opportuna profilassi per ridurre il rischio di contagio²³.

La situazione è diversa nel contesto italiano: il nostro Sistema Sanitario non supporta l'allattamento al seno di donne positive a HIV ritenendo il rischio piuttosto concreto, ingente e consistente. L' allattamento materno in Italia risulterebbe perciò controindicato come ribadito da studi riferiti al 2012 del Ministero della Sanità.

Per quanto riguarda la trasmissione orizzontale, la porta d'ingresso in Europa è stata lo scambio di siringhe (vie ematica) ma, ad oggi, il metodo di contagio più frequente risulta essere quello sessuale. Nel 2017 è stato testimoniato che la trasmissione eterosessuale costituisce la forma di trasmissione più frequente, ammontando al 46% dei casi totali, di cui 25% uomini e 21% donne; nel 38% dei casi assistiamo ad un'incidenza di HIV in soggetti omosessuali^[2].

Tale contagio si verifica tramite contatto con liquidi biologici infetti come secrezioni

²³ WHO – World Health Organization, (2019). Infant feeding for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. Disponibile in https://www.who.int/elena/titles/hiv_infant_feeding/en/.

vaginali, sperma, liquido pre-eiaculatorio o sangue e con mucose, in caso di rapporti sessuali non protetti. Per questo motivo, tutti i rapporti che presuppongono a traumatismo e lesione della mucosa, vaginale o rettale, comportano un rischio maggiore; in particolare nel rapporto anale passivo il rischio è aumentato, essendo la mucosa più fragile e meno protetta da muco o sostanze lubrificanti.

Risulta raccomandato l'utilizzo di metodi contraccettivi barriera, ovvero profilattici maschili o femminili, sia in caso di rapporti con penetrazione tra eterosessuali, che tra omosessuali. Allo stesso modo, nel caso di donne aventi rapporto con donne, è importante astenersi dal rapporto sessuale durante il periodo mestruale, è necessario che si eviti lo scambio di sex toys e, in caso di rapporto orale si consiglia l'uso del dental dam, un presidio in lattice che fornisce protezione del cavo orale. Anche i rapporti sessuali orali non sono esenti dal rischio di trasmissione infatti, pur essendo il rischio molto più lieve rispetto a rapporti anali o vaginali, una carica virale elevata, presenza di mucose orali non integre, presenza di malattia sessuale non trattata, sono fattori che predispongono al passaggio del virus.

Oggi giorno riguarda invece soltanto il 3% delle segnalazioni, la trasmissione tramite sostanze.

Quando iniziò l'epidemia negli Stati Uniti nel 1981, la diffusione avvenne prevalentemente tra tossicodipendenti che, come per sancire una maggior unione del loro gruppo, erano soliti scambiarsi reciprocamente siringhe, che risultavano però contaminate da sangue. In seguito alla scoperta del virus tuttavia, si è dato il via a campagne di prevenzione e riduzione del danno, per incentivare una minor diffusione.

Il metodo iniettivo però, non risulta essere l'unica via di trasmissione ematica; negli anni '80 ci fu un'elevata propagazione della malattia tramite infusione terapeutica di emoderivati, al tempo non sottoposti a controlli, e trapianto di organi. Gli screening delle unità di sangue iniziano dal 1995 e portano l'eliminazione delle sacche risultanti infette, un maggior ricorso alla trasfusione autologa e l'accurata selezione dei donatori escludendo coloro presentanti comportamenti a rischio abituali o recenti. Queste attente e scrupolose metodiche hanno gradualmente permesso di ridurre il rischio diffusivo, giungendo oggi a controlli molto approfonditi e sicuri, accompagnati ad un'incidenza tanto lieve da sfiorare l'eradicazione (tramite tale via).

Un aspetto meritevole di attenzione per quanto riguarda la trasmissione per via ematica è indubbiamente il rischio per gli operatori sanitari, sottoposti ad accidentale venuta a contatto con sangue tramite mucose o per via transcutanea, prevenibile tramite accurato uso di DPI e pratiche di sicurezza.

1.3.5 TERAPIA

Un aspetto fondamentale nel monitoraggio dell'infezione da HIV risulta essere la conta dei linfociti T CD4+. Le linee guida internazionali raccomandano un intervento terapeutico con una soglia ben superiore ai 200 linfociti/mm³; nei pazienti in terapia, il rallentamento della replicazione virale che essa provoca, corrisponde ad una progressiva ricostituzione delle cellule immunitarie, con una graduale crescita delle cellule T, tanto più rapida quanto maggiore è il livello dei linfociti helper. La terapia può essere intrapresa anche in fase di malattia molto avanzata (con linfociti < 100/mm³): in questo caso il soggetto impiegherà svariati mesi o anni affinché torni ad essere immunocompetente tuttavia, è stato studiato, che l'assunzione di farmaci antiretrovirali contribuisce comunque ad una ridotta probabilità di contrarre infezioni opportunistiche.

Fino alla prima metà degli anni '90 erano pochi i farmaci specifici a disposizione; dal 1996 vennero scoperte e registrate nuove molecole farmacologiche che costituiscono il cardine per la nuova, e ancora attuale, terapia antiretrovirale. Quest'ultima, oggi riconosciuta con l'acronimo HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy), consiste in una terapia di combinazione che prevede l'associazione di almeno tre molecole efficaci, in modo da ottenere un effetto sinergico con una conseguente soppressione duratura della replicazione virale. In questo modo si ottiene un arresto della progressione della malattia e un graduale ripopolamento del patrimonio linfocitario T helper: la mortalità e le infezioni opportunistiche, dall'inizio della somministrazione della HAART, si sono ridotte fortemente fin da subito, come hanno dimostrato man mano i livelli di CD4.

L'obiettivo fondamentale della conta dei linfociti CD4 è riscontrabile, oltre che per valutare l'andamento della terapia, soprattutto dal punto di vista prognostico, in quanto fornisce una

stima del grado di immunodepressione del soggetto, e perciò della probabilità di incorrere in infezioni opportunistiche.

Quest'ultime costituiscono una primaria peculiarità della sindrome da immunodeficienza acquisita.

Prendendo in considerazione che il maggior numero di decessi per AIDS sono correlati ad infezioni opportunistiche, si è prestata particolare attenzione al riconoscimento, trattamento e profilassi delle comuni infezioni comunitarie.

Secondo stime WHO, più del 30% degli affetti da HIV nel mondo che iniziano un percorso terapeutico specifico presentano già, al momento dell'assunzione della terapia, una patologia cronica avanzata che comporta un indebolimento dello stato immunitario, con una conseguente maggior vulnerabilità a microorganismi infettanti che, attecchendo in un organismo già debole a livello immunitario, possono causarne il decesso²⁴.

Ad accompagnare opportunamente la terapia dell'HIV son stati sperimentati, nel corso degli anni, numerosi vaccini dimostratisi però poco efficaci; differente è però il caso del vaccino "TAT", proposto dalla dott.ssa Ensoli, direttrice del Centro Ricerca AIDS dell'ISS. La TAT è una proteina virale essenziale per la replicazione del virus, che concorre alla patogenesi della malattia e che, a differenza delle altre tipologie di proteine, è meno predisposta a mutazioni, mantenendosi uguale in tutti i tipi di HIV²⁵. Queste caratteristiche rendono la proteina un candidato ideale per lo sviluppo di un vaccino che, secondo quanto testimoniato da un follow up durato 8 anni e pubblicato su "Frontiers in Immunology", è capace di ridurre drasticamente (del 90%) il serbatoio del virus latente.

In questo modo, secondo i ricercatori dell'ISS guidati dalla direttrice Ensoli, si aprono nuove prospettive per la cura dell'HIV anche dopo la sospensione della terapia antiretrovirale, riducendo anche la tossicità farmacologica e migliorando qualità di vita e aderenza alla terapia. Le ricerche proseguono costantemente mantenendo l'obiettivo, caro ai ricercatori, di eradicare la malattia.

²⁴ UNAIDS - United Nations on HIV and AIDS, (luglio 2019). Alti tassi di mortalità, la lotta all'HIV non è finita, rapporto 2019. Disponibile in <https://www.medicisenzafrontiere.it/>.

²⁵ HIV-1 TAT vaccines, (2007). TAT di HIV-1, un approccio vaccinale innovativo. Disponibile in www.hiv1tat-vaccines.info/italian/scientific_background.htm.

1.4 RUOLO EDUCATIVO DELL'INFERMIERE

Nel profilo professionale dell'infermiere (D.M. n° 739/1994) si definisce che “l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria”.

Emerge subito in modo chiaro e definito come, dopo il 1994, l'infermiere trasla la propria figura da mero esecutore di procedure a vero e proprio professionista sanitario, volto a garantire ed assistere ogni aspetto della condizione di salute altrui.

Alla buona tecnica associata da anni, nell'ambito sanitario, all'infermiere, si affianca ormai un approccio assistenziale volto al supporto dei bisogni, al superamento olistico della malattia, all'educazione sanitaria, portando gli utenti a realizzare uno “stato di completo benessere”.

Particolare attenzione meritano le espressioni “prevenzione” ed “educazione sanitaria”, attività effettivamente appartenenti all'ambito d'intervento infermieristico anche se tale aspetto risulta ancora ignoto alla maggioranza.

“La prevenzione è un insieme di attività, azioni ed interventi attuati con il fine prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie.”²⁶

Sono stati classificati tre livelli di prevenzione: la prevenzione “primaria” si sviluppa prima dell'insorgenza della malattia, dedicandosi alla promozione della salute ed alla divulgazione di interventi di educazione sanitaria; la prevenzione “secondaria” è centrata sul mantenimento di un buono stato di salute tramite, ad esempio, interventi di screening e controlli; la prevenzione “terziaria” infine, è orientata alla riduzione del deterioramento e al miglioramento della qualità di vita tramite interventi specifici.

In ambito infermieristico la prevenzione si esplica tramite interventi di educazione sanitaria, con cui si vogliono aumentare consapevolezza per il proprio stato di salute, coscienza individuale e predisposizione al cambiamento delle proprie abitudini qualora esse risultino rischiose per la propria salute.

²⁶ CNMR – Centro Nazionale Malattia Rare supportato da IIS – Istituto Superiore di Sanità, (2015). La prevenzione: definizione. Disponibile in <http://old.iss.it/cnmr/index.php?lang=1&id=2473&tipo=77>.

L'educazione sanitaria è un'attività di comunicazione intesa ad incrementare la salute ed eliminare i fattori di rischio, oltre che a prevenire le malattie; secondo l'OMS "ha lo scopo di aiutare la popolazione ad acquisire la salute attraverso il proprio comportamento ed i propri sforzi...". Il ruolo dell'infermiere sta proprio nel favorire provvedimenti che tendano alla promozione della propria salute.

Educazione e promozione infatti s'incontrano e accavallano sinergicamente al cospetto di un comune obiettivo: permettere alle persone di raggiungere il più alto livello di benessere possibile, in modo da vivere in modo più salutare e genuino.

In occasione della Prima conferenza internazionale sulla promozione della salute, svoltasi ad Ottawa nel 1986, sono state tracciate le linee guida per un'azione globale e concertata, con l'obiettivo di porre tutti nelle condizioni migliori per poter raggiungere il proprio pieno potenziale di salute.

La Carta di Ottawa definisce la promozione della salute come un "processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla salute e di migliorarla" [27].

Gli strumenti in mano ai professionisti sanitari sono svariati: campagne educative, grafica informativa, materiale scritto, confronto individuale, counselling,

In che modo convogliare tutte queste risorse nell'educazione di giovani e adulti?

Le corrette abitudini e pratiche di salute si strutturano in giovane età per cui, già da adolescenti, è bene che i più giovani conoscano i comportamenti a rischio; a questo proposito si svolgono continuamente numerose attività che illustrino gli effetti negativi dei principali atteggiamenti pericolosi, come fumo, alcool, abitudini sessuali errate, droghe, cattiva alimentazione.

Nell'età adulta invece, i soggetti risultano maggiormente bendisposti al cambiamento, all'apprendimento di stili di vita ottimali, al mantenimento di un buono stato di salute; si dimostra perciò una maggiore partecipazione e collaborazione ai programmi proposti.

Nell'intervento educativo in esame sarà possibile mostrare gli effetti prodotti e le impressioni scaturite, tra tutti i maggiori di sedici anni.

2 DISEGNO DI RICERCA

2.1 OBIETTIVO

“-Rendere le persone in grado di prendere decisioni consapevoli in merito alla loro salute sessuale e riproduttiva e assicurare che i loro diritti umani vengano rispettati, protetti e soddisfatti.

-Assicurare che tutte le persone possano godere del più alto livello di salute sessuale e riproduttiva e di benessere.

-Garantire l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva ed eliminare le disuguaglianze.”^[28]

Sono queste le aree di interesse che l'OMS Europea prevede per attuare il cosiddetto “Piano d'azione per la salute sessuale e riproduttiva”, un progetto promosso dal Ministero della Salute con l'obiettivo di scoprire conoscenze, comportamenti, atteggiamenti in ambito sessuale e riproduttivo delle diverse fasce della popolazione.

Tali fini rispecchiano al tempo stesso i fini della tesi elaborata, pur se in dimensione minore, entro un campione circoscritto, un tempo ristretto e con un diminuito numero di dati.

L'obiettivo primario è scovare i punti deboli della società in merito alle informazioni e comportamenti da attuare nell'ambito di HCV e HIV per proporre, su questa base, un intervento educativo volto a sanare eventuali incertezze e dubbi.

Un altro importante scopo è quello di promuovere l'accesso ai servizi specifici in caso di necessità, infatti “la proporzione di infetti recenti è alquanto bassa, in particolare tra le persone che hanno acquisito l'infezione attraverso contatti eterosessuali e tra gli stranieri, suggerendo un accesso precoce al test piuttosto ridotto” ^[2].

Ciò che vuole essere trasmesso è che HCV e HIV sono indubbiamente due virus da cui è più semplice proteggersi che curarsi ma che, una volta scovati e scoperti attraverso appositi test, risultano assolutamente controllabili o, nel caso di HCV, addirittura guaribili. Difatti, il

tempo che intercorre tra il contagio e l'effettiva diagnosi influenza fortemente il seguito della malattia.

Un notevole incoraggiamento in merito alla scelta, agli obiettivi e allo svolgimento della tesi è stato sicuramente fornito dalla collaborazione alle attività "Meet, Test & Treat" svolte dalla Croce Rossa Italiana dal dicembre 2018 nella provincia d'Ancona, secondo la guida e l'indicazione di Villa Maraini di Roma. Nel corso di tale progetto è stato offerto agli interessati la possibilità di sottoporsi ai test per HIV e HCV; è stato possibile assistere i partecipanti sino all'esecuzione degli esami, svolti dal professor Giacometti, direttore della SOD Malattie Infettive e Tropicali degli Ospedali Riuniti di Ancona e il dottor Burzacchini, fornendo indicazioni pratiche e informazioni circa i due virus.

2.2 SETTING AND TIMING

Lo studio policentrico ed osservazionale in esame è stato svolto tra i comuni Ancona, Camerano, Castelfidardo, Falconara Marittima, Jesi, Loreto, Numana, Osimo, Recanati e Senigallia della provincia d'Ancona.

Sono stati somministrati dei questionari informativo-comportamentali ai cittadini di queste località tra il mese di maggio e quello di agosto, per poi elaborare le risposte nel mese di settembre.

Per quanto riguarda la stesura completa della tesi, sono stati impiegati i mesi compresi tra aprile e ottobre.

2.3 CAMPIONAMENTO

Per lo svolgimento dello studio sono stati presi in considerazione gli individui superiori agli anni 16, facenti parte di specifici gruppi reperibili sul social network Facebook. I gruppi

scelti sono caratteristici e peculiari di ogni città scelta della provincia d'Ancona e ne comprende i relativi cittadini. Essi sono:

- “Sei de Ancona se...”
- “Camburan p'r sempr”
- “Oh neinì sei de Castello se...”
- “LA SAI L'ULTIMA A FALCONARA MARITTIMA?”
- “PERSONAGGI DE JESI”
- “Sei di Loreto se...”
- “Sei de Numana se...”
- “OSIMO SPEAKERS' CORNER”
- “Sei di Recanati se...”
- “Sei di Senigallia se...”

I criteri d'inclusione prevedono uomini e donne di età superiore o uguale ai sedici, membri dei gruppi presi in considerazione.

I criteri d'esclusione invece, scartano gli individui inferiori agli anni sedici compiuti. La scelta effettuata è sottesa al fatto che, secondo le testimonianze del COA ^[2], nella fascia di età 0-14 anni si sono verificate soltanto 14 diagnosi, di cui 12 da trasmissione verticale e 2 da rapporto eterosessuale tra quattordicenni. A valorizzare tale posizione il fatto che, secondo uno studio sulla fertilità condotto nel 2018 e supportato dal ministero della Salute, circa 8000 adolescenti delle scuole secondarie di secondo grado su 16000 studiati, dichiarano di non aver avuto rapporti sessuali ^[28]; intervistando studenti universitari è risultato invece che, la maggior parte di essi (18,5-19,5%), hanno avuto il loro primo rapporto sessuale rispettivamente a 16 e 17 anni. Alla luce di queste informazioni, considerando che la via sessuale risulta quella più frequentemente responsabile di contagio in HIV, e via di trasmissione alquanto pericolosa anche in HCV, si è ritenuto utile escludere dall'indagine i soggetti inferiori ai 16 anni.

2.4 LIMITI DELLO STUDIO

Lo studio condotto risulta limitato secondo alcuni fattori che lo caratterizzano.

In primo luogo, la ridotta dimensione del campione non rende i risultati ottenuti totalmente generalizzabili, ma unicamente riferibili al contenuto anconetano.

Altre due limitazioni risultano direttamente correlate con la dimensione del campione: spazio e tempo. L'intervallo temporale in cui lo studio è stato sviluppato è compreso in pochi mesi e l'area geografica considerata, come già specificato precedentemente, non consente di generalizzare i dati raccolti e le conclusioni correlate.

2.5 MATERIALI E METODI

Con il presente studio, ci si è proposti di valutare la quantità e la qualità delle conoscenze dei cittadini anconetani in merito alle infezioni da HIV ed HCV ed i comportamenti ad esse correlati, per scovare i punti ciechi su cui l'infermiere potrebbe intervenire.

Il tipo di studio che si è deciso di svolgere è definito “policentrico” e “osservazionale”.

Lo studio policentrico è “realizzato in due o più centri con un protocollo identico ed un coordinatore che si incarica dell'elaborazione di tutti i dati e dell'analisi dei risultati” ^[29]; in questo caso infatti, a governare lo studio, sussiste un unico obiettivo comune, perseguito tramite strumenti diversi, gestiti a loro volta dalla studentessa laureanda che si occuperà di redigere un'elaborazione di dati. Viene invece definito osservazionale lo “studio epidemiologico nel quale il ricercatore non determina l'assegnazione dei soggetti a ciascun gruppo ma si limita a registrare (osservare) quello che avviene nella realtà” ^[0], proprio come avviene nel contesto di tale tesi in cui, lo scopo della laureanda, è “registrare ed osservare” comportamenti, atteggiamenti e

conoscenze del campione esaminato per annotare difficoltà, criticità, lacune e tentare di estinguerle.

Per svolgere lo studio sono stati utilizzati strumenti differenti come la letteratura reperita da manuali specifici, motori di ricerca online, questionari realizzati ad hoc, valutazione d'interesse di una grafica informativa divulgata e informazioni relative all'attività "Meet, Test & Treat".

Il questionario [ALLEGATO 1] è stato somministrato ai membri di specifici gruppi Facebook (sopracitati nel "Campionamento") della provincia d' Ancona; la sua compilazione sarà dichiaratamente anonima, facoltativa, soggetta al rispetto della privacy e correlata ad una ricca spiegazione sulle modalità di compilazione e sulle finalità. Esso è stato realizzato dalla laureanda e risulta di natura conoscitivo-comportamentale; si focalizzerà generalmente sulla scoperta dei punti deboli della società in merito alle due infezioni. Le dieci domande proposte ad ogni candidato verteranno su:

- informazioni personali per la classificazione del campione
- domande comportamentali ed esperienziali relative specificatamente ad HIV ed HCV
- domande conoscitive circa le modalità di trasmissione dei due virus.

La sezione relativa alle informazioni personali comprenderà la richiesta dell'età, del sesso, del titolo di studio e delle abitudini sessuali.

Distinguendo il campione in fasce di età è possibile valutare innanzitutto quale classe di età sia stata la più partecipativa allo studio; in secondo luogo, dividendo oltre che per età, anche per sesso e titolo di studio, è possibile associare le risposte scelte alle caratteristiche del compilatore, per trarne stime e riflessioni, ed individuare le eventuali categorie più a rischio. In particolare, richiedere il titolo di studio è utile per presupporre un'eventuale correlazione tra grado d'istruzione detenuto e risposte, corrette o errate, selezionate.

Allo stesso modo, differenziare tra partner occasionale o stabile ed utilizzo o mancato utilizzo del profilattico, permette di quantificare l'eventuale presenza di comportamenti sessuali a rischio su cui poter adoperarsi, ed individuare quali, tra le categorie campionate, sono le più vulnerabili.

La porzione successiva comprende invece domande relative alla condotta e all'approccio dei cittadini ai virus HIV e HCV; ogni giorno per cause diverse, in contesti diversi, da parte di individui diversi, avvengono contagi da parte di uno dei due virus ma è realmente chiaro come potersi eventualmente interfacciare a questo rischio?

Per scoprirlo è stato domandato ai soggetti campionati, prima di tutto, a chi esso si rivolgerebbe nel caso in cui sospettasse un contagio. Le opzioni proposte sono: a) rete di amici/famiglia che rappresenta in alcuni casi, soprattutto in quelli più difficili ed angoscianti per la persona, un porto sicuro a cui potersi appigliare e rivolgersi; b) social media come, per esempio, una ricerca eseguita online, luogo virtuale in cui molti timorosi potrebbero ripararsi e ricercare rassicurazioni o generiche delucidazioni; c) rete dei servizi come una consulenza con il proprio ginecologo, una visita presso il consultorio familiare, un appuntamento con il proprio medico di base, un colloquio con un infermiere di famiglia: sono servizi aspecifici per HIV ed HCV ma a cui si potrebbe far riferimento per avere notizie più attendibili o semplicemente per essere successivamente indirizzato altrove; d) servizio specifico come ambulatorio di malattie infettive o chiamata al numero verde per HIV/HCV, sono sicuramente gli ambienti più azzeccati a cui interpellarsi in casi simili ma purtroppo vincolati dal fatto di essere poco conosciuti e sfruttati a livello comunitario; e) non parlarne con nessuno, soluzione a cui possono giungere coloro che non percepiscono un sostegno affettivo saldo o sono ostacolati, o frenati, per ragioni differenti, al presentarsi presso un'istituzione adatta.

Analizzare questo aspetto risulta significativo e fondamentale per lo studio che viene svolto nel corso della tesi, in quanto permette realmente di avere stime attendibili sul bisogno del cittadino di essere indirizzato di fronte ad un eventuale caso di rischio di contagio; solo conoscendo oggettivamente le fragilità della società, si potrà intervenire per migliorare e educare.

In secondo luogo, è stato esaminato quanti, tra gli individui studiati, si sono mai sottoposti ad un test per HIV ed HCV e, in caso di risposta positiva, ne è stato richiesto il motivo. Infatti, alla luce dell'indagine, è utile sapere quanti esaminati rispetto al totale si sono mai sottoposti ad un test per avere un'indicazione sugli atteggiamenti generali della società e sull'interesse nutrito verso le diagnosi da tali infezioni. Volendo arricchire questo dato, ancora più importante risulta effettuare una distinzione tra coloro che hanno eseguito il test

in seguito a procedure medico-sanitarie per cui il test fosse automaticamente previsto e coloro che, invece, lo hanno eseguito in concomitanza a comportamenti a rischio. Difatti in molti casi, la persona coinvolta in comportamenti dannosi per la salute, convive intimamente con la preoccupazione e il turbamento da essi derivanti, celando l'occulto segreto per vergogna, timore o paura di giudizi esterni e rifuggendo dalla possibilità di rivolgersi a strutture adibite; in molti altri casi però, la stessa consapevolezza di essersi imbattuti in una situazione a rischio di contagio e l'inquietudine e angoscia conseguenti, costituisce un primo fondamentale passo per l'effettuazione del test e la scoperta della relativa, eventuale, diagnosi.

Sono proprio questi i casi che devono essere intercettati all'interno della comunità, per studiare e conoscere gli atteggiamenti tenuti dai cittadini e stimolare reazioni consapevoli, ragionate e responsabili, rivolgendosi a chi oggettivamente può occuparsi e curarsi di quanto accaduto.

La decisione di recarsi presso una struttura specialistica e sottoporsi alle specifiche analisi potrebbe però essere ostacolata o impedita dalla mancanza di informazioni detenute o dall'occasionale mala informazione derivante dal web. A questo proposito è stato richiesto agli esaminati se conoscessero le modalità e le sedi di esecuzione del test per HIV e HCV, in quanto queste lacune potrebbero costituire delle limitazioni al regolare iter perseguibile in caso di presunto rischio di contagio, lacune che devono essere necessariamente colmate con un'opportuna spiegazione ed educazione.

Nella terza e ultima parte del questionario si è investigato il grado di conoscenza della comunità riguardo le modalità di trasmissione dei due virus per dedurne, conseguentemente, la capacità di prevenire ed impedire il contagio.

Il ruolo dell'infermiere in questo studio è infatti quello di individuare le debolezze, le incertezze, le carenze dei cittadini relativamente ad AIDS ed EPATITE C, per sedarle e colmarle, conferendo delucidazioni, spiegazioni ed informazioni e contribuire alla riduzione dell'incidenza delle due infezioni. Per entrambe sono state elencate, individualmente per l'una e per l'altra, le stesse e identiche seguenti forme di trasmissione:

- contatto con sangue estraneo, ad esempio tramite reciproco scambio di siringhe, rischio a cui sono fortemente esposti i tossicodipendenti, o reciproco scambio di lamette come potrebbe capitare tra coinquilini;
- scambio di saliva (con presenza di mucose integre) tramite il passaggio di sigarette o drinks, come potrebbe accadere tra giovani in un normale contesto gioviale o semplici baci, o scambio di spazzolino in caso di soggetti conviventi;
- punture di insetti ematofagi, come zanzare o zecche che, nutrendosi di sangue succhiato all'organismo bersaglio, potrebbero essere ritenuti vettori di infezione;
- rapporti sessuali non protetti, ovvero senza l'utilizzo di meccanismi di contraccezione "barriera", gli unici in grado di proteggere davvero da malattie sessualmente trasmissibili;
- contatto fisico (con cute integra) tramite semplice stretta di mano, contatto con sudore, tavoletta del WC o mezzi simili;
- contatto orale con secrezioni vaginali o sperma, senza l'utilizzo di mezzi protettivi o barriera;
- contatto con particelle a trasmissione aerea, indistintamente airborne o droplets, diffusibili tramite starnuti, tosse o semplice dialogo reciproco.

Le vie di contagio proposte sono state distinte per HIV e HCV, senza accorparle all'interno di un'unica richiesta in quanto, come testimoniato da numerosi studi e fonti, le due infezioni vengono trasmesse con incidenza, frequenza, probabilità e rischi differenti tra i due virus. Per ogni voce proposta, l'esaminato ha potuto scegliere, distintamente, se il grado di infezione fosse "non rischioso", "poco rischioso" o "molto rischioso"; lasciando libertà di scelta verso la risposta ritenuta corretta, l'autore dello studio ha modo di ottenere dati veritieri che effettivamente rispecchino, rappresentino e testimonino la condizione della comunità in merito. Tutte le risposte acquisite verranno ordinate ed elaborate per intercettare le lacune conoscitive della società in merito ad HIV e HCV, oltre a conoscere le criticità esistenti verso un valido percorso diagnostico-terapeutico.

Lacune e carenze rappresenteranno i punti chiave su cui organizzare un intervento educativo infermieristico per tentare di risolvere tali problematiche e stimolare al ricorso di servizi specifici, per incoraggiare prevenzione e sensibilizzazione.

3 RISULTATI

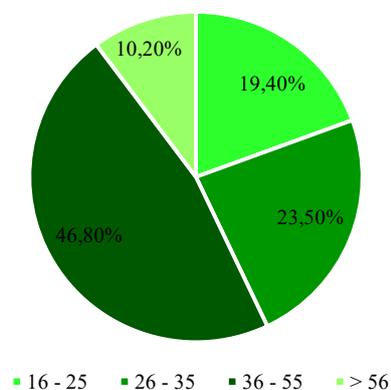
3.1 DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Allo studio svolto hanno partecipato in totale 664 persone tra i vari comuni di Ancona considerati.

3.2 DOMANDE DI TIPO PERSONALE

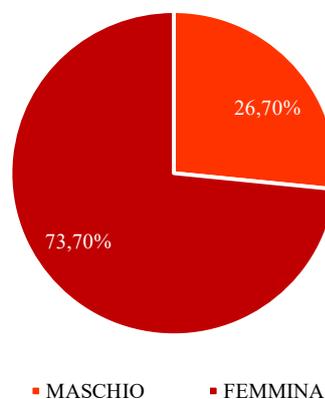
La fascia di età prevalente tra gli individui campionati compilatori è risultata quella tra i 36 e i 55 anni (311 persone - 46,8%), seguita da quella tra i 26 e i 35 anni (156 persone - 23,5%) e da quella tra i 16 e i 25 anni (129 - 19,4%); la categoria che minormente si è sottoposta al questionario è risultata quella maggiore ai 56 anni (68 persone - 10,2%). [GRAFICO 1]

DOMANDA 1
QUANTI ANNI HAI?
GRAFICO 1

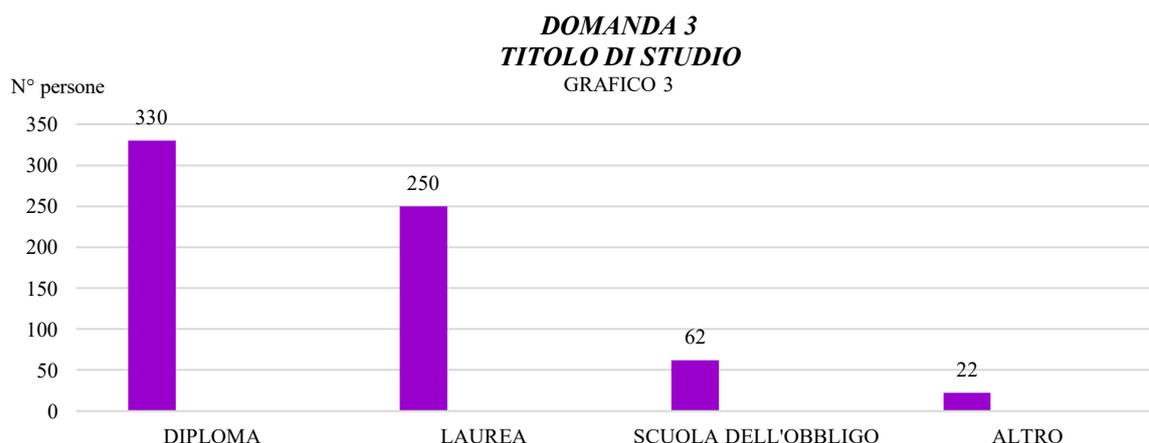


Un elemento a cui prestare attenzione è il fatto che il solo 26,7% (177 persone) delle risposte proviene dal sesso maschile mentre il restante 73,7% (487 persone) dal sesso femminile. Dal grafico si evince come abbia partecipato al questionario una forte quota femminile, a discapito di quella maschile che risulterà, dunque, meno rappresentata. Esiste un rapporto di 1:3 tra componente maschile presente, rispetto a quella femminile. [GRAFICO 2]

DOMANDA 2
SESSO
GRAFICO 2



Per quanto riguarda invece il grado d'istruzione, quasi la metà delle persone prese in considerazione (49,7% - 330 persone) detiene un diploma di scuola superiore, il 37,7% (250) possiede una laurea, il 9,3% (62) dichiara di aver frequentato esclusivamente la scuola dell'obbligo ed infine, il restante 3,3% (22 persone), non definisce il proprio titolo di studio. [GRAFICO 3]



3.3 COMPORTAMENTI ED ESPERIENZE

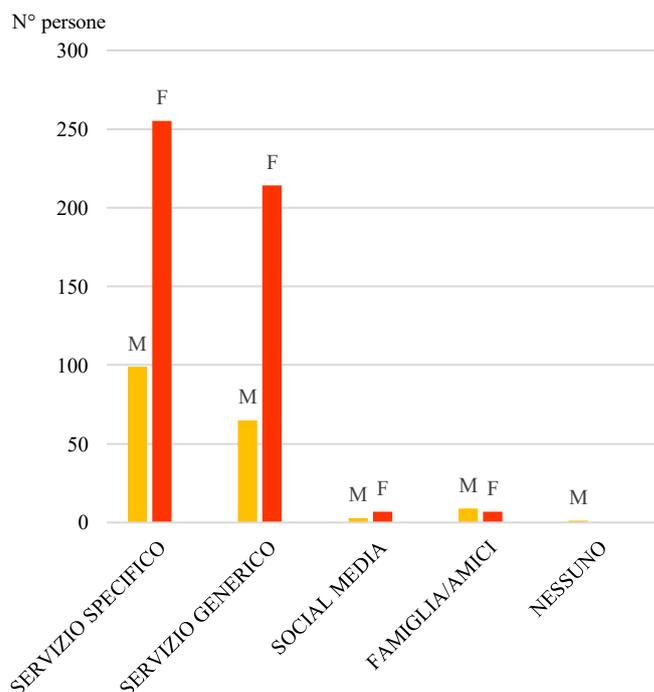
Per quanto riguarda le abitudini sessuali dei soggetti analizzati risulta che, nella maggior parte dei casi, il 65,7% (436) dei casi hanno partner stabili e non utilizzano il condom; di essi il 77,3% (337) sono di sesso femminile, mentre il 22,7% (99) di sesso maschile. Il 24,9% (163) dei soggetti esaminati dichiara di avere una relazione stabile in cui intrattiene rapporti sessuali usando il condom; in questo caso si hanno il 10,5% (46) maschi ed il 26,8% (117) femmine.

Tra coloro che abitualmente hanno rapporti sessuali occasionali, il 7,1% (47) usano il condom, 44,6% (21) femmine e 55,3% (26) maschi; il restante 2,7% (18) non utilizzano protezioni-barriera e di essi, il 66,6% (12) sono femmine mentre il 33,3% (6) sono maschi.

È stato richiesto ai soggetti compresi nello studio a chi si rivolgerebbero in caso di sospetto contagio da HIV o HCV. La risposta prevalente, con il 53,3% (354) delle risposte è risultata essere “servizio specifico”

DOMANDA 5
A CHI TI RIVOLGERESTI SE SOSPETTASSI DI
AVER CONTRATTO HIV O HCV?

GRAFICO 4



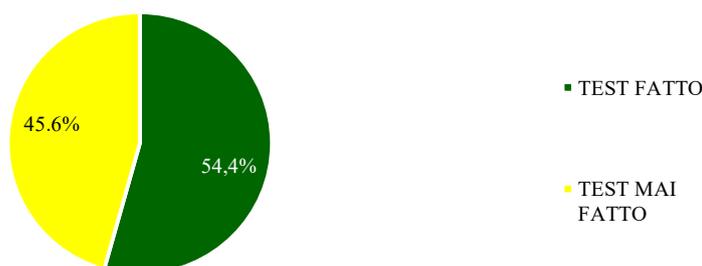
che comprende ambulatorio delle malattie infettive, numero verde per HIV o HCV e enti simili volti all’assistenza per i due virus. Il 42% (279) delle persone, d’altronde, si rivolgerebbe presso servizi aspecifici come il medico generale, consultorio familiare, infermiere di famiglia. Meno considerate sono state invece le risposte “social media”, cui si appellerebbe il 2,1% (14) delle persone, e “rete familiare/amici”, con cui si confiderebbe il 2,4% (16)

della gente. La risposta “non ne parlerei con nessuno” non è stata fortemente presa in considerazione, andando a riguardare il solo 0,2% (1) degli esaminati. [GRAFICO 4]

È risultato inoltre, dalle domande proposte, che il 45,6% delle persone (303) non si sono mai sottoposti ad un test per la diagnosi di HIV o HCV; al contrario, il 54,4% (361 individui) ammette di averlo eseguito nel corso della vita [GRAFICO 5].

DOMANDA 6
HAI MAI FATTO UN
TEST HIV O HCV?

GRAFICO 5



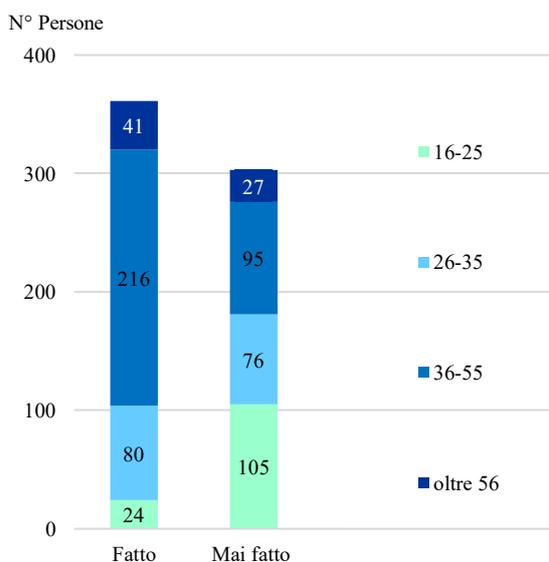
Esaminando i dati ottenuti, si è voluto osservare, in particolare, quali siano le fasce di età ed il sesso coinvolte tra l'ammontare dei test eseguiti o mai eseguiti.

È risultato che del 45,6% delle persone (303) che non hanno mai eseguito il test, 105 persone (34,6%) hanno un'età compresa tra i 16 e i 25, 76 persone (25%) tra i 26 e 35 anni, 95 persone (31,3%) tra i 36 e i 55 anni e, infine, 27 persone (8,9%) sono superiori ai 56 anni. [GRAFICO 6]. Andando a analizzare invece il sesso, 203 persone (66,9%) sono persone di sesso femminile, mentre 100 persone (33,0%) sono di sesso maschile. [GRAFICO 7]

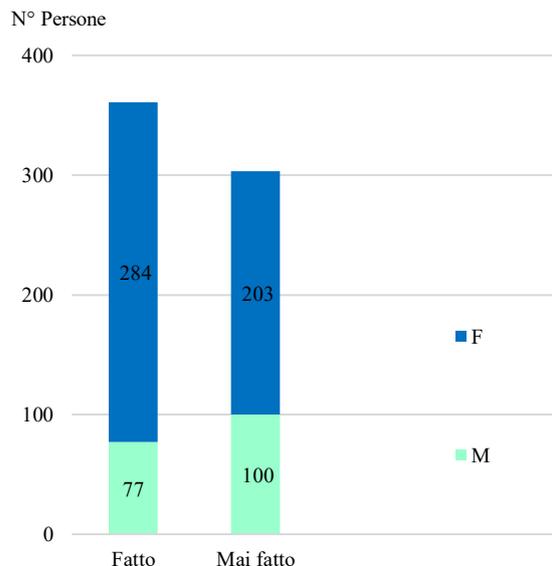
D'altra parte, per quanto riguarda il 54,4% delle persone (361) che hanno già, durante la loro vita, eseguito il test, 24 soggetti (6,6%) ha un'età compresa tra i 16 e 25 anni, 80 soggetti (22,1%) tra i 26 e i 35 anni, 216 soggetti (59,8%) ha tra i 36 e i 55 anni e, per concludere, 41 soggetti (11,3%) che hanno avuto esperienza di un test HIV o HCV hanno un'età maggiore ai 56 anni. [GRAFICO 6]

Anche in questo caso, per quanto riguarda il sesso 284 soggetti (78,6%) dei casi è di genere femminile mentre i restanti 77 soggetti (21,4%) è di genere maschile. [GRAFICO 7]

**FASCE DI ETÀ NELL'ESECUZIONE
DEL TEST HIV / HCV**
GRAFICO 6



**GENERE NELL'ESECUZIONE
DEL TEST HIV/HCV**
GRAFICO 7



Ritendendo importante sapere se, il test eseguito, è stato effettuato per sospetto di un contagio o per regolari controlli o procedure cliniche, è stato richiesto alle 361 persone che hanno dichiarato di averne già avuto esperienza, il motivo per cui se ne sono sottoposte. Sono pervenute 331 risposte.

- Il 0,9% (3) delle persone hanno eseguito il test prima o dopo una trasfusione di sangue e, in particolare, una persona se ne è sottoposta prima del 1995.

- Il 4,2% (14) delle risposte comprendevano test fatti per rischi connessi al partner; in particolare 4 persone lo hanno eseguito con partner HCV+, 3 persone per partner HIV+ o con tale sospetto, 5 persone per accertato o presunto tradimento da parte del partner e 2 persone per rispetto reciproco prima di rapporti sessuali non protetti all'interno di una coppia stabile.

- Il 7,8% (26) degli investigati invece, ha avuto, accidentalmente o consapevolmente, comportamenti a rischio per il mantenimento del proprio stato di salute. Per quanto riguarda i 26 esaminati con presunto rischio di contagio, nel 69,2% (18) dei casi il rischio è stato di natura sessuale, di cui 10 persone (55,5%) per rapporti sessuali occasionali senza uso del condom mentre, le restanti 8, per abitudini sessuali scorrette come frequentazione di vari partner occasionali (3), mancato uso di protezioni nei rapporti orali (2) o altre situazioni simili (3). Nel 26,9% (7) dei casi si è verificato un contatto con sangue da fonte sconosciuta o infetta; 4 casi di puntura accidentale con ago, di cui 3 senza conoscere lo stato della fonte e 1 con accertata sieropositività della fonte; 1 caso di medicazione di ferita di persona HIV+, un ulteriore caso di uso di stupefacenti ed infine, un ultimo caso di contatto con sangue estraneo durante un incidente stradale. Per concludere, nel 3,8% (1) dei casi, la persona in esame ha avuto un contatto con un liquido biologico di fonte sconosciuta.

- Il 16,9% (56) dei cittadini presi in esame hanno svolto il test per motivazioni, controlli, o accertamenti lavorativi. Di essi, 46 persone (82,2%) hanno svolto il regolare controllo per l'idoneità lavorativa mentre, le restanti 10 persone (17,8%), si sottopongono a controlli più frequenti perché praticanti attività lavorativa ritenuta a rischio.

- Il 32,6% dei rispondenti, si sono sottoposti al test in caso di gravidanza essendo il controllo, anche in questo caso, ormai obbligatorio. Nello specifico, il 94,4% delle risposte (102) sono

stati test fatti prima o durante la gravidanza fisiologica; il 5,5% (6) invece hanno svolto un controllo in corso di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita).

- Il 35,3% (117) sono stati test effettuati per regolari controlli clinici in corrispondenza di specifiche procedure sanitarie. In particolare, delle complessive 117 persone, un 2,9% (3) ha eseguito il controllo nel momento del ricovero ospedaliero; il 21,3% (22) se ne è sottoposto per un controllo generico routinario; il 18,4% (19) nel momento dei controlli ematici preoperatori; l'11,9% per confermare il proprio stato di salute, nell'esattezza 2 persone (1,7%) sono state indirizzate dal proprio medico per rialzo delle transaminasi; infine, la maggior parte delle risposte (57,2% - 59) riguardava le donazioni AVIS, per cui è ormai obbligatorio il controllo del sangue prelevato.

Sono state escluse dal conteggio le 10 risposte (3%) che recitano “no”, “un solo partner, marito con una sola partner, io” e “sport da contatto”, considerate non significative per lo studio o fraintendibili.

A coloro che non hanno mai eseguito il test per HIV o HCV, è stato inoltre richiesto se sapessero in cosa consistesse e dove si svolgesse.

Per quanto riguarda le modalità di svolgimento del test, sono state registrate 412 risposte totali.

In 127 (30,8%) hanno dimostrato, tramite le risposte conferite, di non avere piena conoscenza del test; di essi, nello specifico, il 94,4% (120) ammette di non conoscere affatto lo svolgimento dell'esame; una persona ha parlato di un tampone, due persone dichiarano di non conoscere affatto il test HCV senza approfondire il test HIV, 4 soggetti indicano come scopo del test, l'andare a valutare se la persona infetta presenti AIDS o epatite C mentre una l'andare a determinare se la persona infetta è in una condizione di “portatrice sana” o infezione.

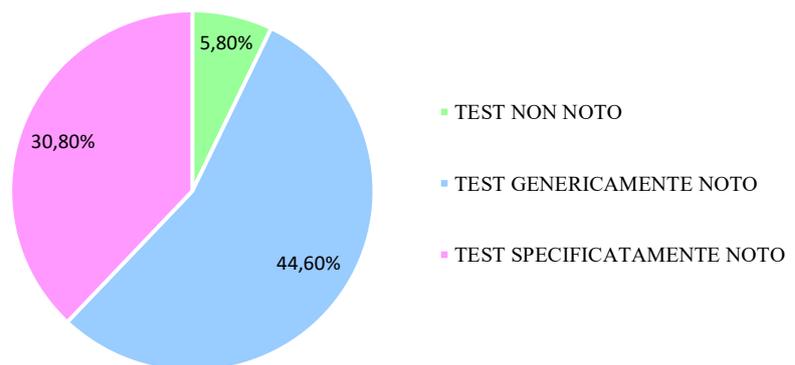
In 184 (44,6%) hanno definito il test facendo riferimento, genericamente, al classicamente noto prelievo ematico. Oltre tale numero, in 73 (17,7%), dichiarano di conoscerne le modalità senza però descriverle.

Risultano infine 24 (5,8%) i soggetti che risultano conoscere, almeno a livello generale, le modalità di esecuzione del test; in particolare una persona ha specificatamente fatto riferimento al test ELISA come il “più affidabile” mentre un’altra, oltre a specificare che per la rilevazione di HIV e HCV il metodo di verifica “più efficace risulta comunque essere il prelievo venoso”, ha anche alluso all’esistenza di test rapidi sulla saliva o tramite un prelievo capillare.

Delle restanti 22 persone, una ha parlato di metodi che ricercano DNA/RNA dei virus, altre due

hanno parlato di un test salivare, altre due di un test capillare, un ulteriore soggetto ha parlato di un test che ricercasse anticorpi, 10 persone lo ha definito come un test volto alla ricerca del virus e, le restanti 6 persone, hanno generalmente identificato il test come un’analisi ematica specifica per la ricerca degli agenti infettivi. [GRAFICO 8]

DOMANDA 7
IL TEST HIV/HCV:
SAI IN COSA CONSISTE?
GRAFICO 8



Ed infine, come ultima della sezione esperienziale-comportamentale, è stato domandato il luogo in cui i test per HIV e HCV, secondo gli esaminati, vengono effettuati. Ognuno ha proposto, nella stessa risposta aperta, più possibilità perciò le risposte raggiunte (447) sono numericamente maggiori rispetto al totale delle persone effettivamente rispondenti (411).

La maggior parte delle risposte (283 – 63,3%) sono risultate piuttosto generiche pur rispecchiando indicazioni reali. Di essi, in 178 si recherebbero in un comune centro prelievi o laboratorio analisi (62,8%), in 90 (31,8%) si rivolgerebbero generalmente alla struttura ospedaliera per poi essere indirizzati altrove, mentre in 10 (3,5%) affermano di conoscere la possibilità di acquistare i test, definiti tra le risposte “fai da te”, in farmacia; due persone indicano come luogo stabilito il centro AVIS, una ha segnalato come luogo elettivo il Centro Trasfusionale, una persona si recherebbe al SERT ed una direttamente nel Pronto Soccorso locale.

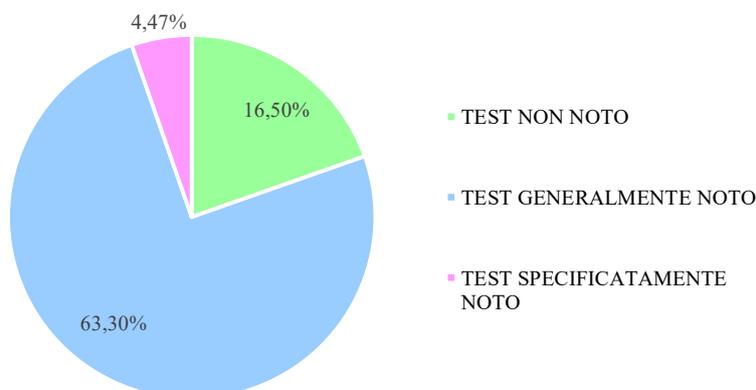
Si sono registrate invece 20 risposte (4,47%), allo stesso modo veritiere, più specifiche e caratteristiche rispetto alle citate precedentemente; in 5 parlano di centri specializzati per HIV e HCV, in 11 si presenterebbero presso un centro di virologia e malattie infettive, in 2 hanno citato eventi appositi organizzati dalla Croce Rossa Italiana ed infine, altre 2 persone, si recherebbero in consultorio.

In 74 (16,5%) hanno generalmente risposto di non conoscere il luogo preciso in cui il test viene svolto ed al contrario, in 62 (13,8%), hanno ammesso di sapere dove esso viene svolto senza però specificarlo nella risposta.

Non sono state considerate otto risposte considerate inappropriate alla domanda o non totalmente comprensibili come “asl” (6), “asur” (1) e “per lavoro e per il mio ragazzo” (1).

[GRAFICO 9]

DOMANDA 8
IL TEST HIV/HCV:
SAI DOVE SI
PUÒ EFFETTUARE?
 GRAFICO 9



3.4 DOMANDE CONOSCITIVE

Per entrambe le infezioni sono stati proposti i medesimi metodi di trasmissione, conferendo la possibilità agli esaminati di scegliere, per ciascuno, se esso rappresentasse un evento “non rischioso”, “poco rischioso” o “molto rischioso”.

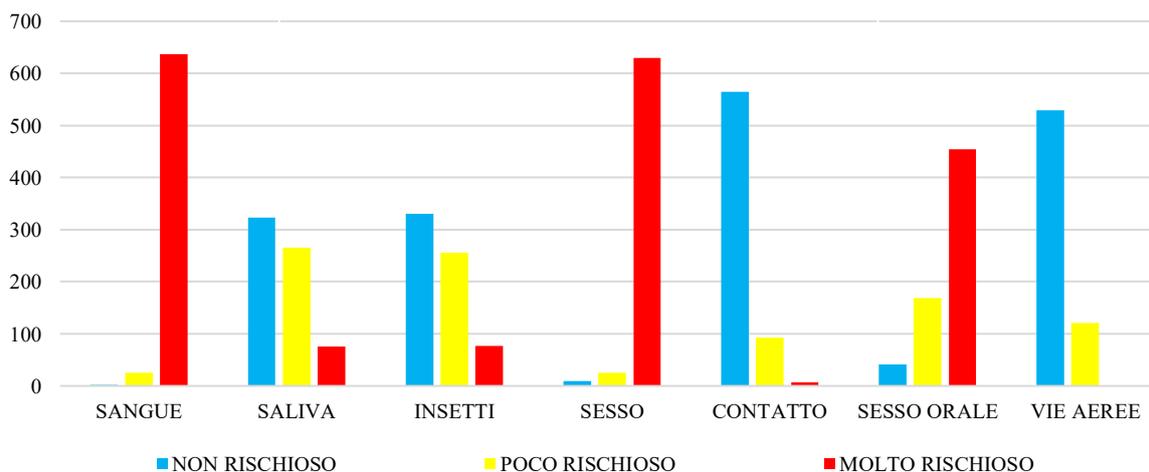
3.4.1 HIV

- Trasmissione tramite contatto con sangue estraneo: 637 persone (95,9%) l’hanno definita una via “molto rischiosa”, 25 persone (3,7%) “poco rischiosa” e 2 persone (0,3%) “non rischiosa”.
- Trasmissione tramite scambio di saliva: 75 persone (11,3%) l’hanno definito un metodo “molto rischioso”, 266 persone (40,0%) “poco rischioso” e 323 persone (48,6%) “non rischioso”.
- Trasmissione tramite puntura di insetti: 77 persone (11,6%) l’hanno indicato come un mezzo di contagio “molto rischioso”, 256 persone (38,5%) “poco rischioso” e 331 persone (49,8%) “non rischioso”.
- Trasmissione tramite rapporti sessuali non protetti: 630 persone (94,8%) la definisce una via “molto rischiosa”, 25 persone (3,7%) una “poco rischiosa” e 9 persone (1,3%) “non rischioso”.
- Trasmissione tramite contatto fisico: 7 persone (1,05%) la indicano come un mezzo “molto rischioso”, 93 persone (14,0%) “poco rischioso” e 564 persone (84,9%) “non rischioso”.
- Trasmissione tramite contatto orale con secrezioni vaginali/sperma: 454 persone (68,3%) la definiscono una via “molto rischiosa”, 169 persone (25,4%) “poco rischiosa” e 41 (6,1%) “non rischiosa”.
- Trasmissione tramite vie aeree/starnuti: 14 persone (2,1%) lo definiscono un contagio “molto rischioso”, 121 persone (18,2%) “poco rischioso” e 529 persone (79,6%) “non rischioso”. [TABELLA 2 – Esito circa il rischio di contagio in HIV]; [GRAFICO 10].

N° persone su 664 totali	NON RISCHIOSO	POCO RISCHIOSO	MOLTO RISCHIOSO
SANGUE	2	25	637
SALIVA	323	266	75
INSETTI	331	256	77
SESSO	9	25	630
CONTATTO	564	93	7
SESSO ORALE	41	169	454
VIE AEREE	529	121	14

TABELLA 2- Esito circa il rischio di contagio in HIV

DOMANDA 9
COS'È RISCHIOSO PER IL CONTAGIO DA HIV?
 GRAFICO 10



3.4.2. HCV

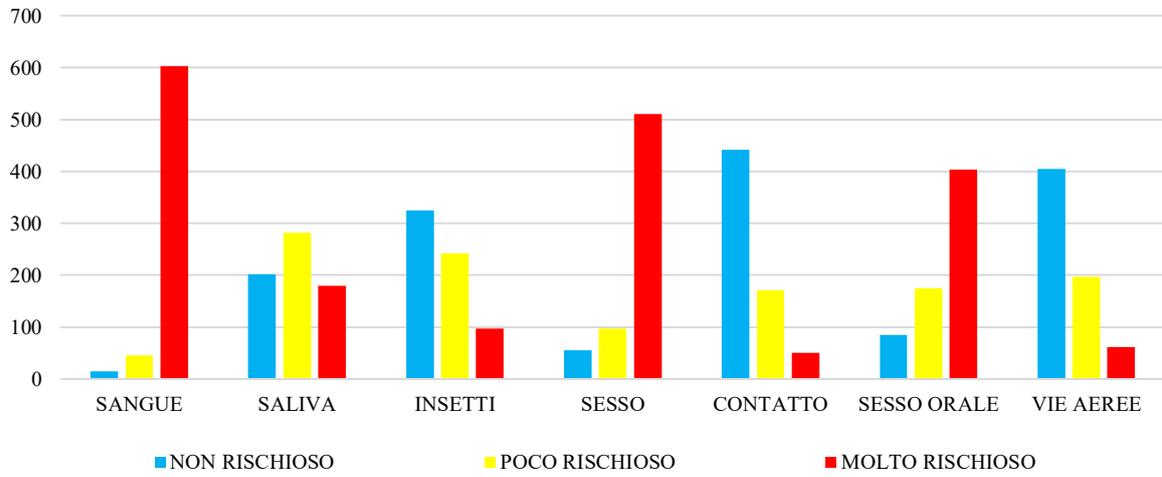
- Trasmissione tramite contatto con sangue estraneo: 603 persone (90,8%) l'hanno definita una via "molto rischiosa", 46 persone (6,9%) "poco rischiosa" e 15 persone (2,2%) "non rischiosa".

- Trasmissione tramite scambio di saliva: 180 persone (27,1%) l’hanno definito un metodo “molto rischioso”, 282 persone (42,4%) “poco rischioso” e 202 persone (30,4%) “non rischioso”.
- Trasmissione tramite puntura di insetti: 97 persone (14,6%) l’hanno indicato come un mezzo di contagio “molto rischioso, 242 persone (36,4%) “poco rischioso” e 325 persone (48,9%) “non rischioso”.
- Trasmissione tramite rapporti sessuali non protetti: 511 persone (76,9%) la definisce una via “molto rischiosa”, 97 persone (14,6%) una “poco rischiosa” e 56 persone (8,4%) “non rischioso”.
- Trasmissione tramite contatto fisico: 51 persone (7,6%) la indicano come un mezzo “molto rischioso”, 171 persone (25,7%) “poco rischioso” e 442 persone (66,5%) “non rischioso.
- Trasmissione tramite contatto orale con secrezioni vaginali/sperma: 403 persone (60,6%) la definiscono una via “molto rischiosa”, 176 persone (26,5%) “poco rischiosa” e 85 (12,8%) “non rischiosa.
- Trasmissione tramite vie aeree/starnuti: 62 persone (9,3%) lo definiscono un contagio “molto rischioso”, 197 persone (29,6%) “poco rischioso” e 405 persone (60,9%) “non rischioso”. [TABELLA 3- Esito circa il rischio di contagio in HCV]; [GRAFICO 11]

N° persone su 664 totali	NON RISCHIOSO	POCO RISCHIOSO	MOLTO RISCHIOSO
SANGUE	15	46	603
SALIVA	202	282	180
INSETTI	325	242	97
SESSO	56	97	511
CONTATTO	442	171	51
SESSO ORALE	85	176	403
VIE AEREE	405	197	62

TABELLA 3- Esito circa il rischio di contagio in HCV

DOMANDA 10
COS'E' RISCHIOSO PER IL CONTAGIO DA HCV ?
GRAFICO 11



4. DISCUSSIONE

Dall'elaborazione dei risultati è stato possibile valutare le caratteristiche dei soggetti che hanno partecipato al questionario, oltre che ordinare ed elaborare le risposte conoscitivo-comportamentali in merito a HCV ed HIV.

Nel corso di questo capitolo si studieranno i risultati ottenuti confrontandoli con altre fonti letterarie a disposizione, in modo da considerare paragonare quanto ottenuto con dati, studi e statistiche precedentemente redatte e valutare se gli esiti ottenuti siano o meno significativi per trarne conclusioni effettive.

La maggior parte delle persone che si sono sottoposte al test sono di sesso femminile (73,7%), a discapito di quelle di sesso maschile, rappresentate per il 26,7%. Secondo i dati raccolti dalle statistiche del notiziario COA del 2017 appare che, per quanto riguarda il sesso, il 76,2% degli individui che hanno scoperto di essere HIV+ sono maschi; a sostenere tale dato, è stato anche riportato che dal 2010 al 2017, la proporzione di femmine tra le nuove diagnosi è diminuito dal 24,6% al 23,8% [2]. Appare dunque evidente come la problematica legata all'incidenza dell'HIV, sia di interesse soprattutto maschile pur essendo questa categoria la meno rappresentata dai questionari. È inoltre emerso che la fascia di età prevalente tra le risposte ottenute è quella tra i 36 e i 55 anni; tale dato risulta interessante in quanto, secondo dati reperiti dal Notiziario COA, l'età mediana dei soggetti che hanno saputo della propria sieropositività nel 2017, è di 39 anni per i maschi e di 34 per le femmine. L'incidenza generale invece, quindi relativa a nuove diagnosi di HIV durante il 2017, stata osservata maggiormente tra persone comprese tra i 25 e i 29 anni [2].

Per quanto riguarda le fasce di età inferiori ai 16 anni, esse sono state escluse come già opportunamente esplicitato nel paragrafo "Campionamento".

È stato utile richiedere anche il titolo di studio per valutare un'eventuale corrispondenza tra istruzione detenuta ed effettiva conoscenza dei due virus ed è risultato che quasi la metà dei soggetti presi in esame posseggono un diploma di scuola superiore mentre, subito successivamente, si collocano i laureati; risultano invece pochi i casi di persone che hanno completato esclusivamente le scuole dell'obbligo.

Da studi letterari pervenuti riguardo questa tematica tuttavia, non compaiono correlazioni tra infezioni da HIV o HCV e il grado d'istruzione detenuto.

Nella seconda parte del questionario sono state richieste le abitudini sessuali dei soggetti presi in considerazione. Tale dato risulta fondamentale nell'ottica del lavoro di tesi per valutare, complessivamente nella società, la frequenza di comportamenti sessuali abitudinarmente scorretti, rispetto invece ad una corretta educazione sessuale. Tenendo inoltre in considerazione lo scopo dello studio, ovvero rintracciare le carenze conoscitive della comunità per tentare di risolverle, è stato considerato interessante annotare le tipologie di partners scelti per verificare se, ad abitudini sessuali errate, corrispondano ignoranza e mancanza di conoscenze.

Differenti fonti documentano difatti che comportamenti sessuali scorretti comportano una maggior incidenza di infezione da HIV, come dimostra lo studio svolto nel 2013 tra i migranti lavoratori di Metema, in Etiopia. Secondo questo studio i lavoratori stagionali frequentemente mostrano comportamenti sessuali rischiosi, come multipli partners con cui intrattenersi in rapporti sessuali non protetti e tale fenomeno rende tali migranti più suscettibili all'infezione da HIV. I risultati derivanti sostengono la necessità di campagne mirate di prevenzione da HIV, in questo caso, in particolare, rivolte ai lavoratori etiopi e ai loro compagni di vita stabili ^[30].

Allo stesso modo, tale dato risulta rilevante anche per l'infezione da HCV. Lo dimostra uno studio condotto presso l'università di California nel 2002, secondo cui il rischio di contrarre HCV tramite contatto sessuale differisce in base al tipo di relazione; in particolare risulta molto inferiore l'acquisizione di HCV in persone che intrattengono relazioni stabili con partner monogami, rispetto relazioni con partners multipli. Oltretutto, secondo tale studio, la co-infezione con HIV sembra aumentare la possibilità di contagio da HCV attraverso il rapporto sessuale ^[31]. Per completare l'indagine comportamentale rispetto ad HIV e HCV è stato anche richiesto

al campione a chi si rivolgerebbe in caso di sospetto contagio, per constatare la presenza o meno di conoscenze riguardo enti e servizi specifici a cui poter ricorrere. Ciò appare di notevole interesse, soprattutto per assecondare la supposizione per cui, in molte società, città, comunità, ancora oggi le malattie trasmissibili sessualmente siano poco discusse. Da quando i virus HIV e HCV sono stati scovati e studiati perché responsabili di aver causato numerosi contagi, sono state organizzate svariate campagne di sensibilizzazione, informazione, promozione per test di screening da associazioni differenti generalmente volte alla salvaguardia del benessere e della salute della persona. Come dimostrano le campagne organizzate da associazioni specifiche come LILA (Lega Italiana Lotta contro AIDS) o ANLAIDS (Associazione Nazionale Lotta contro AIDS), continuative e ricorrenti specialmente nella giornata mondiale contro l'AIDS nel primo giorno di dicembre, o i frequenti spot dell'associazione onlus EpaC per la prevenzione di HCV, l'attenzione è incentrata prevalentemente sul tema "TasP", Treatment as Prevention, ovvero sfruttare la prevenzione come vera e propria terapia. Vengono dunque divulgate le generali norme protettive come metodi di trasmissione, pratiche da evitare, indicazioni e consigli per una buona educazione comportamentale, a cui dovrebbero essere accostate indicazioni riguardo le sedi in cui recarsi, gli enti a cui rivolgersi, i numeri da contattare in caso di sospetto pericolo. Quest'ultime sono nozioni purtroppo poco divulgate in quanto si concentra prevalentemente l'attenzione sulle corrette norme al fine di tutelare sé stessi e il prossimo, senza però fornire i mezzi adatti per rivolgersi a servizi ad hoc, come dimostrano le risposte ottenute dall'elaborazione dei questionari.

Come segnalato precedentemente il 53,3% delle persone dovendo scegliere a chi confessare un sospetto pericolo di contagio, si rivolgerebbe a strutture specifiche considerandole con molta probabilità le più affidabili per il tema da affrontare; ridotta è invece la percentuale (42%) di coloro che si rivolgerebbe ad un servizio generico, forse nell'inconsapevolezza dell'esistenza di strutture pertinenti. Fortunatamente solo il 4,8% degli individui non si rivolgerebbe ad alcun ente sanitario ma rispettivamente a social media, rete familiare/amicale o non ne parlerebbe con nessuno.

Questo induce a pensare che la paura, il timore, la vergogna che nei primi anni delle due malattie accompagnavano le persone che ne erano coinvolte, stiano andando ormai allentandosi e disgregandosi, per lasciar spazio ad una condizione di salute più consapevole, ragionata e accudita: solo la persona in primis può curarsi del proprio stato di salute. Tale dato inoltre apre la strada ad un altro spunto riflessivo; la discriminazione sociale che ha sempre accompagnato le due malattie, annidata nel sottostante disprezzo verso comportamenti sessuali scorretti e consumo di sostanze per vie endovenose, non si traduce solo nell'esclusione di certe classi della società ma, purtroppo, anche nelle relative difficoltà all'accesso volontario ai test di screening ed alle adeguate cure e trattamenti per tali soggetti. I risultati che sono stati ottenuti inducono a pensare che questa forma di disparità sia stata negli anni almeno un po' limata, modulata e ridotta ma tale supposizione non può essere confermata da studi effettivamente svolti in tempi recenti.

È stato richiesto al campione se avesse mai effettuato un test per HIV o HCV e, in caso di risposta positiva, è stato domandato il motivo da cui è scaturita la scelta, in modo da osservare i casi di effettuazione del test conseguenti a comportamenti a rischio rispetto a casi correlati ad altre ragioni. Ne è risultato che il 54,4% delle persone ha già eseguito il test e, tra i motivi sottesi, prevale l'esecuzione dell'esame in corrispondenza di altre procedure sanitarie previste o in caso di gravidanza; complessivamente il 12,9% delle persone hanno effettuato l'accertamento in concomitanza a comportamenti pericolosi o situazioni che presupponevano il rischio.

Per quanto riguarda HIV, i dati ottenuti non sono totalmente confermati dalle notizie esposte dal COA secondo cui, nel 2017, il 32,0% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV aveva eseguito il test HIV per la presenza di sintomi HIV-correlati, il 26,2% in seguito a un comportamento a rischio e il 14,6% in seguito a controlli di routine; tali percentuali sono state calcolate escludendo 790 segnalazioni (22,9%) per le quali non è stato riportato alcun motivo di effettuazione del test. I controlli legati alla riproduzione (gravidanza, parto, IVG, PMA) costituiscono il motivo per eseguire il test in una quota rilevante di diagnosi nelle femmine (17%). Nell'ambito dello screening per HCV sono stati identificati dei fattori che favorirebbero l'esecuzione del test.

Quest'ultimo risulta infatti consigliato nei soggetti nati prima del 1950 per l'elevata prevalenza di infezione cronica da HCV e per il fatto che, le complicanze fegato-correlate, sono tra le principali cause di morte oggi tra i soggetti con epatite cronica. Inoltre, un rapido accesso al test, comporta una diagnosi precoce che facilita e accelera l'applicazione del trattamento virale, migliorando così l'esito clinico dell'epatite stessa e, di conseguenza, ottimizza risultati terapeutici e spese sanitarie. Queste considerazioni sono state maturate nella Summit Conference di Bruxelles dell'ottobre 2010, riguardante autorità scientifiche, associazioni scientifiche, rappresentanti dei pazienti ed istituzioni sanitarie, comprese OMS e ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) ^[32].

Per approfondire la tematica relativa alla procedura diagnostica di HIV e HCV, è stato richiesto al solo 45,6% delle persone che ha affermato di non aver mai effettuato il test, se fossero noti modalità di svolgimento del test e sede in cui recarsi.

La maggior parte delle persone, rappresentate per il 63,3%, hanno indicato generali sedi sanitarie; il solo 4,5% delle risposte si è dimostrato conoscere effettivamente dove potersi recare mentre, un 16,5% come riportato precedentemente, dichiara di non conoscere affatto il luogo adeguato. Tra le risposte presentate compaiono i comuni centro prelievi e laboratori analisi, ospedali, farmacia per il test "fai-da-te", centro Avis, centro trasfusionale, pronto soccorso o Sert.

A livello ospedaliero è indubbiamente possibile sottoporsi al test per HIV o HCV; l'accesso ospedaliero dovrebbe avvenire presso i reparti di malattie infettive o virologia dove vengono gratuitamente eseguiti gli screening da professionisti sanitari. Il test consiste nell'effettuare un prelievo venoso elaborato con metodica Elisa e Western-blot in caso di HIV e di tipo anti-HCV, elaborato sempre con metodica ELISA e HCV-RNA in caso di HCV.

In merito all'HIV, il metodo ELISA consiste nell'andare a valutare la presenza di anticorpi specificatamente rivolti contro HIV, tramite un campione del sangue raccolto posto nella stessa piastra Petri con un antigene HIV e in cui viene aggiunto un enzima (catalizzatore delle reazioni biochimiche); se il campione di sangue reagisce con l'antigene producendo

anticorpi specifici, la persona potrebbe avere HIV anche se, il risultato, viene confermato solo successivamente con il test Western-blot, sempre mirato all'individuazione di anticorpi anti-HIV.

Il test è assolutamente facoltativo in quanto ognuno è responsabile della propria salute tuttavia, in caso di avvenuto comportamento a rischio, risulta assolutamente consigliata l'esecuzione del prelievo da parte dei professionisti sanitari, in quanto una diagnosi precoce corrisponde ad un precoce accesso alla terapia farmacologica, consentendo quindi un maggior controllo della malattia. È infatti dimostrato che iniziare al più presto la terapia antiretrovirale è determinante per il controllo dell'infezione da HIV e ristabilire così la conta dei linfociti CD4+; in particolare secondo vari studi è affermato che se si inizia la terapia entro 4 mesi dal contagio si possono avere risultati migliori in caso di effettiva infezione. Appena il virus infetta l'organismo, il sistema immunitario inizia già ad organizzare le modalità di difesa; nelle primissime settimane dal contagio si ristabilisce temporaneamente la conta dei CD4 e, solo successivamente, le difese cominciano a riabbassarsi. Nel periodo di tempo in cui i linfociti restano ancora in numero costante, detto "finestra d'azione", il sistema immunitario può essere aiutato a sopportare la sieropositività tramite la terapia farmacologica. Uno studio portato avanti presso l'UT Medicine di San Antonio, ha studiato per 48 mesi due gruppi di soggetti sieropositivi: 384 sono stati seguiti durante la finestra temporanea in cui non erano sottoposti alla HAART mentre a 213 la terapia era stata somministrata subito dopo il contagio. Considerando una conta di linfociti adeguata pari a $900/\text{mm}^3$, sono stati rilevati tali livelli nel 64% delle persone subito sottoposte a terapia e nel solo 34% dei soggetti sottoposti tardivamente alla terapia. Secondo un ricercatore co-autore dello studio, anche un lieve ritardo nella somministrazione della terapia rispetto alla "finestra d'azione" può compromettere la conta linfocitaria ^[33].

Per quanto riguarda invece HCV, fondamentalmente vengono eseguiti a scopo diagnostico due tipi di test. L'anti-HCV è un test che cerca nel sangue gli anticorpi diretti contro il virus dell'epatite C sfruttando la stessa metodica ELISA; il difetto di tale esame è che, una volta rilevata effettivamente la presenza di anticorpi, non è possibile sapere se l'infezione presente è acuta o cronica, attiva o passata, per cui è necessario incrementare l'indagine da ulteriori test. Per identificare l'infezione attiva da epatite C, si esegue un test del materiale genetico

per rilevare l'HCV- RNA; si sfrutta la PCR (reazione a catena della polimerasi), per amplificare il materiale genetico e visualizzare l'RNA del virus presente già a livello ematico entro due settimane del contagio. Oltre che per confermare un test anti-HCV risultante positivo, questo tipo di esame è utile per valutare il grado di viremia e controllare l'efficacia della terapia³⁴.

Anche nel caso dell'epatite C è fondamentale il rapido ricorso alla terapia, con cui scongiurare l'infezione attiva e, soprattutto, guarire da una condizione di cronicità che scaturisce molto frequentemente. Come dimostra uno studio condotto negli Stati Uniti dal 1999 al 2007, è rilevabile un alto tasso di mortalità annuale correlato all'infezione da HCV, più di quanto accada per HIV. Essendo disponibili numerosi farmaci per il trattamento dell'epatite virale C, effettuare test precocemente può portare ad un intervento terapeutico tempestivo ^[35]. I fattori ostacolanti il trattamento con un'adeguata terapia antivirale sono stati identificati e classificati in uno studio condotto negli Stati Uniti nel 2009; per il 49% compare una mancanza di diagnosi, quindi situazione di sieropositività da HCV non identificata, per il 24% risulta una mancata indicazione al trattamento, per il 9% si presenta un deficit di aderenza e compliance del paziente alle terapie ed infine, nel 6% dei casi, i pazienti hanno espressamente rifiutato il trattamento ^[36].

L'infezione da HCV è molto pericolosa per le complicanze correlate ma, se affrontata in tempi brevi, quando ancora non si verificano importanti danni epatici, è curabile nel 99% dei casi, come dichiara il professor Puoti direttore Malattie Infettive del Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, basandosi su tutti i dati osservati nella pratica clinica reale su casistiche comprendenti migliaia di pazienti HCV-positivo³⁷. Inoltre, in un'intervista rilasciata al professor Colombo, gastroenterologo nominato nel 2016 presidente EASI International Liver Foundation, si afferma che la guarigione definitiva dall'infezione cronica da HCV è evidente considerando la persistente negatività dell'HCV-RNA nelle 12 settimane

³⁴ Dott. D'Errico Angelo, (2018). Test dell'epatite C – anti-HCV - HCV-RNA. Disponibile in https://www.analiscinichederrico.it/test-dellepatite-c-anti-hcv-hcv-rna-2/#_Toc510972053.

³⁷ Associazione EpaC Onlus, (2019). Epatite C in Italia: sommerso del 20%, terapie efficaci nel 99% dei casi. "Curarsi subito" un imperativo. Disponibile in <https://www.epatitec.info/notizie/ultime-notizie/epatite-c-in-italia-sommerso-del-20-terapie-efficaci-nel-99-dei-casi-curarsi-subito-un-imperativo>.

dopo la fine della cura pur se, nel solo 10-15% dei casi, l'infezione soppressa si ripresenta non permettendo alla persona di guarire definitivamente³⁸.

Anche a livello extra-ospedaliero è possibile sottoporsi ai test precedentemente trattati, tramite rapidi prelievi salivari, capillari o kit per auto-test disponibili in farmacia. I sistemi diagnostici che prevedono l'uso di fluidi orali sono diventati sempre più commercialmente disponibili negli anni, risultando particolarmente diffusi grazie alla loro facilità d'uso, il basso costo, la raccolta non invasiva del campione di liquido orale e la rapidità del risultato. Essi sono utili nell'individuazione del virus dell'immunodeficienza umana e il virus dell'epatite C grazie al fatto che il trasudato della mucosa orale contiene le immunoglobuline IgM e IgG, individuabili da dispositivi a base immunodiagnostica^[39]. Il risultato del test è ottenibile in 20 minuti e, nel caso in cui fosse positivo, è richiesta una conferma tramite prelievo venoso con metodica ELISA e western-blot.

Lo stesso funzionamento è previsto per il prelievo capillare, i cui risultati sono disponibili ugualmente entro 20 minuti; il kit in questo caso comprende lancetta pungi-dito con pipetta per raccogliere il campione di sangue, strisce reattive in cui versare uno specifico reagente e dispositivo con finestra che mostra il risultato.

Per quanto riguarda il kit dell'auto-test disponibile in farmacia, essi sono acquistabili da individui maggiorenni. Ad oggi è a disposizione soltanto il kit per HIV contenente una garza sterile con salviettina disinfettante e dispositivo per il test contenente l'apposita soluzione utile ad individuare gli anticorpi eventualmente presenti.

Lo stesso kit per la rilevazione di HCV non è ancora presente nelle farmacie. I test salivari e capillari sono molto diffusi e praticati durante le campagne di prevenzione e sensibilizzazione ormai sempre più frequenti, volte al coinvolgimento di numerosi utenti per attuare un programma di screening e fornire eventualmente un adeguato intervento di counselling.

Mola rilevanza nell'ambito dei virus HIV e HCV, è sicuramente l'iniziativa "Meet, Test and Treat", lanciata dalla fondazione Villa Maraini di Roma, l'agenzia nazionale per le tossicodipendenze della Croce Rossa Italiana e basata sulla diffusione di test rapidi e

³⁸ Associazione EpaC Onlus, (2015). Epatite C: troppi malintesi sulla guarigione. Lettera aperta a tutti gli organi di stampa. Disponibile in <https://www.epac.it/notizie/ultime-notizie/epatite-c-troppi-malintesi-guarigione-lettera-aperta-tutti-organi-stampa>.

strategie per limitare il contagio presso la popolazione considerata maggiormente a rischio, oltre quella generica. Essa dal 1976 vanta un insieme di servizi per la cura e la riabilitazione da abuso di droga o alcol e gioco d'azzardo; inoltre, affinché vengano avvicinati tutti coloro che necessitano di aiuto, la fondazione si avvale di alcuni mezzi come l' "unità di strada", un soccorso condotto in strada per diffondere la politica della riduzione del danno ed impedire che il tossicodipendente contragga malattie per trasmissione ematica o sessuale, o l' "unità HIV", impegnata nell'informazione e nella prevenzione dell' HIV, nonché nel sostegno ai sieropositivi.

Ciò che si propone la campagna in primo luogo, come recita il nome stesso è il "meet", ovvero intercettare, incontrare e conoscere i soggetti da poter salvaguardare; secondariamente ci si occupa del "test", ovvero si sottopongono le persone coinvolte ad opportuni test per HIV e HCV per scovare diagnosi preliminarmente positive per AIDS ed epatite C. Infine si procede con il "treat", la vera e propria fase del trattamento, in cui viene garantita a chi necessario, l'accesso alle cure mediche e all'assistenza sanitaria ^[40]. In questo campo si crea un lavoro sinergico tra volontari opportunamente formati e personale sanitario, ognuno con ruoli e compiti ben definiti.

In particolare, il personale sanitario si occupa generalmente della formazione dei volontari, della preparazione del materiale per i test e dell'attività di counselling pre e post-test; nella fase successiva al test è fondamentale sostenere la persona nell'affrontare il risultato del test, informando opportunamente su HIV e HCV ed incentivare, in caso di positività, la necessità di recarsi presso una struttura ospedaliera per eseguire un prelievo ed eventualmente confermare la pre-diagnosi. "Meet, Test and Treat" partendo da Roma si è poi diffuso nelle varie regioni italiane ed anche nelle Marche, fino ad Ancona, dove l'attività è stata svolta in svariate occasioni ottenendo grande sostegno e partecipazione.

Per un orientamento specifico rispetto all'esecuzione dei test, ci si può comunque rivolgere al proprio medico curante oppure ai servizi specifici per HIV/AIDS, HCV o generalmente IST.

Sono disponibili il numero verde AIDS (800 861 061) dell'Istituto Superiore di Sanità, istituito nel 1987 dalla Commissione Nazionale Lotta contro l'AIDS e co-finanziato dal ministero della salute. Esso è anonimo, gratuito, attivo dal lunedì al venerdì dalle 13.00 alle

18.00, e volto ad interventi di prevenzione primaria e secondaria verso HIV e generalmente IST, attraverso un counselling telefonico rivolto a chiunque ne abbia bisogno. Anche per HCV l'associazione Onlus EpaC ha messo a disposizione un numero verde gratuito (800 031 657), attivo dal lunedì al venerdì, dalle 09.00 alle 17.00, nato con lo scopo di informare e orientare le persone con epatite C ed i loro familiari e far sì che le persone necessitanti percepiscano di essere assistite, supportate e accompagnate.

In merito ai risultati ottenuti con l'ultima parte del questionario, relativa a nozioni esclusivamente conoscitive sulla trasmissione dei due virus, è possibile fare numerose considerazioni sulla base della letteratura considerata.

Sono stati elencate le stesse vie di trasmissione per entrambi i virus, confrontando e valutando poi le risposte ottenute.

La trasmissione sessuale senza protezioni è stata reputata dalla maggioranza come una via molto rischiosa, per entrambi i virus.

Per quanto riguarda HIV per la maggior parte delle persone (94,8%) ha definito la trasmissione tramite rapporti sessuali non protetti come una via molto rischiosa mentre il 5,2% restante come una via poco o non rischiosa.

Questo risultato appare coerente con i dati presenti dal notiziario AIDS dell'anno 2017, secondo cui la proporzione maggiore di casi è attribuibile alla trasmissione sessuale. In particolare, negli anni 2010-2017 la percentuale dei casi attribuibili a trasmissione eterosessuale è rimasta sostanzialmente stabile (46,8% nel 2010 e 45,8% nel 2017), mentre la proporzione di casi attribuibili a trasmissione tra MSM nello stesso periodo è aumentata dal 31,8% nel 2010 al 38,5% nel 2017 ^[2].

La trasmissione sessuale di HIV riguarda rapporti vaginali, anali ed orali, etero o omosessuali. Il virus può essere riscontrato nelle secrezioni vaginali, nello sperma o nel liquido pre-spermatocico; nei rapporti vaginali esso attraversa le membrane mucose passando tramite cervice e vagina e infettando la persona; nei rapporti anali la probabilità di contagio aumenta perché compare un elevato rischio di lesione delle mucose, correlato alle elevate frizione e attrito che possono esporre la persona al contagio tramite contatto ematico.

Le osservazioni possibili sono differenti per quanto riguarda l'HCV. Il 76,9% dei soggetti

studiati ha definito la via sessuale molto rischiosa per il contagio dal virus, mentre il restante 23,1% la indica come poco o non rischiosa. Emerge una mancanza di conoscenza osservando questo dato, essendo la trasmissione sessuale molto meno frequente rispetto al contagio nosocomiale e per via ematica. Non è infatti dimostrato secondo studi specifici che l'HCV si trasmetta attraverso liquidi genitali e sessuali ma sono considerate delle circostanze per cui il rischio aumenta, come malattia epatica in fase acuta, attività sessuale promiscua, stato di immunocompromissione, co-infezione da HIV, presenza di lesioni genitali e ciclo mestruale⁴¹. Questo dato è dimostrato anche da uno studio condotto presso l'Università di Modena applicato su 895 partners sessuali monogami, accoppiati a soggetti positivi per anti-HCV. Le coppie sono state seguite per 10 anni ed hanno negato rapporti protetti da profilattico, rapporti anali o sesso durante il ciclo mestruale. Al momento del follow up, dei 776 soggetti rimasti nello studio, si sono verificate soltanto tre infezioni da HCV, presentanti però genotipo diverso rispetto a quello del partner. Si è potuta perciò escludere la via sessuale come contagiosa⁴¹. I rapporti sessuali penetrativi divengono più pericolosi nel caso di rapporti anali, come accade frequentemente tra soggetti omosessuali. In tal caso infatti, il maggior attrito che si crea, unitasi alla fragilità delle mucose espone maggiormente alla formazione di ulcere e lesioni, costituenti porte d'ingresso per il virus.

Nell'ambito sessuale un'attenzione particolare merita il contatto orale con secrezioni genitali, in cui il rischio è ridotto rispetto ai rapporti con penetrazione. Considerando l'HIV, il 68,3% delle persone l'ha definita una via molto rischiosa mentre il 31,7% una via poco o non rischiosa.

Secondo quanto riportato dal CDC, i risultati raccolti dai questionari non sembrano avere corrispondenza con quanto riportato dalla ricerca scientifica; generalmente è lieve il rischio di trasmissione dell'HIV tramite rapporti orali in quanto, se non danneggiati, i tessuti della bocca e della gola sono meno suscettibili alle infezioni rispetto ai tessuti genitali o anali, grazie anche agli specifici enzimi salivari che inibiscono la virulenza dell'HIV⁴². I fattori di

⁴¹ C. Vandelli, L. Romanò, F. Renzo, S. Tisminetzky, M. De Palma, T. Stroffolini, E. Ventura, A.R. Zanetti, (2003-2013). Trasmissione sessuale di HCV in coppie eterosessuali monogame. Italian Journal of Public Health. Disponibile in <https://ijphjournal.it/article/view/6217>.

⁴² Keith Alcorn (luglio 2019). Oral sex and the risk of HIV transmission. AIDS map. Disponibile in <http://www.aidsmap.com/about-hiv/oral-sex-and-risk-hiv-transmission>.

rischio che possono accentuare tale pericolo sono l'eiaculazione orale in caso di presenza di ulcere nella mucosa interna, gengive sanguinanti, piaghe genitali o co-presenza di altre IST (Infezioni Sessualmente Trasmissibili). Tale dato è confermato anche da uno studio del 2012 secondo cui il rischio di contagio tramite contatto orale è inferiore rispetto al rapporto vaginale ed anale ^[43].

Inoltre, di notevole rilevanza, sembra essere il fatto che, secondo recenti ricerche, il rischio sessuale appare trascurabile in caso di partner HIV positivo che assume regolarmente terapia antiretrovirale. Uno studio del 2014 ha analizzato 767 coppie sierodiscordanti in 44.400 atti sessuali senza preservativo, non riscontrando alcun contagio da HIV, con partner HIV+ presentante una carica virale inferiore ai 200/mm³ ⁴⁴. Lo stesso concetto è riportato anche da uno studio svedese diretto nel 2012, secondo cui il rischio di trasmissione sessuale, oltre a quello derivante da apparecchi di iniezione condivisi (contagio per via ematica) e la trasmissione verticale, sono giudicati minimi in caso di soggetto HIV+ che soddisfi un'HAART efficace. Lo studio effettuato ha coinvolto 1763 coppie sierodiscordanti (HIV+ con HIV-) nel periodo compreso tra il 2007 ed il 2010, randomizzate in due gruppi di studio in cui uno comprendeva partner sieropositivi riceventi subito la HAART, mentre l'altro ricevente la terapia solo in seguito.

È stato dimostrato che l'assunzione precoce del trattamento riduce del 96% il rischio di trasmissione, piuttosto che in un'assunzione tardiva dei farmaci ^[43].

Nei rapporti orali il pericolo di trasmissione è minimo in caso di soggetto infetto da HIV sottoposto alla HAART.

Riprendendo il concetto relativo all'inibizione del virus all'interno del cavo orale, è possibile andare ad analizzare le risposte relative alla trasmissione di HIV tramite saliva; l'88,6% la definisce una via poco o non rischiosa, mentre il restante 11,4% molto rischiosa. Esiti simili sono constatabili per HCV, in quanto è risultato che il 51% degli individui presi in esame la definiscono una via molto o poco rischiosa, mentre il restante 49% la definisce come non

⁴⁴ Aids map, (luglio 2016). More confidence on zero risk: still no transmissions seen from people with an undetectable viral load in PARTNER study. Disponibile in <http://www.aidsmap.com/news/jul-2016/more-confidence-zero-risk-still-no-transmissions-seen-people-undetectable-viral-load>.

rischiosa.

È possibile appuntare che, come già scritto precedentemente, le secrezioni salivari presenti all'interno del cavo orale sono ricche di numerosi enzimi (pepsina, ptialina, lipasi, lisozima, ...) potentemente tossiche per i virus, tanto da inattivarli rapidamente.

Il rischio insorge in caso di lesioni mucosali con perdita di sangue, condizione che predispone alla trasmissione dei virus. Elementi come scambio di posate, scambio di spazzolini, baci, scambio di drinks e sigarette, non predispongono direttamente al passaggio del virus purché non ci siano sanguinamenti in corso e perciò la saliva non contenga cellule ematiche: in questo caso il pericolo è limitato ma non trascurabile.

Il sangue infatti risulta essere un liquido biologico fortemente virulento in caso di sieropositività ad HIV e HCV. Secondo il 95,9% dei soggetti partecipanti allo studio, la via ematica è molto rischiosa, al contrario il restante 4,1% la indica come via poco o non rischiosa. Risultati simili sono stati ottenuti dalle risposte relative all'HCV: secondo il 90,8% dei soggetti tale fluido è molto rischioso, mentre il restante 9,2% lo identifica come poco o non rischioso.

Gli studi e i dati presenti in letteratura confermano tali considerazioni, essendo la trasmissione per via ematica fortemente pericolosa sia per HIV che per HCV.

Questo tipo di contagio avviene attraverso trasfusioni di sangue infetto o attraverso lo scambio di siringhe infette; dagli anni '90, quando vennero introdotti scrupolosi controlli nelle sacche di sangue donato e/o trasfuso, le incidenze di HIV e HCV sono fortemente diminuite. Ad oggi l'ammontare dei nuovi casi di infezione proviene prevalentemente dallo scambio di siringhe nei tossicodipendenti, situazione che riguarda un'incidenza dell'infezione del 2,7% in HIV e del 40% in HCV.

L'utilizzo di droghe per via iniettiva oltre che rappresentare un pericolo per il contatto con sangue possibilmente infetto, espone maggiormente a comportamenti a rischio in quanto la coscienza risulta così alterata. Lo certifica anche uno studio condotto nel 2014 tra soggetti peruviani, in cui è risultato che l'ammontare di comportamenti sessuali rischiosi per la salute è direttamente proporzionale all'uso di droghe e che, generalmente, la maggior

parte delle persone con diagnosi positiva per HIV è soggetta all'uso di droghe ed abitudini sessuali errate ^[45].

Sia per HIV che per HCV, a rischio sono anche tatuaggi o piercing nel caso di utilizzo di apparecchi non sterili o se l'inchiostro viene condiviso infatti chi si vuole sottoporre a questo genere di trattamenti deve assicurarsi che siano rispettati i criteri igienici. La principale forma di trasmissione per quanto riguarda HCV è senza alcun dubbio quella ematica, in particolare il contagio riguarda lo scambio di aghi, siringhe o qualsiasi altro materiale che contenga traccia di sangue, usati reciprocamente tra tossicodipendenti. La condivisione di aghi e siringhe aumenta la possibilità di diffondere il virus, in particolare gli aghi distaccabili dalla siringa trattengono una quantità maggiore di sangue dopo l'uso rispetto che quelli fissi ^[46].

La diffusione di patogeni attraverso lo scambio di aghi e siringhe, specialmente tra tossicodipendenti è purtroppo un problema ancora attuale, quotidiano, grave. In soccorso a queste situazioni vengono organizzati interventi e strategie per tentare di ridurre il rischio rappresentato dalle droghe per via iniettiva. Un esempio è l'unità di strada predisposta dall'associazione Villa Maraini, che consente di raggiungere i più vulnerabili, diffondendo la politica della riduzione del danno nei luoghi a rischio, attuando provvedimenti che prevengano le infezioni trasmissibili per via ematica e sessuale e permettano di affrontare situazioni di overdose. Essi si occupano di distribuire siringhe sterili e profilattici, fornire informazioni riguardo le malattie infettive, incoraggiare all'esecuzione del test, intervenire in caso di overdose ed altre emergenze mediche ed accompagnare ai servizi pubblici e privati chi potrebbe averne bisogno.

Considerando l'alta virulenza di HIV e HCV all'interno del sangue, esiste un luogo comune per cui il virus si trasmetta anche tramite insetti ematofagi come zanzare o zecche. Tale concetto è scientificamente invalidato essendo questo genere di insetti incapace di far replicare il virus al loro interno e inefficaci nel garantirne la sopravvivenza.

Tuttavia, secondo un sondaggio condotto tra 1500 studenti delle scuole superiori della Papua Nuova Guinea, è risultato che il 34% considerava le zanzare portatrici di HIV ^[47].

Un simile esito è riscontrabile tra i risultati ottenuti dal questionario, che rivelano come una quota del 50,2% consideri, nel caso di HIV, tale via molto o poco rischiosa mentre il solo 49,8% la ritiene non rischiosa. Anche per HCV risulta che il 51% dei soggetti definisce tale via come molto o poco rischiosa e, allo stesso modo, il solo 49% la considera non rischiosa. Gli studi riguardo l'HIV hanno dimostrato che il virus scompare dalla zanzara dopo circa 1-2 giorni, tempo entro il quale l'insetto digerisce le cellule ematiche assunte; inoltre il virus non sopravvive nella zanzara per potersi riprodurre e spingere sino alle ghiandole salivari dell'animale, perciò il contagio, di fatto, non è possibile. È stato addirittura calcolato che affinché si generi un contagio, la persona contagiata dovrebbe essere morsa da 10 milioni di zanzare che si stavano nutrendo di un portatore HIV: la trasmissione tramite ematofagi è di fatto ritenuta non esistente ^[47].

Secondo la letteratura, tali considerazioni valgono allo stesso modo anche per il virus HCV, pur non essendoci a disposizione studi specifici in materia.

Giunti a questo punto è possibile affermare che i metodi di trasmissione di HIV dipendono dal contatto con fluidi corporei come secrezioni genitali, sangue e latte materno, oltre ad una bassa incidenza di trasmissione verticale. Tutto ciò che comprende contatti fisici o scambio di particelle aeree non è ritenuto pericoloso per il contagio, a meno che non ci sia presenza di sangue per esempio in caso di lesioni cutanee o espettorazione violenta con emoftoe. Nel valutare l'HIV, risulta che non è considerato dalla gente compresa nello studio come una via pericolosa, infatti solo l'1,05% identifica il contatto fisico e il 2,1% le particelle aeree come mezzi molto rischiosi.

Lo stesso discorso è generalizzabile per HCV che, secondo le fonti reperite, viene trasmesso per mezzo di sangue, latte materno o da madre a feto anche se, quest'ultime vie, sono rappresentate con un'incidenza molto bassa. Allo stesso modo che per HIV, come certifica anche la WHO (World Health Organization), contatti fisici o scambio di particelle

aeree non sono ritenute pericolose per il contagio da HCV, a meno che non ci sia presenza di sangue per esempio in caso di lesioni cutanee o espettorazione violenta con emoftoe o emottisi; i liquidi genitali, come testimoniato sopra, non trasmettono il virus se non che in presenza di sangue, lesioni o altre infezioni sessuali che comportano un alto rischio di ulcera sanguinante, ciclo mestruale o co-infezione HIV.

Secondo i risultati ottenuti dal questionario, solamente il 7,6% definisce il contatto fisico e il 9,3% definisce le via aerea come molto rischiose per l'HCV. Le uniche situazione classificate come "rischiose" per quanto riguarda il contagio da HIV e HCV tramite contatto fisico, solo quelle per cui ci sia perdita di sangue, come accade negli sport di forza violenti. L'OMS nel 1989 ha dichiarato che non esistono casi documentati di infezione da HIV, tuttavia esiste la possibilità di contagio quando un atleta infetto presenta una ferita sanguinante ed altri presentano lesioni cutanee che fungono da porta d'accesso per il virus. In questo caso, non essendo gli sportivi obbligati a rivelare la loro condizione clinica, si sottopone la persona potenzialmente contagiata alle cure e alle procedure di accertamento normalmente previste in caso di contatto accidentale con liquidi biologici⁴⁸.

⁴⁸ Health24, (ottobre 2016). Hiv and sport. Disponibile in <https://www.health24.com/Medical/HIV-AIDS/Living-with-HIV/HIV-and-sport-20120721>.

5 CONCLUSIONE

Alla luce dei risultati ottenuti dai questionari e delle considerazioni da essi derivanti, è stato possibile osservare che, nella comunità anconetana, le questioni di salute legate ad HIV e HCV non sono ancora totalmente e precisamente note.

Difatti dai risultati formulati si evince che, in merito a comportamenti ed interventi da poter attuare in caso di sospetto contagio, le conoscenze detenute dal campione selezionato sono complessivamente superficiali, poco approfondite e indubbiamente potenziabili.

Focalizzando invece l'attenzione sulle domande conoscitive, risulta che gran parte delle domande esibite presenta una maggioranza di risposte corrette; questo dato tuttavia, non esclude la possibilità di un intervento educativo, rivolgendosi esso proprio alla minoranza di risposte errate.

Nell'ipotesi, infatti, di una nuova compilazione dello stesso questionario a distanza di anni, secondo le stesse modalità e rivolte allo stesso campione, l'auspicio sarebbe di osservare una totalità di risposte errate complessivamente in decremento; rispettando tale ottica è necessario che il professionista sanitario concentri le sue risorse sulla porzione della popolazione ancora poco informata, benché potrebbe risultare la minoranza.

L'infermiere assolve al suo ruolo educativo nel momento in cui visualizza una problematica che potrebbe mettere a repentaglio lo stato di salute della società, mettendo in pratica interventi di informazione e sensibilizzazione.

Lo scopo è fornire alle persone gli strumenti sufficienti per adempiere autonomamente ad un'adeguata promozione della salute.

A questo proposito è stata formulata una grafica informativa [ALLEGATO 2] contenente informazioni, chiarimenti, conoscenze riguardo i due virus; i principali aspetti presi in considerazione vertono su definizione dei virus, metodi di trasmissione e prevenzione, modalità di effettuazione della diagnosi, trattamento e sedi specifiche a cui rivolgersi.

Tale illustrazione è stata condivisa negli stessi gruppi sfruttati come campione, con il fine di fornire risposte alle domande poste nel questionario, educare riguardo un tema di salute ancora attuale e procurare gli strumenti per proteggere sé stessi e gli altri dal contagio di due virus che, come già spiegato in precedenza, sono trattabili in modo semplice... quando e se vengono identificati.

All'illustrazione informativa sono state allegate, successivamente allo studio, due semplici e rapide domande [ALLEGATO 3], utili per ottenere un feedback riguardo l'attività condotta ed un giudizio in merito alle informazioni fornite.

In primo luogo, è stata richiesta una valutazione riguardo le indicazioni procurate dalla grafica, proponendo una scala di Likert composta da cinque caratteristiche: non utile, poco utile, utile, molto utile, esauriente.

È risultato che, complessivamente, i 153 soggetti coinvolti dalle risposte si sono dimostrati soddisfatti dalle conoscenze ottenute. Nessuno ha definito il lavoro non utile e solo una persona lo ha definito poco utile; il 26,8% (41 persone) lo ha riconosciuto come utile, il 47,7% (73) come molto utile ed infine il 24,8% (38) come esauriente.

In secondo luogo, è stato domandato quali fossero, secondo il parere dei compilatori, le sedi privilegiate per diffondere il volantino, con il fine di investigare quali siano considerati i luoghi e le situazioni che maggiormente possono incoraggiare alla lettura di una grafica simile. È stato messo a disposizione un massimo di tre risposte, in modo avere un quadro più ampio e variegato delle opinioni fornite e permettere di proporre alternative differenti. Le scuole (medie, superiori e università) e gli ambienti sanitari (laboratori analisi, studi medici, ospedali, consultori, studi odontoiatrici, sale d'attesa, pronto soccorso, farmacia) sono risultate le risposte prevalenti, rappresentando rispettivamente il 90,1% (138 persone) e il 84,3% (129) delle risposte. Il 33,9% (52) delle risposte ha interessato generalmente i principali luoghi pubblici (bar, chiesa, centri commerciali, spiagge, cinema, uffici, piazze supermercati, sala concerti, ristoranti, studi di tatuaggi, luoghi di lavoro, bagni di locali pubblici); a tale dato si sono accompagnati un 18,9% (29) disegnanze nello specifico luoghi per giovani (discoteche, pub, locali notturni, centri ricreativi e di aggregazione,

oratori) ed un 7,1% indicante centri sportivi (palestre, stadi). Il 13% (20) divulgerebbe le informazioni sfruttando mezzi pubblici come stazioni, pensiline, bus o treni. Per quanto riguarda il mondo dei social, il 2,6% dei soggetti userebbe spot televisivi e social networks, mentre il 3,9% crede nell'efficacia del volantinaggio durante eventi specifici. Infine, l'1,3% diffonderebbe il volantino tra le case ed un ulteriore 1,3% dei casi propagherebbe la grafica "ovunque" senza però indicare un luogo specifico.

Per concludere, è possibile affermare che, in base alle risposte ottenute, le conoscenze trasmesse dalla grafica sono state ben accolte dai soggetti considerati nello studio. Sono state indicate prevalentemente due sedi per la diffusione del materiale, scuole e luoghi sanitari, ritenute elitarie per sensibilizzare e educare.

L'auspicio è che tali informazioni vengano, oggi e domani, effettivamente propagate, trasmesse e ampiamente diffuse, a favore di comportamenti, atteggiamenti e abitudini sempre più consapevoli e ragionati, nella speranza di fornire i mezzi per rendere contagiosa la salute, piuttosto che la malattia.

L'infermiere è il professionista sanitario che "promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività." [49]

Il lavoro di tesi scelto e svolto, ha voluto proprio sottolineare questi aspetti, riferendosi a due virus che possono e potranno essere messi da parte.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità. La salute. Tratto da MoveEurope, campagna europea per la promozione della salute, disponibile in <http://www.move-europe.it/Salute.htm>.

[2.] COA – Centro Operativo AIDS. Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2017, (2018). Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità.

3. Video Youtube (11/01/2019). Fernando Aiuti, la storia del bacio che cambiò la lotta all'Aids. Disponibile in https://www.youtube.com/watch?v=pckhsfN_3wQ.

[4.] Moroni Mauro, Antinori Spinello, Vullo Vincenzo, (2014). Manuale di malattie infettive, prima edizione, terza ristampa. Milano: editore Edra.

[5.] Rugarli Claudio, (2015). Manuale di medicina interna sistemica, settima edizione. Milano: editore Edra.

[6.] Gower E, Estes C, Blach S, Razavi-Shearer K, Razavi H., (2014). “Global epidemiology of the hepatitis C virus infection”. OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità.

[7.] WHO – World Health Organization (october 2016). Global report on access to hepatitis c treatment; focus on overcoming barriers. Tratto da http://www.sossanita.it/doc/2016_11_epatite-c-oms-rep.pdf.

[8.] SEIEVA – Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta sostenuto dall' ISS (Istituto Superiore della Sanità), (2016). Tratto da http://old.iss.it/binary/seie2/cont/Tassi_Epatite_C_2016.pdf.

[9.] ECDC – European Centre of Disease prevention and Control, (2017). Hepatitis C, annual Epidemiological Report for 2017.

10. Associazione EpaC Onlus, (2019). La diagnosi di HCV. Disponibile in <https://www.epatitec.info/patologia/diagnosi-esami-correlati>.

11. Associazione EpaC Onlus, (2019). Le modalità di contagio. Disponibile in <https://www.epatitec.info/patologia/modalità-contagio>.

- [12.] Terrault NA, Dodge JL, Murphy EL, Tavis JE, Kiss A, Levin TR, Gish RG, Busch MP, Reingold AL, Alter MJ (marzo 2013). Sexual transmission of hepatitis C virus among monogamous heterosexual couples: the HCV partners study. Epub editor, tratto da <http://ijphjournal.it/article/view/6217>.
13. Associazione LILA – Lega Italiana per la Lotta contro l’AIDS, (2009). Guida all'epatite C per le persone sieropositive: diagnosi, coinfezione, trattamento e sostegno. Disponibile in <https://www.lila.it/it/vivere-con-hiv/797-coinfezione-hivhcv>.
14. Associazione LILA – Lega Italiana per la Lotta contro l’AIDS, (2010). L'Hiv e le epatiti. Disponibile in <https://www.lila.it/it/vivere-con-hiv/797-coinfezione-hivhcv>.
- [15.] Hinkle Janice L., Cheever Kerry H., (2017). Brunner – Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica, volumi 1 e 2, quinta edizione. Milano: editore Casa editrice Ambrosiana.
16. COA – Centro Operativo AIDS (2018). Il portale dell’epidemiologia per la sanità pubblica – Epicentro. A cura dell’ISS – Istituto Superiore di Sanità. Disponibile in <https://www.epicentro.iss.it/aids/epidemiologia-italia>.
17. ISS – Istituto Superiore di Sanità, (2018). Ultimo rapporto sull’AIDS in Italia. Disponibile in <https://www.marchesanita.it/home/notizie/ultimo-rapporto-dellistituto-superiore-di-sanita-sull-aids-in-italia-spia-rossa-per-la-regione-marche>.
- [18.] CDC – Centre of Disease Control (1993). Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. Atlanta. Tratto da <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>.
19. Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana n. 132 (1990). Legge n. 135 del 05 giugno 1990 - “Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS”. Disponibile in https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario;jsessionid=LoRadccS2x3ebUExlthXWQ_.ntc-as2-guri2b?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1990-06-08&atto.codiceRedazionale=090G0179&elenco30giorni=false.

- [20.] SNLG – Sistema Nazionale per le Linee Guida (2011). Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011. Tratto da http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf.
- [21.] Floridia M, Polizzi C et al, (2008). HIV, gravidanza e terapia antiretrovirale. Notiziario Istituto superiore di sanità. Tratto da http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_784_allegato.pdf.
- [22.] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2010). Management of HIV in pregnancy. London: RCOG Press. Tratto da <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GT39HIVPregnancy0610.pdf>.
23. WHO – World Health Organization, (2019). Infant feeding for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. Disponibile in https://www.who.int/elena/titles/hiv_infant_feeding/en/.
24. UNAIDS - United Nations on HIV and AIDS, (luglio 2019). Alti tassi di mortalità, la lotta all'HIV non è finita, rapporto 2019. Disponibile in <https://www.medicisenzafrontiere.it/>.
25. HIV-1 TAT vaccines, (2007). TAT di HIV-1, un approccio vaccinale innovativo. Disponibile in www.hiv1tat-vaccines.info/italian/scientific_background.htm.
26. CNMR – Centro Nazionale Malattia Rare supportato da IIS – Istituto Superiore di Sanità, (2015). La prevenzione: definizione. Disponibile in <http://old.iss.it/cnmr/index.php?lang=1&id=2473&tipo=77>.
- [27.] Prima conferenza internazionale per la promozione della salute, (novembre 1986). Carta di Ottawa. OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità.
- [28.] CCM – Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, ISS – Istituto Superiore di Sanità e Ministero della Salute, (2018). Progetto “Studio Nazionale Fertilità”, indagini sulle conoscenze, comportamenti e atteggiamenti in ambito sessuale e riproduttivo di adolescenti, studenti universitari e adulti in età fertile. Tratto da www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2823_allegato.pdf

- [29.] S.E.F.O. – Scientific European Federation of Osteopaths, (2014). Differenti tipi di studi clinici. Tratto da <https://www.scientific-european-federation-osteopaths.org/differenti-tipi-di-studi-clinici/>.
- [30.] Norah A. Terrault (2002). Sexual Activity as a Risk Factor for Hepatitis C. Gastroenterology Division, Department of Medicine, University of California, San Francisco. Tratto da http://www.natap.org/2003/dec/120403_3.htm.
- [31.] Kassa Tiruneh, Belaynew Wasie and Hector Gonzalez (2015). Sexual behavior and vulnerability to HIV infection among seasonal migrant laborers in Metema district, northwest Ethiopia: a cross-sectional study. Pubmed. Tratto da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4330642/>.
- [32.] OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità e ECDC – European Centre of Disease prevention and Control, (october 2010). Summit Conference Hepatitis B and Hepatitis C. Brussels. Tratto da <http://www.sosfegato.it/camo/onlus/all/HepB+CConfbook.pdf>.
- [33.] Tuan Le, M.D., Dr.P.H., Edwina J. Wright, M.D., Davey M. Smith, M.D., Weijing He, M.D., et al, (2013). Enhanced CD4+ T-Cell Recovery with Earlier HIV-1 Antiretroviral Therapy. NEJM - New England Journal of Medicine. Tratto da <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1110187>.
34. Dott. D'Errico Angelo, (2018). Test dell'epatite C – anti-HCV - HCV-RNA. Disponibile in https://www.analiscinichederrico.it/test-dellepatite-c-anti-hcv-hcv-rna-2/#_Toc510972053.
- [35.] Ly KN, Xing J, Klevens RM, Jiles RB, Ward JW, Holmberg SD, (2012). The increasing burden of mortality from viral hepatitis in the United States between 1999 and 2007. PubMed.
- [36.] Volk ML, Tocco R, Saini S, Lok AS (2009). Public health impact of antiviral therapy for hepatitis C in the United States. Hepatology.
37. Associazione EpaC Onlus, (2019). Epatite C in Italia: sommerso del 20%, terapie efficaci nel 99% dei casi. "Curarsi subito" un imperativo. Disponibile in <https://www.epatitec.info/notizie/ultime-notizie/epatite-c-in-italia-sommerso-del-20-terapie-efficaci-nel-99-dei-casi-curarsi-subito-un-imperativo>.

38. Associazione EpaC Onlus, (2015). Epatite C: troppi malintesi sulla guarigione. Lettera aperta a tutti gli organi di stampa. Disponibile in <https://www.epac.it/notizie/ultime-notizie/epatite-c-troppi-malintesi-guarigione-lettera-aperta-tutti-organi-stampa>.

[39.] Dr. Paul L.A.M. Corstjens, Dr. William R. Abrams, Dr. Daniel Malamud, (ottobre 2012). Detecting viruses by using salivary diagnostics. PubMed. Tratto da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4262792>.

[40.] Fondazione Villa Maraini, associazione della Croce Rossa Italiana, (2018). Linee guida “Meet, Test & Treat”.

41. C. Vandelli, L. Romanò, F. Renzo, S. Tisminetzky, M. De Palma, T. Stroppolini, E. Ventura, A.R. Zanetti, (2003-2013). Trasmissione sessuale di HCV in coppie eterosessuali monogame. Italian Journal of Public Health. Disponibile in <https://ijphjournal.it/article/view/6217>.

42. Keith Alcorn (luglio 2019). Oral sex and the risk of HIV transmission. AIDS map. Disponibile in <http://www.aidsmap.com/about-hiv/oral-sex-and-risk-hiv-transmission>

[43.] Jan Albert, Torsten Berglund, Magnus Gisslén, Peter Gröön, Anders Sönerborg, Anders Tegnell, Anders Alexandersson, Ingela Berggren, Anders Blaxhult, Maria Brytting, Christina Carlander, Johan Carlson, Leo Flamholz, Per Follin, Axana Hagggar, Frida Hansdotter, Filip Josephson, Olle Karlström, Fredrik Liljeros, Lars Navér, Karin Pettersson, Veronica Svedhem Johansson, Bo Svennerholm, Petra Tunbäck, and Katarina Widgren, (luglio 2014). Risk of HIV transmission from patients on antiretroviral therapy: A position statement from the Public Health Agency of Sweden and the Swedish Reference Group for Antiviral Therapy. PubMed. Tratto da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196576/>.

44 Aids map, (luglio 2016). More confidence on zero risk: still no transmissions seen from people with an undetectable viral load in PARTNER study. Disponibile in <http://www.aidsmap.com/news/jul-2016/more-confidence-zero-risk-still-no-transmissions-seen-people-undetectable-viral-load>.

[45.] Alfredo A. Massa e Marc I. Rosen, (luglio 2012). The Relationship between Substance Use and HIV Transmission in Peru. PubMed. Tratto da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175531/>.

[46.] CDC – Center of Disease Control, (2016). Hepatitis C and injecting drug. Tratto da <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/pdfs/factsheet-pwid.pdf>.

[47.] Bockarie MJ, (1996). Can mosquitoes transmit AIDS? PubMed. Tratto da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9795564>.

48. Health24, (ottobre 2016). Hiv and sport. Disponibile in <https://www.health24.com/Medical/HIV-AIDS/Living-with-HIV/HIV-and-sport-20120721>.

[49.] FNOPI – Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, (aprile 2019). Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. Articolo 7: Cultura della salute. Tratto da <http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>.

ALLEGATI

ALLEGATO 1 - QUESTIONARIO

Quanto sei informato su HIV e HCV ?

Questo questionario è anonimo e contiene poche domande conoscitive e comportamentali, volte ad investigare il grado d'informazione che i cittadini hanno riguardo due virus molto rilevanti a livello comunitario, HIV e HCV (rispettivamente portatori di AIDS ed EPATITE C), e la loro reazione di fronte ad un'ipotetica situazione a rischio di contagio.

Ottenute tutte le risposte sarà possibile classificare i risultati ottenuti in base alle generalità del campione, per poi fornire online, agli stessi gruppi studiati, informazioni, curiosità ed indicazioni pratiche per poter accedere ai servizi sanitari e poter sottoporsi ad un test HIV/HCV qualora si ritenga utile.

Vi ringrazio molto della partecipazione e vi prego, ai fini dello studio, di rispondere onestamente alle domande proposte. Buona compilazione!

1) Quanti anni hai? *

- 16 - 25
- 26 - 35
- 36 - 55
- Oltre 56

2) Sesso *

- M
- F

3) Titolo di studio *

- scuola dell'obbligo
- diploma di scuola superiore
- laurea
- altro

4) Le tue abitudini sessuali *

- partner stabile ed uso il condom
- partner stabile e non uso il condom
- partner occasionale ed uso il condom
- partner occasionale e non uso il condom

5) Se sospettassi di aver contratto HIV o HCV mi rivolgerei a: *

- rete di amici/famiglia
- social media (es. ricerca online)
- rete dei servizi (medico di famiglia, consultorio familiare, infermiere di famiglia)
- servizio specifico (ambulatorio malattie infettive, numero verde HIV/HCV)
- non ne parlerei con nessuno

6) Hai mai fatto un test HIV o HCV? *

- si
- no

se sì, per quale motivo? (se ti è capitato già di fare un test HIV o HCV salta le domande 7 e 8)

Testo risposta breve

7) Il test HIV/HCV: sai in cosa consiste?

Testo risposta breve

8) Il test HIV/HCV: sai dove si può effettuare?

Testo risposta breve

9) E' rischioso per il contagio da HIV (più risposte corrette) : *

	non rischioso	poco rischioso	molto rischioso
contatto con sangue estran...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
scambio di saliva (scambio ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
punture di insetti (zecche, z...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rapporti sessuali non protetti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
contatto fisico (sudore, tavo...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
contatto orale con secrezio...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vie aeree (starnuti, tosse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10) E' rischioso per il contagio da HCV (più risposte corrette): *

	non rischioso	poco rischioso	molto rischioso
contatto con sangue estran...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
scambio di saliva (scambio ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
punture di insetti (zecche, z...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rapporti sessuali non protetti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
contatto fisico (sudore, tavo...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
contatto orale con secrezio...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attraverso le vie aeree (star...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ALLEGATO 2 – GRAFICA INFORMATIVA

Quanto sei informato su HIV E HCV ?

Informazioni ed indicazioni pratiche in merito ai due virus:
PREVENIRE E' PIU' SEMPLICE CHE CURARE.

HIV

DI COSA SI TRATTA?

L' HIV è il virus della immunodeficienza umana che provoca AIDS, sindrome che indebolisce il sistema immunitario sino a renderlo incapace di difendersi.

In Italia nel 2017 si sono registrate 3.443 nuove infezioni.

HCV

DI COSA SI TRATTA?

L' HCV è un virus che provoca danni strutturali e funzionali al fegato attraverso un'infiammazione acuta (epatite) che può cronicizzare.

In Italia nel 2017 si sono registrate 182 nuove infezioni.

COME SI TRASMETTE?



FLUIDI CORPOREI: liquido seminale, pre-eiaculatorio, vaginale, sangue, latte materno, **PLACENTA-FETO.**

COME SI TRASMETTE?



Unicamente **SANGUE**, ogni via per cui ci sia scambio di sangue, rapporti sessuali a rischio solo in caso di partner HCV+, mestruazioni o mucose non integre, **PLACENTA-FETO.**

COME NON SI TRASMETTE?



COME SI PREVIENE?

- 1- Usa il preservativo nei rapporti sessuali orali, anali, vaginali.
- 2- Non condividere strumenti che vengono a contatto con sangue (spazzolini, rasoi, siringhe, aghi per tatuaggi e piercing).
- 3- Screening prenatale in gravidanza.

COME NON SI TRASMETTE?



COME SI PREVIENE?

- 1- Non condividere strumenti che vengono a contatto con sangue (spazzolini, rasoi, siringhe, aghi sterili per tatuaggi e piercing).
- 2- Usa il preservativo se c'è il rischio di contatto con sangue nei rapporti sessuali orali, anali e vaginali.

TEST: IN COSA CONSISTE?

- PREDIAGNOSI con test RAPIDI: con goccia di sangue o saliva
- DIAGNOSI con prelievo venoso analizzato con metodica ELISA (in ospedale)

IN CASO DI POSITIVITA'?
Prima lo scopri e maggiore sarà l'efficacia dei farmaci antiretrovirali. Ad oggi aspettativa e qualità di vita sono paragonabili al soggetto sano.

TEST: IN COSA CONSISTE?

- PREDIAGNOSI con TEST RAPIDI: con goccia di sangue o saliva
- DIAGNOSI con prelievo venoso per verificare presenza di anti-HCV e HCV-rna (in ospedale)

IN CASO DI POSITIVITA'?
Una volta scoperto puoi trattare l'infezione: ad oggi l'epatite C è definitivamente **CURABILE** con semplici farmaci antivirali.

COME FARE IL TEST? (provincia di Ancona)

- CAMPAGNE di prevenzione e screening gratuiti (Croce Rossa Italiana, ANLAIDS, LILA, ...); auto-test in FARMACIA (non ancora per HCV)
 - In OSPEDALE: c/o Ospedali Riuniti di Torrette SOD virologia e SOD malattie infettive in modo gratuito e, su richiesta, anonimo
- http://www.ospedaliriuniti.marche.it/portale/index.php?id_sezione=0

ALLEGATO 3 – VALUTAZIONE GRAFICA INFORMATIVA

Valutazione dell'intervento educativo riguardo HIV e HCV.

A termine del lavoro di tesi svolto, propongo tre brevi e rapide domande per poter trarne un feedback.

Come valuti le informazioni fornite dalla grafica informativa? *

- non utile
- poco utile
- utile
- molto utile
- esauriente

A tuo parere in quali luoghi /servizi / ambiti potrebbe dimostrarsi utile la grafica informativa? (Indicare massimo tre opzioni) *

Testo risposta breve
