

**Riduzione della trasmissione di epatite C tra le
donne che fanno uso di droghe ed hanno
comportamenti sessuali promiscui (REDUCE):
applicazioni pratiche per prevenire il contagio**



*// Progetto REDUCE è co-finanziato dal Programma Drug
Prevention and Information dell'Unione Europea*

Progetto numero: JUST/2010/DPIP/AG/0975 REDUCE

<http://www.thereduceproject.imim.es/>

Indice

	Pagina
Partner e coordinatori del Progetto REDUCE	5
1. Il Progetto REDUCE	7
1.1 Contesto e razionale	
1.2 Obiettivi	
1.3 Piano di Lavoro	
2 Statistiche su trattamento farmacologico e HCV tra i tossicodipendenti dei paesi che aderiscono al Progetto REDUCE	11
3 Livello d'informazione sulla trasmissione dell'HCV e comportamenti a rischio nelle donne tossicodipendenti iniettive (FWID) in Europa: Uno studio a metodologia mista	15
3.1 Sviluppo dello strumento REDUCE per misurare il livello d'informazione sulla trasmissione dell'HCV ed i comportamenti a rischio	
3.2 Metodi	
3.3 Risultati Quantitativi	
3.4 Risultati Qualitativi	
3.5 Triangolazione dei dati ricavati da metodologia mista	
4 Sviluppo e sperimentazione di un intervento informativo-comportamentale volto a ridurre i comportamenti a rischio nella trasmissione dell'HCV nell'ambito di pratiche sessuali e di assunzione di droghe ed aumentare il livello d'informazione tra le FWID in Europa	57
4.1 Sviluppo dell'intervento REDUCE	
4.2 Studio pilota dell'intervento	

4.3 Risultati

5 Conclusioni e raccomandazioni 65

6 Riferimenti 72

Partner e coordinatori del Progetto REDUCE

Il progetto REDUCE è stato coordinato dal “Parc de salut Mar” di Barcellona (Spagna). L’Università di Greenwich (Londra, Inghilterra) ha avuto l’incarico dal “Parc de Salut Mar”, Barcellona (Spagna) per quanto riguarda la gestione del progetto REDUCE. Gli altri partner del progetto sono: Scozia (Università della West of Scotland, Paisley), Polonia (Istituto di Psichiatria e Neurologia di Varsavia), Austria (Facoltà di Medicina di Vienna) e Italia (Agenzia Regionale Sanitaria-Regione Marche).

Coordinatore del Progetto -Spagna

Parc de Salut Mar,
Passeig Maritim 88, 08003 Barcelona



Prof.ssa Marta Torrens	Docente di Psichiatria/ Responsabile del Programma sulle Tossicodipendenze
Judit Tirado	Ricercatore Junior

Project Manager – Inghilterra

University of Greenwich, School of Health and Social Care,
Avery Hill Road, London SE9 2UG



Dr.ssa Gail Gilchrist	Principal Research Fellow/ Responsabile del centro per la Ricerca Sociale Applicata
-----------------------	---

Partner di Progetto – Austria

Center for Public Health, Medical University of Vienna,
Kinderspitalgasse 15, 1090 Vienna



Prof.ssa Gabriele Fischer	Docente di Psichiatria / Direttore Medico del Centro delle Tossicodipendenze
---------------------------	--

Dr.ssa Birgit Köchl Assistente/ Psicologa
Caroline Hopf Assistente
Isabella Leeb Assistente/ Psicologa

Partner di Progetto – Italia

Agenzia Regionale Sanitaria-Regione Marche,
Via Gentile da Fabriano, n° 3 Regione Marche -
60100 Ancona



Dr.ssa Lucia Di Furia Dirigente Medico, P.F. Assistenza Ospedaliera,
Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione
Cinzia Giammarchi Ricercatore

Partner di Progetto – Polonia

Institute of Psychiatry and Neurology, 02-957 Warszawa,
Sobieskiego 9



Dr Jacek Moskalewicz Dirigente del Dipartimento di Studi su Alcolismo e
Tossicodipendenza
Dr.ssa Katarzyna Ricercatore Senior
Dąbrowska

Partner di Progetto - Scotland

University of the West of Scotland,
Paisley Campus, High Street, Paisley, PA1 2BE



Prof.ssa Avril Taylor Direttore di Dipartimento in Sanità Pubblica e Direttore
della ricerca per la Facoltà
Dr.ssa Alison Munro Ricercatore
April Shaw Assistente

1. Il Progetto REDUCE

1.1 Contesto e razionale

Un obiettivo della Strategia EU 2005-2012 in materia di tossicodipendenze è stato quello di prevenire e ridurre l'uso e la dipendenza da droghe ed i relativi rischi che ne derivano tra i gruppi a rischio ed i soggetti che vivono in aree svantaggiate, tra cui le donne. Il piano d'intervento EU per quanto riguarda gli stupefacenti (2009-2012) ha messo in evidenza la necessità di migliorare ulteriormente l'efficacia delle misure finalizzate a ridurre l'uso di droghe e le relative conseguenze, migliorando la qualità e l'efficacia degli interventi volti a ridurre i danni, fissando programmi di intervento e di prevenzione innovativi, scientifici e studiati per prevenire comportamenti ad alto rischio tra gruppi vulnerabili, compresi i soggetti che si iniettano droghe (PWID) e le donne.

Circa 170 milioni di persone nel mondo risultano infette dal virus dell'epatite C (HCV); la maggior parte sono soggetti PWID [1]. Tra i soggetti PWID [2] il fatto di essere donna è un predittore di HCV e il fatto di condividere l'attrezzatura di iniezione comporta un maggiore rischio di trasmissione tra soggetti PWID. Sebbene non si riscontri un aumento del rischio della trasmissione di HCV in rapporti eterosessuali a lungo termine, il rischio aumenta qualora si frequentino più partner sessuali e nelle donne che sono state contagiate da HIV o da altre malattie trasmissibili per via sessuale [3]. Nelle donne che si iniettano droghe (FWID) si riscontrano comportamenti a rischio tra cui l'uso condiviso di aghi e attrezzatura di iniezione, avere rapporti sessuali con uomini che si iniettano droghe (MWID), avere molteplici partner sessuali, scambiare sesso per denaro o droghe, oltre al mancato uso del profilattico [4,5] – con un maggior rischio per questi soggetti di contrarre l'HCV. La depressione tra i soggetti FWID è stata associata a comportamenti iniettivi

a rischio come l'uso condiviso di aghi [6]. La ricerca mostra che tra i soggetti PWID si riscontra una scarsa conoscenza riguardo alle modalità di trasmissione dell'HCV e questo potrebbe spiegare la maggiore incidenza di HCV [7]. Molte FWID si affidano ad altri per l'iniezione, spesso partner sessuali maschili [8-10], fattore che potrebbe ridurre la loro capacità di ricorrere a comportamenti iniettivi più sicuri. Le donne tossicodipendenti iniettive, rispetto alla loro controparte maschile, hanno maggiori probabilità di avere partner sessuali iniettivi, di iniettarsi la droga insieme ad un partner maschile, di essersi fatte iniettare la droga per la prima volta da un partner maschile e di prendere in prestito dal partner sessuale aghi e strumenti di iniezione [5, 9-13]. Le donne tossicodipendenti subiscono elevati livelli di violenza da parte del partner [14]. Quindi, il comportamento a rischio di HCV dovrebbe essere anche considerato alla luce dei loro rapporti con partner maschili [15]. Discriminazioni di genere, malumori, violenza da parte del partner e incapacità di essere assertive possono ridurre la capacità delle FWID di negoziare comportamenti più sicuri nei loro rapporti/reti personali di droga e sesso. I rischi potrebbero essere ridotti se le FWID fossero consapevoli dei rischi di trasmissione dell'HCV e fossero in grado di decidere e suggerire le pratiche sessuali e di iniezione più sicure. Si riscontra che interventi comportamentali volti a ridurre il rischio di contrarre HIV e HCV nelle FWID comportano una riduzione di comportamenti a rischio [16, 17]; tuttavia studi precedenti non hanno considerato le differenze di genere o la salute mentale e non hanno considerato i rischi che si possono verificare nei rapporti intimi. Quindi, il progetto REDUCE ha voluto capire i rischi di trasmissione dell'HCV tra le donne tossicodipendenti iniettive e sviluppare un intervento informativo-comportamentale basato sull'evidenza scientifica finalizzato a dare informazioni sui rischi di trasmissione dell'HCV e fornire le competenze per decidere e negoziare le pratiche sessuali e di iniezione più sicure al fine di ridurre i comportamenti a rischio.

1.2 Obiettivi

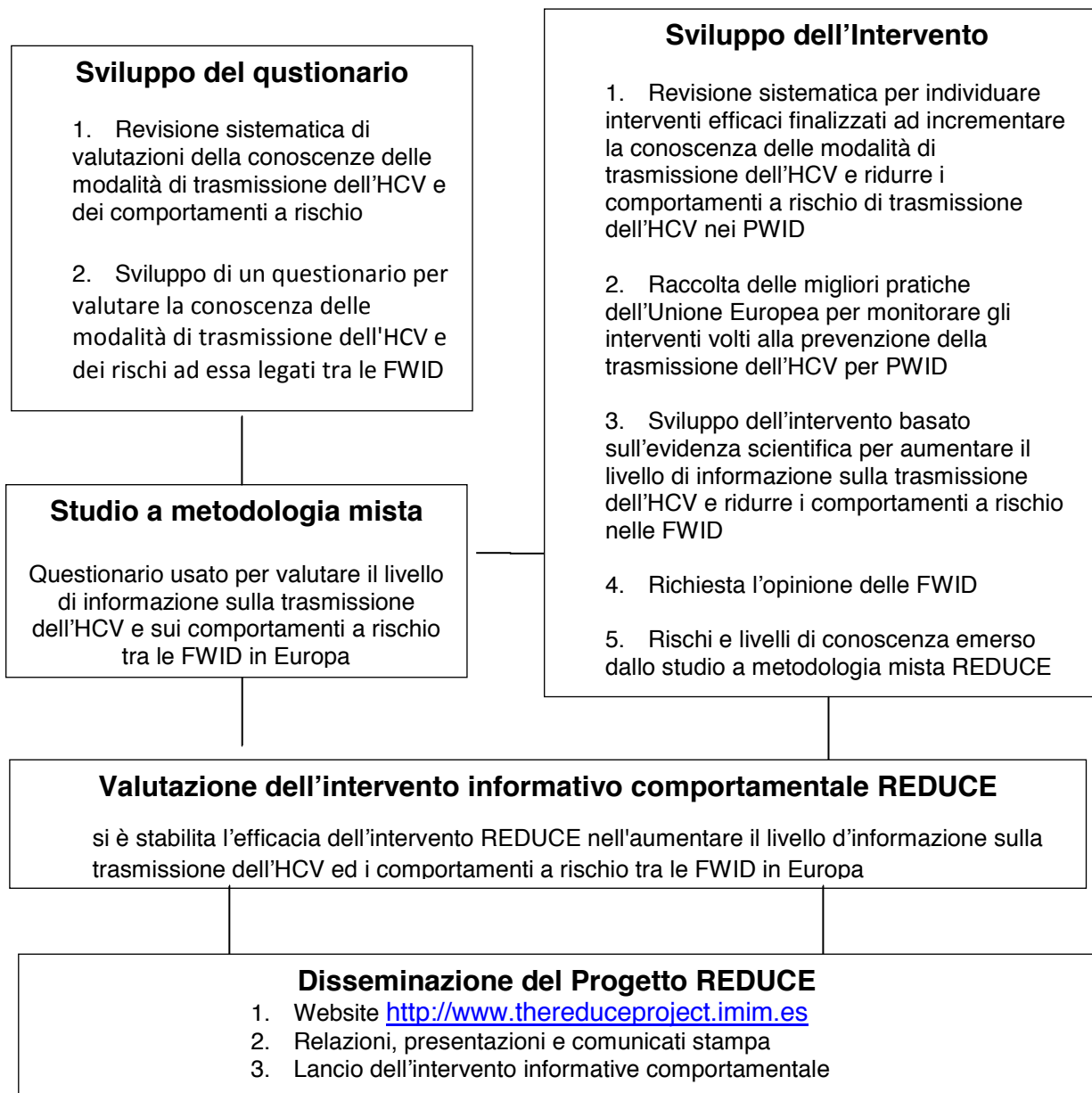
Il progetto REDUCE è stato cofinanziato dal programma di Informazione e Prevenzione delle Tossicodipendenze dell'Unione Europea (Progetto Numero: JUST/2010/DPIP/AG/0975 REDUCE) al fine di:

1. sviluppare uno strumento (questionario) per misurare il livello di informazione sulle modalità di trasmissione dell'HCV e sui comportamenti a rischio di trasmissione dell'HCV nelle donne tossicodipendenti iniettive (FWID);
2. determinare il livello di conoscenza riguardo alla trasmissione dell'HCV e di comportamenti a rischio nelle FWI
3. sviluppare e testare un intervento di gruppo informativo comportamentale finalizzato ad incrementare la conoscenza sulle modalità di trasmissione dell'HCV e ridurre i comportamenti a rischio di HCV nelle FWID

1.3 Piano di lavoro (Figura 1)

Si sono tenuti quattro incontri del gruppo di lavoro: a Barcellona, Glasgow, Varsavia e Vienna. In breve è stato sviluppato uno strumento basato sull'evidenza scientifica, per valutare il livello d'informazione sulle modalità di trasmissione dell'HCV ed i comportamenti a rischio nelle FWID al fine di sviluppare un intervento informativo comportamentale scientifico. Tale intervento è stato testato tramite studio pilota. Il questionario ed il manuale di intervento sono stati lanciati in occasione di eventi specifici nei vari paesi e divulgati nel sito del progetto e tramite materiale informativo cartaceo.

Figura 1 Progetto REDUCE piano di lavoro (1 Ottobre 2011-27 Dicembre 2013)



2. Statistiche sul trattamento della tossicodipendenza e dell'HCV nei tossicodipendenti dei paesi che aderiscono al progetto REDUCE

Per aiutare a capire i risultati del progetto REDUCE, la Tabella 1 riporta le informazioni riguardo l'HCV nei PWID in ciascun paese aderente al progetto. La Tabella 2 riporta la disponibilità della terapia di disintossicazione.

La Tabella 3 presenta la disponibilità della terapia per curare l'HCV in ciascun paese.

.

Tabella 1 Diffusione del contagio dell'HCV nella popolazione generale e nei PWID nei paesi che aderiscono al progetto REDUCE

Paese	Popolazione (n abitanti)	Diffusione dell'HCV nella popolazione generale (%)	Diffusione dell'HCV nei PWID (%)	Diffusione dell'HCV nelle FWID (%)
Austria	8,400,000	0.5-1	38-73	38-79
Italia	60,700,000	3-12	61	63.8
Polonia	38,483,000	0.4-1.9	47.6	75.8
Scozia	5,222,100	0.7	57	57
Spagna	49,000,000	2.5	65 - 90	54 -71

Tabella 2 Servizi e terapie disponibili per i PWID nei paesi che aderiscono al progetto REDUCE

Terapia disponibile	Austria	Italia	Polonia	Scozia	Spagna
Disponibilità della terapia di disintossicazione da oppiacei¹	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Anno di introduzione di terapia di disintossicazione da oppiacei	1987	1980	1992	1986	Largamente disponibile dal 1991
Copertura terapia di disintossicazione da oppiacei (%)	40-60	40-60	10-20, alcune regione non hanno accesso	sconosciuto	65
Disponibilità di programmi di scambio/distribuzione di aghi	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Anno di introduzione di programmi di scambio/distribuzione e di aghi	1990	1999	1989	1986	1991
Numero di siringhe distribuite per fruitore di oppiacei (2010-2011)²	98	sconosciuto	8	48	19
Disponibilità di injecting room	no	no	no	no	Sì
Anno di introduzione delle injecting room	-	-	-	-	2000
Counselling (per es. ambulatoriale singolarmente o in Gruppo)	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Trattamento residenziale (per es. in Comunità)	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Disintossicazione per pazienti ambulatoriali	Sì	Sì	Sì (settore privato)	Sì	Sì
Disintossicazione per pazienti ricoverati	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Auto aiuto (e.g. AA/NA)	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

Interventi psicosociali	Sono disponibili professionisti sanitari di varie discipline (ambulatoriali e residenziali), psicologo, assistente sociali e psicoterapeuta.	Disponibili nei servizi per il trattamento della tossicodipendenza.	Formazione offerta per ridurre comportamenti a rischio. Disponibili interventi specifici per donne in gravidanza.	Disponibili nei servizi per il trattamento della tossicodipendenza.	Formazione offerta per ridurre comportamenti a rischio in programmi di recupero sociale, centri di cura e di riduzione del danno. Non esistono interventi specifici per le donne.
--------------------------------	--	---	---	---	---

¹Principalmente metadone e buprenorfina, eccetto in Austria dove la morfina a lento rilascio è la terapia più comune per la disintossicazione da oppiacei.

²Fonte: dati calcolati per lo studio REDUCE con dati EMCDDA di percentuali sui fruitori di oppiacei con dipendenza/1000 abitanti e N° di siringhe distribuite
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/lu/data-sheet>

Tabella 3 Disponibilità della terapia HCV e condizioni per PWID in paesi che aderiscono al progetto REDUCE

Trattamento disponibile	Austria	Italia	Polonia	Scozia	Spagna
Trattamento per HCV disponibile per tossicodipendenti	sì	sì	sì	sì	sì
Condizioni	Dopo una positiva disintossicazione e/o pazienti in terapia di mantenimento con oppiacei è possibile ricevere il trattamento. Idoneo al trattamento dopo almeno 6 mesi di astinenza o, in caso di trattamento sostitutivo, senza uso di altre sostanze, nessun uso di droghe o comunque non uso iniettivo o intossicazione e limitate problematiche psicosociali. Il trattamento è controindicato per tossicodipendenti/iniettivi disorganizzati. La decisione è	Trattamento normalmente fornito in collaborazione con il Centro Malattie Infettive degli Ospedali. Le comunità per le tossicodipendenze fornisce il supporto. Entrambi i servizi collaborano per seguire il programma di trattamento completo. Il paziente deve essere prossimo alla fine della disintossicazione da metadone o terapia sostitutiva equivalente a causa del	Per ricevere il trattamento, i tossicodipendenti dovrebbero essere puliti dall'uso di sostanze o in trattamento con metadone. Se i pazienti ricadono nella tossicodipendenza iniettiva, non sono più idonei al trattamento. Se l'uso di sostanze - cessa, il paziente sarà rivalutato e sarà presa una decisione sulla ripresa o meno del trattamento.	Attualmente non è richiesto essere puliti dall'uso di sostanze. I pazienti devono però essere giudicati stabili e capaci di aderire al trattamento.	Puliti dall'uso di sostanze negli ultimi 6 mesi (compreso alcohol e le droghe illegali). E' permessa una terapia sostitutiva come il metadone o buprenorfina.

Trattamento disponibile	Austria	Italia	Polonia	Scozia	Spagna
	presa in base a ciascun paziente dopo l'analisi di benefici e rischi.	basso tasso di ritenzione.			
Provided free of charge	sì	sì	sì	sì	sì
Waiting list for treatment	no	no	sì 2 settimane-3 mesi	sì	no

3. Livello d'informazione sulla trasmissione dell'HCV e sui comportamenti a rischio nei soggetti FWID in Europa: Uno studio a metodologia mista

È stato svolto uno studio a metodologia mista per determinare il livello di informazione sulla trasmissione dell'HCV e sui comportamenti a rischio nelle FWID in 5 paesi europei (Austria, Italia, Polonia, Spagna e Scozia). Sono state individuate le motivazioni per cui le FWID hanno continuato a correre dei rischi.

3.1 *Sviluppo dello strumento REDUCE per misurare il livello di informazione sulla trasmissione dell'HCV e sui comportamenti a rischio*

3.1.1 Questionario quantitativo

Systematic Sono state condotte ricerche sistematiche su Medline, PsycINFO, CINAHL, ASSIA e Web of Science per individuare gli strumenti attualmente esistenti per misurare il livello di informazione sulla trasmissione dell'HCV e sui comportamenti a rischio per la trasmissione dell'HCV e di altri virus a trasmissione ematica.

Il questionario sul livello d'informazione sulla trasmissione dell'HCV è stato predisposto da quello di Balfour et al [18]. Il questionario ha 53 affermazioni relative ai rischi con tre opzioni di risposta ciascuna "vero", "falso" e "non so". Ciascuna risposta corretta equivale ad un punto. Il punteggio totale va da 0 a 53. Più alto è il punteggio totale, più alto è il livello di informazione sulla trasmissione dell'HCV.

Per preparare il nuovo questionario sui comportamenti a rischio di trasmissione dell'HCV usato nella ricerca REDUCE sono stati utilizzati direttamente due strumenti: le informazioni relative all'Epatite C, atteggiamenti e comportamenti

dei tossicodipendenti di Montreal [HCV-KAB] [19] e la Needle Exchange Surveillance Initiative (NESIniziativa sulla Sorveglianza nello Scambio di Aghi) strumento di rilevazione Scozzese [20]. Il questionario poneva delle domande sull'uso della droga, sulle pratiche di preparazione e somministrazione delle iniezioni e sulle pratiche sessuali per determinare i comportamenti a rischio di trasmissione dell'HCV e per verificare per quale motivo si sceglieva di correre questi rischi.

La decisione su quali domande porre e da quali strumenti prenderle, oltre che sulle correzioni da apportare, è stata presa da un comitato di esperti (il Gruppo di ricerca REDUCE) ed è stato creato il **questionario REDUCE per misurare il livello di informazione sulla trasmissione dell’HCV e sui comportamenti a rischio**. Il questionario è disponibile in inglese, tedesco, italiano, polacco e spagnolo <http://www.thereduceproject.imim.es/>.

Inoltre con lo strumento di screening a doppia diagnosi (DDSI) [21] sono stati rilevati sette disturbi psichiatrici di lunga durata (depressione, distimia, disturbo generalizzato dell’ansia, disturbo post-traumatico dello stress (PTSD), panico, fobia sociale e agorafobia). La Scala Composita di Abuso (Composite Abuse Scale) [22] è stata utilizzata per misurare un grave abuso combinato, l’abuso emotivo, l’abuso fisico e le molestie da parte di un partner subite negli ultimi 12 mesi della relazione affettiva attuale o quella più recente delle FWID. La sieropositività o meno all’HCV è stata confermata dai servizi, con il consenso dei partecipanti, in Italia e Spagna, mentre è stato autoriferito dalle partecipanti in Austria e in Scozia. In Polonia tutti i partecipanti sono stati testati per l’HCV con il loro consenso, a meno che non fossero stati testati negli ultimo sei mesi.

3.1.2 Guida agli argomenti qualitative

E’ stata preparata una guida degli argomenti di discussione per facilitare le interviste dettagliate. Le interviste sulla qualità riguardavano i seguenti argomenti:

1. livello di informazione sulla trasmissione dell’HCV
2. rischi di iniezione relativamente alla preparazione, somministrazione e “post iniezione” (pulizia e smaltimento dell’attrezzatura utilizzata) – ai partecipanti è stato chiesto di descrivere le loro pratiche usuali
3. pratiche sessuali a rischio

4. Il ruolo e l'influenza degli altri nei comportamenti a rischio
5. I motivi che spingono ad assumere comportamenti a rischio
6. Fattibilità e accettabilità di un intervento psicosociale per le FWID al fine di ridurre i comportamenti a rischio di trasmissione dell'HCV ed aumentare il livello d'informazione sulla trasmissione dell'HCV

3.2 Metodi

3.2.1 Partecipanti e selezione

I soggetti femminili di almeno 18 anni che si erano iniettate eroina e/o altri oppiacei, cocaina o anfetamine nei sei mesi precedenti allo studio potevano partecipare alla ricerca. In Austria, Italia, Scozia e Spagna le FWID sono state contattate dai ricercatori nei servizi di trattamento per le tossicodipendenze e sono state invitate a partecipare. In Austria e in Spagna le FWID sono state anche selezionate rispettivamente dalle injecting room e nei centri per lo scambio di aghi. Inoltre gli appuntamenti per il trattamento ambulatoriale sono state visionate dal personale che avvertiva i ricercatori qualora si fossero presentate pazienti donne al fine di aumentare le opportunità di selezione del gruppo oggetto di studio. In Polonia, sono stati selezionati degli intervistatori privilegiati che erano loro stessi ex tossicodipendenti e attualmente impiegati presso il centro d'assistenza, e hanno usato tecniche a ricaduta per selezionare soggetti femminili iniettivi. A tutte le potenziali partecipanti è stato dato un pieghevole informativo sulla ricerca che veniva loro spiegato dai ricercatori prima che queste fossero selezionate e tutte le partecipanti hanno dato il consenso firmato. L'approvazione dal Comitato Etico è stata concessa dall'Università di pertinenza o dal servizio sanitario competente di ciascun paese prima dell'inizio della ricerca.

Lo studio a metodologia mista è stato condotto in due fasi. Nella Fase 1, 231 donne tossicodipendenti iniettive (FWID) (44%-74% delle quali erano positive all'HCV) sono state selezionate in 5 paesi (Tabella 4). I ricercatori/intervistatori hanno somministrato il questionario REDUCE per valutare il livello di informazione sulla trasmissione dell'HCV ed i comportamenti a rischio. I ricercatori hanno il DDSI [21] in tutti i paesi eccetto in Italia, dove lo ha somministrato uno psicologo dopo la compilazione del questionario REDUCE. Le droghe più frequentemente iniettate in Austria, Italia, Polonia e Scozia sono state l'eroina o altri oppiacei; la cocaina in Spagna. La Tabella 5 descrive le strategie di selezione usate in ciascun paese per la ricerca a metodologia mista e confronta questi campioni con i dati raccolti per le FWID in ciascun paese per individuare potenziali pregiudizi nei campioni selezionati. Successivamente, 125 delle 231 (54%) FWID selezionate nella *Fase 1* sono state invitate a partecipare all'intervista qualitativa alla fine dell'intervista quantitativa e in caso di consenso è stato fissato un appuntamento. Le FWID sono state intervistate in maniera approfondita per capire il loro livello di informazione sulla trasmissione dell'HCV ed i motivi che spingono le tossicodipendenti a seguire comportamenti a rischio di trasmissione dell'HCV per quanto riguarda le pratiche sessuali e di assunzione di droghe. Sessanta delle 125 (48%) FWID selezionate nella *Fase 2* erano positive all'HCV.

3.2.2 Analisi

La statistica descrittiva è stata calcolata usando il SPSS. Sono state calcolate le frequenze, il punteggio totale, gli scarti medi e standard (SD).

Le interviste dettagliate sono state registrate digitalmente e trascritte alla lettera. I dati sono stati organizzati e codificati. Per l'analisi è stato utilizzato un approccio qualitativo alla ricerca: familiarizzazione, individuazione di un ambito

tematico, indicizzazione, tracciatura e mappatura e interpretazione [23]. Due ricercatori provenienti da ciascun paese hanno codificato individualmente le prime tre trascrizioni nella loro lingua madre. Tali codificazioni sono state discusse in occasione di un incontro faccia a faccia con i ricercatori finché non si è raggiunto un accordo su una codifica comune. Tutta la codificazione dell'intervista e le relazioni di ciascun paese sono state prodotte nella lingua madre. Quindi è stata sviluppata una relazione combinata dei temi chiave e delle caratteristiche comuni a partire da ciascuna relazione dei 5 paesi.

3.3 *Risultati Quantitativi*

3.3.1 *Dati demografici*

Sono state selezionate duecento trentuno donne tossicodipendenti iniettive attive nei sei mesi precedenti allo studio (50 dall'Austria, Italia, Polonia e Spagna; e 31 dalla Scozia). La loro età media era di 33.28 anni (SD 8.73; da 18 a 57 anni). Oltre un quarto delle partecipanti viveva da sola (64/231; 27.2%); 30.3% viveva con un partner (70/231), 26.4% (61/231) viveva con altri membri della famiglia, 15.2% (35/231) condivideva un appartamento con amici/compagni e 14.7% (34/231) viveva con i figli [le risposte non si escludevano l'una con l'altra]. Il sessanta per cento (138/231; 59.7%) aveva vissuto in un ricovero per senzatetto, non aveva fissa dimora o viveva sulla strada, il 28.6% (66/231) lo aveva sperimentato negli ultimi 6 mesi.

La maggior parte dei partecipanti era disoccupata (156/231; 67.5%) o aveva ricevuto sussidi per disabili (38/231; 16.5%). Solo il 10% aveva un'occupazione retribuita (23/231; 10%). Circa metà (112/231; 48.5%) era in possesso di una qualifica di scuola superiore e il 29.4% (68/231) aveva una certificazione tecnica, un

tirocinio o una qualifica professionale. Solo il 5.2% (12/231) aveva un diploma universitario o post universitario.

3.3.2 Storia dell'uso di droghe iniettabili

L'età media del primo buco era 21.36 anni (SD 6.21; dai 12 ai 47 anni). Negli ultimi 6 mesi, il 67.5% (156/231) si era iniettato eroina e il 23.4% (54/231) si era iniettato altri oppiacei (tra cui il Metadone, Substitol, Compensan e Morfina), il 49.4% (114/231) si era iniettato cocaina; il 16.5% (38/231) si era iniettato speedball (miscela di eroina e cocaina); il 19.5% (45/231) si era iniettato stimolanti (tra cui amfetamina, Efredon, MDMA, il Mefedrone); l'8.7% (20/231) si era iniettato benzodiazepine (tra cui Tempazepam, Diazepam e Clonazepam); l'1.7% (4/231) si era iniettato crack e lo 0.9% (2/231) si era iniettato ketamine.

Table 4 Metodi per la metodologia mista

Paese	Luogo di selezione	Fase 1: studio Quantitativo						Fase 2: studio Qualitativo		
		Dimensione campione (HCV+ve)*	Età media (SD)	Droga iniettata più frequentemente e negli ultimi 6 mesi	Metodo di selezione	Intervistatore	DDSI**	Dimensione campione (HCV+ve)*	Metodo di selezione	Intervistatore
Austria	Servizi ambulatoriali per la tossicodipendenza/ scambi di aghi	50 (44%)	27.48 (5.85)	14% cocaina; 74% altri oppiacei	Elenco soggetti in terapia /sala d'attesa	Ricercatore	Somministrato dal Ricercatore	28 (14)	Invitate alla Fase 2 intervista successiva alla Fase 1	Ricercatore
Italia	Centri diurni/servizi ambulatoriali per la tossicodipendenza//centro di assistenza medica/ comunità di recupero	50 (60%)	31.32 (8.62)	10% cocaina; 84% eroina	Elenco soggetti in terapia	Ricercatore	Somministrato dallo Psicologo	24 (13)	Invitate alla Fase 2 intervista successiva alla Fase 1	Ricercatore
Polonia	Centri ambulatoriali per Tossicodipendenti	50 (73.5%)	34.76 (8.88)	20% anfetamine 59% eroina	Campionamento a catena	Intervistatori privilegiati (ex tossicodipendenti e staff centro di assistenza)	Somministrato da Intervistatori privilegiati (ex tossicodipendenti e staff centro di assistenza)	24 (15)	Campione funzionale della Fase 1	Intervistatori privilegiati (ex tossicodipendenti e staff centro di assistenza)

Paese	Luogo di selezione	Fase 1: studio Quantitativo						Fase 2: studio Qualitativo		
		Dimensione campione (HCV+ve)*	Età media (SD)	Droga iniettata più frequentemente e negli ultimi 6 mesi	Metodo di selezione	Intervistatore	DDSI**	Dimensione campione (HCV+ve)*	Metodo di selezione	Intervistatore
Scozia	Centri ambulatoriali per la tossicodipendenza/ Comunità di Recupero	31 (25.8%)	34.32 (7.33)	13% cocaina; 81 % eroina	Elenco soggetti in terapia/sala d'attesa	Ricercatore	Ricercatore prestata assistenza	25 (6)	Invitate alla Fase 2 intervista successiva alla Fase 1	Ricercatore
Spagna	Servizi ambulatoriali per la tossicodipendenza Injecting room/	50 (70%)	38.92 (7.98)	58% cocaina;	Elenco soggetti in terapia	Ricercatore	Ricercatore	24 (12)	Invitato alla Ricerca	Invitato alla Ricerca

*positività all'HCV (eccetto Austria e Scozia) verificata con documenti del centro di trattamento; **Strumento di Screening per la Doppia Diagnosi

Table 5 Strategia di selezione e rappresentatività dei campioni selezionati

Paese	Strategia di selezione	Potenziale pregiudizio	Rappresentatività delle FWID in città		
			Variabili	Nello studio a metodologia mista	nel paese
Austria	Le partecipanti sono state selezionate da un servizio di scambio di aghi, un centro per il counselling psicoterapeutico e due servizi ambulatoriali. La maggior parte sono state reclutate dal servizio di scambio di aghi. La selezione è avvenuta ad orari e giorni della settimana diversi per assicurare una larga selezione di FWID. Le	Participants recruited to the mixed methods study were representative of FWID in Austria.	Età: Età del primo	27.48 19.84	Mean not available but similar to % reported

Paese	Strategia di selezione	Potenziale pregiudizio	Rappresentatività delle FWID in città		
			Variabili	Nello studio a metodologia mista	nel paese
	partecipanti sono state reclutate dai ricercatori nella sala di attesa – una grande sala dove molti PWID passano la maggior parte della giornata. La selezione al centro di counselling è stato monitorato dallo staff che ha invitato le utenti a prendere parte (solo 2 partecipanti dal centro). Le cliniche ambulatoriali hanno dato appuntamento alle loro utenti e tale opportunità sono state usate per invitare le donne a partecipare allo studio.		buco: HCV positiva: Principale droga iniettata:	 44% oppiacei	16-20 25%-50% oppiacei
Italia	Le partecipanti sono state individuate dagli operatori sanitari e selezionate in sale d'aspetto di servizi per il trattamento delle tossicodipendenti e comunità terapeutiche residenziali. Gli operatori sanitari hanno selezionato le pazienti e stabilito la loro idoneità in base alla loro conoscenza delle persone e frequenza nel servizio durante il periodo in cui si è svolto lo studio. Dietro consenso dato all'operatore sanitario, le partecipanti venivano intervistate da un ricercatore ed uno psicologo. Non sono stati registrati i rifiuti a partecipare da parte dello staff che ha effettuato la selezione iniziale (per motivi di privacy). Solo 4 FWID che non si sono presentate al colloquio non sono state intervistate.	Le partecipanti considerate soggetti vulnerabili dagli operatori sanitari sono state automaticamente escluse. Quindi coloro che si presentavano al colloquio erano potenzialmente tossicodipendenti iniettive meno problematiche. Una percentuale maggiore di partecipanti si iniettavano eroina rispetto al dato riferito alle FWID in Italia.	Età: Età del primo buco: HCV positiva: Principale droga iniettata	31.32 20.18 58% Heroin 84%	31.1 20 (heroin) 22(cocaine) 61% Heroin 69%

Paese	Strategia di selezione	Potenziale pregiudizio	Rappresentatività delle FWID in città		
			Variabili	Nello studio a metodologia mista	nel paese
Polonia	Le partecipanti sono state selezionate da 2 operatori di un centro di assistenza e da 2 ex tossicodipendenti, poi alcune partecipanti hanno facilitato ulteriori contatti con potenziali soggetti da intervistare. Nella prima fase sono state selezionate 25 partecipanti HCV+ve. Poi si è cercato di selezionare partecipanti HCV-ve, cosa che ha richiesto maggior lavoro dal momento che questi soggetti sembravano essere più integrate socialmente, avere meno contatti con la cultura della droga ed avere meno probabilità di fruire dei servizi legati alla tossicodipendenza.	La maggior parte era costituita da tossicodipendenti di strada, che vivevano in ostelli e ricevevano la terapia sostitutiva con oppiacei. Molte di loro erano ex o attuali pazienti del centro di assistenza. Il pregiudizio potenziale era a le donne con problemi più gravi che avevano iniziato ad iniettarsi droghe molto giovani, avevano più probabilità di usare amfetamine che la popolazione di FWID. I colloqui sono stati condotti dallo staff del centro di assistenza e ai pazienti potevano quindi essere date risposte socialmente invitanti.	Età:	34.7	34.5-35.5
			Età del primo buco:	20.2	21.3
			HCV positiva:	73.5%	75.8%
			Principale droga iniettata:	59%	69%-80%
Scozia	Potenziali partecipanti individuate dallo staff e se veniva dato il consenso intervistate da un ricercatore esperto, il tasso di selezione è stato del 67.4% (31/46). Deille31 intervistate un sotto-campione di 25 ha partecipato al colloquio qualitativo.	Quelle partecipanti che si presentavano al colloquio erano potenzialmente tossicodipendenti meno problematiche. Mentre le partecipanti sono rappresentative delle FWID in Scozia relativamente all'età e alla droga maggiormente usata, era meno probabile che fossero HCV positive. Tuttavia 6 partecipanti si erano negativizzate all'HCV dopo il trattamento vengono considerate come HCV positive la % di HCV positive nel campione REDUCE aumenta fino al 48%.	Età:	34	33
			Età del primo buco:	23	23
			HCV positiva:	24%	57%
			Principale droga iniettata:	heroin	heroin
Spagna	La selezione è stata effettuata in 3 centri ambulatoriali di trattamento delle tossicodipendenze e in 2 injecting room a Barcellona. Lo staff del centro di trattamento delle tossicodipendenze ha fornito una lista di potenziali partecipanti. Quindi, dietro il loro consenso, il ricercatore ha contattato le potenziali partecipanti informandole dello studio e invitandole a partecipare. Inoltre le partecipanti	Le donne selezionate inizialmente erano tossicodipendenti meno problematiche ed erano state inserite nei programmi di cura per lungo tempo e quindi avevano rapporti positive con lo staff. La selezione delle partecipanti HCV -ve è stata più laboriosa. Per facilitare la selezione è stata ampliata dai centri di assistenza ambulatoriale alle injecting	Età:	39	35
			Età del primo buco:	21	21
			HCV positiva:		54-71%

Paese	Strategia di selezione	Potenziale pregiudizio	Rappresentatività delle FWID in città		
			Variabili	Nello studio a metodologia mista	nel paese
	sono state selezionate anche nelle sale d'attesa dei centri ambulatoriali di trattamento delle tossicodipendenze e nelle injecting room. Spesso lo staff del centro ha aiutato dando informazioni ai ricercatori sugli orari degli appuntamenti dei pazienti.	room dove le FWID erano con maggiore probabilità tossicodipendenti di strada più giovani e per lo più dipendenti dalla cocaina. Nel complesso in Spagna l'età del campione usato era leggermente superiore rispetto alla popolazione di FWID.		70% 42%	34.3%
			Principale droga iniettata:		

La droga iniettata più spesso nei 6 mesi precedenti allo studio era l'eroina o altri oppiacei (161/231; 69.7%) e la cocaina o gli stimolanti (67/231; 29.0%).

Circa metà delle partecipanti si era iniettata tutti i mesi nei ultimo 6 mesi precedenti lo studio (107/231; 46.3%). Le partecipanti si erano iniettate droga almeno una volta in una media di 4.12 mesi (SD 2.07, range da 1 a 6 mesi).

3.3.3 Comportamenti iniettivi a rischio

Alle partecipanti è stato chiesto quanti degli aghi e delle siringhe che avevano usato per iniettarsi droga negli ultimi 6 mesi, erano nuovi e integri (per esempio presi da una confezione nuova) su una scala da 0 a 10 (dove 0 era il minimo e 10 era il massimo). In media le partecipanti hanno riferito di aver usato quasi sempre aghi e siringhe nuovi e integri (per esempio presi da una confezione mai aperta) per iniettarsi la droga negli ultimi 6 mesi (8.58; SD 2.0).

I partecipanti hanno riferito di essersi iniettate sostanze in ambienti chiusi (190/231; 82.3%) negli ultimi 6 mesi (Tabella 6). La frequenza delle iniezioni effettuate da sole ed insieme ad altri è riportata nella tabella 7.

Tabella 6 **Luogo dove si sono iniettate più spesso negli ultimi 6 mesi (n=231)**

Dove ti sei iniettata più frequentemente negli ultimi 6 mesi	N (%)
Casa/appartamento/hotel	114 (49.4%)
A casa di un amico /da un conoscente	35 (15.2%)
Injecting room	19 (8.2%)
Bagno pubblico	17 (7.4%)
A casa di un componente della famiglia o di un genitore	15 (6.5%)
In strada/ al parco	15 (6.5%)
Edificio libero/ edificio occupato/ scale/ auto	9 (3.9%)
In un ostello per senzatetto/rifugio	6 (2.6%)

Tabella 7 Frequenza delle iniezioni da sola e con altri (n=231)

	Ogni volta	Il più delle volte	Metà delle volte	Alcune volte	Raramente	Mai
Da sola	24 (10.4%)	46 (19.9%)	26 (11.3%)	44 (19.0%)	30 (13.0%)	61 (26.4%)
Con un'altra persona	39 (16.9%)	78 (33.8%)	27 (11.7%)	40 (17.3%)	22 (9.5%)	25 (10.8%)
Con più di una persona	1 (0.4%)	14 (6.1%)	8 (3.5%)	50 (21.6%)	55 (23.8%)	103 (44.6%)

Il numero medio delle persone con cui si erano iniettate era pari a 2.5 (SD 2.3; da 0 a 15). Le 127 partecipanti, che avevano effettuato l'iniezione con più di una persona negli ultimi 6 mesi, hanno riferito che l'iniezione era stata effettuata con una media di 3.9 persone (SD 2.2; range che varia da 2 a 15).

Per le 207 partecipanti che hanno riferito di essersi iniettate con almeno un'altra persona negli ultimi 6 mesi, la persona con cui hanno condiviso tale pratica la maggior parte delle volte era: il proprio partner (97/207; 46.9%), un amico intimo (63/207; 30.4%), un conoscente (41/207; 19.8%), un membro della famiglia (5/207; 2.4%) oppure uno spacciatore (1/207; 0.5%).

Più della metà (121/231; 52.4%) delle partecipanti ha riferito di non essersi mai iniettata con un ago/siringa precedentemente usati da qualcun altro. La media delle volte che hanno utilizzato lo stesso ago/siringa precedentemente usato da qualcun altro negli ultimi 6 mesi era 11.88 (SD 46.37; range 0-300) (p=0.266). Per quanto riguarda le 66 partecipanti che hanno riferito di aver condiviso l'attrezzatura con almeno un'altra persona negli ultimi 6 mesi, la persona con cui hanno condiviso l'attrezzatura la maggior parte delle volte era: il loro partner (36/66; 54.5%), un amico stretto (13/66; 19.7%), un conoscente (13/66; 19.7%), un membro della famiglia (2/66; 3.0%); uno sconosciuto (1/66; 1.5%) o altra persona (1/66; 1.5%). Inoltre,

hanno riferito di essersi iniettate negli ultimi 6 mesi con l'ago/siringa usati da: il partner (5/66; 7.6%), un amico stretto (9/66; 13.6%), un conoscente (7/66; 10.6%), uno sconosciuto (2/66 2.0%), uno spacciatore (2/66 2.0%), e/o un membro della famiglia (1/66; 1.5%). Le partecipanti hanno riferito quanto segue su comportamenti a rischio per quanto riguarda la preparazione e l'iniettarsi (Tabella 8).

Tabella 8 Comportamenti a rischio sulla preparazione e sull'iniezione durante la loro vita e negli ultimi 6 mesi (n=231)^

Comportamenti a rischio durante la loro vita	N (%)
Iniezione con lo stesso ago/siringa più di una volta prima di gettarlo via	207 (89.6%)
Uso di cucchiari o contenitori per mescolare precedentemente usati da qualcun altro	160 (69.3%)
Uso di un tampone imbevuto di alcol prima dell'iniezione	144 (62.3%)
Uso di un tampone imbevuto di alcol dopo l'iniezione	143 (61.9%)
Iniezione con ago/siringa precedentemente usato da qualcun altro	121 (52.4%)
Uso di filtri precedentemente usati da qualcun altro	117 (50.6%)
Dosi preparate o utensili risciacquati con acqua che era stata precedentemente usata da qualcun altro	109 (47.2%)
Condivisione di filtri, cucchiari, contenitori con qualcun altro che sapevi avere contratto l'HCV	90 (39.0%)
Iniezione con un ago/siringa usato di cui non si era sicuri che fosse il proprio	88 (38.3%)
Comportamenti a rischio negli ultimi 6 mesi	N (%)
Iniezione con lo stesso ago/siringa più di una volta prima di gettarlo via	188 (81.7%)
Uso condiviso di una dose con un'altra persona dopo averla preparata (per es. dopo aver aggiunto acqua per renderla una soluzione)*	170 (73.6%)
Uso condiviso di una dose con un'altra persona prima di prepararla (per es. dividere la dose sotto forma di polvere)*	150 (64.9%)
Uso di un tampone imbevuto di alcol prima dell'iniezione	129 (56.1%)
Uso di un tampone imbevuto di alcol dopo l'iniezione	123 (53.2%)
Iniezione con ago/siringa precedentemente usato da qualcun altro	66 (28.6%)
Uso di cucchiari o contenitori per mescolare precedentemente usati da qualcun altro	120 (51.9%)
Uso di filtri precedentemente usati da qualcun altro	82 (35.7%)
Dosi preparate o utensili risciacquati con acqua che era stata precedentemente usata da qualcun altro	76 (33.0%)

Comportamenti a rischio durante la loro vita	N (%)
Condivisione di filtri, cucchiari, contenitori con qualcun altro che sapevi avere contratto l'HCV	57 (24.8%)
Iniezione con un ago/siringa usato di cui non si era sicuri che fosse il proprio negli ultimi 6 mesi	39 (17.0%)

^differenze dovute alla mancanza di dati

*la frequenza nell'arco di tutta la vita non è stata chiesta per questi comportamenti a rischio.

The I motivi esposti per spiegare l'iniezione con un ago/siringa usati da altri sono elencati nella Tabella 9. I motivi principali riportati erano dovuti alla mancanza di aghi/siringhe sterili disponibili e all'astinenza.

Circa metà (58/121; 47.9%) ha dichiarato di aver condiviso aghi/siringhe con qualcuno che sapevano essere positivo all'HCV e il 50.0% (29/58) lo ha fatto negli ultimi 6 mesi. La persona positiva all'HCV con cui avevano principalmente e più spesso condiviso aghi/siringhe negli ultimi 6 mesi era: il loro partner (15/29; 51.7%), un amico intimo (7/29; 24.1%), un conoscente (5/29; 17.2%), o un componente della famiglia (2/29; 6.9%).

Tabella 9 Motivi per cui si è bucati con un ago/siringa precedentemente usati da qualcun altro negli ultimi 6 mesi (n=66)

	Tutti i motivi[^] N=66	Motivo principale N=66
Non c'erano aghi/siringhe sterili disponibili	60 (90.9%)	30 (45.5%)
Conoscevi la persona	44 (66.7%)	7 (10.6%)
Eri in astinenza	40 (60.6%)	19 (28.8%)
Non riuscivi ad effettuare l'iniezione senza aiuto	26 (39.4%)	2 (3.0%)
Avevi la stessa infezione dell'altra persona (per es. epatite C, HIV/AIDS)	21 (32.3%)	1 (1.5%)
Non sapevi che l'altra persona aveva un'infezione (per es. epatite C, HIV/AIDS)	20 (30.3%)	1 (1.5%)
Non sapevi che fosse rischioso	12 (18.2%)	0

	Tutti i motivi [^] N=66	Motivo principale N=66
Eri troppo fatto/stordito/perso	10 (15.2%)	1 (1.5%)
Altro	3 (4.5%)*	4 (6.1%)**
Era impossibile rifiutare l'attrezzatura da quella persona	1 (1.5%)	1 (1.5%)

[^] non reciprocamente esclusivi

* "Non me la sentivo di uscire per andare a comprarla", "E' una regola il fatto di condividere l'attrezzatura con il partner" e "siamo insieme quindi condividiamo l'attrezzatura"

** "Non me la sentivo di uscire per andare a comprarla", "E' una regola il fatto di condividere l'attrezzatura con il partner" e "siamo insieme quindi condividiamo l'attrezzatura" e "molta attrezzatura in giro e non si sa a chi appartiene"

Negli ultimi 6 mesi le partecipanti avevano ricevuto aghi/siringhe in media da 0.40 (SD 0.77, da 0 a 4) persone diverse e avevano passato in media i loro aghi/siringhe in media a 0.72 (SD1.43, da 0 a 10) persone diverse. Le partecipanti hanno riferito di aver passato i loro aghi/siringhe usati la maggior parte delle volte negli ultimi 6 mesi al proprio partner (32/76; 42.1%), ad un conoscente (21/76; 27.6%), ad un amico intimo (17/76; 22.4%), ad un membro della famiglia (4/76; 5.3%) ad un estraneo (2/76; 2.6%). Inoltre, hanno anche passato i propri aghi/siringhe ad un conoscente (12/76; 15.8%), ad un amico intimo (9/76; 11.8), al proprio partner (6/76; 7.9%), ad un estraneo (3/76; 3.9%) e/o ad uno spacciatore (2/76; 2.6%).

Poco più della metà delle partecipanti aveva avuto bisogno di aiuto per farsi l'iniezione negli ultimi 6 mesi (123/229; 53.7%) – principalmente da parte del proprio partner (52/123; 42.3%), di un amico intimo (32/123; 26.0%), di un conoscente (28/123; 22.8%), di un membro della famiglia (4/123; 3.3%) o di qualcuno che non conoscevano (1/123; 0.8%).

3.3.4 Utilizzo di programmi di scambio di aghi

La maggior parte delle partecipanti non aveva mai utilizzato un programma di scambio di aghi/siringhe (179/231; 77.5%). I motivi principali per cui i partecipanti non avevano usufruito dei programmi di scambio di aghi/siringhe erano dovuti al

fatto che non sapevano che esistessero o dove fossero (n=15), che non c'erano programmi di scambio di aghi/siringhe nella loro o in una zona facilmente raggiungibile (n=13), che compravano/ricevevano i loro aghi da altre strutture (n=11), generalmente una farmacia, o per un senso di vergogna (n=2). Altri motivi (n=11) erano dovuti al fatto che la partecipante non ne aveva mai avuto bisogno (n=5), che non volevano o che non avevano tempo di andarci (n=3), cercavano di restare lontani dai luoghi in cui si trovavano altri tossicodipendenti (n=1), raramente si iniettavano droghe (n=1) o per mancanza di tempo (n=1).

La Tabella 10 descrive la percentuale di attrezzatura da iniezione usata nei 6 mesi precedenti lo studio ricevuta da programmi di scambio di aghi/siringhe. Mentre il 66.5% (153/230) ha riferito di aver ricevuto aghi/siringhe nuove da un programma di scambio di aghi negli ultimi 6 mesi, solo il 51.3% ha riferito di avere ricevuto più di tre quarti dei propri aghi/siringhe nuovi da questa fonte (Table 10). Negli ultimi 6 mesi le partecipanti hanno anche ottenuto aghi/siringhe nuovi da uno scambio in farmacia (129/231; 55.8%), una postazione mobile di scambio di aghi (86/231; 37.2%), un amico intimo (82/231; 35.5%), un partner (73/231; 31.6%), un conoscente (68/231; 29.4%), un centro medico (47/231; 20.3%), una injecting room (44/231; 19.0%), uno sconosciuto (24/231; 10.4%), una shooting gallery (8/231; 3.5%), un ospedale (8/231; 3.5%).

Tabella 10 Percentuale di attrezzatura di iniezione usata nei 6 mesi precedenti lo studio ottenuta da un programma di scambio aghi/siringhe (n=230)^

	Nesuna	Circa un quarto (1-25%)	Circa metà (50%)	Tra metà e tre quarti (50-75%)	Più di tre quarti (75-100%)
Aghi/siringhe	77 (33.5%)	14 (6.1%)	9 (3.9%)	12 (5.2%)	118 (51.3%)
Filtri	132 (57.4%)	4 (1.7%)	7 (3.0%)	13 (5.7%)	74 (32.2%)
cucchiaini/contenitori	116 (50.4%)	9 (3.9%)	11 (4.8%)	10 (4.3%)	84 (36.5%)

ri per la miscelazione					
Fiale di acqua	123 (53.7%)	17 (7.4%)	9 (3.9%)	12 (5.2%)	68 (29.7%)
Acido citrico o vitamina C	186 (80.9%)	1 (0.4%)	7 (3.0%)	3 (1.3%)	33 (14.3%)
Salviette/tamponi	105 (45.7%)	8 (3.5%)	9 (3.9%)	12 (5.2%)	96 (41.7%)
Sharps contenitori per aghi	170 (73.9%)	4 (1.7%)	6 (2.6%)	7 (3.0%)	43 (18.7%)

^discrepanze dovute alla mancanza di dati

3.3.5 Stato di HCV

La maggior parte delle partecipanti aveva fatto il test dell'HCV (226/231; 99.1%), di queste il 58.0% (131/226) era positiva all'HCV.

3.3.6 Livello di informazione sulla trasmissione dell'HCV

La maggior parte delle partecipanti considerava sufficiente (102/230; 44.3%) o buono (90/230; 39.1%) il proprio livello di informazione sulla trasmissione dell'HCV. Al contrario, la Figura 2 mostra che esistono ancora delle idee sbagliate circa il modo di trasmissione dell'HCV e delle lacune notevoli circa le informazioni sulla trasmissione dell'HCV. Il punteggio medio sulla conoscenza della trasmissione dell'HCV era pari a 39.28 (SD 5.92, che variava da 20 a 52).

Figura 2 Livello di informazione sulla trasmissione dell'tra le FWID

Rischi di cui le FWID erano consapevoli (>70% erano consapevoli)	Rischi di cui le FWID <u>NON</u> erano consapevoli (>30% non erano consapevoli)	Idea sbagliata (>30% credevano che)
L'uso condiviso di aghi, cucchiaini, filtri, spazzolini da denti e rasoi inserimento frontale e posteriore della dose nella siringa	Uso condiviso di acqua per risciacquare Uso condiviso dell'acqua per la preparazione della dose	Esiste un vaccino per l'HCV Si può contrarre l'HCV iniettandosi droghe e senza mai condividere l'attrezzatura di iniezione
Sciacquare l'attrezzatura dell'iniezione con l'acqua del rubinetto NON distrugge l'HCV	Uso condiviso del laccio emostatico	HCV si trasmette attraverso il contatto con saliva, lacrime, sudore o urina

Rischi di cui le FWID erano consapevoli (>70% erano consapevoli)	Rischi di cui le FWID <u>NON</u> erano consapevoli (>30% non erano consapevoli)	Idea sbagliata (>30% credevano che)
Pulire il luogo dell'iniezione con una garza o un fazzolettino che era stato usato da un'altra persona	Pulire con candeggina o far bollire gli aghi NON è un modo sicuro per evitare di contrarre l'HCV	E' possibile contrarre l'HCV donando il sangue
Ferite causate dalla puntura dell'ago	Toccare il punto di iniezione di qualcun altro (e.g. toccare una vena, strofinare, o arrestare una perdita di sangue)	E' possibile contrarre l'HCV ri-utilizzando la propria attrezzatura che nessun altro ha mai usato prima
Contatto con il sangue anche una sola volta o con una minima quantità ematica Tatuaggi e piercing	Leccare o succhiare la droga dall'attrezzatura condivisa HCV può sopravvivere in un ago condiviso che non era stato più usato da oltre un mese	E' possibile contrarre l'HCV solo se si ha l'HIV E' più facile contrarre l'HIV che l'HCV
Uso condiviso di tazze, piatti o utensili, tossire e starnutire, abbracciare, stringere o tenere la mano, cibo aerea e sedili del bagno non trasmettono l'HCV	Uso condiviso di pipe quando tsi una la droga	Si può contrarre l'HCV con baci profondi, mettendo la lingua nella bocca del partner, se il partner ha l'HCV
Possibile nuovo contagio	Sniffare cocaina condividendo le cannucce, soldi arrotolati, ecc	Lavare le mani prima e dopo l'iniezione aiuta a prevenire il rischio di contrarre l'HCV
Trasmissione da madre a figlio	C'è più di un genotipo di HCV	HCV viene trasmessa da zanzare od altri insetti spread by mosquitoes or other insect
Sesso non protetto vaginale, anale e orale Uso condiviso di giochi erotici	Allattamento	
Anche persone dall'aspetto sano possono trasmettere l'HCV		

3.3.7 Carcere

Circa la metà delle partecipanti era stata in prigione o in un carcere minorile (100/231; 43.3%), una media di 1.66 volte (SD 4.07; fascia 0-35). Il diciassette per cento (17/100) di coloro che erano state in prigione si erano iniettate droghe in prigione.

3.3.8 Relazioni Intime

Tra coloro che hanno risposto, il 39% (89/228) non aveva in quel momento una relazione sentimentale e il 61.0% (139/228) aveva invece una relazione. La maggior parte ha riferito che il proprio partner più recente o attuale era di sesso maschile (220/228; 96.5%) e si era iniettato droghe (157/227; 69.2%). La maggior parte ha riferito che aveva avuto rapporti vaginali durante gli ultimi 6 mesi dell'attuale o della relazione più recente (196/227; 86.3%). I rapporti anali sono stati meno frequenti. Il profilattico di solito non era stato utilizzato con il partner nei rapporti vaginali o anali. Più di un terzo delle partecipanti ha affermato che la comune forma di contraccezione era "nessuna" (78/227; 34.4%), il 41.4% (94/227) ha affermato di utilizzare il profilattico, il 10.1% (23/227) utilizzava la pillola contraccettiva, il 4.8% (11/227) utilizzava l'impianto contraccettivo, il 3.1% (7/227) utilizzava la spirale/IUD, il 2.6% (6/227) era stato sterilizzato, lo 0.4% (1/227) ha riferito che il proprio partner si era sottoposto ad una vasectomia e il 3.1% (7/227) ha riferito di utilizzare un'altra forma di contraccezione. Il trentasette per cento ha affermato che il proprio partner attuale o più recente era positivo all'HCV (84/227).

3.3.9 Violenza da parte del proprio partner

Complessivamente, il 70.4% (159/226) delle partecipanti ha sperimentato violenza dal proprio partner negli ultimi 12 mesi dell'attuale o più recente relazione. Il tipo più comune di violenza subita era una combinazione di abuso sessuale e fisico (90/226; 39.8%); seguito dall'abuso fisico insieme a quello emotivo (36/226; 15.9%) e l'abuso emotivo e/o molestie (24/226; 10.6%). Con meno frequenza le

partecipanti hanno subito violenza fisica dal proprio partner senza nessun'altra forma di violenza (9/226; 4.0%).

3.3.10 Disturbi psichiatrici

La maggior parte delle partecipanti ha riscontrato almeno una volta nella vita un disturbo psichiatrico in comorbidità (200/229; 87.3%), il numero medio di disturbi è stato di 3.03 (SD 2.11, fascia 0-7). Tra i disturbi psichiatrici sperimentati durante la vita, il più frequente è stato la depressione (174/229; 76.0%); attacchi di panico (124/229; 54.1%) e il Disturbo Post Traumatico da Stress PTSD (120/229; 52.4%). Il settantasette per cento (176/229; 76.9%) ha avuto dei disturbi affettivi e il 76.9% (176/229) ha avuto disturbi d'ansia durante la propria vita.

3.5 Risultati Qualitativi

3.5.1 Introduzione

La prima fase del progetto REDUCE consisteva in colloqui strutturati quantitativi con 231 donne tossicodipendenti iniettive (FWID) attive durante i sei mesi precedenti allo studio. Un sub-campione di 125 di queste 231 partecipanti è stato espressamente selezionato (per comprendere una gamma varia di età, sostanza primaria di abuso, status rispetto all'HCV e comportamenti a rischio) al fine di partecipare ad un colloquio più approfondito nella fase 2 per verificare il livello d'informazione e di comprensione della trasmissione dell'HCV relativamente all'assunzione di sostanze tramite iniezione e ai comportamenti sessuali a rischio. I criteri di selezione includevano l'età, lo stato di HCV, lo stato di salute mentale e la violenza subita dal proprio partner.

Le partecipanti idonee (donne maggiorenni ≥ 18 , che si erano iniettate droga fino a sei mesi prima del colloquio) sono state selezionate dai Paesi partecipanti al progetto attraverso una gamma di servizi che includevano servizi ambulatoriali e programmi di riabilitazione. La durata del colloquio è variata da 20 minuti circa a 1 ora e mezzo. Ogni colloquio è stato realizzato nella lingua madre del partecipante, principalmente all'interno dei centri di cura.

3.5.2 Risultati

Le partecipanti avevano tra i 18 e i 57 anni. Sessanta (48%) hanno riferito di risultare positivi al HCV; altri sessanta (48%) di essere negativi, cinque (4%) non sapevano il loro stato. Le donne si erano iniettate per la prima volta tra i 12 e i 38 anni sebbene la maggior parte avesse cominciato tra i venti e i ventinove anni.

La maggior parte delle partecipanti (81/125, 65%) aveva un partner fisso, mentre il resto era single. La maggior parte era in grado di iniettarsi da sé sebbene alcune avessero bisogno di aiuto dovuto sia all'inesperienza sia alla necessità di aiuto per accedere alle vene.

Tabella 12 Numero di partecipanti, fascia d'età e stato dell'HCV per nazione

Paese	n	Fascia di età (Media)	HCV positive	HCV negative	HCV status sconosciuto
Austria	28	18-43 (27)	14	14	-
Italia	24	20-50 (30)	13	11	-
Polonia	24	23-57 (33)	15	9	-
Scozia ¹	25	20-45 (34)	6	14	5
Spagna	24	24-48 (39)	12	12	-
Totale	125	-	60	60	5

¹ 6 FWID che credevano di essere attualmente negative all'HCV hanno riferito di aver negativizzato il virus in seguito al trattamento

Informazioni sui rischi legati all'HCV e nozioni sulla trasmissione

Un certo numero di domande sono state formulate al fine di conoscere le fonti da cui le partecipanti hanno ottenuto informazioni sull'HCV, e le nozioni sui comportamenti a rischio associati alla trasmissione dell'HCV.

Acquisizione delle informazioni

Le partecipanti hanno affermato che le fonti principali di informazione sull'HCV provenivano dai servizi sanitari, servizi per la tossicodipendenza, organizzazioni non-governative (ONG) e dai loro amici. Altre fonti di informazione includevano volantini e opuscoli, internet e la prigione. Anche se le donne spesso ottenevano informazioni da una serie di fonti, i servizi sanitari erano la principale fonte di informazioni in Scozia, Spagna, Italia e Austria; in Polonia, la principale fonte di informazione sull'HCV erano i propri amici. La disponibilità di informazioni scritte era considerata scarsa dai partecipanti in Polonia, sebbene questa opinione non ha avuto eco altrove. In generale, le informazioni fornite da operatori sanitari e dagli opuscoli sono state ritenute come le più affidabili, mentre quelle fornite dagli altri tossicodipendenti meno affidabili:

“Non considero gli amici come fonte affidabile di informazione (sull'HCV). Tra loro, ci sono strani miti sul modo in cui ci si infetta. Molte persone hanno pregiudizi su questo //” (Polonia: ID 16, anfetamina, 41 anni, HCV positive)

“Sì...ma se viene dalla strada...loro dicono qualsiasi cosa perchè avevo sentito un sacco di cose diverse ma penso sia vero solo quello che viene detto dai professionisti o dagli opuscoli...il resto, non lo so” (Spagna: FM07, cocaina, 28 anni, HCV negativo).

Molte donne hanno richiesto informazioni a seguito della diagnosi di infezione da HCV sia di loro stesse che di amici. Altre ragioni riguardavano l'inizio della cura per l'HCV, la gravidanza e le preoccupazioni relative ai precedenti comportamenti a rischio durante le iniezioni (es. uso condiviso dell'attrezzatura). Sebbene alcune donne all'interno dei Paesi partner erano proattive nel ricercare informazioni e nel tenersi aggiornate, molte erano passive o disinteressate. L'utilizzo di droghe, l'essere negative all'HCV o il credere che nessuna nuova informazione fosse necessaria, erano le motivazioni principali per non cercare aggiornamenti. Una piccola parte di partecipanti credeva che una volta infettati, non ci fosse motivo per acquisire ulteriori informazioni e in Polonia, Italia e Scozia alcune donne pensavano che l'infezione da HCV fosse una minaccia meno seria per la loro salute rispetto all'HIV, *“Ero soprattutto attenta all'HIV perchè alla fine, nel bene o nel male, ho sempre considerato l'Epatite C come più gestibile se paragonata all'HIV”* (Italia, ID 42, eroina, 33 anni, HCV negativo).

In Spagna, alcune partecipanti HCV negative hanno affermato che non cercavano ulteriori informazioni perchè si consideravano consumatori occasionali e tendevano a minimizzare il rischio di infezione sebbene quelli con un livello di istruzione più alto dimostravano un comportamento più proattivo al fine di acquisire nuove conoscenze sul virus.

Informazioni sulla Trasmissione: consapevolezza e false credenze

Sebbene tutte le partecipanti avessero affermato di aver ricevuto informazioni sulla trasmissione dell'HCV, il livello di conoscenza era spesso incompleto e scorretto. La maggior parte era consapevole che il virus dell'HCV venisse trasmesso

attraverso il contatto con il sangue ma in pochi sapevano della trasmissione sessuale.

Alcune donne non erano consapevoli dei rischi di trasmissione associati all'uso condiviso di acqua o di altra attrezzatura per iniettarsi, che costituiscono un'importante fonte di infezione, *“Sapevo che fosse possibile essere contagiati passandosi aghi e siringhe e che l'infezione avviene attraverso il sangue ma non sapevo che anche condividere un contenitore per preparare la droga fosse pericoloso.”* (Polonia: ID 15, eroina, 42 anni, HCV positive).

Un certo numero di leggende erano diffuse tra le donne. Per esempio, alcune credevano di poter rimanere infette dal riutilizzo dei loro stessi aghi (Austria, Italia e Polonia); che la trasmissione sessuale fosse possibile soltanto durante il ciclo mestruale (Austria e Spagna); che una persona non potesse essere infettata più di una volta con il virus (Scozia); e che il virus potesse essere trasmesso attraverso la saliva (Scozia), lo sperma (Spagna) o il contatto (Polonia).

Anche tra le partecipanti che erano presumibilmente consapevoli dei rischi di trasmissione dell'HCV c'era ancora un livello di rischio. La discordanza tra ciò che si sapeva per evitare il contagio virale e le pratiche di iniezione rischiose è stata spiegata da numerosi fattori tra cui il bisogno di placare i sintomi di astinenza, il bisogno di droga, la presunta immunità e la convinzione che contrarre il virus è inevitabile per la maggior parte dei tossicodipendenti.

La prima esperienza iniettiva

La maggior parte delle donne ha sperimentato la prima esperienza iniettiva in compagnia di un partner o un amico molto più esperto che aiutava le partecipanti nella preparazione e nell'iniezione. Ad alcune donne venivano fatte iniezioni da più persone prima di essere in grado di iniettarsi la droga da sole, aumentando così il rischio di contagio virale. I motivi principali che spingevano a cominciare ad iniettarsi la droga erano economici/massimizzare l'effetto, la curiosità e l'influenza del partner/coetanei, *“Non volevo bucarmi e lui mi ha costretto a provare questa cosa, ero innamorata e l'ho fatto.”* (Italia: ID 26, cocaine, 44 anni, HCV negativa a seguito di trattamento efficace).

I comportamenti iniettivi a rischio

La sezione che segue indaga sui comportamenti iniettivi a rischio relativi ai partecipanti dell'indagine e riguardano i luoghi in cui ha luogo l'iniezione, l'acquisto e la disponibilità di strumenti per l'iniezione e questioni di sicurezza inclusa la prevenzione dei comportamenti a rischio.

Luogo

La maggior parte delle partecipanti di tutti i Paesi aderenti aveva la tendenza ad iniettarsi la droga in compagnia di altre persone. Era raro per le donne farlo da sole. L'iniezione era praticata più frequentemente in un luogo privato (ad es: casa o auto propria/di altri). La Spagna ha riferito che la metà del suo campione praticava “occasionalmente” iniezioni all'aperto comunque, similmente alle partecipanti dalla Polonia, queste donne erano consapevoli che iniettarsi in spazi pubblici fosse più rischioso, a causa di dover condividere più frequentemente l'attrezzatura di

iniezione con altri e di avere più difficoltà a prendere precauzioni come l'utilizzo di acqua sterile, *“Se ci droghiamo nella tromba delle scale, usiamo l' acqua di altri e risciacquiamo gli strumenti in una bottiglia in comune”* (Polonia: ID 5, eroina, 36 anni, HCV positive). In Spagna erano a disposizione injecting room, che venivano utilizzate principalmente dalle donne più giovani del campione, *“Ho trascorso un sacco di tempo qui, nella injecting room. Non ho una casa. Penso che sia sempre meglio qui che per strada”* (Spagna: JT34, cocaina, 24 anni, HCV positiva); mentre donne di età maggiore tendevano a iniettarsi in privato e da sole, *“Di solito lo facevo per strada. Prima, quando ero più giovane. Ma adesso, preferisco un posto più tranquillo, lo faccio a casa, con la mia roba, il mio divano, mi prendo il mio tempo...”* (Spagna: JT46, eroina, 46 anni, HCV positiva). Le partecipanti di età maggiore riferivano di sentirsi meno al sicuro e più vulnerabili quando si iniettavano all'aperto.

Come nell'iniezione all'aperto, le donne hanno riferito di avere comportamenti più a rischio durante l'iniezione in gruppo. Per esempio, in Polonia, le donne hanno affermato che l'uso condiviso dell'attrezzatura era in aumento, sia perchè accidentalmente le persone non erano sicure di quale fosse la propria attrezzatura o per la mancanza di aghi e siringhe sterili disponibili. In Polonia, le donne credevano che non ci fossero abbastanza aghi e siringhe sterili a disposizione nei luoghi di scambio da distribuire tra i gruppi di tossicodipendenti; e gli aghi e le siringhe che potevano essere comprate in farmacia a volte non rispondevano alle esigenze dei tossicodipendenti.

Acquisto e smaltimento

L'attrezzatura pulita per iniettarsi viene principalmente fornita da programmi di scambio di aghi sterili. In Spagna e in Scozia, le donne evidenziano i benefici che ricavano dal fatto di poter avere a disposizione tutta l'attrezzatura necessaria per una sana iniezione tutta in un unico kit (es: ago sterile/siringa, filtri, tamponi, contenitori per la miscela e acqua).

In Scozia, questi kit sono solitamente distribuiti attraverso programmi di scambio di aghi sterili in farmacia; in Spagna, le partecipanti utilizzano principalmente injecting room e farmacie; in Italia le donne hanno acquistato il proprio kit dalle farmacie locali e distributori automatici e li hanno ricevuti gratuitamente dai servizi di scambio. In Austria la maggior parte delle partecipanti ha visitato regolarmente una struttura preposta allo scambio di aghi sterili; in pochi prendevano aghi e strumenti nuovi e sterili dagli amici. Le partecipanti polacche erano meno positive riguardo la disponibilità dell'attrezzatura – elencano le difficoltà di ottenere strumenti sterili, la mancanza di sostegno adeguato da parte delle farmacie, atteggiamenti negativi dei farmacisti e mancanza di denaro per acquistare l'attrezzatura. Comunque, in tutti i Paesi, l'accesso alle attrezzature resta un problema per alcune donne, in particolare in relazione alla disponibilità e accessibilità di luoghi per scambio di aghi sterili e al bisogno, sebbene l'astinenza spesso impedisca alle donne di tentare di ottenere una nuova attrezzatura.

Per quanto riguarda lo smaltimento, la maggior parte delle partecipanti ha restituito gli aghi ai centri di scambio – di solito nei bidoni o in altri contenitori sicuri disponibili. L'Italia e l'Austria non forniscono contenitori per aghi. In Italia, la maggior parte delle partecipanti smaltiva la propria attrezzatura in un bidone a casa o in strada. Per uno smaltimento sicuro gli aghi venivano solitamente richiusi

con il cappuccio e alcune donne riferivano che si trattava di una misura preventiva contro le punture accidentali agli altri. Alcune partecipanti conservavano gli aghi usati per un utilizzo successivo – di solito per averne nel momento in cui non vi erano nuovi aghi a disposizione; alcune hanno ammesso che avrebbero passato i propri aghi usati ad altri tossicodipendenti con sintomi di astinenza, *“Quando qualcuno prova sintomi di astinenza molto forti? Sì, gli passerei i miei aghi, per aiutarlo...”* (Austria: ID Rosso 17, 31 anni, HCV positivo). Una parte di queste ha affermato che molto spesso condivideva una busta per gli aghi usati con un partner tossicodipendente e mentre alcune segnavano i barattoli delle siringhe in maniera da identificare il proprio ago, altre riponevano gli aghi usati semplicemente in una busta senza nessun riconoscimento così da accrescere il rischio di riutilizzo di un ago altrui (possibilmente) contaminato, *“Non so, le (siringhe) ho qui le tiro fuori e le mie sono uguali alle sue, voglio dire non le scambio di proposito, voglio dire che è solo il fatto che sono lì (...) quando le metto nella busta non ci penso a segnarle, sai, i miei amici le segnavano sempre, ma dopo un po’ ho pensato di non farlo più, le metto nella busta e poi le tiro fuori e le uso, non eravamo sicuri a chi appartenessero, quindi sicuramente le scambiavamo, ma non era qualcosa che volevamo fare era soltanto perché eravamo lì insieme e le prendevamo per iniettarci”* (Italia: ID 5, cocaina, 24 anni, HCV positivo).

Alcune donne pulivano i loro aghi usati con acqua e/o alcol per l’utilizzo successivo prima di rimetterle nelle buste ma alcune di loro hanno ammesso di mettere gli aghi sporchi nella busta e pulirli all’utilizzo successivo.

Preparazione e iniezione

Un'ampia percentuale di donne ha affermato di pulire le proprie zone di iniezione prima e/o dopo aver compiuto questa operazione. In Spagna, Italia e Scozia, i kit distribuiti per iniettarsi contenevano tamponi imbevuti di alcol per pulire la pelle. Tuttavia, le partecipanti hanno affermato di utilizzare fazzoletti, asciugamani, cotone, salviette per neonati e anche la carta dei pacchetti di sigarette per pulirsi. In tutti i Paesi la maggior parte delle donne aveva condiviso gli strumenti per l'iniezione ad un certo punto della propria esperienza di tossicodipendenza. Differenze importanti sono state riscontrate nella preparazione delle droghe da iniettarsi. Dove l'iniezione veniva effettuata autonomamente, le donne riferivano di avere maggiore controllo sul processo e di correre meno rischi in termini di uso condiviso degli strumenti. Iniettarsi in gruppo o con un partner comporta comunque un rischio maggiore dovuto alla possibilità di condividere, in particolare, i contenitori per la miscelazione, l'acqua e i filtri. Sebbene la maggior parte delle donne intervistate fosse consapevole dei rischi di contagio legati all'uso condiviso dell'ago, era una pratica comune condividere i contenitori per la miscelazione, i filtri e l'acqua. In Scozia e Italia, le donne condividevano i contenitori per la miscelazione, i filtri e l'acqua per creare una soluzione di droga nel proprio ago. In Spagna e Polonia era più comune un processo di caricamento della sostanza nella parte anteriore e posteriore della siringa¹. In Italia, sette donne hanno descritto il caricamento anteriore e quello posteriore della siringa, sebbene soltanto due abbiamo menzionato di utilizzare una nuova siringa/ago, il resto ha riportato di

¹ Il caricamento anteriore/posteriore implica l'estrazione di una soluzione di droga preparata in una siringa che abbia l'ago inserito. Poi parte della soluzione viene spruzzata di nuovo in un'altra siringa/siringhe attraverso la parte finale anteriore da cui è stato rimosso l'ago (caricamento anteriore) o attraverso la parte finale posteriore da cui è stato rimosso lo stantuffo (caricamento posteriore).¹

comportarsi così con le siringhe usate o “sterilizzate”. In Austria il caricamento anteriore e posteriore non era un pratica comune.

Un tratto comune emerso in tutti i Paesi è stata la descrizione di regole informali durante la preparazione della droga. In Italia, Polonia, Scozia e Spagna le donne descrivevano il modo in cui i tossicodipendenti più esperti erano soliti preparare l'iniezione – ciò era abbastanza comune tra i tossicodipendenti alle prime armi o quelli incapaci di iniettarsi da soli. La preparazione e l'ordine di iniezione erano determinati anche da quelli che procuravano la maggior parte dei soldi per comprare la droga. Un altro fattore importante riguarda questioni legate alla “fiducia” in particolare per quelle donne incapaci di iniettarsi autonomamente – il grado di fiducia dipendeva spesso da quanto fosse conosciuta l'altra persona (ad es. relazione di lunga durata/partner sessuale) e dalla sua conoscenza ed esperienza ad iniettarsi. Una parte minore delle partecipanti ha riferito di cedere il controllo del processo di preparazione perché il partner preferiva prendere il controllo con il risultato di non riuscire a negoziare o pretendere una pratica iniettiva sicura.

Allo stesso modo, la violenza del proprio partner ha limitato la capacità dei partecipanti ad evitare l'uso condiviso di attrezzature con partner aggressivi/dominanti, *“Sì, troppo spaventata per dirglielo, non voglio usare le tue, altrimenti prendevo un altro schiaffo sulla mascella. Avevo troppa paura, lo avevo fatto prima con lui e io...oh non voglio parlare di questo, ma ero finita con uno schiaffo sulla bocca”* (Scozia: ID 2023, cocaina, 39 anni, HCV positiva)

Anche la depressione e l'apatia erano indicate come motivazione per non adottare misure di riduzione del danno dovuta alla scarsa motivazione, *“Be', non mi frega*

niente adesso, quando ti senti giù...non mi importa" (Spagna: JT43 cocaina, 36 anni, HCV positiva).

Alcune intervistate in Italia, Scozia e Spagna hanno riferito quanto fosse raro tra i consumatori discutere del loro stato sierologico mentre si iniettavano la droga in gruppo sebbene non fosse così in Polonia dove le donne davano e chiedevano informazioni agli altri circa il loro stato di HCV e HIV per poi decidere se condividere i loro strumenti oppure no, mentre in Austria non era raro per le intervistate discutere dell'HCV con il partner o gli amici.

Comportamento sessuale

La maggior parte delle intervistate era eterosessuale e aveva, o aveva avuto, relazioni di lunga durata. In Austria, la metà del campione affermava di utilizzare il profilattico durante un rapporto. Invece in Spagna, Scozia, Italia e Polonia l'utilizzo del preservativo non era praticato regolarmente nelle relazioni – anzi in Polonia la maggior parte non ricorreva a nessuna contraccezione. Le principali motivazioni che spingevano a non utilizzare il preservativo durante il rapporto sessuale erano la fiducia e l'intimità nelle relazioni di lunga durata; mancanza di assertività; la violenza del partner precedente o attuale che sfociava nella paura (presunta o reale) di una reazione da parte del partner qualora venisse richiesto l'uso del preservativo; l'essere "presi dalla situazione"; disinteresse e riduzione della sensibilità:

"Il mio compagno dice che se voglio usare il preservativo, significa che non lo amo e che lo lascerò" (Polonia: ID 15, eroina, 42 anni, HCV positiva)

“Si in una relazione con un ragazzo senzatepato. Lui inoltre rifiutava (di usare un preservativo), mi ha picchiato sul viso. Ero spaventata, non sono riuscita a dire due volte “usalo” (Spagna: JT35, eroina, 45 anni, HCV positiva)

In alcuni casi i partner si rifiutavano di usare il preservativo sebbene altre riferiscano che i loro partner erano consenzienti all'utilizzo sia di comune accordo o dopo aver insistito sull'utilizzo. I preservativi erano usati raramente nei casi in cui entrambi i partner erano HCV positivi dato che il rischio di rimanere infetti da un altro genotipo di HCV non era molto considerato.

Una piccola parte delle donne chiederebbe ad un nuovo partner di sottoporsi ai test per la trasmissione di malattie sessuali (inclusa l'HCV) e la maggior parte ha affermato di insistere affinché un partner nuovo oppure occasionale indossassi il preservativo. Pochissime partecipanti dell'intero campione erano coinvolte nella prostituzione ma coloro che la praticavano hanno affermato che era pratica comune utilizzare i profillatici (le eccezioni venivano fatte quando i clienti offrivano più denaro per il sesso non protetto) e una parte ha affermato di utilizzare il preservativo durante il sesso orale. Il sesso anale era praticato raramente e soltanto in Spagna veniva considerato come la pratica sessuale più rischiosa per la trasmissione virale.

Di solito il sesso orale non era nominato né considerato un fattore di rischio. E' interessante notare la percezione che nessuna protezione fosse disponibile per le relazioni tra lesbiche. Sebbene alcune partecipanti fossero consapevoli che il sesso non protetto fosse un fattore di rischio per la trasmissione dell'HCV, il livello di conoscenza in questo ambito non è stata osservata così bene come per i comportamenti iniettivi. Tuttavia, anche tra coloro che erano informate sui rischi,

restava ancora una discordanza tra il loro livello di conoscenza e l'effettivo comportamento.

Infezione e prevenzione

In questa sezione si analizza la comprensione delle partecipanti sul loro stato di HCV in termini di come credono di aver contratto o evitato il virus.

Le partecipanti che hanno affermato di essere negative all'HCV adottavano un numero di strategie che possono spiegare il modo in cui abbiano evitato la trasmissione. La maggior parte non condivideva (o riduceva l'uso condiviso di) aghi o altri strumenti per l'iniezione; alcune utilizzavano i preservativi; altre apponevano un contrassegno sulla propria attrezzatura di iniezione per assicurarsi di riutilizzare i propri aghi. Una parte minore delle donne nella maggior parte dei Paesi attribuiva il proprio stato negativo alla "fortuna".

Quasi la metà (48%) delle partecipanti aveva contratto l'HCV ad un certo punto della propria esperienza iniettiva. La maggior parte credeva di essere stata contagiata attraverso lo scambio degli aghi e altri strumenti di iniezione (ad es. contenitori e filtri). In Polonia le donne non associavano la trasmissione dell'HCV con l'utilizzo condiviso dell'acqua per risciacquare sebbene alcune di loro considerasse la mancanza di igiene o la sporcizia uno dei motivi del contagio virale.

In Italia, la possibilità di essere contagiati attraverso lo scambio di aghi e/o siringhe era noto, ma il fatto che una persona potesse essere infettata attraverso l'uso condiviso di altra attrezzatura a volte veniva appresa soltanto durante l'intervista. Pochissime donne credevano di aver contratto il virus attraverso la trasmissione

sessuale perchè la maggior parte riteneva che la trasmissione tramite questa modalità fosse minima (o perché avevano preso precauzioni per minimizzare il rischio sessuale o perché credevano che il rischio fosse basso).

Dopo la diagnosi, la maggior parte delle partecipanti si erano impegnate in pratiche di iniezione più sicure – in particolare evitando di condividere gli aghi e l'attrezzatura. Una parte minore non aveva fatto cambiamenti – o perché già utilizzava pratiche di iniezione sicure o perché l'uso condiviso era abituale. Alcune partecipanti hanno rivelato il proprio stato positivo agli altri – lasciando la decisione di condividere la strumentazione a il/i partner. Evitare il danno agli altri, in particolare agli altri membri della famiglia e ai bambini, è stata una strategia importante per parecchie donne; evitavano di condividere gli oggetti come tagliaunghie, spazzolini e rasoi. Alcune hanno affermato di utilizzare il preservativo per proteggere i partner dalla trasmissione sessuale. Le donne che si iniettavano la droga all'aperto hanno riferito il tentativo di garantirsi l'accesso all'acqua pulita per risciacquare gli strumenti usati. Le altre si iniettavano la droga in casa per assicurarsi che la preparazione e l'iniezione avvenissero in sicurezza e senza fretta.

Intervento

In tutti i Paesi partecipanti, c'è stato un impegno generale per la realizzazione di un intervento informativo comportamentale sui rischi di trasmissione dell'HCV e le strategie per evitarlo. Le partecipanti erano felici di trarre beneficio dall'apprendimento di capacità di essere assertive relativamente a comportamenti iniettivi e di salute sessuale e hanno ritenuto che una maggiore conoscenza sull'HCV avrebbe giovato non solo a loro ma anche ai tossicodipendenti più

giovani/inesperti. C'è stata una reazione contrastante per decidere se l'intervento dovesse essere somministrato a gruppi o individualmente. Coloro che preferivano sessioni individuali riferivano come motivazioni la paura di possibili conflitti all'interno del gruppo, disagio e mancanza di confidenza. Alcune sentivano che sarebbero state più disponibili a discutere di argomenti e comportamenti personali con un esperto e che le sessioni individuali avrebbero assicurato anonimato e riservatezza. Alcune donne riferivano di essersi sentite a disagio o impaurite per il fatto di essere giudicate dagli altri in relazione al proprio stato di HCV.

Al contrario, i vantaggi di un ambiente di gruppo erano dati dal fatto che le esperienze potevano essere condivise e le discussioni sarebbero state molto più interessanti. Il lavoro di gruppo era percepito anche come più amichevole e dinamico rispetto alle sessioni faccia a faccia. In Italia, il lavoro di gruppo era l'opzione preferita. La maggior parte delle partecipanti dall'Austria, dall'Italia e dalla Polonia credeva che il coinvolgimento del partner nell'intervento fosse positivo perché avrebbe permesso ai partner di acquisire informazioni circa i rischi di trasmissione di HCV e fornire sostegno alle donne. Al contrario, in Spagna e Scozia la maggior parte non voleva il coinvolgimento del partner perché sentiva che avrebbero avuto difficoltà a condividere le loro opinioni ed esperienze con la presenza del partner.

Riepilogo

Per concludere si rilevano analogie tra le partecipanti dei diversi Paesi in termini di raccolta delle Informazioni, conoscenza e comportamenti iniettivi. Nonostante si siano rilevate alcune differenze, la visione d'insieme indica la necessità di migliorare il livello d'informazione sui rischi di trasmissione dell'HCV tra le donne

tossicodipendenti attive (FWID) che pro-attivamente incoraggino e sostengano i cambiamenti di comportamenti iniettivi e di comportamenti nell'ambito sessuale.

Sebbene le informazioni sull'HCV siano state ottenute attraverso una gamma di fonti, l'informazione considerata più veritiera è stata quella fornita dagli operatori sanitari. Malgrado la disponibilità di informazioni generali sulla trasmissione dell'HCV, restava un certo numero di lacune significative nei livelli di informazione: principalmente i rischi di trasmissione associati all'uso condiviso di acqua per la preparazione e il risciacquo, e i rischi di trasmissione sessuale. Inoltre, restano un numero di luoghi comuni o miti usati per integrarsi nella cultura dell'uso della droga da iniettarsi indipendentemente dal Paese. Ci sono stati anche alcuni segnali che erano richieste di ulteriori informazioni circa i rischi associati all'HIV/AIDS e il rischio maggiore per la trasmissione dell'HCV.

E' stata individuata una discrepanza cognitiva, malgrado la consapevolezza dei rischi di trasmissione dell'HCV associati al contatto del sangue con altro sangue, le partecipanti continuavano a dedicarsi a pratiche iniettive non sicure – specialmente l'uso condiviso di attrezzature per iniettarsi. I sintomi fisici dell'astinenza e la voglia irrefrenabile in certi casi spiegano il motivo dell'uso condiviso. Comunque presunte convinzioni come la "fortuna" o l'"ineluttabilità" non corrispondevano alle informazioni reali dei partecipanti e avrebbero meritato ulteriori approfondimenti per valutare come erano influenzati i comportamenti dell'iniezione.

Le conclusioni indicano chiaramente che quelle donne che erano incapaci di iniettarsi la droga da sole erano dipendenti dagli altri membri ed erano meno capaci di negoziare o insistere sull'uso di strumenti puliti e personali. Questo di conseguenza aumentava il loro rischio di trasmissione dell'HCV. La stessa situazione applicata a un piccolo numero di partecipanti ha dimostrato che i partner

preferivano controllare il processo di iniezione. Allenarsi su abilità di negoziazione e di assertività potrebbe aiutare le donne a sentirsi più sicure quando sollevano questioni relative all'uso di attrezzatura sterile per le iniezioni e dei preservativi e insistono. Come gli strumenti di iniezioni, la fiducia, l'intimità e la mancanza di assertività sono fattori chiave nei comportamenti sessuali a rischio.

3.5 Triangolazione dei dati ricavati dalla metodologia mista

La Tabella 12 riporta tutti i risultati dal punto di vista quantitativo e qualitativo relativi allo studio sui fattori interni (atteggiamento/motivazione, conoscenza/competenza e situazione) ed esterni (cultura e linea politica) connessi ai comportamenti sessuali e di iniezione a rischio sopra descritti, oltre a fornire raccomandazioni per il miglioramento del servizio mirato ad aiutare le FWID a limitare tali comportamenti

Tabella 12 Triangolazione dei dati ricavati dalla metodologia mista e raccomandazioni conseguenti ai risultati

Comportamento	Fattori interni			Fattori esterni		Raccomandazioni
	Atteggiamento/Motivazione	Conoscenza/capacità	Situazione	Cultura	Politica	
COMPORTAMENTI INIETTIVI A RISCHIO						
USO CONDIVISO DI AGHI E SIRINGHE (compreso riempimento fronte e retro)	Ineluttabilità; fiducia; senso di vergogna percepito; apatia; desiderio/sintomi di astinenza; stato di HCV del partner; discordanza cognitiva (conoscono il rischio ma continuano a rischiare)	scarsa/mancanza di informazione; inesperienza; pregiudizi; nessuna rivelazione dello stato; mancanza di capacità di affermazione/accordo	mancato accesso (distanza dalla farmacia, mancanza di programmi di scambio di aghi, mancanza di denaro, ecc); iniezione all'aperto; senzateo	senso di vergogna percepito; prassi di iniettarsi insieme, uso di stimolanti; maggiore rischio	mancanza di informazione sull'HCV; mancanza di informazione sulla disponibilità di Servizi, specialmente programmi per scambio di aghi e mancanza di aghi e siringhe gratuiti	Maggiore informazione sull'HCV da parte di medici generici e operatori sanitari; fornire Informazioni più estese sui servizi; fornitura gratuita di aghi/siringhe
USO CONDIVISO ATTREZZATURA (acqua, contenitore per la miscelazione, laccio emostatico, filtro, tampone)	Ineluttabilità; fiducia; senso di vergogna percepito; apatia; desiderio/sintomi di astinenza; stato di HCV del partner; discordanza cognitiva (conoscono il rischio ma continuano a rischiare)	scarsa/mancanza di informazione; inesperienza; pregiudizi; nessuna rivelazione dello stato; mancanza di capacità di affermazione/accordo; nessuna rivelazione dello stato;	mancato accesso (distanza dalla farmacia, mancanza di programmi di scambio di aghi, mancanza di denaro, ecc); iniezione all'aperto; senzateo	senso di vergogna percepito; prassi di iniettarsi insieme, uso di stimolanti; maggiore rischio	L'informazione sull'HCV non si concentra sul rischio di uso condiviso degli strumenti, mancanza di strumenti gratuiti; kit per l'iniezione non contengono acqua (di recente la Scozia ha iniziato a fornire l'acqua nei kit)	l'informazione sull'HCV dovrebbe includere i rischi sulla trasmissione associati all'uso condiviso di strumenti per iniettarsi; fornitura gratuita di strumenti
INIETTARSI ALL'APERTO	Apatia; bisogno irrefrenabile/astinenza	Mancanza di capacità di affermazione; scarsa/mancanza di informazione; inesperienza; pregiudizi; nessuna rivelazione dello stato;	Mancanza di spazi privati come le injecting room	senso di vergogna percepito; prassi di iniettarsi insieme,	Mancanza di luoghi idonei all'iniezione come le injecting room	Disponibilità di spazi per iniettarsi come le injecting room
INIETTARSI IN GRUPPO	Fiducia; apatia; bisogno irrefrenabile/astinenza; discordanza cognitiva	inesperienza; mancanza di informazione; mancanza di capacità di affermazione/accordo; pregiudizi; nessuna rivelazione dello stato; mancanza di capacità di		informali; prassi di iniettarsi insieme; fiducia/amore	Mancanza di informazione sull'HCV	Maggiore informazione sull'HCV da parte di medici generici e operatori sanitari

Comportamento	Fattori interni			Fattori esterni		Raccomandazioni
	Atteggiamento/Motivazione	Conoscenza/capacità	Situazione	Cultura	Politica	
		affermazione/accordo				
PULIZIA DEGLI AGHI	Fiducia; senso di vergogna percepito; apatia; stato di HCV del partner; discordanza cognitiva (conoscono il rischio ma continuano a rischiare)	scarsa/mancanza di informazione; pregiudizi	mancato accesso (distanza dalla farmacia, mancanza di programmi di scambio di aghi, ecc); mancanza di spazi idonei per l'iniezione, come le injecting room	Comportamento abituale	Mancanza di luoghi idonei all'iniezione come le injecting room; mancanza di informazione sulla disponibilità di servizi specialmente programma di scambio d'aghi	Disponibilità di spazi per iniettarsi come le injecting room, più ampia disponibilità d'informazione sui servizi disponibili
RIUTILIZZO DEL PROPRIO AGO	Fiducia; apatia; bisogno irrefrenabile/astinenza	scarsa/mancanza di informazione;	mancato accesso (distanza dalla farmacia, mancanza di programmi di scambio di aghi, ecc); mancanza di spazi idonei per l'iniezione, come le injecting room	Comportamento abituale	numero di aghi/kit disponibilità di programmi di scambio d'aghi	nessun limite al numero di aghi/kit forniti al programma di scambio d'aghi
CONSERVAZIONE	Fiducia; senso di vergogna percepito; stato di HCV del partner; apatia	scarsa/mancanza di informazione; pregiudizi	mancato accesso (distanza dalla farmacia, mancanza di programmi di scambio di aghi, mancanza di denaro, ecc);	Comportamento abituale	Mancanza di Informazione sull'HCV	Maggiore informazione sull'HCV da parte di medici generici e operatori sanitari
INIETTATO DA ALTRI	Fiducia; apatia; bisogno/astinenza; controllo del rilascio; regole informali; discordanza cognitiva (conoscono il rischio ma continuano a rischiare)	scarsa/mancanza di informazione; inesperienza; mancanza di capacità di affermazione/accordo; nessuna rivelazione dello stato	partner dominante; molteplici tossicodipendenti con esperienza	Comportamento abituale	Mancanza di Informazione sull'HCV	Maggiore informazione sull'HCV da parte di medici generici e operatori sanitari
PREPARAZIONE DA ALTRI	Fiducia; apatia; bisogno/astinenza; controllo del rilascio; regole informali; discordanza cognitiva (conoscono	scarsa/mancanza di informazione; mancanza di capacità di affermazione/accordo;	partner dominante; tossicodipendenti con maggiore esperienza; acquisto di droghe tossicodip. più	Comportamento abituale	Mancanza di Informazione sull'HCV	Maggiore informazione sull'HCV da parte di medici generici e operatori sanitari;

Comportamento	Fattori interni			Fattori esterni		Raccomandazioni
	Atteggiamento/Motivazione	Conoscenza/capacità	Situazione	Cultura	Politica	
	il rischio ma continuano a rischiare)	inesperienza; nessuna rivelazione dello stato		stabili		
SCARSA IGIENE	apatia; bisogno/astinenza	sarsa/mancanza di informazione	scarsa disponibilità di salviette; mancanza di denaro	Comportamento abituale	Mancanza di Informazione sull'HCV; Mancanza di salviette disponibili	Maggiore informazione sull'HCV da parte di medici generici e operatori sanitari; aumento della disponibilità di salviette
USO DEL PRESERVATIVO						
SESSO VAGINALE	Fiducia e intimità; apatia; violenza dal partner precedente o attuale (IPV); discordanza cognitiva; il partner ha lo stesso stato di HCV o è HCV negativo; ridotta sensazione sessuale; disagio;	Pregiudizi sulla trasmissione sessuale dell'HCV; mancanza di informazione; mancanza di assertività per accordarsi sull'uso del preservativo	Prostituzione; partner multipli; rifiuto da parte del partner; mancanza di accesso ai condom; mancanza di denaro per comprare i condoms	Comportamento abituale	Mancanza di informazione sull'HCV; mancanza di informazione sessuale	Aumento dell'informazione dell'HCV e dell'informazione sessuale da parte di medici generici e operatori sanitari
SESSO ANALE	Fiducia e intimità; apatia; attuale partner IPV; discordanza cognitiva; il partner ha lo stesso stato di HCV o è HCV negativo;	Pregiudizi sulla trasmissione sessuale dell'HCV; mancanza di informazione; mancanza di assertività per accordarsi sull'uso del preservativo	Prostituzione		Mancanza di informazione sull'HCV; mancanza di informazione sessuale	Aumento dell'informazione dell'HCV e dell'informazione sessuale da parte di medici generici e operatori sanitari
SESSO ORALE	Fiducia e intimità; apatia; violenza dal partner precedente o attuale (IPV); discordanza cognitiva; il partner ha lo stesso stato di HCV o è HCV negativo; ridotta sensazione sessuale; disagio;	Pregiudizi sulla trasmissione sessuale dell'HCV; mancanza di informazione; mancanza di assertività per accordarsi sull'uso del preservativo	Prostituzione		Mancanza di informazione sull'HCV; mancanza di informazione sessuale	Aumento dell'informazione dell'HCV e dell'informazione sessuale da parte di medici generici e operatori sanitari

4. Sviluppo e sperimentazione di un intervento informativo-comportamentale volto a ridurre i comportamenti a rischio di trasmissione dell' HCV nelle pratiche sessuali e di assunzione di droghe ed aumentare il livello d'informazione tra le FWID in Europa

4.1 Sviluppo dell'intervento REDUCE

Lo sviluppo dell'intervento informativo comportamentale REDUCE è derivato da:

1. Una revisione sistematica della letteratura esistente
1. Un sondaggio sulle "Best Practice" europee
2. Opinioni delle FWID
3. Informazioni da parte di esperti
4. Lo studio a metodologia mista REDUCE

4.1.1 Sondaggio sulle "Best Practice" europee

E' stato inviato agli stakeholder chiave dell'Unione Europea un sondaggio per determinare la portata in Europa delle strategie di prevenzione dell'HCV volte a ridurre i comportamenti a rischio di trasmissione dell'HCV ed aumentare le informazioni sulla trasmissione dell'HCV tra le donne tossicodipendenti iniettive attive (FWID). Il Centro di Monitoraggio Europeo sulle Droghe e sulla Tossicodipendenza ha permesso di individuare i portatori di interesse principali attraverso una rete di CONNESSIONE. Inoltre la Rete Internazionale sull'Epatite nei Fruttori di Sostanze ha autorizzato la distribuzione del questionario.

In totale, sono stati inviati 31 questionari da parte di 22 paesi europei, la maggior parte dei quali è stata compilata da organizzazioni non-governative (NGO)

che lavorano con i tossicodipendenti. Dei 22 paesi diversi che hanno compilato almeno un questionario, 14 hanno riferito che erano offerti ai PWID interventi psicologici finalizzati a limitare i comportamenti a rischio di trasmissione dell'HCV e/o aumentare il livello d'informazione sulla trasmissione dell'HCV. Sono descritti diciotto interventi ma solo sette erano mirati in modo specifico ai bisogni delle FWID. Sebbene nessuno di questi sette interventi fosse stato testato usando una metodologia di studio controllato e randomizzato il loro contenuto è stato rivisto allo scopo di sviluppare l'intervento REDUCE.

4.1.2 Revisione sistematica della letteratura sull'efficacia degli interventi psicologici volti a limitare i comportamenti a rischio di trasmissione dell'HCV ed aumentare il livello d'informazione sulla trasmissione

E' stata condotta una revisione sistematica per determinare l'efficacia degli interventi psicologici volti a ridurre i comportamenti a rischio di trasmissione per via sessuale ed aumentare il livello d'informazione sulla trasmissione dell'HCV nei tossicodipendenti. Si sono effettuate ricerche su Medline, EMBASE, il Database di Prova Clinica e PsyclNFO per individuare studi controllati e randomizzati e studi di intervento fino a febbraio 2012 usando una strategia di ricerca. Inoltre sono state ricercate le bibliografie per studi potenzialmente rilevanti. Gli interventi psicologici sono stati definiti come interventi non farmacologici il cui obiettivo era quello di cambiare i comportamenti individuali. Nessuno degli 11 esperimenti individuati consisteva in un intervento rivolto in modo specifico alle FWID. Non sono stati sottoposti a revisione manuali su interventi che effettivamente limitavano i comportamenti a rischio o aumentavano il livello d'informazione sulla trasmissione. Molte delle sessioni sui comportamenti a rischio di trasmissione dell'HCV erano adattate o riprodotte dietro autorizzazione da parte dello studio DUIT [24]. Inoltre le

sessioni sulla gestione di umore negativo sono state adattate o riprodotte con l'autorizzazione del Women's Wellness Treatment [25] e del Behavioural Modification for Drug Dependence [26-28]. Anche per le schede informative e le informazioni inserite su www.HCVAdvocate.org e www.hiwecanhelp.com è stata richiesta un'autorizzazione.

4.1.3 L'intervento

E' stato sviluppato e portato a termine un intervento informativo comportamentale di gruppo modulato in tre sessioni da operatori sanitari (per esempio uno psicologo, un infermiere, un educatore, etc.). E' stata richiesta l'autorizzazione agli autori originali di ogni materiale utilizzato che viene descritto nel dettaglio attraverso l'intervento. Ciascuna sessione è durata 2 ore compreso un break di 15 minuti. Le sessioni riguardavano i seguenti argomenti:

5. Sessione 1. Comprensione dei rischi di trasmissione dell'Epatite C
6. Sessione 2. Epatite C e benessere sessuale – contrattare la sicurezza
7. Sessione 3. Epatite C e benessere emotivo – ridurre l'umore negativo

4.2 Sperimentazione dell'intervento

La valutazione dell'intervento stabiliva se le FWID avessero riportato qualche cambiamento nel livello d'informazione sulla trasmissione dell'HCV e sui comportamenti a rischio in seguito alla partecipazione alle tre sessioni dell'intervento informativo comportamentale REDUCE. Ai partecipanti ed ai presentatori dell'intervento è stata anche chiesta la fattibilità e la voglia di partecipare e a presentare l'intervento.

4.2.1 Partecipanti e selezione

Potevano partecipare soggetti femminili che avevano minimo 18 anni e che si erano iniettate eroina o altri oppiacei, cocaina o anfetamine nel mese precedente alla prima sessione dell'intervento informativo comportamentale.

In Austria i partecipanti venivano selezionati da un Centro di Assistenza Domiciliare e da un Istituto di scambio di siringhe. Due partecipanti all'intervento avevano anche partecipato allo studio a metodologia mista. In Italia, le FWID venivano individuate dallo psichiatra e selezionate per la ricerca da un servizio ambulatoriale che non aveva preso parte allo studio a metodologia mista. Le FWID che hanno partecipato all'intervento in Polonia erano selezionate da un centro di assistenza per tossicodipendenti. Una partecipante all'intervento polacco aveva completato lo studio a metodologia mista. Le partecipanti potenziali erano individuate dagli infermieri e dai ricercatori nella sala d'aspetto di due centri di assistenza per la cura delle tossicodipendenze in Scozia. Il consenso veniva dato dalle potenziali partecipanti agli infermieri in modo da consentire ai ricercatori di contattarle per la selezione. Nessuno di loro aveva partecipato allo studio a metodologia mista. In Spagna, le FWID che partecipavano allo studio dell'intervento erano partecipanti che avevano preso parte allo studio a metodologia mista, che rispondevano ai criteri ed erano interessate a partecipare allo studio dell'intervento. Quindi le procedure di selezione variavano da un paese all'altro. Gli 11 partecipanti che avevano già partecipato allo studio a metodologia mista probabilmente conoscevano già il questionario sul livello di conoscenza dell'HCV. Comunque nello studio a metodologia mista non si evidenziava alcun elemento che suggerisse differenze nel livello di informazione sulla trasmissione dell'HCV nei diversi paesi ($p=0.076$).

In tutti ai paesi alle partecipanti venivano ricordati gli orari e le date dell'intervento telefonicamente e/o tramite SMS il giorno prima e/o il mattino della sessione dell'intervento a cui dovevano partecipare. Le partecipanti ricevevano dei voucher in riconoscimento del tempo dedicato allo studio dopo ogni sessione di intervento e dopo il completamento delle interviste di ricerca.

4.2.2 *Misura del risultato*

Il questionario sul livello di conoscenza di trasmissione dell'HCV sviluppato dal progetto REDUCE era somministrato alle partecipanti di riferimento, alla fine dell'intervento e un mese dopo l'intervento. Inoltre, i comportamenti a rischio di trasmissione per via sessuale o attraverso la tossicodipendenza nel mese precedente (presi dal questionario sullo studio con metodi misti REDUCE) venivano esaminati nella fase iniziale e un mese dopo la fine dell'intervento. Il Questionario sulla Salute del Paziente (PHQ-9) [29] valutava i sintomi depressivi che si erano verificati nelle due settimane precedenti l'inizio dell'intervento e nelle due settimane successive al follow up dell'intervento.

4.2.3 *Somministrazione dell'intervento*

L'intervento è stato somministrato in centri ambulatoriali di trattamento delle tossicodipendenze da uno Psicologo in Austria, Italia e Spagna. In Polonia l'intervento è stato somministrato da due Educatori Sanitari (entrambi hanno partecipato a tutte le sessioni), e in Scozia, l'intervento è stato somministrato da un

infermiere addetto all'HIV/HCV. Un ricercatore ha partecipato ad ogni sessione per controllare che l'intervento fosse somministrato in modo corretto come da manuale.

4.2.4 Analisi

I test t appaiati sono stati usati per i dati continui e i test McNemar per coppie appaiate sono stati usati per i dati categorici per confrontare i risultati del pre e del post intervento. Era intenzione completare l'analisi in modo da assicurare che tutti i partecipanti che avevano iniziato il trattamento fossero inclusi nell'analisi, sia quelli che avevano completato tutte e tre le sessioni dell'intervento che gli altri. Quindi se il partecipante non completava uno o più dei questionari del follow up, venivano valutate le risposte della loro più recente valutazione. L'attribuzione dei dati è stata condotta per cinque casi alla fine della valutazione dell'intervento (solo questionari sul livello di conoscenza dell'HCV) e per quattro casi un mese dopo la fine dell'intervento.

4.3 Risultati

4.3.1 Frequenza e Abbandono

Trentasei partecipanti che si erano iniettate droga nel mese precedente l'inizio dell'intervento informativo comportamentale sono state selezionate per partecipare all'intervento articolato in tre sessioni: 10 provenienti dall'Austria, 6 provenienti dall'Italia, 5 provenienti dalla Polonia, 7 provenienti dalla Scozia e 8 provenienti dalla Spagna. L'età media delle partecipanti era di 32.19 anni (SD 8.31; con un'oscillazione da 22 a 56 anni). I tassi di frequenza e di abbandono sono riportati nella Tabella 13. L'81% (29/36) delle partecipanti ha preso parte alla seconda sessione e il 78% (28/36) ha preso parte alla terza sessione. La fine della valutazione dell'intervento è stata completata dall'86% (31/36) delle partecipanti

mentre un mese dopo la fine dell'intervento la percentuale delle partecipanti che aveva completato l'operazione era pari all'89% (32/36).

Tabella 13 Tassi di frequenza e abbandono dell'intervento REDUCE

	Numero di partecipanti ad ogni sessione dell'intervento			Numero di partecipanti che hanno completato la valutazione ogni volta		
	1	2	3	Pre-intervento	Fine intervento	1 mese post intervento
Austria	10	10	10	10	10	8
Italia	6*	5	5	6	5	6
Polonia	5	4 [^]	3 [^]	5	5	5
Scozia	7	6	4	7	5	6
Spagna	8	4	6	8	6	7

*una partecipante non ha seguito la sessione 1 successiva alla valutazione iniziale, ma ha frequentato la sessione 2 (che riprendeva i punti salienti della sessione 1) e sessione 3

[^]sessioni somministrate individualmente ai partecipanti assenti nelle session 2 e 3

4.3.2 Modifica del comportamento

Un mese dopo l'intervento, quattro partecipanti non si erano iniettate droghe nel mese successivo all'intervento. Nonostante le dimensioni limitate del campione, ***l'intervento è risultato efficace nel limitare alcuni comportamenti a rischio di trasmissione dell'HCV ed aumentare il livello di informazione sulla trasmissione dell'HCV. Un mese dopo l'intervento non è stato rilevato alcun cambiamento nei comportamenti a rischio di trasmissione dell'HCV per via sessuale o nella sintomatologia depressiva*** (Tabella 14).

4.3.3 Fattibilità e accettabilità dell'intervento

Confronti tra operatori sanitari che hanno somministrato l'intervento e partecipanti che hanno preso parte all'intervento hanno determinato l'accettabilità di tale operazione e hanno messo in luce aree che funzionavano bene e aree che possono essere migliorate. Mentre l'intervento è stato relativamente breve (3 sessioni), gli operatori sanitari credevano che la durata di ogni sessione (2 ore) fosse troppo lunga per consentire ai partecipanti di concentrarsi ed essere in grado di rispondere a tutte le domande sollevate dalle partecipanti. Le partecipanti hanno affermato di aver imparato molto e si sono divertite veramente a seguire le parti interattive dell'intervento, come i video, i giochi e gli esercizi di simulazione. Mentre erano meno entusiaste delle parti didattiche proposte loro dagli operatori sanitari.

La prima sessione, capire i rischi di trasmissione dell'Epatite C, è stata quella maggiormente apprezzata, seguita dalla seconda sessione, l'Epatite C e il benessere sessuale – negoziare la sicurezza. Le partecipanti hanno rilevato che le strategie insegnate durante la terza sessione, Epatitis C e benessere emotivo – ridurre l'umore negativo, non sono state sufficienti a farle smettere di iniettarsi le droghe (e correre rischi) quando si sentivano giù.

Tabella 14 Modifica del comportamento dalla fase iniziale fino ad un mese dopo il termine dell'intervento

Risultati significativi	<i>Risultati non significativi</i>
Significativa riduzione nell'uso di cucchiaini o contenitori per mescolare che erano stati usati in precedenza da qualcun altro	Nessuna differenza nel condividere aghi/siringhe con qualcuno che sanno affetto da HCV
Significativa riduzione nell'uso condiviso di filtri, cucchiaini, contenitori o acqua con qualcuno che esse sanno essere HCV positivo	Nessuna differenza nella condivisione di filtri precedentemente usati da qualcun altro
Significativo aumento del livello di	Nessuna differenza nella preparazione della

informazione sulla trasmissione dell'HCV	dose o nel risciacquare l'attrezzatura con acqua precedentemente usata da qualcun altro
Significativo aumento del livello di informazione sulla trasmissione dell'HCV	Nessuna differenza nella condivisione di droghe con un'altra persona prima o dopo la preparazione della dose
	Nessuna differenza nell'uso di un tampone imbevuto di alcol prima dell'iniezione
	Nessuna differenza nel numero di tutti gli aghi/siringhe nuovi e mai usati prima utilizzati per iniettarsi droga, nel numero delle volte in cui i partecipanti si sono iniettati la droga con un ago/siringa che era già stato usato da qualcun altro o nel numero delle varie persone dalle quali avevano ricevuto aghi/siringhe usati
	Nessuna differenza nell'aver comportamenti a rischio in ambito sessuale
	Nessuna differenza nei sintomi depressivi

5. Conclusioni e raccomandazioni

5.1 Conclusioni

Le donne tossicodipendenti iniettive (FWID) rappresentano una popolazione vulnerabile con molti problemi di salute, l'infezione da HCV è tra le più diffuse. Il progetto REDUCE fornisce un intervento informativo comportamentale innovativo, basato sull'esperienza scientifica e verificato per ridurre i comportamenti a rischio di trasmissione dell'HCV ed impedire la diffusione dell'infezione da HCV nel gruppo di riferimento - le FWID - che è particolarmente vulnerabile.

Quali comportamenti a rischio di trasmissione dell'HCV assumono le FWID?

La valutazione sistematica dei comportamenti a rischio di trasmissione dell'HCV tra le FWID in 5 Paesi Europei ci ha consentito di concludere che l'alta incidenza dell'infezione HCV in questa popolazione può essere spiegata come il risultato di comportamenti a rischio costanti per la trasmissione dell'HCV, in particolare:

- Uso condiviso di attrezzatura per l'iniezione
- Tipici episodi di iniezione si verificano in gruppo o con un partner, aumentando il rischio di uso condiviso di attrezzatura di iniezione contaminata
- Alta incidenza di rapporti con partner ad alto rischio a causa dell'infezione dell'HCV contratta dal partner e/o episodi di violenza da parte del proprio partner. In entrambi i casi è frequente l'uso condiviso degli strumenti di iniezione e il sesso non protetto
- Bassa incidenza dell'uso del preservativo

Che cosa sanno sulla trasmissione dell'HCV le FWID?

Un altro aspetto rilevante messo in evidenza da questo studio è che una percentuale considerevole della popolazione presa in esame ha dimostrato di possedere un livello di conoscenza limitato circa i meccanismi di trasmissione dell'HCV. I risultati hanno evidenziato importanti discordanze e molti pregiudizi. Inoltre, anche se tali soggetti sono in grado di individuare correttamente alcuni dei comportamenti a rischio, ciò non impedisce loro di continuare ad assumere comportamenti ad alto rischio.

L'analisi del livello d'informazione sulla trasmissione dell'HCV dimostra che le FWID conoscono molti comportamenti a rischio. Per esempio la maggior parte sa che:

- Il rischio di trasmissione dell'HCV è collegato al contatto con il sangue
- Condividere gli aghi delle iniezioni, le siringhe, i cucchiaini, i filtri, i tamponi o i fazzoletti che sono stati usati da un'altra persona oppure spazzolini da denti,

rasoi, tatuaggi e piercing sono azioni correttamente considerate come possibile fonte di infezioni

- Sciacquare gli strumenti con acqua corrente non distrugge l'HCV
- Il sesso non protetto è un comportamento a rischio
- E' possibile re-infettarsi con l'HCV
- Condividere tazze, piatti o utensili da cucina, tossire e starnutire, abbracciare, stringere o tenere la mano, condividere cibo, aria e sedili del water non favorisce la diffusione dell'HCV

Che cosa sanno le FWID sulla trasmissione dell'HCV?

Restano numerosi e importanti lacune sul livello di informazione delle FWID relativamente alla trasmissione dell'HCV, in particolare:

- Scarsa conoscenza dei rischi di trasmissione dell'HCV dovuti all'uso condiviso dell'acqua distillata e di risciacquo
- Scarsa conoscenza dei rischi di trasmissione dell'HCV dovuti all'uso condiviso dei lacci emostatici, pipe, cannucce o banconote arrotolate o altri strumenti usati per sniffare droga
- Scarsa conoscenza del fatto che l'HCV può sopravvivere a lungo in strumenti contaminati

- Scarsa conoscenza del fatto che toccare il punto di iniezione di qualcun altro (per esempio toccare una vena, rimuovere il sangue o arrestare una perdita di sangue) può trasmettere l'HCV
- Scarsa conoscenza dell'esistenza di vari sotto-tipi di HCV
- Nell'attuale studio si è riscontrato che le FWID, oltre a non conoscere alcuni aspetti dell'infezione e trasmissione dell'HCV, hanno molti pregiudizi su come l'HCV è stato contratto e trasmesso:
- Molte credevano che era disponibile un vaccino per la prevenzione dell'HCV che veniva normalmente somministrato ai pazienti
- Molte credevano che è molto più facile essere infettati con l'HIV che con l'HCV
- Molte credevano che l'HCV può essere contratto solo da coloro che hanno l'HIV
- Molte credevano che l'infezione da HCV si può diffondere attraverso punture di zanzare

Perchè le FWID continuano a correre rischi?

Sebbene le FWID sembrassero essere consapevoli di alcuni dei principali comportamenti a rischio per la trasmissione dell'HCV, ciò non sembrava impedire loro di assumere tali comportamenti. Parecchie sono le ragioni che spiegano questa discordanza tra ciò che le FWID sanno e come si comportano:

1. Spesso non si preoccupano di pulire e sterilizzare l'attrezzatura utilizzata per iniettarsi la droga
2. Situazioni stressanti (per es. astinenza/ bisogno irrefrenabile di droga) possono spingerle a comportarsi in modo impulsivo
3. Spesso assumono la droga a gruppi (dove più soggetti si iniettano la droga e condividono attrezzatura e droghe) e/o luoghi non sicuri (per es. All'aperto/in spazi pubblici)
4. La violenza del proprio partner è frequente e limita alle FWID la possibilità di proteggere la propria salute negoziando pratiche sessuali e di iniezione più sicure
5. L'alta incidenza di comorbilità psichiatrica, in particolare depressione e ansia, rende le FWID anche più vulnerabili e pronte ad assumere comportamenti rischiosi. Cattivo umore e mancanza di comportamenti assertivi possono diminuire la loro capacità di proporre interazioni più sicure nelle loro relazioni/reti personali di sesso e droga.

Che cos'è l'intervento?

L'intervento come da manuale, progettato e testato in 5 paesi europei da questo studio, è stato valutato dalle FWID come un intervento interessante e necessario. Le partecipanti hanno valutato le tre sessioni dell'intervento in questo modo: la sessione 1 (relativa alla conoscenza) è stata quella maggiormente apprezzata, mentre la sessione 3 (relative al benessere emotivo) è stata la meno apprezzata. Le

partecipanti ed i terapeuti hanno suggerito di ridurre le parti didattiche di ciascuna sessione dove era loro richiesto di ascoltare, ed aumentare il tempo per la discussione di Gruppo sui vari argomenti. Quindi, l'intervento finale richiede qualche modifica prima di arrivare alla pratica di routine.

Le iniziative future di intervento sull'HCV per le FWID necessitano una revisione delle difficoltà relative alla selezione e alla ritenzione delle FWID. Durante lo studio una difficoltà consistente riscontrata è stata quella della selezione (attraverso i centri ambulatoriale di cura della tossicodipendenza) di FWID negative all'HCV. La maggior parte delle FWID sottoposte a trattamento erano già state infettate nel momento in cui richiedevano la cura per la prima volta, con implicazioni per la prevenzione dell'HCV in questo gruppo. Inoltre, le FWID hanno riferito di ritenere che le informazioni sulla trasmissione dell'HCV e sulla terapia veicolate dai medici generici e da altri operatori sanitari fossero più affidabili e sicure delle informazioni ricevute dai loro amici, con implicazioni per l'approccio usato negli interventi di prevenzione nella trasmissione dell'HCV.

I risultati ottenuti dal progetto REDUCE evidenziano la necessità di un approccio alla prevenzione della trasmissione dell'HCV che tenga conto del sesso dei destinatari del progetto. I risultati dello studio dell'intervento sono limitati in quanto non è stato uno studio randomizzato e controllato e vi ha partecipato solo un piccolo campione di soggetti FWID. Comunque, malgrado tali limiti, l'intervento è riuscito a ridurre alcuni comportamenti a rischio di tipo iniettivo e ha aumentato sensibilmente il livello di informazione sulla trasmissione dell'HCV tra i soggetti FWID. Tuttavia non è riuscito a ridurre i comportamenti a rischio che comportano la trasmissione dell'HCV per via sessuale, probabilmente per il fatto che la maggior parte delle partecipanti avevano rapporti a lungo termine e consolidati dove i preservativi non normalmente

erano usati. I costi della prima fase dell'intervento maggiormente apprezzato rispetto ai costi successivi della terapia successiva (dal trapianto di fegato all'interferone) evidenziano la necessità di riuscire a portare a termine con successo interventi di prevenzione dell'HCV, come l'intervento informativo comportamentale REDUCE, quando i destinatari sono costituiti da soggetti vulnerabili.

5.2 Raccomandazioni

I risultati raccolti con il progetto REDUCE hanno prodotto numerose raccomandazioni:

1. Interventi di prevenzione dell'HCV che tengano conto del sesso dei destinatari, come l'intervento REDUCE, sono necessari per soddisfare i bisogni specifici delle FWID
2. Resta la necessità di uno studio randomizzato e controllato dell'intervento REDUCE
3. Gli interventi psicologici dovrebbero essere offerti non solo nei centri di trattamento delle tossicodipendenze ma anche nelle pratiche dei medici generici e nell'ambito dei servizi sanitari pubblici al fine di raggiungere una più ampia popolazione e, fatto ancor più importante, migliorare la capacità delle FWID di ridurre i comportamenti a rischio e prevenire l'infezione.

6. Riferimenti

1. World Health Organisation (2000) Fact sheet N°164.
2. Vescio, M.F. et al (2008). Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. *J. Epidemiol Community Health* 62: 305-13.
3. Tohme, R.A. & Holmberg, S.D. (2010) Is sexual contact a major mode of hepatitis C virus transmission. *Hep Rev* 52(4):1497-505.
4. Booth, R.E., et al. (1995) Gender differences in sex-risk behaviors, economic livelihood, and self-concept among drug injectors and crack smokers. *Am J Addictions* 4, 313-22.
5. Brook, D.W., et al. (2000) Needle sharing: a longitudinal study of female injection drug users. *Am J Drug Alc Abuse* 26 (2): 263-81.
6. Stein M.D., et al. (2001) Hepatitis C disease among injection drug users: knowledge, perceived risk and willingness to receive treatment. *Drug Alcohol Depend* 61(3):211-15.
7. O'B S. t. (2008) I j ct g d ug us s' u d st d g h t t s C. *Addict Behav* 33:1602–605.
8. Doherty, M.C., et al. (2000) Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults, *J Urban Health* 77: 396–414.
9. Wood, E. (2007) Gender and risk factors for initiation into injection drug use. *Drug Alcohol Rev* 26:333-34.
10. Hahn, J.A., et al. (2002) Hepatitis C virus seroconversion among young injection drug users: relationships and risks, *J Infect Dis* 186:1558–64.
11. Evans, J.L., et al. (2003) Gender differences in sexual and injection risk behavior among active young injection drug users in San Francisco (the UFO study). *J Urban Health* 80:137–46.
12. Bennett, G.A., et al. (2000). Gender differences in sharing injecting equipment by drug users in England. *AIDS Care* 12:77-87.
13. Montgomery, S.B., et al. (2002) Gender differences in HIV risk behaviors among young injectors and their social network members. *Am J Drug Alcohol Abuse* 28:453–75.
14. Engstrom, M., et al. (2008) Childhood Sexual Abuse and Intimate Partner Violence among Women in Methadone Treatment: A Direct or Mediated Relationship? *J Fam Viol* 23:605-17.
15. Hearn, K.D., et al. (2005) Intimate Partner Violence and Monogamy among Women in Methadone Treatment. *AIDS Behav* 9:177-86.
16. Copenhaver, M.M., et al. (2006). Behavioral HIV risk reduction among people who inject drugs: Meta-analytic evidence of efficacy. *JSAT* 31:163-71.

17. Garfein R.S., et al. (2007) Reduction in injection risk behaviors for HIV and HCV infection among young injection drug users using a peer-education intervention. *AIDS* 21:1923-32.
18. Balfour L., et al. (2009) Increasing public awareness about hepatitis C: development and validation of the brief hepatitis C knowledge scale. *Scand J Caring Sci.* 23:801-8.
19. Cox J., et al. (2008) Low perceived benefits and self-efficacy are associated with Hepatitis C virus (HCV) infection related risk among injection drug users. *Soc Sci Med.* 66:211-20.
20. University of the West of Scotland, Health Protection Scotland and West of Scotland Specialist Virology Centre. The Needle Exchange Surveillance Initiative (NESI): Prevalence of HCV and injecting risk behaviours among injecting drug users 144 attending needle exchanges in Scotland, 2008/09 & 2010/2. (2012) University of the West of Scotland.
21. Mestre-Pintó, J.M. et al. (2014) Dual Diagnosis Screening Interview to Identify Psychiatric Comorbidity in Substance Users: Development and Validation of a Brief Instrument. *Eur Addict Res* 20:41–48.
22. Hegarty, K. et al. (1999) A multidimensional definition of partner abuse: development and preliminary validation of the Composite Abuse Scale. *J Fam Violence* 14:399-415.
23. Pope, C. et al. (2000) Qualitative research in health care: analysing qualitative data. *BMJ* 320:114-46.
24. Garfein, R.S. et al. (2007) A peer-education intervention to reduce injection risk behaviors for HIV and hepatitis C virus infection in young injection drug users. *AIDS* 21:1923-32.
- 25 Gilbert, L., et al. (2006) An integrated relapse prevention and relationship safety intervention for women on methadone: testing short-term effects on intimate partner violence and substance use. *Violence Vict* 21:657-72.
- 26 Lewinsohn, P.M., et al. (1984). *The Coping with Depression Course*. Eugene OR: Castalia Publishing Company.
- 27 Carpenter, K.M., et al. (2006). Behavioral Therapy for Depression in Drug Dependence (BTDD): Results of a stage 1a therapy development trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 32:541–48.
- 28 Carpenter, K.M., et al. (2008). Developing therapies for depression in drug dependence: results of a stage 1 therapy study. *Am J Drug Alcohol Abuse* 34:642-52.
- 29 Kroenke, K., et al., (2001) The PHQ-9. *J Gen Intern Med* 16:606-13.