

Studio HEPAR-C
Conoscenze, attitudini e
comportamenti (KAB) rispetto
allo screening per l'eliminazione
dell'epatite C

RAPPORTO D'INDAGINE

Ottobre 2022-Maggio 2023

INDICE

SINTESI DEL RAPPORTO	2
<i>BACKGROUND E RAZIONALE</i>	2
<i>OBIETTIVO</i>	2
<i>MATERIALI E METODI.....</i>	2
<i>RISULTATI</i>	3
<i>CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI</i>	3
BACKGROUND E RAZIONALE	4
OBIETTIVO DI STUDIO	5
MATERIALI E METODI.....	6
<i>DISEGNO DELLO STUDIO.....</i>	6
<i>CAMPIONE IN STUDIO</i>	6
<i>CAMPIONAMENTO.....</i>	6
<i>RACCOLTA DATI</i>	7
<i>ANALISI DEI DATI</i>	8
<i>ETICA E PRIVACY</i>	8
RISULTATI	9
<i>CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE E RAPPRESENTATIVITÀ DEL CAMPIONE.....</i>	9
<i>RISULTATI DEL HEALTH BELIEF MODEL</i>	11
SUSCETTIBILITÀ PERCEPITA	12
GRAVITA' PERCEPITA	13
BENEFICI PERCEPITI	13
OSTACOLI PERCEPITI	14
QUADRO DI INSIEME DEI RISULTATI DELL'HEALTH BELIEF MODEL	16
<i>RISULTATI DEL MODULO SPUNTI PER L'AZIONE.....</i>	17
<i>PROPENSIONE DELL'ASSISTITO ALL'ADESIONE ALLO SCREENING</i>	18
<i>FATTORI ASSOCIATI ALL'HEALTH BELIEF MODEL.....</i>	18
<i>FATTORI ASSOCIATI ALL'INTENZIONE A ADERIRE AL TEST DI SCREENING</i>	21
<i>FATTORI ASSOCIATI ALL'EFFETTIVA ADESIONE AL TEST DI SCREENING</i>	22
DISCUSSIONE	24
CONCLUSIONE E RACCOMANDAZIONI	26
BIBLIOGRAFIA	27

SINTESI DEL RAPPORTO

BACKGROUND E RAZIONALE

L’epatite C è una malattia infettiva molto contagiosa ad elevato tasso di letalità nelle forme cliniche che evolvono in cirrosi ed epatocarcinoma. Queste caratteristiche, associate alla mancanza di un vaccino utilizzabile in prevenzione primaria e l’esistenza di una terapia efficace e risolutiva, delineano le caratteristiche di un problema di sanità pubblica reale ma “aggregibile”.

Il rapporto SEIEVA di dicembre 2022 ha riportato un totale di 55 nuovi casi di epatite C acuta, rispetto ai 24 dell’anno precedente, con un’incidenza di 0,11 casi per 100.000 abitanti. Il maggior numero di casi è stato segnalato nella Regione Lazio (41,8% dei casi).

Il 2022, per la Asl Roma 5 è stato un anno importante, segnato da un cluster nosocomiale che ha causato il contagio di circa 30 pazienti estremamente fragili. Si stima che nel territorio della ASL Roma 5 siano presenti circa 4.800 soggetti con infezione cronica da HCV mai trattati, di cui 3.400 con infezione misconosciuta, 1400 delle quali in uno stadio di fibrosi avanzata.

La conoscenza di tale problema ha spinto il Ministero della Salute e le Regioni a realizzare uno screening ad hoc basato su due pilastri fondamentali: gratuità del test e la possibilità di programmarlo secondo le proprie esigenze. Queste due caratteristiche del piano, di per sé fondamentali, purtroppo non sono state sufficienti per raggiungere un livello di adesione soddisfacente, almeno in alcune Regioni d’Italia.

Da questi risultati nasce la necessità di approfondire e studiare quali siano, soprattutto sotto il punto di vista della comunicazione, i motivi che portano ad una bassa adesione.

Questo studio vuole dunque approfondire e comprendere i livelli di conoscenze, consapevolezza e comportamenti della popolazione nei confronti del tema Epatite C, con l’obiettivo di strutturare una campagna di comunicazione ~~ma~~ed efficace.

OBIETTIVO

L’obiettivo dello studio HEPAR-C è raccogliere informazioni sulle conoscenze, atteggiamenti e comportamenti della popolazione target dello screening HCV, in vista di una campagna di comunicazione efficace.

MATERIALI E METODI

Studio trasversale KAB (Knowledges, Attitudes and Behaviors) realizzato su un campione rappresentativo della popolazione residente nel territorio della ASL Roma 5, nata tra il 1° gennaio 1969 ed il 31 dicembre 1989.

Sono stati estratti casualmente 107 Medici di medicina generale attivi nel territorio della ASL Roma 5, ai quali è stato chiesto di chiedere il consenso ai propri assistiti per l’utilizzo del numero di telefono per l’intervista telefonica. Per ogni Medico di medicina generale è stato estratto un campione di 15 utenti, con la data di nascita come unico criterio di esclusione/inclusione.

Ricevuti i consensi dagli utenti, sono state eseguite le interviste telefoniche da parte di operatori formati che hanno somministrato un questionario strutturato in 4 sezioni:

- 1) Stato di salute e qualità di vita percepita.
- 2) Health Belief Model per la valutazione della probabilità di adozione di un comportamento in base a quanto le persone si sentano suscettibili alla malattia e ne percepiscano la gravità, quanto percepiscano i benefici degli screening e la presenza di ostacoli tra loro l’effettuazione del test.
- 3) Spunti per l’azione: sulla provenienza delle informazioni in possesso degli assistiti sullo screening HCV e quali mezzi sono percepiti più efficaci per la comunicazione dello screening.

4) Dati socio-anagrafici come sesso, età, stato civile, condizione abitativa, titolo di studio, risorse finanziarie, cittadinanza.

Al termine dell'intervista telefonica, gli operatori hanno invitato l'intervistato a aderire allo screening HCV fornendo loro la possibilità di prenotare in quel momento o provvedendo successivamente in autonomia. La piattaforma regionale dedicata allo Screening HCV ha garantito il dato relativo all'adesione degli intervistati.

RISULTATI

Sono stati raccolti 641 questionari (60,1% rispetto al previsto). Si evidenzia una scarsa percezione di suscettibilità alla malattia: il 74.3% degli intervistati afferma di non avere timore di contrarre l'epatite C e il 94.1 % pensa di avere scarse probabilità di contrarla o averla contratta.

Un alto grado di incertezza nelle risposte (32.9 % delle risposte è "non saprei", IC95% 31,9-33,8) accompagna la percezione della gravità e le conoscenze relative alla malattia ed i suoi sintomi. In merito alla conoscenza dei benefici legati allo screening ed agli ostacoli percepiti i risultati hanno mostrato una percentuale alta di utenti (95%, IC95% 94,1-95,8) che percepisce i benefici legati al piano di screening e un'alta percentuale (88%, IC95% 86,7-89,3) non percepisce ostacoli che impediscono l'adesione. Sono stati associati ad una maggiore percezione di ostacoli titolo di studio basso ed il sesso femminile.

Il 49.9 % degli intervistati afferma di non aver ricevuto alcun tipo di informazione sullo screening HCV, il 47 % afferma di averne ricevute poche, solo l'1.7 % riferisce di averne ricevute molte o moltissime.

Al contrario, interventi di comunicazione da parte degli organi competenti (ASL, MMG, ospedale/ambulatorio) sono percepiti come molto efficaci: sono risultati essere molto efficaci le lettere inviate dalla ASL (OR 1.72, IC95% 1.19-2.48, p 0.005), l'invito opportunistico in ambiente ospedaliero o ambulatoriale (OR 2.43, IC95% 1.53-3.88, p <0.00) e la proposta diretta del MMG (OR 2.30, IC95% 1.44-3.68, p 0.001).

Il 64% degli intervistati ha affermato che, al termine dell'intervista telefonica, la loro probabilità di effettuare il test fosse aumentata: a marzo 2023, il controllo dei dati presenti nella piattaforma regionale ha certificato l'adesione di 113 utenti precedentemente intervistati (17.6%).

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Lo studio HEPARC ha rilevato numerosi aspetti importanti sulle conoscenze, gli atteggiamenti ed i comportamenti della popolazione target utili a definire una futura campagna di comunicazione sullo screening HCV mirata a migliorarne il tasso di adesione.

Le informazioni che dovranno essere contenute in questa campagna avranno l'obiettivo di adeguare le conoscenze utili a garantire una reale ed esatta percezione circa la suscettibilità individuale e la gravità della malattia: dovranno essere approfonditi i temi riguardanti la diffusione, le modalità di trasmissione e le conseguenze cliniche che essa comporta se non trattata.

Contestualmente alla campagna di comunicazione su larga scala, è stato dimostrato il ruolo di figure chiave del SSN nell'invitare gli utenti ad aderire ai piani di screening: deve dunque essere coinvolta la medicina del territorio (MMG, PLS, Operatori sanitari di ospedali e ambulatori, pubblici e privati) nello screening opportunistico e/o di iniziativa, con modalità che ne garantisca la reale partecipazione.

L'attività di comunicazione dovrà tenere in considerazione alcune fasce di popolazione, in particolare quelle svantaggiate a causa di determinanti sociali di salute. La diversificazione dei messaggi, dopo opportuno studio dei diversi gruppi componenti il target e la considerazione di approcci comunicativi differenti per strategia e modalità di comunicazione, costituiscono un passaggio essenziale per offrire a ogni soggetto la stessa opportunità di fare lo screening e promuovere così l'equità.

BACKGROUND E RAZIONALE

L'epatite C è un importante problema di salute pubblica e comporta un elevato tasso di mortalità per cirrosi e per epatocarcinoma.

L'infezione da HCV causa sia epatite acuta che cronica ed è associata a sintomi precoci in circa il 20% delle persone. La clearance spontanea in assenza di trattamento avviene entro sei mesi dall'infezione in circa il 25% dei soggetti infetti [1]. Il restante 55-85% sviluppa un'infezione cronica, che può portare a fibrosi progressiva e cirrosi.

Il rischio di cirrosi nei soggetti con infezione cronica da epatite C varia dal 15% al 30% dopo circa 20 anni di infezione da HCV. [2-4]. Ogni anno, circa l'1-3% delle persone affette da cirrosi progredisce verso l'HCC. [5]

Nei paesi in cui le misure di prevenzione e controllo delle infezioni sono insufficienti, l'infezione da HCV è associata a procedure sanitarie non sicure [6-8]. In tutto il mondo, nel 2010 il 5% delle iniezioni sanitarie è stato effettuato con dispositivi di iniezione non sterilizzati e riutilizzati [9] e si stima che le iniezioni non sicure siano all'origine di 315.000 nuove infezioni da HCV ogni anno [10]. Secondo l'OMS, a livello mondiale, circa 71 milioni di soggetti sono portatori cronici del virus dell'epatite C (HCV), stimando che nel 2016 siano morte 399 mila persone per malattie epatiche correlate a questo virus. L'infezione da HCV è diffusa a livello mondiale. Le zone con i tassi maggiori di infezione sono la Regione OMS del Mediterraneo orientale e quella europea (rispettivamente con il 2,3% e l'1,5%). [11]

In Italia nel corso del 2021, sono stati notificati al Sistema epidemiologico integrato delle epatiti virali acute-SEIEVA 24 nuovi casi di epatite C acuta, con un'incidenza di 0,05 casi per 100.000 abitanti, sebbene il livello osservato sia in lieve aumento rispetto a quello del 2020 (0,04/100.000), in generale si conferma il trend in diminuzione degli ultimi 13 anni.

Il maggior numero di casi è stato segnalato dalla Regione Lazio (29% dei casi). Come negli anni passati, si osserva una maggiore prevalenza di casi tra gli uomini, nel 2021 due terzi. L'83% dei casi ha una età superiore ai 35 anni e 7 casi hanno una età >65 anni. [12]

Nel Lazio si stima la presenza di circa 53.300 pazienti con infezione cronica da HCV attiva ancora non trattati con terapia antivirale (prevalenza 0,9%), di cui circa 35.800 con infezione cronica ancora da diagnosticare (prevalenza 0,63%, stadio di fibrosi F0-F3) potenzialmente asintomatici, e 17.500 in uno stadio di fibrosi avanzata (prevalenza 0,31%, stadio F4/cirrosi,) sintomatici ma che ancora non hanno eradicato la patologia.[13]

Applicando le diverse stime di prevalenza, proprie del Lazio, sulla popolazione afferente alla Asl Roma 5, composta da circa 540.247 persone, risultano essere presenti nel territorio circa 4.800 pazienti con infezione cronica da HCV attiva ancora non trattati, di cui 3.400 con infezione cronica ancora da diagnosticare (stadio di fibrosi F0-F3) e 1400 in uno stadio di fibrosi avanzata ma che ancora non hanno eradicato la patologia.

La straordinaria efficacia delle attuali terapie anti-HCV, basate sui farmaci ad azione antivirale diretta (DAA) che hanno dimostrato una efficacia nell'eradicazione dell'infezione in più del 95% dei casi [14], non solo garantisce elevate speranze di guarigione al singolo paziente ma, nell'immediato, apre la strada all'implementazione di interventi di sanità pubblica mirati al completo controllo dell'epatite cronica da HCV e, in prospettiva, alla possibilità di implementare programmi per l'eliminazione di HCV su scala globale come previsto dal Piano nazionale di eradicazione dell'epatite virale (PNEV), identificando precocemente le persone infette, ma non sintomatiche.

La Regione Lazio, nell'ambito della iniziativa nazionale di screening delle infezioni attive da Epatite C (HCV), ha demandato alle Asl HCV, attività di prevenzione secondaria che mira a prevenire l'evoluzione verso forme complicate e la diffusione del virus a persone sane da parte di portatori del virus asintomatici. Lo screening è rivolto a tutta la popolazione iscritta all'anagrafe sanitaria, inclusi

gli Stranieri temporaneamente presenti, nata dal 1969 al 1989. La partecipazione consapevole allo screening da parte della popolazione scelta è una condizione essenziale per la riuscita dello screening, il contenimento e la diminuzione della diffusione dell'infezione.

A tale scopo, è necessario che la maggior parte degli individui abbiano conoscenze adeguate della malattia e delle misure per prevenirla, maturino una consapevolezza che favorisca l'attuazione di tali misure e che, infine, in caso di necessità, mettano in pratica tali misure prestando costante attenzione alle indicazioni delle autorità sanitaria.

La comprensione, da parte delle autorità di sanità pubblica, del livello di conoscenze, della consapevolezza dei comportamenti della popolazione permetterà di strutturare una campagna di comunicazione mirata con messaggi selezionati.

OBIETTIVO DI STUDIO

L'obiettivo dello studio HEPAR-C conoscitivo è raccogliere informazioni sulle conoscenze, atteggiamenti e comportamenti della popolazione target dello screening HCV, in vista di una campagna di comunicazione più efficace in termini di elaborazione di messaggi significativi per i destinatari.

A cura di: Andrea Bongiovanni (Università La Sapienza Roma), Giulia Santolini (Università La Sapienza Roma), Alessio Abbondanzieri (Dirigente Medico SISP Asl Roma 5) e Alberto Perra (Direttore UOC SISP Asl Roma 5).

Alla realizzazione del rapporto hanno collaborato:

Cristina Ambrosone (Dirigente Medico SISP Asl Roma 5),
Federica De Angelis (Università degli Studi di Roma Tor Vergata),
Azzurra Maria Flammini (Università degli Studi di Roma Tor Vergata),
Valeria Formosa (Università degli Studi di Roma Tor Vergata),
Francesco Ettore Mantia (Università degli Studi di Roma Tor Vergata),
Carlo Marfurt (Università degli Studi di Roma Tor Vergata).

MATERIALI E METODI

DISEGNO DELLO STUDIO

L'indagine è consistita in uno studio KAB (Knowledges, Attitudes and Behaviors), studio trasversale utile a raccogliere informazioni sulle conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti di una popolazione basato sul modello dell'Health Belief Model (HBF) fondato sulla considerazione che il comportamento umano rappresenta l'esito di un processo basato su due principali variabili: il valore che un individuo attribuisce ad una particolare condizione di salute/malattia e la stima della probabilità che una determinata azione di salute si traduca in un risultato positivo per la sua salute. [6]

Tale modello si articola quindi sulla percezione di una malattia percepita come "minacciosa" per il soggetto e sui conseguenti comportamenti preventivi. In altre parole, la probabilità di adozione di un comportamento, rilevante per la salute, è influenzata da:

- Valutazione della *suscettibilità percepita* (rischio personale di contrarre una) e valutazione della *gravità percepita*, ovvero della pericolosità attribuita a una patologia in termini di dolore, rischio di morte, conseguenze sociali.
- Valutazione dei *benefici* e degli *ostacoli* associati al comportamento preventivo.

Tramite questo modello, in Salute Pubblica, si riesce ad analizzare come il cambiamento comportamentale derivi da un'analisi individuale del valore attribuito al non contrarre una data patologia (o ad assumere un'adeguata terapia farmacologica) e dal credere che una particolare azione possa contrastare l'insorgere della malattia (o favorire il processo di guarigione).

A queste due principali variabili si associano una serie di dimensioni che agevolano o contrastano il processo di cambiamento, come, la suscettibilità percepita, la gravità percepita, i benefici percepiti e le credenze personali circa l'efficacia di una particolare azione per ridurre il rischio di incorrere nella malattia o in un peggioramento della stessa, le barriere percepite, i "cue to action". [7]

CAMPIONE IN STUDIO

Il campione in studio comprende la popolazione iscritta all'anagrafe sanitaria nell'ASL Roma5, inclusi gli Stranieri temporaneamente presenti, nata dall' 01/01/1969 al 31/12/1989, estratta dagli elenchi forniti al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della ASL Roma 5 nell'ambito del progetto regionale Screening HCV. La realizzazione dell'indagine è parte integrante del piano aziendale ASL Roma 5 approvato in Regione, i cui risultati verranno condivisi con le altre ASL regionali.

CAMPIONAMENTO

Per calcolare la dimensione del campione è stata usata una prevalenza attesa per i parametri principali del 50% ($p=0.5$), una precisione desiderata del 3% ($b= 0.03$) ed una confidenza del 95% ($z=1.96$).

Per calcolare la dimensione del campione è stata utilizzata la seguente formula:

$$n = \frac{1.96^2 P \alpha (1 - P)}{b^2}$$

I valori inseriti della formula sono i seguenti:

n: dimensione del campione;

1,96: indica il livello di confidenza, cioè quanto è probabile che il valore di un parametro che misureremo cadrà nei limiti previsti. Per una confidenza del 95% lo Z-score è pari a 1,96;

p: indica la prevalenza attesa della propensione a effettuare lo screening e di altre variabili principali, che è stata valutata con una stima conservativa pari al 50%;

b: indica la precisione assoluta desiderata, cioè l'errore massimo tollerabile, che nell'indagine è stato fissato al (+ o -) 3%;

La formula da utilizzare diventa quindi la seguente:

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5(1 - 0.5)}{0.03^2}$$

Applicando la formula si ricava una numerosità campionaria di 1067 assistiti.

Per la definizione del campione sono stati selezionati in maniera randomica 107 medici di medicina generale e, per ognuno di essi, sono stati estratti in maniera randomica 10 assistiti nella fascia di età di riferimento.

È stato effettuato un campionamento a due stadi. Nel primo stadio sono stati estratti in maniera randomica 107 medici di medicina generale tra i 300 afferenti al territorio della ASL Roma 5.

Ai restanti medici sono stati assegnati numeri sequenziali in maniera randomica, così da permettere l'estrazione di un sostituto in caso di non partecipazione del medico titolare.

Nel secondo stadio sono stati estratti in maniera randomica 15 assistiti per ogni medico di medicina generale precedentemente selezionato, di cui 10 titolari e 5 sostituti.

I medici di medicina generale sono stati preventivamente avvisati dalla ASL Roma 5 circa la possibilità di intervistare telefonicamente un campione dei loro assistiti. I medici che hanno deciso di aderire allo studio hanno provveduto a comunicare agli assistiti le informazioni riguardanti il presente studio, richiedendo loro il consenso alla partecipazione.

RACCOLTA DATI

I dati sono stati raccolti tramite un questionario standardizzato e strutturato in 4 moduli:

- 1) Primo modulo - **Stato di salute e qualità della vita percepita**: comprende domande finalizzate a valutare lo stato di salute e qualità della vita percepita, sia a livello qualitativo che quantitativo.
- 2) Secondo modulo - **Health Belief Model**: è un modello che include 4 sezioni fondamentali che insistono, tramite diverse domande, su un tema principale riguardante la malattia: suscettibilità, gravità, benefici e ostacoli percepiti per effettuare lo screening.
Le risposte dell'Health Belief Model sono state raccolte con l'uso della scala di Likert.
Ad ogni domanda sono state attribuite 5 risposte, a cui è stato assegnato un punteggio da 1 a 5, seguendo una scala di accordo/disaccordo (molto in disaccordo, in disaccordo, non saprei, d'accordo, molto d'accordo).
- 3) Terzo modulo - **Spunti per l'azione**: è un modulo costituito da domande utili per l'identificazione della provenienza delle informazioni in possesso sullo screening HCV e per la comprensione di azioni che potrebbero aumentare la probabilità di un'adesione allo screening.
- 4) Quarto modulo - **Dati socio-anagrafici**: sesso, età, stato civile, condizione abitativa, titolo di studio, risorse finanziarie, cittadinanza.

L'ultima domanda del questionario mira a valutare la probabilità che l'intervistato effettui lo screening una volta terminata l'intervista (propensione dell'assistito) e indaga se la probabilità di effettuare il test per cercare l'infezione da epatite C sia aumentata o meno.

Il questionario è stato somministrato telefonicamente da una equipe di operatori sanitari formati e le risposte inserite su una maschera Excel appositamente progettata.

L'operatore ha invitato il soggetto intervistato a aderire allo screening fornendo all'assistito la possibilità di prenotare contestualmente un appuntamento o ha provveduto a offrire le indicazioni necessarie per prenotarsi in autonomia in un momento successivo.

L'effettiva adesione allo screening, avvenuta successivamente rispetto alla telefonata intercorsa con l'operatore sanitario, è stata verificata attraverso l'utilizzo del sistema informativo regionale dei Programmi di Screening Oncologici (SIPSOweb) e analizzata in relazione ai fattori sociodemografici e dell'Health Belief Model.

ANALISI DEI DATI

La coerenza interna delle domande relative alle diverse sezioni del questionario è stata valutata utilizzando come primo approccio l'Alpha di Cronbach che permette di misurare quanto all'interno di ogni sezione dell'Health Belief Model, gli elementi/domande di ogni set siano strettamente correlati gli uni agli altri. Questo indice ha un valore che va da 0 a 1 e un valore superiore a 0.7 indica una elevata concordanza tra gli elementi.

Sono state studiate la distribuzione di frequenza di ogni variabile e alcune misure di sintesi, quali media, mediana o moda. Sono state analizzate le relazioni tra diverse variabili attraverso l'analisi bivariata in termini di covariazione e causalità.

L'analisi delle risposte raccolte con la scala di Likert ha permesso, per ogni item, di calcolare media aritmetica e deviazione standard.

Per ogni sezione è stato calcolato un punteggio totale, attraverso la somma dei punteggi di ogni singolo item da cui è composta. Per favorire l'analisi è stata effettuata una dicotomizzazione del punteggio totale secondo un cut off specifico per ogni sezione, stabilito in base al numero delle domande che la compongono, considerando che la risposta tre, non saprei, è stata inglobata nel gruppo delle risposte negative.

In seguito, sono stati costruiti due modelli di regressione logistica, il primo per valutare i fattori associati ai risultati di ognuna delle componenti dell'HBM e il secondo per identificare le caratteristiche dei soggetti che, in seguito all'intervento di promozione dello screening a fine intervista, hanno effettivamente aderito allo screening.

Le analisi sono state effettuate tramite SPSS e R Studio.

ETICA E PRIVACY

Assicurare la protezione dei dati individuali e la riservatezza delle informazioni personali raccolte è elemento centrale dell'indagine. A questo scopo sono stati attuate delle misure a diversi livelli (organizzativo, strutturale, formativo). Nell'informazione agli operatori sanitari sono state condivise le modalità necessarie per salvaguardare la confidenzialità, la riservatezza e l'anonimato. I dati nominativi e identificativi dei soggetti non sono riportati sul questionario. I supporti informatici (computer, server, memorie e dischi portatili, ecc.) dedicati alla raccolta, alla conservazione e all'elaborazione dei dati, sono dotati di adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate. Sul supporto informatico non sono presenti dati nominativi individuali, per cui non esiste la possibilità che la base di dati popolata per l'indagine possa essere utilizzata, attraverso metodiche di record linkage. Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore la lista dei nominativi cui corrisponde il numero di estrazione è stata distrutta.

RISULTATI

CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE E RAPPRESENTATIVITA' DEL CAMPIONE

A differenza dei 1067 previsti dal protocollo, si sono realizzate 641 interviste, così distribuite tra i 6 Distretti Sanitari della ASL Roma 5.

Inoltre, si evidenzia un tasso di sostituzione degli assistiti titolari selezionati per l'intervista si avvicina al 50%, essendo il campione sostituito da 320 assistiti titolari e 321 sostituti.

Distretto Sanitario	Numero di Mmg	Numero di Assistiti N(%)	Popolazione generale (1969-1989) N(%)
Colleferro	17	123 (19.81%)	22136 (14,71%)
Guidonia	26	145 (23.35%)	38792 (25,78%)
Monterotondo	25	128 (20.61%)	31011 (20,61%)
Palestrina	16	110 (17.71%)	25880 (17,2%)
Subiaco	4	24 (3.86%)	8675 (5,76%)
Tivoli	13	91 (14.65%)	24001 (15,95%)
Totale	105	641	150495

Tab. 1 Numero di assistiti che hanno completato il questionario e numero di medici di medicina generale che hanno partecipato, distribuiti per Distretto Sanitario.

L'età dei partecipanti è compresa tra 33 e 54 anni (nati dal 1969 al 1989), l'età media del campione è 44.8 ± 5.99 DS, la mediana è 46 anni. Il 61.2% è di sesso femminile. Il 34.8% è non coniugato: vedovo, nubile/celibe, separato/divorziato.

L'84.4% afferma di avere una buona salute, il 15.1 % di versare in condizioni di cattiva salute (0.5 % non ha risposto).

Il 17.2 % ha riferito almeno una malattia cronica: 4.5 % cardiopatie, 4.2 % Diabete, 2.8 % epatopatie, 2.1 % patologie renali, 6.2 % problemi respiratori, 5.7% tumori.

Il 23.1% ha un basso titolo di studio (licenza media, elementare e nessun titolo) e a livello finanziario il 52.4% afferma di arrivare a fine mese con qualche difficoltà o con molte difficoltà (Figura 1).

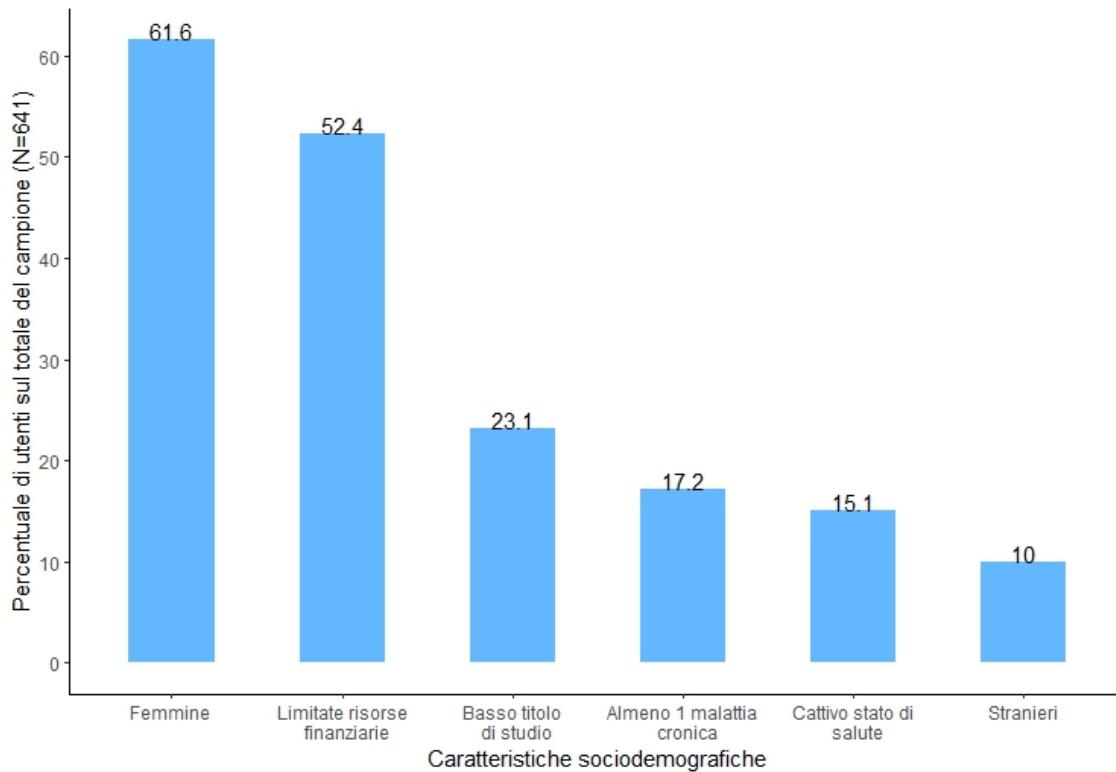


Fig. 1. Caratteristiche sociodemografiche del campione in studio

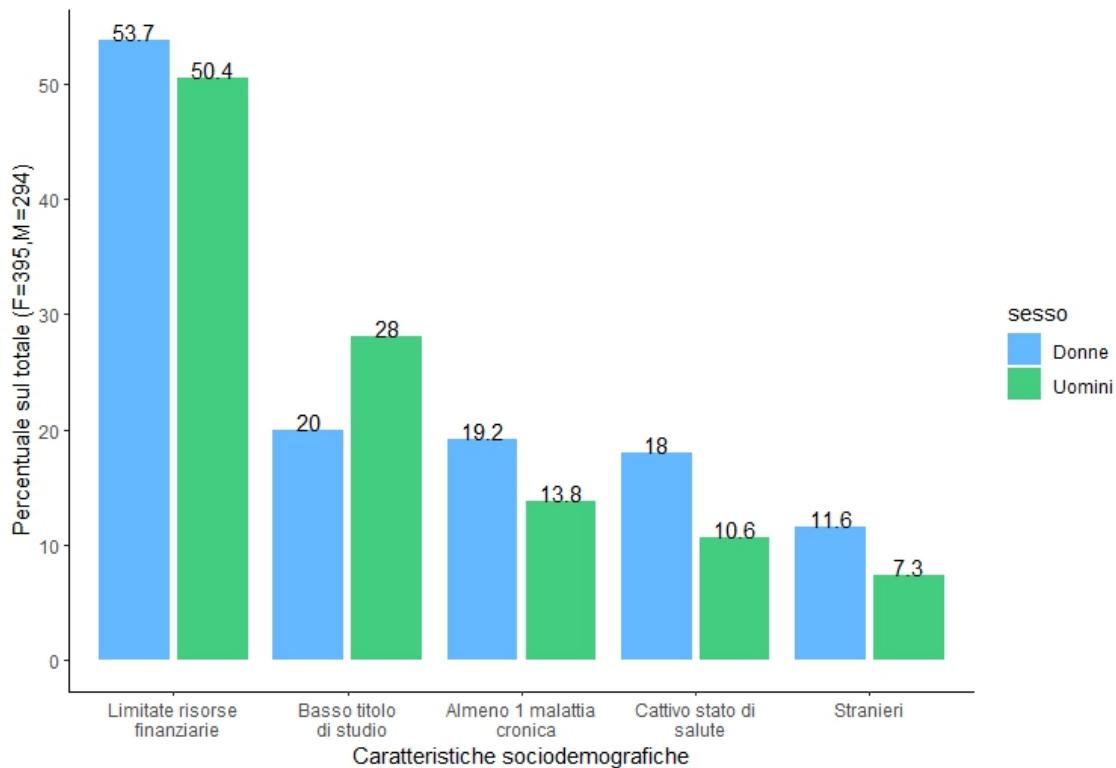


Fig. 2. Caratteristiche sociodemografiche delle donne e degli uomini in studio

Per valutare la rappresentatività nella tabella seguente sono state confrontate le caratteristiche del campione e della popolazione generale dell'Asl Roma 5.

Il campione appare rappresentativo per il titolo di studio, la cittadinanza e la prevalenza di diabetici, differiscono invece le caratteristiche sociodemografiche riguardanti l'età, il sesso e le risorse finanziarie come mostrato in Tab. 2.

Caratteristiche Sociodemografiche		Numero di Assistiti N(%)	Popolazione generale (%)
Sesso	M	38.4%	49,9%
	F	61.6%	50,1%
Età	<43	38.8%	45,5%
	≥ 43	59.1%	54,5%
Titolo di Studio	Basso	23.1%	17.1%
	Alto	76.9%	82.9%
Risorse Finanziarie	Basse	52.4%	39.1%
	Alte	47.6%	60.9%
Cittadinanza	Italiana	90%	87.9%
	Estera	10%	12.1%
Presenza diabete		4.2%	3.23%

Tab. 2 Rappresentatività del campione in studio.

RISULTATI DEL HEALTH BELIEF MODEL

Il calcolo dell'Alpha di Cronbach (Tab. 3) ha mostrato una buona affidabilità per ogni sezione del HBM: per i benefici e gli ostacoli percepiti, di 0.74 e 0.75, e una minore coerenza per la suscettibilità (0.57) e la gravità percepita (0.20).

Sezione	Numero di domande	Alpha di Cronbach
Suscettibilità	4	0,57
Gravità	4	0,20
Benefici	3	0,74
Ostacoli	6	0,75

Tab. 3 Alpha di Cronbach le sezioni del modulo Health Belief Model.

Il test dell'alpha di C è stato applicato anche al modulo "spunti per l'azione" con un valore ottenuto di 0.77 per i 5 item previsti.

Modulo	Numero di domande	Alpha di Cronbach
Spunti per l'azione	5	0,77

Tab. 4 Alpha di Cronbach per il modulo "Spunti per l'azione".

SUSCETTIBILITA' PERCEPITA

Analizzando le risposte alle domande inerenti alla sezione suscettibilità emerge che:

- 74.3 % del campione afferma di non avere timore di contrarre l'epatite C nella sua vita;
- 94.1 % pensa di avere scarse probabilità di contrarre l'epatite C nel corso della vita;
- 91.3 % ritiene di avere scarsa probabilità di infettarsi con il virus dell'epatite C attraverso il contatto con siringhe, aghi o strumenti chirurgici non sterilizzati;
- 95.9 % pensa di avere basse probabilità di infettarsi con il virus dell'epatite C attraverso rapporti sessuali non protetti.

L'insieme di queste risposte indica come **il campione ritenga di essere scarsamente suscettibile alla malattia.**

Il diagramma della Figura 2 mette in evidenza quali sono state le risposte date maggiormente per ogni domanda della sezione che riguarda la percezione della suscettibilità (1: Molto Bassa, 2: Bassa, 3: Moderata, 4: Alta, 5: Molto Alta).

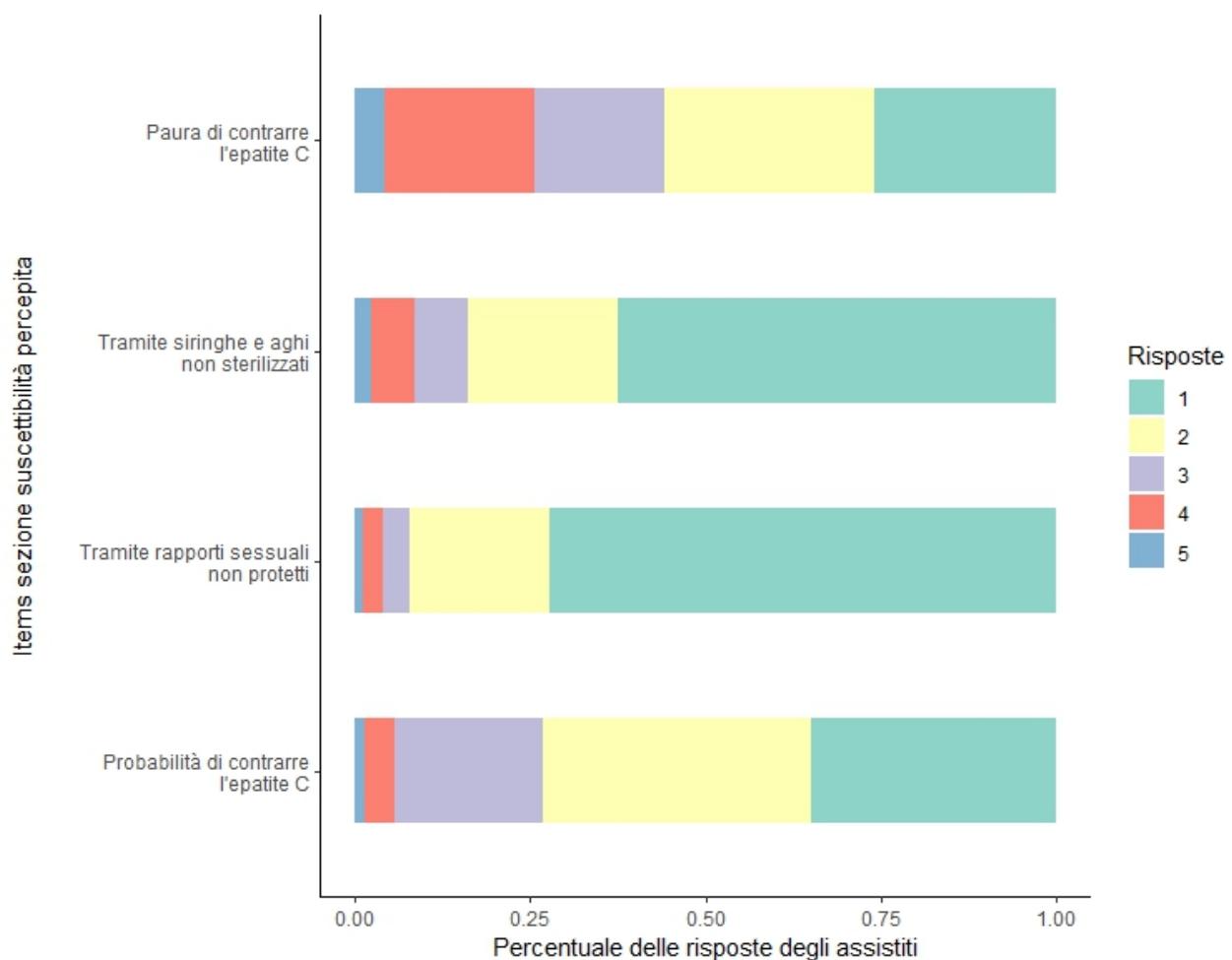


Fig. 2. Risposte in percentuale per "suscettibilità percepita" (N=641), 1 risposta indicante minore percezione della suscettibilità, 5 risposta indicante maggiore percezione della suscettibilità.

GRAVITA' PERCEPITA

Il campione in studio si è espresso in questo modo:

- 49.9 % afferma che avere l'epatite C può comportare cambiamenti nella vita sociale o lavorativa.
- 36,7 % è a conoscenza che l'infezione al fegato dovuta al virus può manifestarsi sin dall'inizio con sintomi.
- 62.1 % è consapevole che se la malattia si presenta senza sintomi, è allo stesso modo pericolosa.
- 61.5 % è consapevole che l'epatite C può comportare cancro al fegato.

Dal diagramma in Figura 3 si evince come le risposte siano per la maggior parte di tipo 4, punteggio assegnato alle risposte coerenti con **un'adeguata percezione della gravità**. È da prendere in considerazione però anche che, la risposta 3 “non saprei”, sia stata usata un numero consistente di volte e questo esprime un alto grado di incertezza che interessa le risposte rimanenti.

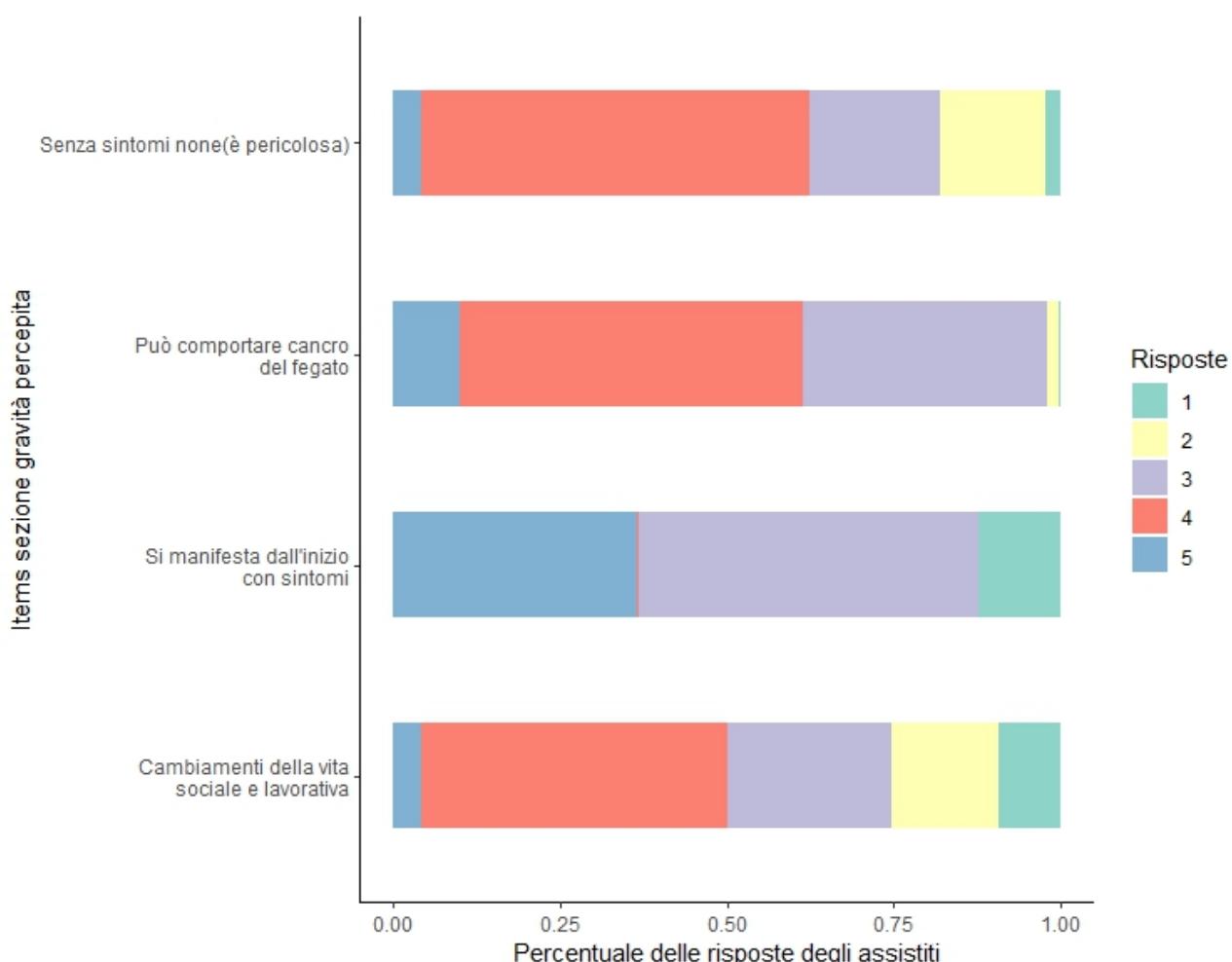


Fig. 3. Risposte in percentuale per "gravità percepita" (N=641), 1 risposta indicante minore percezione della gravità, 5 risposta indicante maggiore percezione della gravità.

BENEFICI PERCEPITI

Dalla valutazione della sezione benefici percepiti, i risultati sono:

Risultati

- 90.6 % ritiene che lo screening per l’epatite C permetta l’identificazione di persone con il virus che non sanno di averlo.
- 91.5 % afferma che lo screening permette di proteggere le persone intorno a Lei ed impedisce la diffusione dell’infezione.
- 80.6 % concorda che il trattamento dell’epatite C in persone asintomatiche previene lo sviluppo di complicanze (epatite cronica, cirrosi, tumore del fegato).

Nella figura 4 è rappresentato il diagramma che riporta quali sono state le risposte date maggiormente per ogni domanda della sezione riguardante i benefici percepiti.

Le risposte vanno dalla 1, percezione dei benefici molto bassa, alla 5, percezione molto alta.

La maggior parte delle risposte, come evidenziato dalla fig. 4, hanno punteggio 4 e 5 che corrisponde all’aver **un’alta conoscenza dei benefici legati allo screening**.

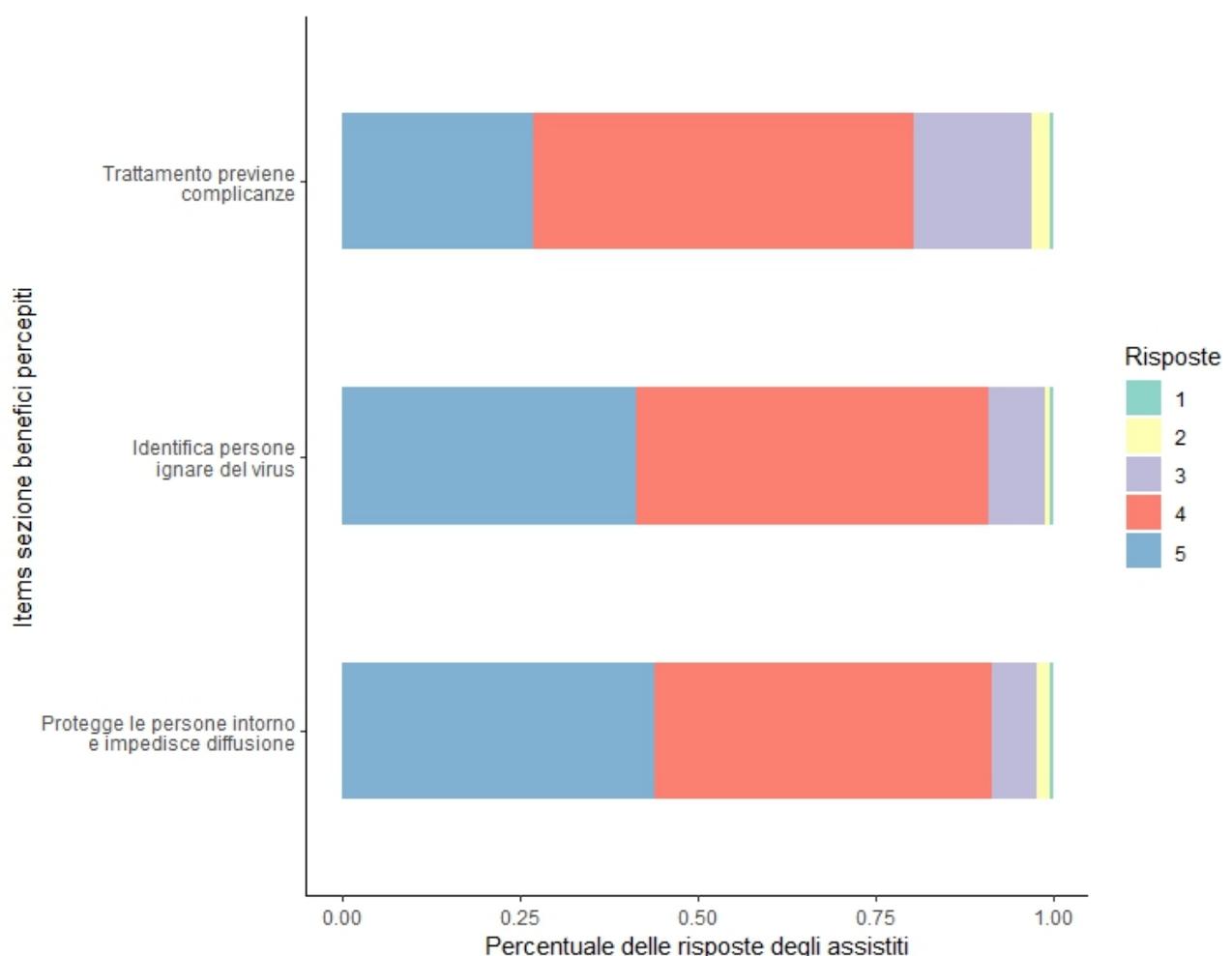


Fig. 4. Risposte in percentuale per “benefici percepiti” (N=641), 1 risposta indicante minore percezione dei benefici, 5 risposta indicante maggiore percezione dei benefici.

OSTACOLI PERCEPITI

Nella sezione ostacoli percepiti sono elencate le ragioni per le quali non sottoporsi al test. Si evidenzia che:

- 18.3 % per la paura della positività.
- 12.9 % per paura del giudizio delle persone dell’entourage.

Risultati

- 13.4 % per paura dell'isolamento.
- 21.2 % per i costi elevati.
- 20.7 % per mancanza di tempo.
- 13.4 % per i centri prelievo non sono facilmente raggiungibili.

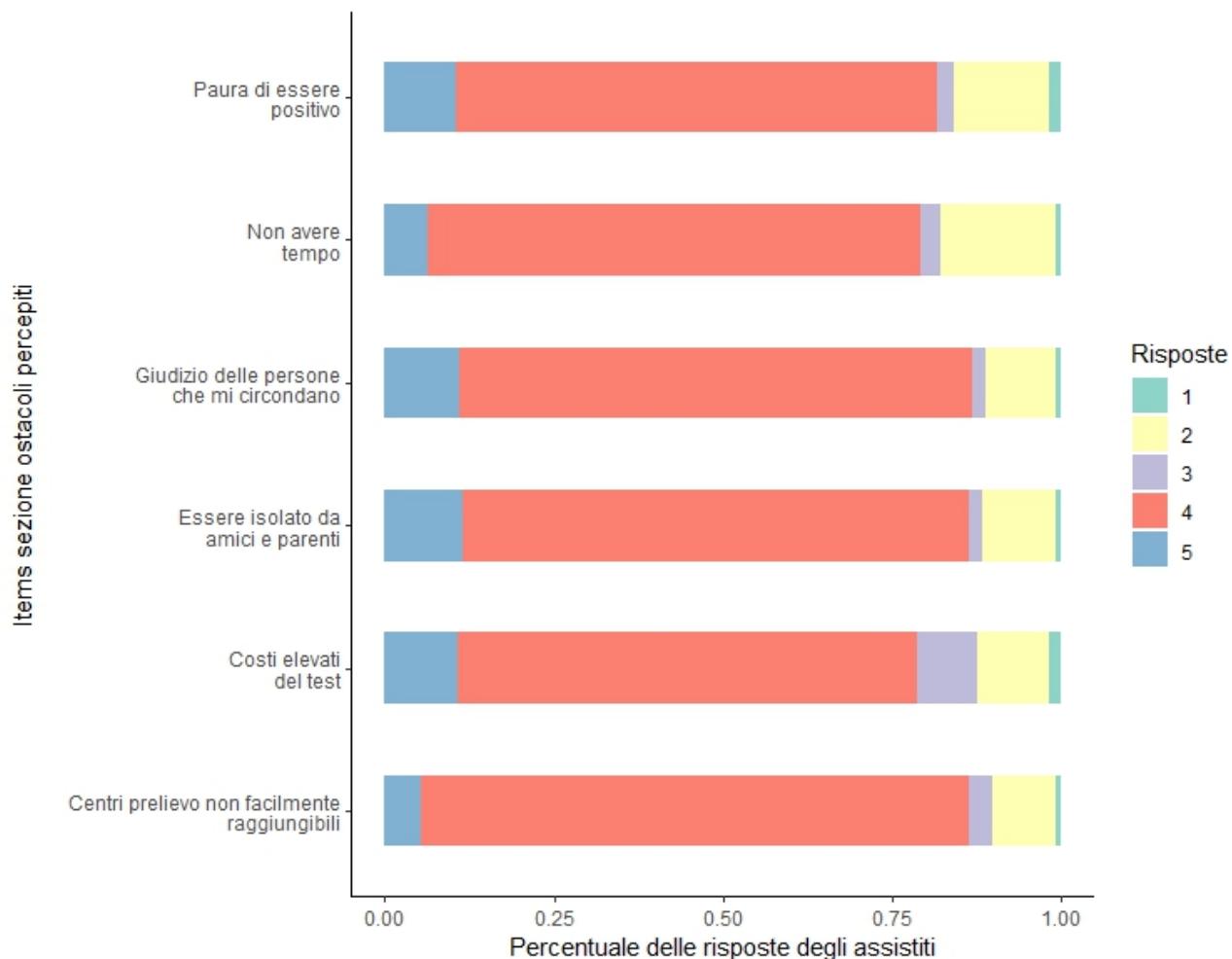


Fig. 5. Risposte in percentuale per "ostacoli percepiti" (N=641), 1 risposta indicante maggiore percezione degli ostacoli, 5 risposta indicante minore percezione degli ostacoli.

È evidente nel diagramma della fig.5 come la maggior parte degli assistiti non percepisca ostacoli legati ai motivi che impediscono loro di andare ad effettuare lo screening.

La risposta maggiormente scelta è quella il cui valore corrisponde al punteggio 4. La scala dei punteggi va da 1, molto d'accordo con la motivazione causa dell'ostacolo, a 5, espressione del pieno disaccordo nei confronti delle motivazioni elencate che potrebbero rappresentare ostacoli al test.

QUADRO DI INSIEME DEI RISULTATI DELL'HEALTH BELIEF MODEL

La Tab 4, per ogni domanda presente all'interno delle quattro sezioni (percezione della suscettibilità, percezione della gravità, percezione degli ostacoli, percezione dei benefici), rappresenta la media dei punteggi delle risposte date stratificata per le variabili: sesso, titolo di studio, la disponibilità di risorse finanziarie per arrivare a fine mese, la cittadinanza, la presenza di malattie croniche.

	Tutti	SESSO		TITOLO DI STUDIO		RISORSE FINANZIARIE		CITTADINANZA		M. CRONICHE	
		Maschi	Femmine	Alto	Basso	Alte	Basse	Italiana	Straniera	No	Sì
Suscettibilità Percepita											
Quanto timore ha di contrarre l'epatite C nel corso della sua vita?	2,48±1,2	2,4±1,13	2,53±1,25	2,4±1,19	2,74±1,23	2,42±1,22	2,53±1,19	2,47±1,19	2,6±1,31	2,43±1,21	2,72±1,17
Che probabilità ha di prendere l'epatite C nel corso della sua vita?	1,99±0,93	1,99±0,9	1,99±0,94	1,96±0,91	2,08±0,98	1,92±0,93	2,05±0,92	1,97±0,92	2,19±0,95	2,01±0,95	1,9±0,82
Probabilità che Lei possa infettarsi con il virus dell'epatite C attraverso il contatto con siringhe, aghi o strumenti chirurgici non sterilizzati?	1,65±1,02	1,7±1,1	1,61±0,97	1,64±1	1,65±1,08	1,63±1,01	1,66±1,03	1,63±1	1,78±1,14	1,64±1,02	1,66±1,02
Probabilità che Lei possa infettarsi con il virus dell'epatite C attraverso rapporti sessuali non protetti?	1,41±0,79	1,51±0,9	1,34±0,71	1,41±0,81	1,38±0,74	1,39±0,76	1,42±0,82	1,4±0,79	1,44±0,8	1,41±0,78	1,41±0,85
Gravità percepita											
Secondo Lei, avere l'epatite C può comportare cambiamenti nella sua vita sociale o lavorativa?	3,2±1,06	3,21±1,05	3,19±1,07	3,23±1,08	3,08±1	3,15±1,1	3,23±1,03	3,18±1,07	3,32±1,02	3,17±1,08	3,33±0,98
Secondo Lei, l'infezione al fegato dovuta al virus si manifesta sin dall'inizio con dei sintomi?	3,49±1,31	3,42±1,27	3,53±1,33	3,54±1,35	3,3±1,13	3,57±1,32	3,41±1,3	3,5±1,3	3,35±1,42	3,46±1,31	3,64±1,3
L'epatite C senza sintomi NON è pericolosa per Lei né per le persone che la circondano.	3,46±0,89	3,42±0,91	3,49±0,87	3,47±0,91	3,45±0,81	3,5±0,88	3,42±0,89	3,47±0,89	3,35±0,87	3,45±0,89	3,5±0,86
L'epatite C, se non trattata, può comportare lo sviluppo di un cancro del fegato.	3,7±0,67	3,64±0,63	3,73±0,69	3,7±0,67	3,71±0,67	3,65±0,69	3,75±0,65	3,7±0,68	3,69±0,62	3,71±0,67	3,65±0,66
Benefici Percepiti											
Lo screening per l'epatite C permette l'identificazione di persone con il virus che non sanno di averlo.	4,31±0,68	4,29±0,72	4,32±0,65	4,31±0,69	4,31±0,62	4,36±0,66	4,27±0,69	4,31±0,69	4,31±0,59	4,31±0,68	4,29±0,68
Lo screening permette di proteggere le persone intorno a Lei ed impedisce la diffusione dell'infezione.	4,33±0,71	4,33±0,72	4,33±0,7	4,34±0,73	4,3±0,65	4,38±0,68	4,28±0,74	4,33±0,72	4,31±0,56	4,32±0,71	4,36±0,7
Il trattamento dell'epatite C previene lo sviluppo di complicanze	4,04±0,75	3,99±0,79	4,08±0,72	4,06±0,77	3,98±0,69	4,1±0,74	4±0,76	4,05±0,76	3,97±0,65	4,05±0,73	3,99±0,83
Ostacoli percepiti											
Paura di essere positivo	3,75±0,88	3,84±0,79	3,69±0,93	3,77±0,89	3,66±0,84	3,78±0,88	3,72±0,88	3,76±0,88	3,61±0,91	3,74±0,89	3,82±0,81
Giudizio delle persone che mi circondano	3,86±0,77	3,9±0,73	3,84±0,79	3,89±0,75	3,76±0,81	3,89±0,73	3,84±0,79	3,88±0,77	3,68±0,74	3,88±0,75	3,79±0,84
Essere isolato da amici e/o familiari	3,86±0,78	3,89±0,75	3,84±0,8	3,9±0,76	3,72±0,84	3,9±0,72	3,82±0,83	3,88±0,78	3,68±0,76	3,87±0,78	3,79±0,8
Costi elevati del test	3,75±0,85	3,82±0,78	3,71±0,88	3,79±0,83	3,62±0,91	3,75±0,86	3,76±0,84	3,77±0,84	3,65±0,89	3,75±0,84	3,76±0,9
Non avere tempo per eseguire il test	3,67±0,86	3,67±0,84	3,67±0,88	3,66±0,87	3,69±0,82	3,66±0,88	3,68±0,84	3,68±0,86	3,61±0,84	3,68±0,84	3,6±0,96
Centri prelievo non facilmente raggiungibili	3,81±0,7	3,87±0,63	3,77±0,73	3,81±0,72	3,84±0,62	3,82±0,72	3,81±0,68	3,81±0,7	3,79±0,68	3,81±0,7	3,85±0,68

Tab. 4 Media e deviazione standard delle risposte ad ogni domanda delle sezioni dell'Health Belief Model stratificate per le variabili indipendenti.

RISULTATI DEL MODULO SPUNTI PER L'AZIONE

Il modulo preso in esame valuta la quantità e la provenienza delle informazioni sullo screening ricevute e quali possano essere, a detta degli assistiti intervistati, i mezzi più efficaci di comunicazione dello screening.

Il 49.9 % in esame afferma di non aver ricevuto alcun tipo di informazione, il 47 % afferma di averne ricevute poche, solo l'1.7 % riferisce di averne ricevute molte o moltissime.

È stato domandato a chi avesse ricevuto le informazioni , quale fosse stata la fonte, risultando che l'1.9% (IC95 0,39-3,41) avesse avuto informazione tramite la radio, il 5.8% (IC95 3,21-8,39) tramite la televisione, l'1.3% (IC95 0,04-2,56) tramite i giornali, il 5.1% (IC95 2,66-7,54) tramite internet, il 3.2% (IC95 1,25-5,15) tramite i social media, il 4.5% (IC95 2,2-6,8) tramite siti istituzionali, il 3.5% (IC95 1,46-5,54) sul luogo di lavoro, il 2.6% (IC95 0,83-4,37) tramite familiari e amici, il 17.6% (IC95 13,37-21,83) in ospedale tramite operatori sanitari e infine il 71.5% (IC95 66,49-76,51) tramite il proprio medico di medicina generale.

Per quanto concerne i mezzi di comunicazione, alla domanda “Quali di queste situazioni potrebbero aumentare la probabilità che Lei faccia il test per lo screening dell’epatite C”, gli assistiti hanno risposto per la maggior parte “molto” (punteggio 4) ad ogni voce proposta (vedi Figura 6).

Questo vuol dire che il campione sarebbe altamente responsivo ad interventi di comunicazione da parte degli organi competenti (ASL, MMG, ospedale/ambulatorio).

I medici di medicina generale assumono un ruolo particolarmente importante e in quanto l'86.6 % del campione ha sottolineato che la probabilità di fare il test aumenterebbe se fosse il proprio MMG a comunicare la possibilità di effettuare lo screening per l’HCV.

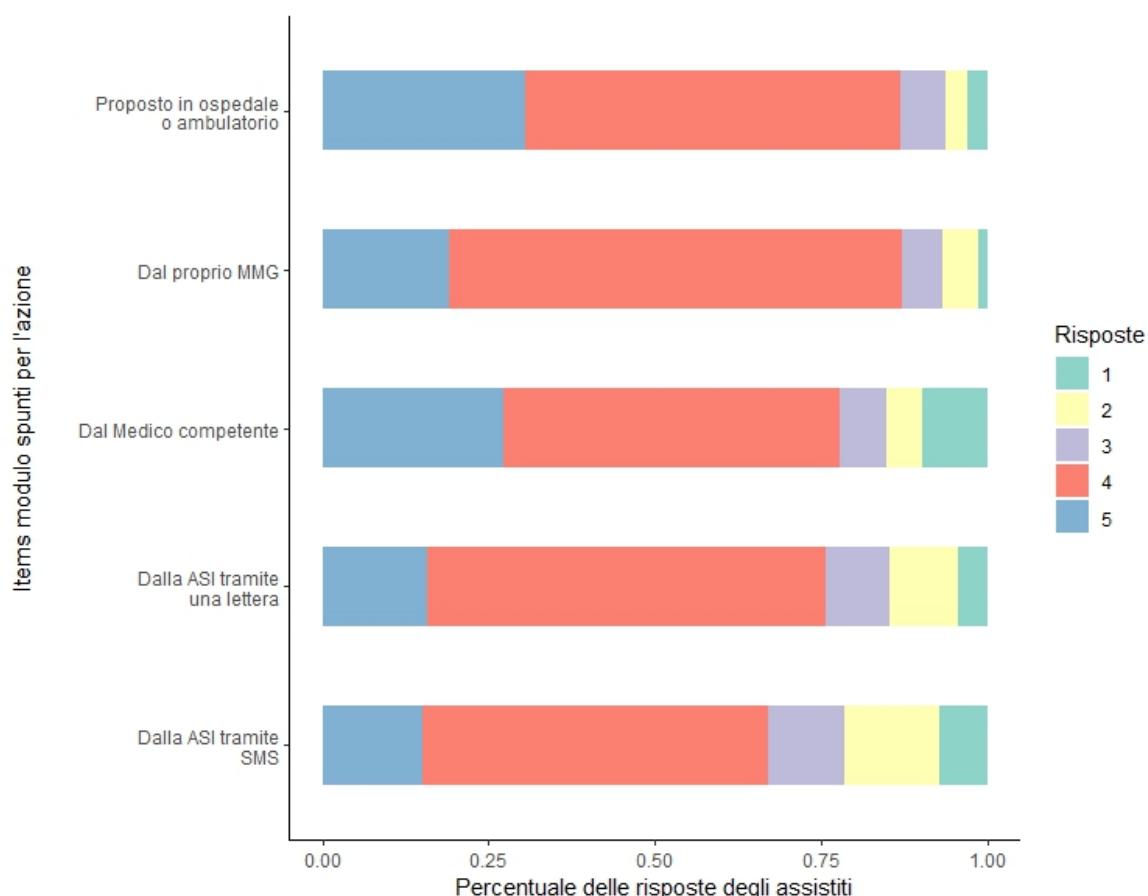


Fig. 6 Risposte in percentuale per “spunti per l’azione” (N=641), 1 risposta indicante minore responsività agli interventi di comunicazione, 5 risposta indicante maggiore responsività agli interventi di comunicazione.

PROPENSIONE DELL'ASSISTITO ALL'ADESIONE ALLO SCREENING

Il 64% (IC95 62.1-65.9) degli intervistati ha affermato che, al termine dell'intervista, la probabilità di effettuare il test è aumentata, il 28.9% (IC95 27.1-30.7) che non è cambiata, lo 0.2% (IC95 0.02-0.37) che è inferiore e il 6.4% (IC95 5.4-7.4) degli intervistati afferma di non saper dare una risposta.

FATTORI ASSOCIATI ALL'HEALTH BELIEF MODEL

L'analisi delle variabili indipendenti sociodemografiche e le singole sezioni del modulo Health Belief Model ha evidenziato che il basso titolo di studio si associa ad una maggiore percezione degli ostacoli che possono impedire l'adesione allo screening (OR 1.83, IC95 1.09-3.08, $p=0.028$).

Stratificando per sesso e per età, tale associazione si è riscontrata soprattutto per le donne (OR 2.33 $p=0.01$) e per gli assistiti con meno di 40 anni (OR 3.33, $p=0.03$). Le altre associazioni (vedi fig.7) non mostrano differenze significative.

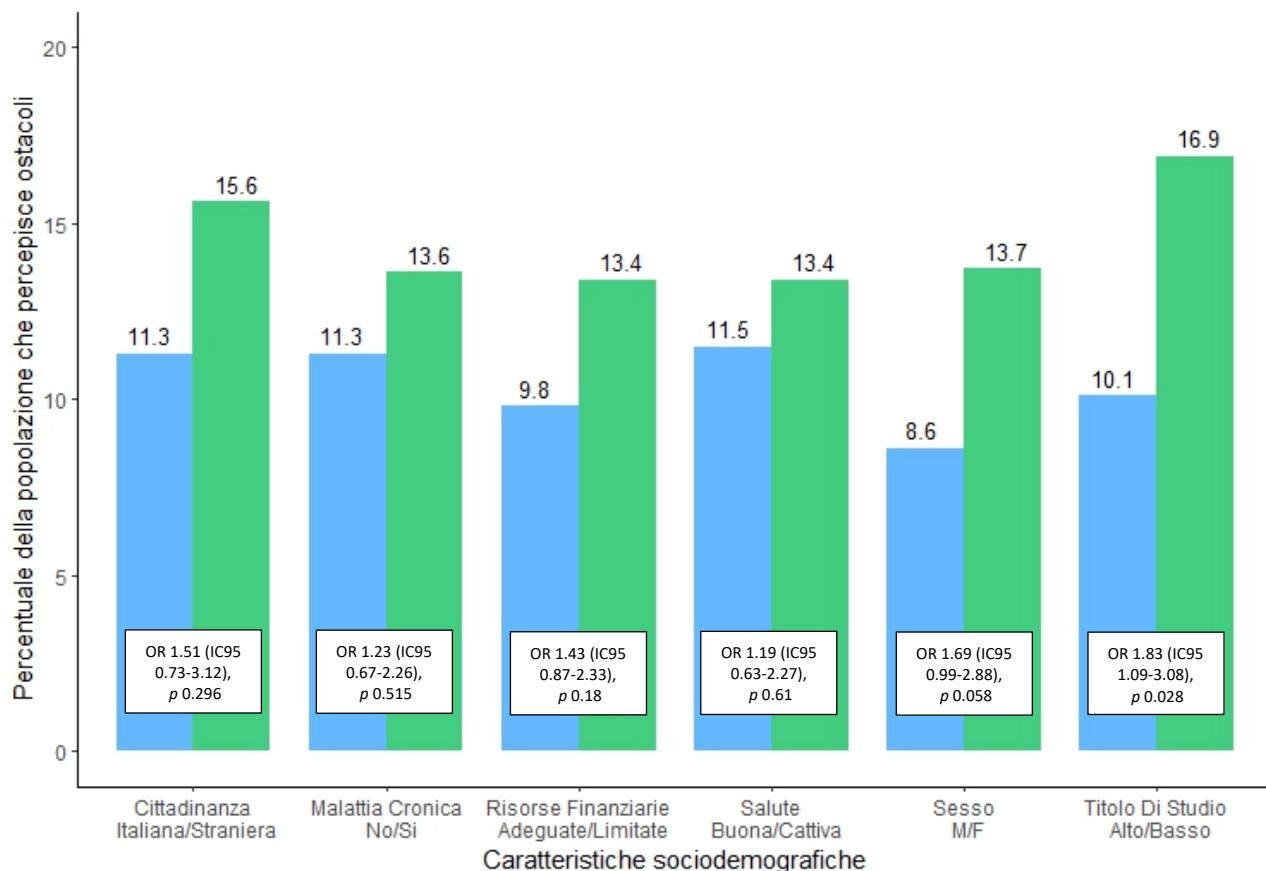


Fig. 7. Percezione degli ostacoli in rapporto alle caratteristiche sociodemografiche

L'analisi bivariata non ha evidenziato associazioni significative tra le altre sezioni dell'Health Belief Model (gravità percepita, benefici percepiti, spunti per l'azione) e le caratteristiche sociodemografiche (Fig 8, Fig. 9, Fig. 10, Fig.11).

Chi versa in condizioni di cattiva salute (OR. 1.46, IC95 0.93-2.30, $p=0.117$) e chi non ha malattie croniche (OR. 0.63, IC95 0.39-1.02, $p=0.068$) si dimostra avere una maggiore probabilità di non percepire la gravità (Fig. 8) in confronto a, rispettivamente, chi gode di buona salute e chi ha malattie croniche.

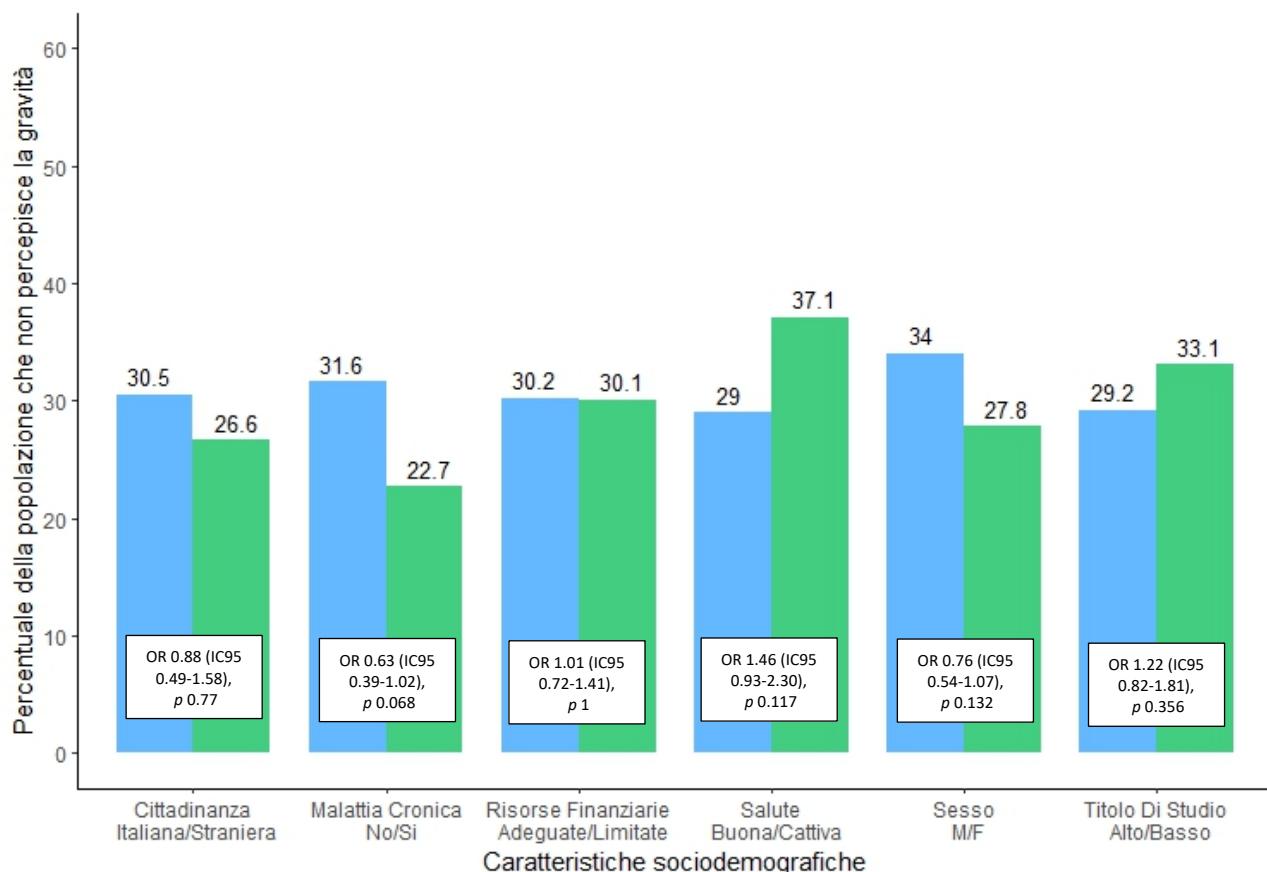


Fig 8 Percezione della gravità in rapporto alle caratteristiche sociodemografiche.

L'associazione di variabili socio demografiche e la percezione dei benefici non ha evidenziato differenze statisticamente significative.

Il sesso maschile rispetto a quello femminile (OR 0.56, IC95 0.31-1.38, $p=0.329$) e la cittadinanza italiana rispetto a quella straniera (OR 0.32, IC95 0.04-2.40, $p=0.346$) possono avere una probabilità maggiore di non percepire i benefici.

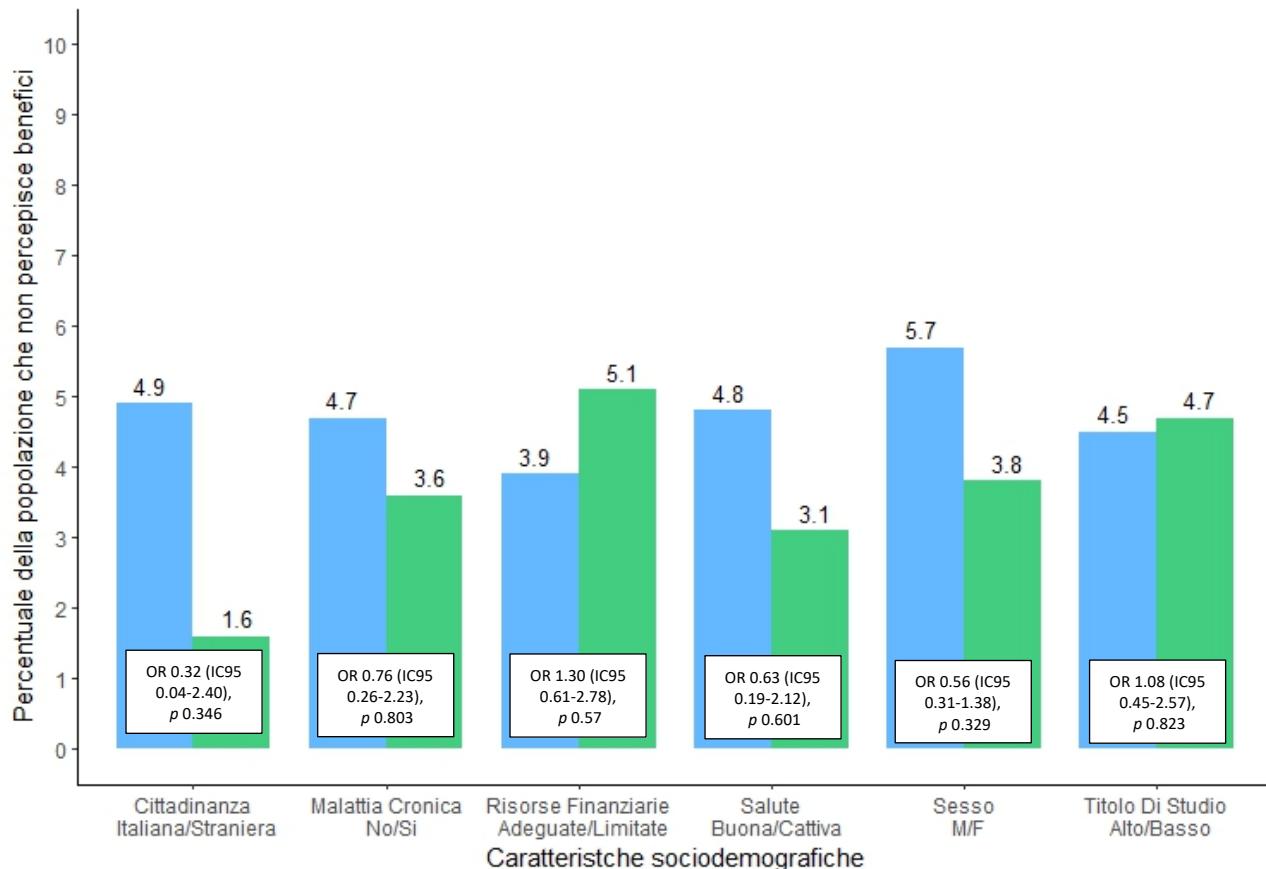


Fig.9 Percezione dei benefici in rapporto alle caratteristiche sociodemografiche.

Stratificando per età e sesso, tuttavia, nel campione di età compresa tra i 46 e i 50 anni, chi riferisce di sentirsi in una condizione di cattiva salute ha più probabilità sia di non percepire la gravità della malattia (OR 3.71, $p=0.003$) che di percepire ostacoli (OR 3.76, $p=0.015$).

Nella fascia di età con più di 50 anni, il sesso femminile ha un rischio 6 volte maggiore rispetto agli uomini di non percepire la suscettibilità.

L'analisi multivariata (Tab. 5) conferma che chi possiede un basso titolo di studio è esposto ad un maggior rischio di percepire ostacoli (OR 1.83, IC95 1.06-3.16, $p=0.029$) e che le donne percepiscono più ostacoli rispetto agli uomini (OR 1.77, IC95 1.03-3.04, $p=0.039$).

Risultati

Variabili sociodemografiche	OR	IC95%	p
Sesso (1 Femmine, 0 Maschi)	1.77	1.03-3.04	0.039
Anni (1 ≥43 anni, 0 < 43 anni)	1.26	0.75-2.11	0.385
Titolo di studio (1 basso titolo, 0 alto titolo)	1.83	1.06-3.16	0.029
Risorse finanziarie (1 basse risorse, 0 alte risorse)	1.22	0.73-2.04	0.439
Cittadinanza. (1 stranieri, 0 cittadinanza italiana)	1.24	0.59-2.59	0.573
Malattie croniche (1 si, 0 no)	1.14	0-62-2.11	0.672

Tab. 5. Analisi multivariata: fattori sociodemografici e ostacoli percepiti

FATTORI ASSOCIATI ALL'INTENZIONE A ADERIRE AL TEST DI SCREENING

All'analisi bivariata (Tab. 6) hanno una probabilità significativamente maggiore di avere una intenzione di effettuare il test, solo gli assistiti che ne percepiscono i benefici (OR 3.64, IC95 1.66-7.98, p .001) mentre per gli altri gruppi la differenza non è statisticamente significativa.

Sezioni HBM	OR	IC95%	p
Suscettibilità	1.17	0.54-2.52	0.848
Gravità	1.38	0.97-1.96	0.072
Benefici	3.64	1.66-7.98	0.001
Ostacoli	0.62	0.36-1.07	0.095

Tab. 6. Rapporto tra sezioni HBM e intenzione ad effettuare al test di screening.

Più specificamente, nella tabella 7, sono riportati i risultati dell'analisi bivariata dove gli intervistati valutano quale sia l'occasione o la fonte più autorevole a spingerli a effettuare lo screening.

La lettera dell'ASL, l'invito allo screening opportunistico (in ambiente ospedaliero o ambulatoriale) e la proposta del MMG si associano significativamente positivamente all'intenzione dell'utente all'esecuzione del test a differenza degli SMS e dell'invito del medico competente che non sembrano avere un ruolo significativo.

Proposta di adesione al test da/tramite	OR	IC95%	p
Le viene proposto il test mentre si trova in ospedale o in ambulatorio per altri motivi	2.43	1.53-3.88	<0.00
Proposto dal medico competente mentre si trova al lavoro	1.06	0.72-1.57	0.765
Proposto dall'mmg	2.30	1.44-3.68	0.001
Proposto dalla asl attraverso una lettera che arriva a casa	1.72	1.19-2.48	0.005
Proposto dalla asl attraverso un sms sul cellulare	1.29	0.92-1.82	0.159

Tab. 7. Analisi bivariata tra singole domande del modulo “Spunti per l’azione” e l’intenzione di aderire al test di screening.

FATTORI ASSOCIATI ALL’EFFETTIVA ADESIONE AL TEST DI SCREENING

Sono 113, cioè il 17.6% del campione (IC95 16.1-19.1%), gli assistiti che hanno effettuato il test successivamente alla chiamata e all’invito finale a effettuare il test da parte degli operatori.

Chi non percepisce gli ostacoli (OR 2.69, IC95 1.14-6.36, p=0.016) e chi ha un’adeguata percezione della gravità (OR 1.74, IC95 1.07-2.82, p=0.031) (Tabella 8) ha una probabilità significativamente maggiore di partecipare allo screening.

Sezioni HBM	OR	IC95%	p
Suscettibilità	0.49	0.14-1.63	0.334
Gravità	1.74	1.07-2.82	0.031
Benefici	3.01	0.70-12.84	0.140
Ostacoli	2.69	1.14-6.36	0.016

Tab.8. Rapporto tra le sezioni dell’Health Belief Model (HBM) e l’effettiva adesione al test.

Nel dettaglio, fra gli ostacoli sono la paura di essere positivo (OR 2.99, IC95 1.46-6.09, p=0.001), di essere isolato da amici e familiari (OR 2.68, IC95 1.20-5.96, p=0.010), i costi elevati del test (OR 2.89, IC95 1.50-5.56, p=<0.001) e il non avere tempo a disposizione per eseguire il test (OR 1.89, IC95 1.06-3.38, p=0.03) risultano i fattori che condizionano negativamente l’assistito, aumentandone la probabilità di non adesione allo screening (Tab.9).

Ostacoli percepiti	OR	IC95%	p
Paura di essere positivo	2,99	1.46-6.09	0,001
Giudizio delle persone che lo circondano	1,89	0.92-3.90	0,09
Essere isolato da amici e/o familiari	2,68	1.20-5.96	0,010
Costi elevati del test	2,89	1.50-5.56	< 0,001
Non avere tempo a disposizione per eseguire test	1,89	1.06-3.38	0,030
Centri prelievo non facilmente raggiungibili	1,54	0.79-3.01	0,227

Tab.9. Analisi bivariata tra singole domande della sezione Ostacoli percepiti e l'effettiva adesione al test di screening.

Con l'analisi multivariata (Tab. 10) si è studiata l'associazione fra le caratteristiche sociodemografiche, le sezioni del HBM e l'effettuazione del test di screening in seguito all'invito finale dell'intervistatore.

Chi non percepisce ostacoli, ha una maggiore probabilità di adesione allo screening (OR 2.83, IC95 1.18-6.77, $p=0.019$), così come, chi ha una adeguata percezione della gravità (OR 1.76, IC95 1.07-2.89, $p=0.025$).

Al contrario non si rileva nessuna associazione significativa tra le caratteristiche sociodemografiche e l'adesione al test di screening.

Variabili indipendenti	OR	IC95%	p
Sesso (1 Femmine, 0 Maschi)	0.92	0.6-1.43	0.717
Anni (1 \geq 43 anni, 0 < 43 anni)	1.49	0.98-2.28	0.064
Titolo di studio (1 basso titolo, 0 alto titolo)	0.78	0.46-1.30	0.336
Risorse finanziarie (1 basse risorse, 0 alte risorse)	1.15	0.75-1.77	0.53
Cittadinanza. (1 stranieri, 0 cittadinanza italiana)	0.80	0.4-1.6	0.53
Malattie croniche (1 si, 0 no)	1.18	0.67-2.08	0.567
Gravità percepita (1 no, 0 si)	1.76	1.07-2.89	0.025
Ostacoli percepiti (1 si, 0 no)	2.83	1.18-6.77	0.019
Spunti per l'azione (1 no, 0 si)	2.79	1.17-6.65	0.021

Tab. 10. Analisi multivariata delle caratteristiche sociodemografiche e Sezioni HBM in rapporto all'effettiva adesione al test di screening.

DISCUSSIONE

Lo studio HEPAR-C si è prefissato di descrivere le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti del campione target dello Screening Regionale per l’epatite C, per rilevare le ragioni della bassa adesione registrata nei primi mesi di attività al fine di strutturare messaggi mirati alle caratteristiche del target. Il riferimento al Health Belief Model ha permesso di rilevare alcune caratteristiche del campione che hanno ricadute certe sull’adesione allo screening dell’epatite C. Questo studio risulta fra i primi a prendere in esame conoscenze, atteggiamenti e comportamenti rispetto al virus dell’epatite C. Se da una parte, questa caratteristica lo rende innovativo, dall’altra, limita il confronto diretto dei risultati con studi analoghi condotti sullo stesso tema.

In generale, la buona rappresentatività del campione selezionato per le interviste autorizza la considerazione che la popolazione target ritenga di essere poco suscettibile alla malattia perché non esposta ai fattori di rischio che la provocano. In letteratura (15) la percezione di suscettibilità nei confronti di un rischio è essenziale per spingere le persone verso pratiche di prevenzione. Considerato che poco più di una persona su dieci si percepisce suscettibile costituisce un fattore negativo per l’attesa partecipazione massiva allo screening in atto oggi in Italia al fini di eliminare la circolazione del virus dell’epatite C (decreto attuativo del 14.05.2021 della legge n.8/2020).

La percezione e le conoscenze sulla gravità della malattia sono più diffuse rispetto alla percezione di suscettibilità. Infatti, due persone su tre hanno un’adeguata percezione della gravità e delle conseguenze cliniche che la malattia, una volta contratta, comporta. Tuttavia, più della metà delle persone, ignora che si possa presentare in modo asintomatico ritenendo inoltre che solo in presenza di sintomi la malattia sia pericolosa. Questo è verosimilmente un ulteriore elemento che non facilita l’adesione allo screening in Italia.

Benché la letteratura scientifica non metta a disposizione molti studi sul tema, in una revisione della letteratura (15) dei fattori associati all’adesione allo screening per il cancro al seno e alla cervice uterina delle donne ispaniche utilizzando l’HBM, si ritrova una scarsa percezione della suscettibilità data dalla convinzione che lo screening non sia una procedura prioritaria poiché non viene adeguatamente percepita la propria vulnerabilità nei confronti della patologia. La stessa conseguenza di bassa adesione allo screening è associata, come nel nostro studio, anche tra le donne che riferiscono di non considerarsi a rischio se sono asintomatiche.

Al contrario, più di nove persone su dieci, considerano lo screening efficace nell’identificare la malattia e le cure attualmente disponibili risolutive rispetto all’infezione. La stessa proporzione di campione ritiene di non incontrare degli ostacoli significativi per effettuare lo screening.

L’HBM compone pertanto un quadro del campione studiato che si sente fiducioso quanto all’accessibilità e all’efficacia dello screening ma non ritiene di averne bisogno perché la malattia non è sufficientemente pericolosa.

D’altra parte, lo studio HEPAR-C ha messo in evidenza che metà del campione riferisce di non aver ricevuto nessuna informazione sulla malattia e sullo screening e, poco meno della restante metà, di averne ricevute molto poche.

Per quanto sia di dominio comune che l’acquisizione di una conoscenza di un rischio non si trasformi automaticamente in consapevolezza e in azioni consequenziali, tuttavia, costituisce la base di partenza per qualsiasi cambiamento di comportamento.

In questo senso, lo studio HEPAR-C ha approfondito anche le opinioni del campione su quali siano le fonti più autorevoli che avrebbero un peso significativo sulla decisione di intraprendere lo screening. La fondamentale importanza della comunicazione da parte dei medici messa in luce viene rilevata anche in letteratura (15) dove la scarsa adesione allo screening tra le donne ispaniche non è dovuta alla mancanza di accesso al servizio ma al fatto che, nonostante il 96% delle donne avesse visto il suo medico nell’ultimo anno, all’82% non era stata proposta la mammografia. Similmente, nel nostro studio nove persone su dieci ritengono che il medico di famiglia o dei servizi pubblici abbia un peso determinante, come rilevato più sopra, ma la maggior parte ha ricevuto nessuna o solo “poche” informazioni, non sufficienti evidentemente per produrre l’adesione allo screening.

Studiando più in dettaglio il campione con i risultati del HBM, si rileva come il basso livello della percezione di suscettibilità all’HCV sia comune a tutto il campione, senza differenze di cittadinanza, presenza di malattie croniche, disponibilità di risorse finanziarie, percezione della qualità della salute, sesso e titolo di studio.

Nonostante la diffusa bassa percezione degli ostacoli per l’effettuazione dello screening, risultano percepire maggiormente gli ostacoli le donne e chi ha un basso titolo di studio.

In un’indagine simile, realizzata nel 2015 (16), su una popolazione fra 46 e 69 anni, si evidenzia che il basso livello di istruzione sia un predittore significativo di una conoscenza inadeguata dell’HCV e di una minore adesione allo screening.

Gli utenti considerano una proposta proveniente dal proprio Medico curante o durante una visita in ospedale o in un ambulatorio, sarebbe fra le opportunità considerate più efficaci per effettuare lo screening.

Lo studio HEPAR-C ha creato una situazione particolare per la quale, al termine dell’intervista, l’operatore ha invitato il soggetto intervistato ad aderire allo screening, fornendogli la possibilità di prenotare contestualmente un appuntamento o offrendo le indicazioni necessarie per prenotarsi in autonomia in un momento successivo.

Un intervistato su sei (17%) nelle settimane successive ha effettuato lo screening.

Lo studio ha evidenziato alcune limitazioni. In particolare, il tasso di sostituzione dei titolari si avvicina al 50% che potrebbe configurare un bias di selezione a favore di coloro che hanno interesse a partecipare all’intervista e/o alla tematica dello screening.

CONCLUSIONE E RACCOMANDAZIONI

Lo studio HEPAR-C ha rilevato numerosi aspetti relativi alle conoscenze, atteggiamenti e comportamenti della popolazione target che possono essere di spunto per la campagna di comunicazione del piano di eliminazione della circolazione del virus dell’epatite C nella popolazione italiana.

A questo scopo la campagna di comunicazione dovrà in primo luogo tendere ad aumentare le conoscenze che riguardano la diffusione della malattia, le modalità di trasmissione e le conseguenze cliniche che essa comporta.

Infatti, il rilievo che la grande maggioranza della popolazione target non ha adeguata percezione della suscettibilità individuale e della gravità della malattia, deve orientare la comunicazione ad approfondire temi quali la diffusione e la pericolosità, anche in assenza di sintomi, e i gravi effetti sulla salute se non trattata.

Considerata la proporzione limitata di soggetti della popolazione target raggiunti da un livello di informazione significativa, sarà necessario considerare approcci comunicativi che differenzino le strategie e le modalità di comunicazione utilizzate a questo scopo, con ampio coinvolgimento dei social media e di influencer/testimonial della campagna. Un adeguato finanziamento dovrà altresì essere disponibile per sostenere lo sforzo di pervenire ad ampi e disomogenei strati di popolazione.

Oltre all’efficacia dell’invito scritto inviato per lettera dall’ASL, la comunicazione dello screening sistematicamente effettuata dal proprio medico di medicina generale o da un operatore sanitario ha un impatto maggiore e assume un ruolo significativo avendo suggerito di aumentarne l’adesione.

In maniera complementare, anche lo screening opportunistico, quando proposto nelle strutture ospedaliere ed ambulatoriali, è percepito come potenzialmente efficace da parte della popolazione.

Benché la maggior parte della popolazione non avverta degli ostacoli specifici all’esecuzione dello screening, è ragionevole pensare che l’adesione allo screening aumenterebbe se l’effettuazione del test fosse realizzato anche al di fuori delle strutture sanitarie (cioè i centri prelievo) raggiungendo la popolazione target in ambienti di lavoro e comunitari.

L’attività di comunicazione dovrà tenere in considerazione alcune fasce di popolazione, in particolare quelle svantaggiate a causa di determinanti sociali di salute. La diversificazione dei messaggi dopo opportuno studio dei diversi gruppi componenti il target, con la selezione delle più adeguate modalità di raggiungimento, dovrebbe costituire un passaggio essenziale per offrire a ogni soggetto la stessa opportunità di fare lo screening e promuovere così l’equità.

L’implementazione della campagna di comunicazione non potrà prescindere da un’adeguata valutazione in itinere che permetta di adattare la strategia di comunicazione ai processi e ai risultati via via raggiunti.

BIBLIOGRAFIA

1. Micallef J, Kaldor J, Dore G. Spontaneous viral clearance following acute hepatitis C infection: a systematic review of longitudinal studies. *J Viral Hepat.* 2006;13:34-41.
2. Poynard T, Bedossa P, Opolon P. Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. The OBSVIRC, METAVIR, CLINIVIR, and DOSVIRC groups. *Lancet.* 1997;349:825-32. doi: 10.1016/s0140-6736(96)07642-8
3. Thein HH, Yi Q, Dore GJ, Krahn MD. Estimation of stage-specific fibrosis progression rates in chronic hepatitis C virus infection: a meta-analysis and meta-regression. *Hepatology.* 2008;48:418-31. doi: 10.1002/hep.22375
4. Tong MJ, el-Farra NS, Reikes AR, Co RL. Clinical outcomes after transfusion-associated hepatitis C. *N Engl J Med.* 1995;332:1463-6. doi: 10.1056/nejm199506013322202
5. El-Serag HB. Epidemiology of viral hepatitis and hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology.* 2012;142:1264-73.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2011.12.061
6. Dhiman RK, Satsangi S, Grover GS, Puri P. Tackling the Hepatitis C Disease Burden in Punjab, India. *J Clin Exp Hepatol.* 2016;6:224-32. doi: 10.1016/j.jceh.2016.09.005
7. Mohsen A, Bernier A, LeFouler L, Delarocque-Astagneau E, El-Daly M, El-Kafrawy S et al. Hepatitis C virus acquisition among Egyptians: analysis of a 10-year surveillance of acute hepatitis C. *Trop Med Int Health.* 2015;20:89-97. doi: 10.1111/tmi.12410
8. Prati D. Transmission of hepatitis C virus by blood transfusions and other medical procedures: a global review. *J Hepatol.* 2006;45:607-16. doi: 10.1016/j.jhep.2006.07.003
9. Pépin J, Abou Chakra CN, Pépin E, Nault V. Evolution of the global use of unsafe medical injections, 2000-2010. *PLoS One.* 2013;8:e80948. doi: 10.1371/journal.pone.0080948
10. Pépin J, Abou Chakra CN, Pépin E, Nault V, Valiquette L. Evolution of the global burden of viral infections from unsafe medical injections, 2000-2010. *PLoS One.* 2014;9:e99677. doi: 10.1371/journal.pone.0099677
11. WHO. Global Hepatitis Report. 2017. Disponibile online: <https://afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789241565455-eng.pdf> (ultimo accesso il 20 Ottobre 2022).
12. ISS. Bollettino SEIEVA, epidemiologia delle epatiti virali acute in Italia. 2022. Disponibile online: <https://www.epicentro.iss.it/epatite/bollettino/Bollettino-n-10-marzo-2022.pdf> (ultimo accesso il 20 Ottobre 2022).
13. Determinazione n. G13840 del 12 novembre 2021. Programma di screening nazionale per l'eliminazione del virus dell'epatite c (HCV) nella regione Lazio.
14. Falade-Nwulia O, Suarez-Cuervo C, Nelson DR, Fried MW, Segal JB, Sulkowski MS. Oral direct-acting agent therapy for hepatitis C virus infection: a systematic review. *Ann Intern Med* 2017;166:637-48. <https://doi.org/10.7326/M16-2575> PMID:28319996
15. Austin LT, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. *Womens Health Issues.* 2002 May-Jun;12(3):122-8. doi: 10.1016/s1049-3867(02)00132-9. PMID: 12015184.
16. Rashrash ME, Maneno MK, Wutoh AK, Ettienne EB, Daftary MN. An evaluation of hepatitis C knowledge and correlations with health belief model constructs among African American "baby boomers". *J Infect Public Health.* 2016 Jul-Aug;9(4):436-42. doi: 10.1016/j.jiph.2015.11.005. Epub 2015 Dec 22. PMID: 26706773.

ALLEGATO 1. QUESTIONARIO

QUESTIONARIO INDAGINE KAB SCREENING HCV

Novembre – Dicembre 2022



****Buongiorno, sono _____, La chiamo dall'Asl Roma 5 per un'intervista sullo stato di salute dei cittadini, in particolare nell'ambito dello screening sull'epatite C, della quale è stato informato anche il suo medico di famiglia, il Dr. _____, che ci ha precedentemente comunicato la sua disponibilità.**

Ha ricevuto una comunicazione da parte del suo Medico di Famiglia che Le preannunciava un'intervista telefonica? **

SI NO

****La nostra ASL sta facendo delle interviste a persone nate tra il 1 gennaio 1969 ed il 31 dicembre 1989 residenti presso uno dei comuni del nostro territorio; le persone sono scelte a caso tra gli assistiti dell'ASL e lo scopo dell'intervista è conoscere il loro punto di vista su alcuni aspetti che riguardano la salute, e le conoscenze in merito all'epatite C, per migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti. Lei è una delle persone selezionate per l'intervista che richiede circa 15-20 minuti. Le informazioni raccolte saranno rese anonime e trattate in base alla legge sulla privacy (Regolamento Europeo 679/2016). Le ricordo inoltre che può decidere in ogni momento di interrompere l'intervista. ****

È disponibile a rispondere ora?

SI → comincia il questionario, andare alla Sezione 1.

NO → potrei richiamarla in un momento per Lei più opportuno?

SI → giorno _____ ora _____

NO → vuole ripensarci dopo aver parlato con il suo Medico di famiglia?

SI → Bene, allora la richiamo tra qualche giorno. Grazie a presto.

NO → La ringrazio per l'attenzione che ci ha dedicato. Buongiorno.

MODULO 1: Stato di salute e qualità della vita percepita

****Le chiederò innanzitutto alcune informazioni generali sul suo stato di salute. ****

1.1 Come va in generale la sua salute? Leggere le risposte

- Molto Bene
- Bene
- Discretamente
- Male
- Molto male

****Ora le farò alcune domande sul suo stato di salute durante gli ultimi 30 giorni. ****

1.2 Consideri la sua salute fisica, comprese malattie e conseguenze di incidenti. Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non si è sentito/a bene?

Numero di giorni

Non lo so /Non ricordo

1.3 Adesso pensi agli aspetti psicologici, come problemi emotivi, ansia, depressione, stress. Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non si è sentito/a bene?

Numero di giorni

Non lo so /Non ricordo

1.4 Ora, consideri le sue attività abituali. Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non è stato/a in grado di svolgerle a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica?

Numero di giorni

Non lo so /Non ricordo

1.5 Un medico le ha mai diagnosticato/confermato una o più delle seguenti malattie?

Leggere le risposte

	SI	NO
Diabete		
Insufficienza renale		
Bronchite cronica, asma, enfisema, insufficienza respiratoria		
Infarto del miocardio o altre malattie del cuore		
Tumori (compresi leucemie e linfomi)		
Malattie croniche del fegato, cirrosi		

MODULO 2: Health Belief Model

**** Ora Le farò qualche domanda riguardo l'epatite C. ****

2.1 Quanto timore ha di contrarre l'epatite C nel corso della sua vita?

Leggere le risposte

- Moltissimo
- Molto
- Poco
- Nessuno
- Non saprei

2.2 Secondo Lei, che probabilità ha di prendere l'epatite C nel corso della sua vita?

Leggere le risposte

- Molto bassa
- Bassa
- Alta
- Molto Alta
- Non saprei

2.3 Qual è la probabilità che Lei possa infettarsi con il virus dell'epatite C attraverso il contatto con siringhe, aghi o strumenti chirurgici non sterilizzati?

Leggere le risposte

- Molto bassa
- Bassa
- Alta
- Molto Alta
- Non saprei

2.4 Qual è la probabilità che Lei possa infettarsi con il virus dell'epatite C attraverso rapporti sessuali non protetti?

Leggere le risposte

- Molto bassa
- Bassa
- Alta
- Molto Alta
- Non saprei

2.5 Secondo Lei, avere l'epatite C può comportare cambiamenti nella sua vita sociale o lavorativa?

Leggere le risposte

- Moltissimo
- Molto
- Poco
- Per nulla
- Non saprei

2.6 Secondo Lei, l'infezione al fegato dovuta al virus si manifesta sin dall'inizio con dei sintomi?

Leggere le risposte

- SI
- NO
- Non saprei

2.7 L'epatite C senza sintomi NON è pericolosa per Lei né per le persone che la circondano.

Leggere le risposte

- Molto d'accordo
- D'accordo
- In disaccordo
- Molto in disaccordo
- Non saprei

2.8 L'epatite C, se non trattata, può comportare lo sviluppo di un cancro del fegato.

Leggere le risposte

- Molto d'accordo
- D'accordo
- In disaccordo
- Molto in disaccordo
- Non saprei

2.9 Lo screening per l'epatite C permette l'identificazione di persone con il virus che non sanno di averlo.

Leggere le risposte

- Molto d'accordo
- D'accordo
- In disaccordo
- Molto in disaccordo
- Non saprei

2.10 Lo screening permette di proteggere le persone intorno a Lei ed impedisce la diffusione dell'infezione.

Leggere le risposte

- Molto d'accordo
- D'accordo

- In disaccordo
- Molto in disaccordo
- Non saprei

2.11 Il trattamento dell'epatite C in persone asintomatiche previene lo sviluppo di complicanze (epatite cronica, cirrosi, tumore del fegato).

Leggere le risposte

- Molto d'accordo
- D'accordo
- In disaccordo
- Molto in disaccordo
- Non saprei

2.12 Le elencherò una serie di motivi per i quali Lei potrebbe NON sottoporsi al test per la ricerca del virus dell'epatite C.

	Molto d'accordo	D'Accordo	In disaccordo	Molto in disaccordo	Non so
Paura di essere positivo					
Giudizio delle persone che mi circondano					
Essere isolato da amici e/o familiari					
Costi elevati del test					
Non avere tempo a disposizione per eseguire il test					
Centri prelievo non facilmente raggiungibili					

MODULO 3: Spunti per l'azione futura

**** Abbiamo quasi finito. Le sottpongo adesso qualche domanda utile per migliorare la nostra comunicazione ed aiutarci a coinvolgere maggiormente la popolazione. ****

4.1 Prima di questa intervista, ha ricevuto informazioni sullo screening per l'epatite C della Regione Lazio?

Leggere le risposte

- Moltissime
- Molte
- Poche
- Nessuna → Saltare alla domanda 4.3

4.2 Da dove ha tratto le informazioni relative allo screening dell'epatite C:

Leggere le fonti e le risposte

FONTI	SI	NO
Radio		
Televisione		
Giornali		
Internet		
Social Media		
Sito ASL/Governo		
Luogo di lavoro		

Medico di Famiglia		
Operatore sanitario di ospedali e distretti		
Familiari		
Amici		

4.3 Quali di queste situazioni potrebbero aumentare la probabilità che Lei faccia il test per lo screening dell'epatite C:

Leggere le situazioni e le risposte

Situazioni	Moltissimo	Molto	Non saprei	Poco	Per niente
Le viene proposto il test mentre si trova in ospedale o in ambulatorio per altri motivi					
Le viene proposto dal Medico Competente mentre si trova al lavoro					
Le viene proposto dal suo Medico di Famiglia					
Le viene proposto dalla ASL tramite una lettera che le arriva a casa					
Le viene proposto dalla ASL tramite SMS ricevuto sul cellulare					

MODULO 4: Dati socio-anagrafici

****Le faccio ora le ultime quattro domande. ****

5.1 Qual è il suo attuale stato civile?

Leggere le risposte

- Coniugato
- Celibe/nubile
- Vedovo/a
- Separato/a-Divorziato/a

5.2 Chi abita in casa con lei?

Leggere le risposte

- Nessuno, vivo da solo
- Coniuge/Compagno/a
- Figli
- Altri parenti/Amici

5.3 Qual è la sua cittadinanza?

Leggere le risposte

- italiana
- straniera
- doppia

5.4 Qual è il suo titolo di studio?

Leggere le risposte

- nessun titolo
- licenza elementare
- licenza di scuola media
- diploma o qualifica di scuola media superiore
- laurea/diploma universitario o titolo superiore

5.5 Con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?

Leggere le risposte

- Molto facilmente
- abbastanza facilmente

- con qualche difficoltà
- con molte difficoltà

**** Le faccio un'ultima domanda. ****

5.6 Dopo l'intervista che abbiamo appena concluso, la probabilità che Lei faccia il test per cercare l'infezione da epatite C è...?

Leggere le risposte

- Maggiore
- Non è cambiata
- Inferiore
- Non so

****Abbiamo finito. La ringrazio moltissimo per la collaborazione e la disponibilità. ****