

**IL COUNSELLING NELL'INFEZIONE DA HIV:
ASPETTI GENERALI**

LINEE GUIDA SUL COUNSELLING (OMS 1995) *

Traduzione e commento a cura di: *Elena Bravi, Annalisa Rossi*

Sezione di Screening HIV - Ser.T 1, Azienda U.L.S. 20, Verona

5

Premessa

Il presente capitolo riporta la traduzione delle principali e più recenti indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization – Global Programme on AIDS), in tema di counselling per l'HIV-AIDS.

In apertura vengono presentate le linee-guida politiche al counselling ("*Counselling for HIV-AIDS: a key to caring*"); in seguito vengono considerati gli aspetti tecnici di tale attività, più strettamente legati alla pratica professionale, aspetti che vengono trattati nel "*Source Book for HIV/AIDS Counselling Training*". Tale testo è stato elaborato con la collaborazione di numerosi esperti nel campo del counselling per l'HIV-AIDS e della formazione in tale ambito, ed è stato utilizzato in più di 35 Workshop nazionali e regionali organizzati dal Programma Mondiale sull'AIDS dell'OMS.

Per una maggior chiarezza del lettore si è cercato di adattare la traduzione dei servizi sanitari statunitensi alla nostra realtà italiana (es. "Health Community Centers" = ULSS, oppure "Community Based Programmes" = progetti di educazione alla salute, o ancora "Family Planning and Child Health Clinics" = consultori). Ci si scusa fin d'ora per eventuali errori o omissioni.

Linee guida generali e nazionali sul counselling

PERCHÉ È IMPORTANTE AVERE DELLE LINEE GUIDA SUL COUNSELLING PER L'HIV-AIDS?

Le linee-guida sul counselling nell'infezione da HIV (inclusi i metodi di azione preferenziali), vengono fornite dal Ministero della Sanità o da altre istituzioni. Lo sviluppo di politiche in questo campo è particolarmente importante poiché:

a) Il counselling per l'HIV è un elemento fortemente raccomandato nell'esecuzione del

* Tratto da: "*Counselling for HIV/AIDS: as key to caring*", OMS, Geneva '95.

"*Source book for HIV/AIDS Counselling Training*", OMS, Geneva 95.

test e risulta particolarmente importante avere indicazioni chiare sul ruolo del counselling pre e post-test.

- b) I counsellor per l'HIV-AIDS, più di qualsiasi altro professionista nel campo dell'HIV, sono depositari di informazioni personali molto delicate (dati sensibili) ed hanno a che fare con persone in condizione di forte stress.
- c) Attente politiche vanno disposte per definire chi abilita le persone all'esercizio del counselling per l'HIV-AIDS.
- d) Nella maggior parte dei servizi sanitari e sociali il counselling per l'HIV è un'attività relativamente nuova. Per evitare reazioni negative da parte dello staff e dei responsabili è necessaria la definizione di linee guida sul ruolo e gli obiettivi di questa attività.

PERCHÉ È IMPORTANTE ISTITUIRE DEI SERVIZI DI COUNSELLING?

I servizi di counselling per l'HIV-AIDS vengono istituiti con l'obiettivo di incontrare i bisogni di supporto emotivo dei soggetti che hanno problemi o preoccupazioni legate all'HIV. Sono importanti non solo per i singoli individui e le loro famiglie, ma anche per la comunità locale che vive intorno al paziente (inclusi gli amici ed i colleghi). Quando le persone sieropositive e le loro famiglie vengono aidate a far fronte alle emozioni legate alla sieropositività, sono in grado anche di parlare più apertamente dei loro problemi e indicare chi, nella comunità locale, può supportarli.

Il counselling per l'HIV-AIDS è importante per il singolo individuo, in quanto:

- aiuta soggetto a far fronte alla comunicazione dello stato di sieropositività e alle emozioni ad essa collegate, a sviluppare l'autostima e a vivere una vita "piena", e a cercare supporto medico e sociale;
- lo aiuta a valutare il suo rischio personale di infezione, così come il rischio del partner, e a fare dei progetti per ridurre tale rischio.

Il counselling per l'HIV-AIDS è inoltre importante per chi è vicino al paziente, come la famiglia o gli amici stretti, perché:

- facilita la comunicazione tra il soggetto sieropositivo e la sua famiglia;
- consente alla famiglia di essere coinvolta nella discussione sulle misure preventive per la trasmissione dell'infezione e sull'assistenza al paziente.

I fattori che devono essere presi in considerazione nello sviluppo di politiche per i Servizi di counselling per l'HIV-AIDS sono i seguenti:

- *i fattori epidemiologici*, come la prevalenza dell'infezione da HIV, l'eventuale diffusione tra particolari gruppi di persone ed il trend di trasmissione dell'infezione;
- *i fattori socioculturali*, come l'atteggiamento ed il comportamento verso l'HIV-AIDS nei gruppi-chiave, come i politici, i medici e i membri della comunità;
- *i fattori storici o politici*, come l'esistenza di legislazioni o politiche rispetto al test obbligatorio e la notificazione delle malattie infettive o dei risultati di altre valutazioni di salute;
- *le disposizioni sulla distribuzione dei servizi*, come la distribuzione di salute, la pianifi-

cazione familiare, servizi sociali e di counselling con la relativa forza lavoro e il razionale per questa distribuzione o la sua appropriatezza.

IL CONTROLLO E LA VALUTAZIONE DEI SERVIZI DI COUNSELLING PER L'HIV-AIDS

Devono essere predisposte procedure di sorveglianza e di controllo al fine di assicurare che i servizi di counselling vengano erogati come previsto e che eventuali limiti vengano prontamente evidenziati e risolti.

La valutazione dell'impatto del counselling per l'HIV-AIDS è necessaria per determinare se gli obiettivi del counselling sono stati raggiunti. Questi obiettivi, solitamente, corrispondono ai motivi per i quali il servizio di counselling è stato istituito.

Il processo di valutazione dovrebbe considerare i seguenti aspetti:

- *la rilevanza*, cioè se i servizi sono stati istituiti sulla base di bisogni chiaramente espressi e se il servizio di counselling sia il modo migliore per rispondere a tali bisogni;
- *la ricaduta*, cioè se i servizi ottengono lo scopo prefissato;
- *l'efficienza*, cioè se i servizi vengono forniti in modo tempestivo e a costi contenuti;
- *lo stato di avanzamento*, cioè se i servizi corrispondono a quanto progettato.

QUALI SONO LE POLITICHE E LE PROCEDURE ESSENZIALI DA ADOTTARE PRIMA CHE I SERVIZI DI COUNSELLING PER L'HIV-AIDS SIANO ISTITUITI?

Il counselling per l'HIV-AIDS risulta più efficace quando gli aspetti di seguito riportati sono già definiti prima della costituzione del Servizio:

- a) gli obiettivi e gli scopi di un Servizio di counselling nel Paese o nell'istituzione, "dove" e "a chi" deve essere indirizzato il counselling e le strategie da seguire affinché il counselling sia disponibile/accessibile al target previsto;
- b) procedure scritte all'interno di ogni istituzione o agenzia che fornisca un servizio di counselling che garantisca che il test è confidenziale e, a richiesta, anonimo. Se necessario, procedure per spiegare a tutti i clienti la differenza tra i due concetti;
- c) politiche che definiscano chiaramente che tutti i test per l'HIV devono essere volontari e basati sull'esplicito informato consenso;
- d) linee guida scritte su "chi" deve fornire il counselling per l'HIV-AIDS: quale deve essere la formazione professionale e quale formazione specifica è necessaria. Anche il ruolo dei volontari per quanto riguarda i diversi aspetti del counselling (pre e post-test, controlli, etc.) deve essere chiaramente definito.

QUALI FASI SI DEVONO SEGUIRE PER SVILUPPARE ADEGUATE POLITICHE PER IL COUNSELLING NELL'HIV-AIDS?

L'attuazione delle fasi di seguito riportate rappresenta un approccio per risolvere il problema della mancanza o inadeguatezza di specifiche politiche sul counselling:

1. nomina di un coordinatore per il counselling HIV-AIDS e raccolta di informazioni rilevanti sul contesto;
2. identificazione e definizione delle priorità su temi di counselling per l'HIV-AIDS che richiedano lo sviluppo di politiche o emendamenti;
3. analisi dettagliata delle priorità e selezione delle strategie adeguate per raggiungere lo scopo;
4. sviluppo di politiche, almeno come bozza;
5. presentazione e revisione delle bozze da parte dei funzionari addetti;
6. completamento e diffusione delle politiche sul counselling per l'HIV-AIDS e relativa pubblicazione;
7. verifica e controllo dell'attuazione delle suddette strategie.

La natura del counselling per l'HIV-AIDS

PERCHÉ È NECESSARIO IL COUNSELLING?

- Il counselling nell'infezione da HIV-AIDS è importante perché questa infezione dura tutta la vita; durante il corso dell'infezione è probabile che venga sperimentata un'ampia gamma di bisogni fisici e sociali e di problemi psicologici, non necessariamente costanti, ma che tendono a diventare progressivamente più complessi e difficili da gestire. Il counselling può aiutare i soggetti sieropositivi, le loro famiglie e la comunità in cui vivono ad affrontare questi problemi.
- Il counselling, inoltre, fornisce il supporto necessario per ottenere sostanziali cambiamenti nei comportamenti a rischio. L'informazione da sola non è sufficiente a ridurre la soggettiva resistenza al cambiamento. Attraverso il counselling il cliente viene messo in grado di trovare modalità diverse, e spesso nuove, per un'attività sessuale più sicura e delle relazioni sociali responsabili. I cambiamenti comportamentali possono prevenire l'acquisizione e la trasmissione dell'infezione da una persona ad un'altra.
- Il counselling aiuta gli individui a gestire attivamente i loro problemi, allo scopo di condurre una vita più densa di significato. Essi imparano a mantenere il controllo sulle loro vite imparando a risolvere i loro problemi e a prendere decisioni autonome.

COS'È IL COUNSELLING PER L'HIV-AIDS?

Il counselling per l'HIV-AIDS è un *dialogo tra un cliente ed un operatore finalizzato a mettere in grado il cliente di reagire allo stress e di prendere decisioni autonome relativamente all'HIV*. Il processo di counselling include la valutazione soggettiva del rischio di trasmissione e l'incentivazione del comportamento preventivo.

Il counselling per l'HIV ha due scopi principali:

- offrire supporto psicosociale alle persone con infezione da HIV;
- prevenire il rischio di trasmissione ad altre persone.

Questi obiettivi vengono raggiunti con i seguenti metodi:

- fornire al cliente adeguate informazioni sull'HIV-AIDS (es. significato del contagio, prevenzione e testing, etc.);
- aiutare gli individui affetti, le loro famiglie e gli amici a gestire le possibili reazioni emotive correlate all'HIV-AIDS (es. rabbia, paura, diniego);
- discutere gli interventi adatti alle circostanze e ai bisogni del cliente;
- incoraggiare il cambiamento, quando questo sia necessario, per la prevenzione o il controllo dell'infezione (es. sesso protetto).

Il supporto psicosociale fornito dal counselling rafforza il soggettivo senso di responsabilità, necessario per poter accettare nuove informazioni e cambiamenti nel proprio stile di vita. Il counselling può aiutare le persone a definire meglio la natura del problema che stanno affrontando; esse possono prendere decisioni realistiche sul da farsi per ridurre l'impatto di questi problemi su se stessi, la loro famiglia, i loro amici.

Le tecniche usate nel counselling possono variare da Paese a Paese; possono persino variare all'interno dello stesso Paese, in relazione al tipo di contesto delle persone a cui viene offerto il counselling e al tipo di servizi sociali e sanitari disponibili a livello locale.

A CHI È DIRETTO L'INTERVENTO DI COUNSELLING PER L'HIV-AIDS?

Il counselling per l'HIV-AIDS è diretto agli individui, le coppie, le famiglie e i gruppi che nel presente lavoro vengono chiamati "*clienti*". Questo tipo di counselling è specificamente indirizzato a:

- persone che si sottopongono al test per l'HIV (pre-test o post-test, sia che siano infette oppure no);
- persone con infezione da HIV-AIDS e loro partner;
- persone che incontrano difficoltà nel lavoro, nella ricerca di abitazioni o che hanno difficoltà finanziarie conseguenti all'infezione da HIV;
- coloro che cercano aiuto a causa di comportamenti a rischio, passati o presenti.

Tutte le persone sessualmente attive, in tutti i Paesi del mondo, devono essere informate che il sesso non protetto le espone a un determinato rischio di infezione da HIV. In ogni società, un certo numero di soggetti e di gruppi può essere più o meno a rischio, in relazione alla loro situazione, la loro vulnerabilità ed il loro comportamento. Nelle aree di elevata prevalenza, tutte le persone sessualmente attive sono a rischio e qualsiasi rapporto non protetto può essere "rischioso", anche con un partner regolare o con il/la coniuge. In alcune aree, determinati individui e gruppi possono essere *particolarmente* a rischio. Alcuni di questi includono:

- uomini e donne con numerosi partner sessuali, che praticano rapporti penetrativi non

protetti, anali, vaginali e orogenitali, incluse le femmine ed i maschi che praticano sesso a pagamento ed i loro clienti;

- assuntori di droghe per via iniettiva che scambiano le siringhe;
- persone che abbiano ricevuto trasfusioni di sangue o di prodotti emoderivati non controllati o che siano stati trapiantati.

Il counselling è confidenziale e, generalmente, coinvolge un singolo cliente ed un singolo operatore. Il cliente ha diritto assoluto alla *confidenzialità* e/o all'*anonimato*, a meno che lui non decida diversamente. In ogni caso, a discrezione del cliente e dell'operatore, all'intervento di counselling possono partecipare:

- membri della famiglia del cliente;
- un secondo operatore, con abilità di counselling aggiuntive, che possa essere utile per aiutare il cliente a risolvere qualche particolare problema;
- membri di gruppi di supporto per soggetti affetti da HIV-AIDS;
- altre persone, come ad esempio un medico.

CHI DOVREBBE FORNIRE IL COUNSELLING?

Un'ampia gamma di persone possono avere un ruolo nel fornire un servizio di counselling HIV-AIDS:

- infermieri, assistenti sociali e altri operatori che siano stati specificamente formati al counselling per l'HIV-AIDS e che possano fornire questa attività sia part-time, sia a tempo pieno. Alcuni di questi soggetti, adeguatamente formati, possono funzionare da punti di riferimento per i servizi di counselling nel loro Paese, provincia o distretto;
- counsellor a tempo pieno (es. psicologi e terapisti) che siano stati specificamente formati al counselling per l'HIV-AIDS e che possono ricevere clienti sia direttamente, sia attraverso l'invio di altri operatori;
- religiosi e altri operatori della comunità locale il cui lavoro consista essenzialmente nel trattare in maniera appropriata informazioni confidenziali ed aspetti emotivi;
- membri della comunità e membri di organizzazioni/associazioni di supporto per l'AIDS e persone che vivono con l'HIV-AIDS.

Il ruolo consono a ciascuna delle suddette categorie di counsellor e la loro relativa formazione possono variare ampiamente in relazione al contesto e al setting in cui viene fornito il counselling.

DOVE PUÒ ESSERE FORNITO IL COUNSELLING?

Il counselling per l'HIV-AIDS può avvenire in luoghi come reparti ospedalieri, centri per le malattie sessualmente trasmesse, centri per l'esecuzione volontaria del test e del counselling, cliniche prenatali e post-partum, consultori per la pianificazione familiare e per la sa-

lute della madre e del bambino, centri trasfusionali e altri luoghi di donazione di sangue, Unità Sanitarie Locali, scuole, chiese, e in tutti i programmi di salute in strada o in progetti di educazione alla salute.

CHE RAPPORTO C'È TRA IL COUNSELLING E L'EDUCAZIONE SANITARIA?

Counselling ed educazione sanitaria hanno molto in comune, tuttavia il counselling è una comunicazione confidenziale che è fornita in risposta ai bisogni del cliente e che garantisce supporto emotivo per assistere i soggetti e le loro famiglie, che possono avere problemi o preoccupazioni legate all'HIV.

L'educazione all'HIV-AIDS, invece, non è confidenziale, è prevalentemente didattica e viene progettata per incontrare i bisogni di salute pubblica e per soddisfarli (es. prevenire la trasmissione dell'HIV, evitare le discriminazioni, incentivare la cura per i soggetti affetti).

L'area fondamentale del counselling è, comunque, quella della comunicazione personale.

Aspetti psicosociali e culturali del counselling

PROSPETTIVA PSICOSOCIALE

La prospettiva psicosociale è fondamentale per il counselling HIV. Il counsellor dovrebbe riconoscere sia i tratti di personalità, sia l'ambiente sociale che influenzano il comportamento del cliente.

Un obiettivo centrale del counselling è quello di mantenere o ricostruire le relazioni del cliente con la sua famiglia, gli amici, la comunità.

CULTURA E TRADIZIONE

- La "cultura" può essere definita come l'insieme delle consuetudini, le aspettative, i comportamenti, i rituali, i valori e le credenze che i gruppi umani sviluppano nel tempo. La cultura è il risultato dell'interazione tra persone, idee ed ambiente. Attraverso la cultura e la tradizione le persone imparano ad accettare determinati comportamenti, che siano giusti o sbagliati. La cultura determina o influenza lo status sociale e anche l'uso del linguaggio.
- La cultura influenza pesantemente anche i sentimenti e le credenze della gente sulla salute e la malattia, sulla cura e sull'infermità, sulla morte e sulla perdita. Le tradizioni, che passano da una generazione all'altra, possono diventare particolarmente importanti in periodi di stress, soprattutto se questo riguarda la malattia o la morte. Ad esempio, una cultura può interpretare la malattia come una punizione, un'altra come un destino. Ciò che una cultura considera una normale risposta alla situazione di malat-

tia, un'altra può trovare la stessa cosa strana, insolita.

- La cultura e la tradizione influenzano il modo in cui la gente interpreta, spiega e risponde all'infezione da HIV-AIDS. Talvolta i pazienti se la prendono con Dio o con qualche altro potere soprannaturale; altre volte rimproverano se stessi. In alcune parti del mondo l'AIDS è considerata la "malattia degli omosessuali", una malattia portata dagli "stranieri" o, in altre zone, una malattia acquisita da prostitute infette.
- Il counsellor dovrebbe essere in grado di discutere questi problemi con una certa facilità così come di spiegare, rassicurando e ripetendo, perché sia necessario fare domande così intime e parlare apertamente di sessualità. Poiché l'infezione da HIV è una malattia a trasmissione sessuale, la cultura e gli atteggiamenti personali rispetto il sesso sono estremamente importanti. Il counsellor dovrebbe sapere anche che molte persone possono trovarsi in difficoltà nel prendere in considerazione l'uso del profilattico, come di qualsiasi altra forma di contraccezione, sia per motivi culturali, sia religiosi e/o morali.

ASPETTI CULTURALI NEL COUNSELLING

Il counsellor dovrebbe essere molto sensibile alle differenze culturali, oppure, se questo è il caso, dovrebbe riconoscere la sua scarsa familiarità con la cultura del cliente. Il counsellor dovrebbe esaminare, con i suoi clienti, le credenze rispetto la malattia, in particolare l'infezione da HIV, e il counselling. Questo può essere fatto attraverso alcune domande:

- La gente a cosa attribuisce la causa della malattia? Come spiega la malattia e la morte?
- Come viene chiamato l'HIV-AIDS in gergo e che cosa si crede l'abbia causato?
- Cosa pensa la gente a proposito delle persone infette? Vengono biasimati per la loro malattia? Se sì, vengono abbandonati, lasciati soli?
- Chi viene riconosciuto come un potenziale aiuto? Che cosa fanno queste persone, che tipo di aiuto forniscono?
- Che cosa ci si aspetta dalle persone sull'assistenza al malato? Ci si aspetta che sia la famiglia a farsi carico di lui?
- Come si sente la gente a discutere problemi intimi con persone estranee, magari di sesso diverso dal loro o di diversa provenienza culturale?
- Come si sente la gente a discutere l'utilizzo del profilattico o di altri mezzi per il sesso sicuro con i loro partner sessuali?

Il counsellor dovrebbe inoltre anticipare che alcune informazioni potrebbero risultare imbarazzanti, buffe o suscitare rabbia in relazione al contesto culturale. Sul piano religioso, ad esempio, una persona potrebbe essere infastidita da un counsellor che menzionasse la masturbazione. Come sempre, il counsellor deve rispettare le credenze del cliente, ma contemporaneamente fornirgli le informazioni necessarie circa le possibilità di cambiare il suo comportamento.

I processi del counselling

LA SITUAZIONE DI COUNSELLING

Nel counselling due persone (un operatore ed un cliente) si incontrano per affrontare una crisi, risolvere un problema o prendere decisioni che coinvolgono situazioni e comportamenti estremamente intimi e privati. Un atteggiamento accogliente, aperto e disponibile è quindi essenziale da parte del counsellor. Il cliente può non sapere nulla sul counselling o su cosa ha a che fare. Discutere con un estraneo di problemi personali può essere vissuto come minaccioso, pericoloso o culturalmente vietato.

In ogni caso, anche un certo grado di distacco emotivo nel valutare la situazione del cliente è importante. Il counsellor deve trovare il corretto equilibrio tra un atteggiamento accogliente e supportivo ed un approccio al problema più oggettivo e razionale. Questo risulta particolarmente importante nel promuovere il benessere e le abilità di problem-solving del cliente.

TIPI DI COUNSELLING

Non esiste un unico metodo di counselling che sia appropriato in ogni situazione. Gli approcci al counselling probabilmente varieranno da un Paese all'altro, così come tra diversi gruppi sociali. La scelta della tecnica di counselling è influenzata da molti fattori, tra cui la disponibilità di risorse locali.

In maniera ancora più importante, il tipo di counselling utilizzato si baserà su:

- i bisogni del cliente e le circostanze, incluso lo stato psicologico;
- il tipo di problema;
- il livello del problema al momento del colloquio di counselling.

Ci sono diversi tipi di counselling:

1. il counselling cosiddetto "di crisi" (*"crisis counselling"*);
2. il counselling per risolvere un problema (*"problem-solving counselling"*);
3. il counselling per prendere decisioni (*"decision making counselling"*).

1. "Crisis counselling"

Il counselling cosiddetto "di crisi" è quello più frequentemente utilizzato, a causa della minaccia alla sopravvivenza e lo stigma sociale che l'HIV-AIDS comporta.

Una crisi emotiva avviene quando una persona si sente:

- gravemente minacciata;
- completamente stupita e colta impreparata di fronte a quanto le sta capitando;
- emotivamente disturbata a causa della perdita di controllo;
- emotivamente paralizzata a causa dell'apparente mancanza di soluzione al problema;

tutti gli sforzi compiuti per risolvere la crisi sembrano inefficaci oppure i risultati sembrano essere dannosi, al pari della minaccia stessa.

Nota: *Qualsiasi evento che la persona percepisce e definisce come una "crisi", è una crisi per quella persona.*

Una crisi è costituita di 4 elementi:

- *lo shock* (shock nel rendersi conto che qualcosa non va);
- *il rifiuto* (rifiuto della realtà);
- *il ritiro* (tendenza a rimanere soli e ad isolarsi);
- *l'accettazione* (ripristino dell'autostima e della sensazione di controllo).

Il counsellor dovrebbe cominciare dal "punto in cui si trova il cliente"; dovrebbe rassicurare e supportare mentre lui/lei discute la crisi. Egli ascolta attentamente e commenta l'intensità dei sentimenti, delle paure o dei tentativi che il cliente sta facendo per affrontare il problema.

Per definire il problema e ripristinare il senso di controllo il counsellor dovrebbe usare le seguenti tecniche:

- domande guidate (strutturate);
- accettazione dei sentimenti del cliente;
- supporto emotivo.

Il counsellor, nell'utilizzare queste tecniche, dovrebbe:

- rimanere nel "qui ed ora", focalizzandosi sui sentimenti e le ansie attuali del cliente;
- valutare se il cliente mostra abilità di decision-making o mostra sentimenti di mancanza di speranza e di aiuto e di perdita di controllo;
- chiarire cosa il cliente considera come crisi e concordare un'azione per risolvere o semplificare la crisi;
- iniziare a lavorare su un aspetto della crisi, preferibilmente su quello più semplice da trattare, al fine di conquistare la fiducia per affrontare futuri problemi.

2. "Problem-solving counselling"

Spesso il counselling per la crisi e quello per il problem-solving si svolgono assieme. Un cliente si sente in grado di affrontare una crisi in relazione a quanto il problema dell'infezione diventa chiaro. Il "crisis counselling" è direttamente focalizzato sul presente; il "*problem solving-counselling*" riguarda il pianificare assieme i metodi di prevenzione della trasmissione, i modi per affrontare le reazioni all'HIV-AIDS e le cure mediche.

Il "problem-solving counselling" si basa inizialmente e prevalentemente sul supporto emotivo e sull'empatia. Mentre il problema dell'infezione da HIV non può essere risolto, le sue attuali conseguenze possono essere chiaramente definite. Le preoccupazioni della persona devono avere efficaci informazioni, su cui basare le proprie decisioni.

L'approccio al problem-solving viene utilizzato per aiutare il cliente a:

- comprendere la natura della malattia;

- valutare l'impatto della malattia nella vita quotidiana;
- acquisire o rinforzare le abilità personali nel gestire le crisi;
- modificare il proprio comportamento per proteggere sè e gli altri.

Nel "problem-solving counselling" il counsellor:

- definisce tutti gli aspetti del problema, inclusa la sua durata e i suoi effetti, per come il cliente li vede;
- incoraggia la discussione sui sentimenti del cliente e lo rassicura, con il supporto, circa la normalità dei suoi sentimenti;
- valuta le abilità di problem-solving del cliente, sia passate, sia attuali;
- divide il problema nelle sue componenti meno complesse e più facilmente risolvibili e progetta un'azione per ogni singolo sotto-problema;
- discute le risorse personali disponibili o necessarie.

3. "Decision-making counselling"

In base alla consapevolezza di comportamenti a rischio o di una diagnosi di infezione, il cliente deve prendere delle decisioni in merito al suo comportamento e ad altri possibili cambiamenti. Nella migliore delle ipotesi queste decisioni saranno prese con un maggior controllo emotivo ed una migliore comprensione del problema.

Il "decision making-counselling" aiuta il cliente a focalizzare decisioni spiacevoli, ma necessarie. Le decisioni che possono essere prese in considerazione includono:

- Chi deve sapere della situazione e come dirlo?
- Come trattare difficoltà legali, finanziarie o altre difficoltà come l'eredità?
- A chi deve chiedere per supporto emotivo o cure fisiche?
- Chi si occuperà dei bambini?
- Che tipo di cambiamenti devono essere attuati nella dieta o nello stile di vita, per rimanere nel miglior stato di salute possibile?

Queste non sono domande piacevoli, ma prenderle in considerazione e tentare di risolverle aiutano il cliente a ripristinare un senso di controllo.

I diversi tipi di counselling sono tutti correlati. Essi possono essere selezionati in accordo con i bisogni del cliente in un determinato momento. Ognuno può essere utilizzato più volte con la stessa persona o famiglia.

CARATTERISTICHE DEL COUNSELLING

Alcune caratteristiche sono comuni a tutti i tipi di counselling:

1. *Tempo*: il processo di counselling non può essere precipitoso; il tempo è necessario per sviluppare una relazione di aiuto;
2. *Accettazione*: le persone con l'HIV-AIDS devono sentire che sono pienamente accettate

dal counsellor, indipendentemente dal loro status socio-economico, dal loro contesto economico, culturale e religioso, dal loro lavoro o dalle loro relazioni personali;

3. *Accessibilità*: i clienti che hanno bisogno del counselling devono sapere che possono chiedere un appuntamento o chiamare il counsellor quando vogliono. I counsellor dovrebbero essere regolarmente disponibili. Anche il luogo dove si svolge il counselling deve essere geograficamente raggiungibile;
4. *Significatività ed accuratezza*: qualsiasi informazione fornita dal counselling, ad esempio sull'infezione da HIV, deve essere sia scientificamente valida, sia attuale e costantemente revisionata;
5. *Confidenzialità*: la fiducia è uno dei più importanti fattori nella relazione tra il counsellor e il suo cliente. Essa alimenta la relazione ed incentiva i cambiamenti che il soggetto, o il gruppo, metteranno in atto sulla base delle informazioni ottenute. La confidenzialità vieta qualsiasi riferimento o discussione ad un cliente al di fuori di un contesto professionale, senza il consenso del cliente stesso.

AZIONI IN UN INCONTRO DI COUNSELLING

Un intervento di counselling solitamente dura tra i 15 minuti ed 1 ora.

Alcune azioni sono molto importanti in ogni sessione di counselling:

1. *chiarire e specificare i problemi*: il counsellor dovrebbe utilizzare al meglio le sue abilità di ascolto e di intervista per individuare e chiarire i problemi più urgenti per il cliente (es. informare il partner della propria sieropositività);
2. *fornire informazioni sulle risorse alternative*: (diversi modi per affrontare il problema) *“la conoscenza delle diverse opzioni è vitale per il counsellor, così come lo è la conoscenza dell'anatomia per il chirurgo”*;
3. *selezionare alternative realistiche*: il counsellor dovrebbe aiutare il cliente a selezionare le alternative fattibili e garantire la soddisfazione personale ed il supporto necessari per affrontare un determinato problema;
4. *stimolare la motivazione ed il “decision-making”*: quando le persone sentono di avere un controllo personale sulla loro vita e sulle loro decisioni e se le loro abilità e la loro autostima vengono aumentate, la loro motivazione ad operare dei cambiamenti cresce. Per questo è sempre importante incoraggiare e sostenere positivamente i tentativi finora fatti, con una visione realistica sul perché non hanno funzionato come dovevano.

Gli stadi nella relazione di counselling

1. STADIO INIZIALE

Il counsellor inizia cercando di capire cosa sa il cliente sul counselling e che cosa si aspetta da questo. Se necessario, spiega brevemente il processo illustrandolo con esempi e discutendo i timori del cliente al proposito. All'inizio il counsellor può incontrare resistenze da parte del cliente, dovute essenzialmente alla difficoltà a fidarsi.

Un modo per incoraggiare la fiducia è quello di permettere ai clienti di raccontare le loro storie nella maniera che preferiscono. Ciò dimostra rispetto per la persona e permette al counsellor di osservare i sentimenti del paziente e di ottenere delle indicazioni sul suo modo di esprimere idee, fatti e sentimenti, nonché su alcuni aspetti della comunicazione (timidezza, esitazione, direttività, etc.).

Con le informazioni ottenute in questo stadio iniziale, il counsellor comincerà a preparare un piano d'azione con il cliente, che dipenderà dalla natura del problema. Questo include:

- capire come il cliente vorrebbe si risolvesse il problema;
- evidenziare cosa il cliente vorrebbe fosse fatto per gestire il problema;
- chiarire cosa si aspetta il cliente dal counselling;
- descrivere il tipo di aiuto che può offrire il counsellor, dando speranze realistiche e discutendo i motivi dei limiti in questo tipo di aiuto;
- definire programmi a lungo e a breve-termine;
- definire l'impegno del counsellor a lavorare con il cliente.

2. STADIO INTERMEDIO

Quando il cliente comincia a fidarsi del counsellor (che fornisce informazioni, guida e supporto), il counselling entra nel suo stadio intermedio. A questo livello il piano d'azione viene messo in pratica.

Il counsellor, pertanto, dovrebbe:

- supportare l'espressione e la discussione dei sentimenti;
- dare riferimenti di risorse formali o informali disponibili;
- monitorare l'andamento e, se necessario, modificare il progetto;
- promuovere la continuità nel cambiamento comportamentale;
- aiutare la persona ad indirizzarsi verso l'accettazione ed il controllo.

3. STADIO FINALE

Dopo che il cliente ha accettato di formulare e di seguire dei piani, il counselling entra nella sua fase finale. Questo momento è spesso molto difficile per le persone che hanno stabilito una buona relazione con il loro counsellor. Al cliente, il counsellor può, a volte, sembrare l'unica persona che capisce veramente lui e la sua situazione. Anche il counsellor, nonostante il tentativo di rimanere neutrale, può sperimentare dei sentimenti per il cliente, così il pensiero di concludere la relazione di counselling può essere doloroso per entrambi. Per questo motivo la conclusione del counselling andrebbe pianificata attentamente. Il counsellor dovrebbe interrompere la relazione quando è certo che il cliente:

- è in grado di reagire e di mantenere un adeguato funzionamento nella vita quotidiana;
- gode di un sistema di supporto (famiglia, amici, gruppi).

Alla fine, il counsellor dovrebbe:

- preparare il cliente al cambiamento nella relazione di counselling;

- sostenere il cambiamento nelle modifiche comportamentali;
- aiutare a gestire qualsiasi problema in famiglia o sul lavoro, legato alla condizione del cliente;
- se è in atto una condizione di AIDS, valutare la gestione della malattia e l'assistenza a chi rimane;
- accertarsi che tutte le risorse necessarie e disponibili siano state identificate e vengano utilizzate.

Abilità e risorse nel counselling

I VALORI DEL COUNSELLOR

Oltre alle competenze professionali e alle abilità tecniche, il counsellor deve possedere una certa conoscenza di sé, autocontrollo e riservatezza. Egli dovrebbe essere in grado di riconoscere come la propria cultura e le proprie tradizioni possono influenzare la sua abilità nel discutere certi argomenti o nell'accettare determinati comportamenti. I counsellor non devono piacere a tutti i clienti, ma devono essere consapevoli dei loro sentimenti e pregiudizi che possono influenzare negativamente la relazione di counselling.

Il counsellor, quindi, dovrebbe chiedersi:

- Quali sono i miei sentimenti verso le persone sieropositive o con AIDS? E sulle persone i cui comportamenti hanno esposto altri al rischio di infezione?
- Ci sono dei tipi di persone o dei tipi di comportamenti che io disapprovo al punto da avere grosse difficoltà nel non essere eccessivamente critico?
- Fino a che punto sono disposto a permettere ai miei clienti di fare quello che loro stessi hanno deciso e a prendermi la responsabilità della loro cura?

Il counsellor dovrebbe, quindi, vedere i suoi clienti come persone con numerosi problemi e rispettarli senza giudicare o condannare il loro comportamento passato.

ABILITÀ NEL COUNSELLING

Poiché il counselling, nella maggior parte dei casi, riguarda la comunicazione di aspetti molto intimi, il counsellor dovrebbe sviluppare abilità di:

- *ascolto attivo*: il counsellor mostra che capisce quello che sta dicendo il cliente;
- *incoraggiamento*: il counsellor dovrebbe incoraggiare l'espressione dei sentimenti;
- *riconoscimento*: il counsellor dovrebbe distinguere le diverse emozioni sperimentate dal cliente;
- *domande mirate*: il counsellor dovrebbe porre domande aperte, che diano la possibilità al cliente di dare più di una sola risposta (non "sì" o "no");
- *empatia*: il counsellor dovrebbe tentare di mettersi nei panni del cliente;
- *rispetto*: il counsellor deve rispettare le idee e le credenze del suo cliente;
- *chiarificazione*: il counsellor chiarisce quello che il cliente sta dicendo;

- *parafrasare*: il counsellor ripete quello che ha detto il cliente, con parole diverse;
- *collegare*: il counsellor può mostrare il collegamento tra il comportamento del cliente e le reazioni degli altri;
- *cambiamento*: il counsellor confronta il cliente con dei suoi fallimenti, ma senza espressione di rabbia o disapprovazione, bensì in un senso positivo;
- *ripetere*: il counsellor non deve esitare a ripetere le informazioni;
- *enfaticizzare*: il counsellor deve puntualizzare gli aspetti essenziali del problema;
- *fare piani d'azione*: il counsellor deve fare realistici piani d'azione, con il suo cliente;
- *strutturare*: il counsellor dovrebbe essere in grado di definire le priorità nei problemi, questa è un'abilità centrale nel counselling;
- *motivare*: il counsellor deve offrire incoraggiamento verso i nuovi comportamenti;
- *riassumere*: il counsellor dovrebbe rivedere i più importanti punti della discussione e le decisioni prese.

ALCUNI FREQUENTI ERRORI NEL COUNSELLING

I principi del counselling sono semplici da apprendere, ma difficili da applicare. Per questo, i counsellor possono commettere degli errori. Alcuni tra i più comuni errori includono:

- *il controllo*, piuttosto che l'incoraggiamento, della spontanea espressione dei sentimenti e dei bisogni del cliente;
- *l'espressione di giudizi morali*, rispetto a come le persone dovrebbero comportarsi;
- *l'"etichettare"*, invece di tentare di capire le motivazioni personali del cliente, le sue paure, etc.;
- *la rassicurazione fine a se stessa*, nel tentativo di indurre ottimismo;
- *la non accettazione dei sentimenti del cliente*, pensando che dovrebbero essere diversi;
- *consigliare*, prima che il cliente abbia avuto sufficiente tempo o informazioni, per arrivare ad una soluzione personale;
- *interrogare*, in maniera inquisitoria;
- *incoraggiare la dipendenza*, aumentando il bisogno di continua guida e presenza;
- *raggirare*, convincere il cliente ad accettare nuovi comportamenti attraverso l'adulazione e il sotterfugio.

Nota: In ogni incontro il counsellor dovrà prestare attenzione alla concordanza tra il messaggio verbale e la comunicazione non-verbale.

Il counselling di prevenzione ed il counselling legato al test

IL TEST

Il test volontario è il test anonimo o confidenziale condotto dal cliente e dal suo operatore di riferimento, con l'informato consenso del cliente.

Tale test è un utile servizio per chi voglia conoscere la propria condizione sierologica rispetto l'HIV.

Il test dovrebbe essere offerto *solo* quando può essere accompagnato da un intervento di counselling pre e post-test. Ciò garantisce sia informato consenso, confidenzialità ed informazioni precise rispetto il test e le sue implicazioni, sia supporto emotivo.

I counsellor valutano, con i loro clienti, le false conoscenze e le ansie che essi hanno in tema di HIV. Devono inoltre assicurarsi che le persone abbiano compreso le implicazioni del test e che cosa significa un risultato positivo o negativo (molte persone, ad esempio, credono che un test positivo indichi la presenza dell'AIDS e ciò causa spesso una grande angoscia).

Gli individui negativi, d'altro canto, possono pensare di poter continuare a comportarsi come hanno sempre fatto. Essi devono essere informati del " periodo finestra", cioè del periodo di 3 mesi o più dall'ultima esposizione all'infezione, durante il quale il test può risultare negativo o indeterminato. Devono anche conoscere il rischio di trasmettere l'infezione in questo periodo e la necessità di ripetere il test.

Alle persone che si ritiene debbano sottoporsi al test, vanno date tutte le informazioni di cui necessitano per prendere una decisione " bene informata". Le informazioni devono essere attuali e coprire sia gli aspetti tecnici del test, sia le implicazioni mediche e sociali. La confidenzialità deve essere garantita durante tutto il processo di testing.

Fare il test a soggetti o a gruppi di soggetti senza il loro informato consenso è coercitivo e ciò non offre alcun vantaggio rispetto l'esecuzione del test con l'informato consenso. Ciononostante tutti i donatori di sangue o i donatori di organi devono essere sottoposti a screening per l'HIV e i potenziali donatori devono essere informati sul fatto che sul loro sangue sarà eseguito il test per l'HIV. La confidenzialità, anche rispetto il risultato di questo test, dovrà essere strettamente rispettata.

IL COUNSELLING PRE-TEST

Il counselling pre-test è un dialogo confidenziale tra un cliente ed un operatore, mirato a discutere il test dell'HIV e le possibili implicazioni del venire a conoscenza del proprio stato sierologico sull'HIV, il che produce una decisione informata sull' eseguire o meno il test.

Tale tipo di counselling dovrebbe incentrarsi su due argomenti principali:

- *La storia personale del cliente ed il suo rischio attuale o passato* di esposizione all'HIV:
 - comportamento attuale e passato e relazioni proprie o del partner (es. un unico partner da molti anni, partner multipli, etc.);
 - uso del profilattico, pratiche di sesso sicuro, frequenza di rapporti anali, vaginali o orali non protetti;
 - relazioni sessuali con partner multipli o con partner infetti per HIV;
 - comportamenti ad elevato rischio, es. uso di droghe per via iniettiva o prostituzione (maschile o femminile);
 - storia di trasfusioni o di trapianti d'organo;
 - esposizione a procedure invasive non sterili, come iniezioni, tatuaggi e scarificazione.

□ *La conoscenza del cliente sull'HIV-AIDS e la sua abilità a gestire le crisi:*

- Cosa sa il cliente sul test e la sua utilità? Perché viene richiesto?
- Quali particolari comportamenti o sintomi preoccupano il cliente?
- Il cliente ha considerato come potrebbe reagire all'esito del test (positivo o negativo)?
- Quali sono le conoscenze e le credenze del cliente sulla trasmissione dell'HIV e la sua relazione con i comportamenti a rischio?
- Se il risultato fosse positivo, chi potrebbe garantire il necessario supporto emotivo?

Il counsellor deve:

- fornire informazioni corrette;
- riassumere la procedura del test;
- spiegare ed ottenere l'*informato consenso* (*"informato"*, in questo contesto, significa che in una discussione, nel counselling pre-test, il cliente è stato reso consapevole di tutte le possibili implicazioni del test per l'HIV, inclusi rischi e benefici, così come le alternative al test, in un linguaggio a lui comprensibile. *"Consenso"* significa il dare un esplicito accordo al test HIV in una situazione priva di coercizione, nella quale il cliente si senta ugualmente libero di dare o di negare il suo consenso);
- discutere le potenziali implicazioni (personali, mediche, psicologiche e legali) del risultato positivo o negativo al test;
- stabilire una relazione di fiducia come base per il counselling post-test.

Durante il counselling pre-test al cliente dovrebbe essere detto che la procedura del test non è infallibile. Occasionalmente, possono capitare risultati falsi-negativi o falsi-positivi, benché i test di secondo livello siano molto affidabili. Devono essere fornite informazioni anche sul "periodo finestra".

IL COUNSELLING POST-TEST

Il counselling post-test è un dialogo confidenziale tra un cliente ed un operatore, mirato a discutere il risultato del test HIV, a fornire appropriate informazioni e supporto e all'incentivare comportamenti preventivi.

Il counselling post-test è un processo che inizia con la consegna dell'esito del test e può proseguire per molti incontri successivi, allo scopo di mettere in grado la persona sieropositiva di adattarsi alla diagnosi e di pianificare la sua vita in funzione di questa scoperta. Questo è particolarmente vero nel caso di esito positivo, ma si può applicare anche agli esiti negativi. Il counsellor non deve fornire tutte le informazioni al momento della consegna dell'esito del test.

1. Il counselling in caso di esito negativo

È molto importante discutere attentamente il significato di un risultato negativo. Questa notizia può indurre sentimenti di euforia, ma alcuni punti vanno sottolineati:

- Il risultato del test potrebbe non essere affidabile, a causa del "periodo finestra", e il

- cliente dovrebbe tornare a ripetere il test a 3 e a 6 mesi dalla situazione di rischio;
- Devono essere prevenute ulteriori esposizioni al rischio, per cui deve essere spiegata l'importanza delle pratiche di sesso sicuro;
 - Vanno fornite ripetute informazioni circa i comportamenti preventivi, per introdurre o mantenere nuovi comportamenti con gli altri (es. role-playing sulle abilità di negoziazione del sesso sicuro).

2. Il counselling in caso di esito positivo

Le persone che hanno un'infezione da HIV devono saperlo il più presto possibile. La valutazione pre-test può essere utilizzata per definire il modo migliore di informare il cliente sul risultato. Il primo colloquio deve essere privato e confidenziale. Deve essere concesso del tempo, al cliente, per attutire l'impatto della notizia. Dopo un preliminare adattamento, al cliente devono essere fornite informazioni chiare e precise su cosa significa questo risultato. Non è questo il momento di discutere la progressione della malattia o di fare stime su quanto tempo rimarrà da vivere. Questo è il momento di riconoscere lo shock della diagnosi e di fornire supporto.

È anche il momento di incoraggiare pensieri positivi. Il cliente che è stato diagnosticato come sieropositivo può avere molti anni liberi da malattia da vivere, inoltre i trattamenti disponibili per le infezioni opportunistiche sono risultati efficaci. Il trattamento con i farmaci antiretrovirali deve essere discusso solo nei luoghi dove questo sia effettivamente disponibile.

A questo punto, il counselling entra in una nuova fase. Solitamente, in questa situazione viene richiesto un intervento cosiddetto "di crisi" (*"crisis counselling"*) poiché la notizia dell'infezione da HIV viene vissuta come una grave minaccia alla propria esistenza. Come questa notizia venga integrata, dipende da una serie di fattori.

Anche il *"problem-solving counselling"* può rendersi necessario. Il cliente deve sapere come contattare il counsellor durante i periodi di grave stress. Si dovrebbe discutere il fatto di cosa potrebbe succedere se il datore di lavoro o altre persone dovessero venire a sapere che la persona è infetta per HIV. Devono essere programmate visite di controllo.

Il counsellor dovrebbe anche dare chiare informazioni circa l'evoluzione a lungo termine dell'infezione da HIV e su quando e come può diventare malattia. I clienti devono anche essere informati sulla loro contagiosità durante tutto l'arco della loro vita successiva, pertanto devono essere pianificate delle azioni mirate a proteggere gli eventuali partner sessuali.

I seguenti punti devono essere ripetutamente sottolineati:

- L'infezione da HIV non è l'AIDS. Ogni persona sieropositiva deve essere incoraggiata a condurre una normale vita sociale ed economica, il più a lungo possibile. Poiché la vita normale richiede anche il supporto degli altri, potrebbe essere utile un'azione di counselling anche con loro, al fine di prevedere ed essere in grado di reagire con i nuovi bisogni.
- La persona sieropositiva deve farsi carico della sua salute generale. Il counsellor dovrà

sottolineare l'importanza di evitare l'esposizione ad altre malattie o infezioni, poiché questo potrebbe indebolire la risposta immunitaria ed accelerare l'insorgenza dell'AIDS. Il counsellor dovrà spiegare come, attraverso normali norme igieniche, le persone che vivono con l'HIV-AIDS possono evitare alcune frequenti infezioni che possono causare tosse, diarrea o manifestazioni dermatologiche. Inoltre il cliente deve essere messo al corrente dell'importanza di evitare rapporti sessuali non protetti poiché da ciò può derivare l'acquisizione di qualche malattia sessualmente trasmessa che, a sua volta, può compromettere lo stato di salute generale.

- L'HIV si trasmette prevalentemente attraverso rapporti sessuali non protetti. L'unico modo per essere sicuri di non infettare qualcun altro è quello dell'astinenza o del praticare sempre sesso sicuro. Se le persone sieropositive desiderano avere dei rapporti sessuali, esse devono usare il profilattico ad ogni rapporto sessuale; inoltre dovranno sempre discutere i rischi con il/la partner. Anche il/la coniuge o il/la partner possono essere indirizzate al counselling e al testing.
- È impossibile dire ad una persona che riceve un test positivo quando essa si è infettata o da quanto tempo è infetta. Questo aspetto è molto importante e va discusso con il cliente affinché capisca che l'infezione da HIV può essere precedente all'attuale relazione affettiva. Non implica, quindi, che l'attuale partner sia stato infedele.

È importante valutare i vantaggi e gli svantaggi di informare le persone affettivamente più vicine al paziente (queste potrebbero, tra l'altro, costituire un'importante fonte di supporto e di assistenza alla persona infetta). Il counsellor dovrebbe anche sottolineare l'importanza di informare il partner sessuale rispetto lo stato di sieropositività.

Il counsellor dovrebbe essere consapevole dei principi basilari della "partner notification" e condividerli con il suo cliente, in particolare rispetto il fatto che anche i partner abbiano accesso al test volontario e al counselling. Nel caso di un cliente che ha avuto numerosi partner sessuali, il counsellor dovrebbe valutare assieme a lui chi altro potrebbe essere stato esposto al rischio di infezione (se c'è qualcuno, al di fuori della relazione principale) e quali possono essere i metodi appropriati per farglielo sapere.

Nel counselling con persone sieropositive, il counsellor deve fornire informazioni sulle tre modalità di trasmissione del virus (la via sessuale, la via ematica e la trasmissione verticale, da madre a figlio).

Concludendo, dopo un esito positivo al test, il counsellor dovrebbe:

- assicurarsi che la persona abbia capito cosa significa "esito positivo" ;
- discutere con la persona circa i sentimenti che prova rispetto al fatto di essere sieropositivo;
- fornire supporto alla persona per aiutarla a gestire questi sentimenti;
- discutere piani per il prossimo futuro;
- stabilire una relazione con la persona, che funzioni da base per un futuro counselling;
- fissare degli appuntamenti successivi sia per la valutazione medica, sia per il counselling di "follow-up" ;
- se possibile, fissare un appuntamento per il counselling del/della partner;
- se disponibili, indirizzare la persona ai servizi necessari.

3. Il counselling in caso di esito indeterminato

Un test viene considerato dubbio se non è né chiaramente negativo, né chiaramente positivo.

In tali circostanze, il counsellor deve considerare due aspetti principali:

- a) *Il tipo di test utilizzato.* Il siero deve essere ri-testato se il risultato è dubbio. Se il siero produce nuovamente un risultato dubbio, si può prendere in considerazione l'idea di utilizzare un test ELISA diverso (con una tecnica diversa), in particolare su persone che provengono da popolazioni a bassa prevalenza (<1%). Un secondo campione di sangue deve essere prelevato circa due settimane dopo il primo prelievo ed entrambi devono essere ri-sottoposti al test secondo le metodiche indicate dal proprio Paese. Se anche il secondo campione di siero mostra un esito indeterminato, la persona va considerata negativa. In ogni caso i donatori di sangue che mostrino un test dubbio devono essere scartati, così come le sacche di sangue riscontrate positive.
- b) *Prevenzione e supporto per il test dubbio.* Il periodo di incertezza che segue un esito dubbio può coprire 3 mesi o più dall'ultima esposizione al rischio o dal precedente test per l'HIV. Il counsellor deve enfatizzare l'importanza, in ogni caso, di utilizzare sempre le norme profilattiche consigliate alle persone sieropositive, fino a prova contraria.

L'incertezza associata a questo periodo può causare difficoltà psicologiche importanti e gravi. Il counsellor deve aiutare il cliente a gestire tali problematiche, fornendogli un adeguato invio, se necessario.

Va notato che, in assenza di altri segni di HIV-AIDS, allo stato attuale è impossibile dire, attraverso i test routinari, se un neonato sia infetto oppure no. I bambini nati da madri infette acquisiscono passivamente gli anticorpi materni, perciò risultano positivi all'HIV. Prima dei 18 mesi d'età è impossibile ottenere un risultato certo ed inequivocabile che confermi l'infezione da HIV, usando i test rapidamente disponibili.

4. L'uso del profilattico

Nel counselling post-test il counsellor deve sottolineare l'importanza del costante uso del profilattico ai clienti di entrambi i sessi. Il profilattico mostra difficoltà nell'essere utilizzato per una serie di motivi: riduzione della sensibilità/piacere, implicazioni di infedeltà, costo. Anche se si osservano numerose resistenze, i clienti devono essere aiutati a valutare i rischi che corrono e che fanno correre agli altri non utilizzando il preservativo.

Il counsellor dovrebbe informare i clienti che l'uso del profilattico richiede una certa pratica ed un minimo di tempo per imparare ad utilizzarlo. Alle persone va anche detto che il profilattico non è infallibile rispetto le lacerazioni o le infiltrazioni di liquido. Le spiegazioni sull'utilizzo del condom devono essere fornite in un linguaggio semplice e comprensibile; possono essere utilizzati specifici materiali informativi di tipo grafico, che siano culturalmente appropriati al cliente, forniti dai centri di pianificazione familiare (es. consultori).

COUNSELLING E AIDS, OGGI

Silvana Quadrino

Società Italiana Counselling ad Indirizzo Sistemico (SICIS)¹

6

Il counselling: modi e luoghi

Sempre più spesso il termine counselling, che solo qualche anno fa suscitava sguardi interrogativi e perplessi, produce ora espressioni annoiate, o il leggero ammiccamento di chi sa già, anzi forse è già oltre. Ricompare così, ad un livello diverso, la necessità di ridefinire e chiarire che cosa si deve intendere per intervento di counselling e cosa invece non lo è, non per pignoleria, ma perché esistono luoghi e situazioni che richiedono dai professionisti - e al massimo grado - quello che Bateson definiva «rigore e immaginazione». Rigore nel collocare il proprio intervento di counselling e nel mantenerne alcune caratteristiche irrinunciabili. Immaginazione nel non irrigidirlo in una semplice tecnica di colloquio, e nel farne realmente uno strumento relazionale, quantunque rigoroso.

Il counselling è un intervento di comunicazione con caratteristiche qualitative particolarmente elevate.

Partendo, anni fa, dalle definizioni disponibili in letteratura, di derivazione prevalentemente anglosassone, l'uso del termine comunicazione piuttosto di altri più in voga - come "aiuto", "sostegno" ecc. - ci parve il più adeguato per sottolineare due punti base per la collocazione dell'intervento di counselling:

a) la trasversalità dell'intervento

Il counselling è parte dell'intervento di chiunque debba entrare in relazione con un altro (cliente, utente, paziente, cittadino...) con un mandato professionale e con obiettivi informativi, educativi, prescrittivi ecc. Non può essere delegato ad un altro professionista perché si colloca nel qui ed ora di *quell'intervento* professionale.

b) la delimitazione degli obiettivi

L'intervento di counselling non guarda all'esistenza del cliente, alla sua felicità, o al miglioramento complessivo del suo equilibrio. L'obiettivo è quello che il contesto, il tipo di professionalità di chi interviene, le richieste del cliente e le sue caratteristiche *rendono possibile*.

¹ www.aditus.com/sicis-change

I luoghi del counselling, quindi, sono tutti i luoghi di incontro fra un professionista e un cliente: lo studio del medico, la sala insegnanti per i colloqui con le famiglie, lo sportello del cittadino, il laboratorio per la diagnosi delle malattie infettive, il centro di ascolto telefonico e così via.

I modi hanno a che fare appunto con la professionalità. Comunicare in modo professionale significa essere consapevoli:

- della specificità del proprio intervento (l'insegnante non è l'assistente sociale, il medico non è l'avvocato, l'infermiere professionale non è lo psicologo);
- della specificità delle esigenze di ogni cliente;
- dei possibili effetti di ogni comunicazione (di ciò che si dice, di come lo si dice, di ciò che non si dice) sia sul cliente che sulle persone che fanno parte dei suoi sistemi di riferimento.

È questa consapevolezza a fare del counselling un intervento dalle caratteristiche ben definite, che richiede a chi lo pratica una costante attenzione e quella che definiamo *sorveglianza* sulle modalità spontanee di reazione e di risposta.

Alcuni interventi "spontanei", come le rassicurazioni generiche, le spiegazioni, i consigli, devono scomparire, o trasformarsi in qualcos'altro. La sorveglianza, o *consapevolezza* della propria comunicazione consente al professionista di:

1. Limitare la lunghezza e la complessità delle proprie comunicazioni, e di evitare di affrontare troppi contenuti alla volta.
2. Ascoltare e domandare, più che affermare e consigliare: imparare a fare domande aperte, a dare tempo per le risposte, evitando domande a raffica.
3. Non presumere troppo in fretta di avere capito tutto (e non aspettarsi, d'altra parte, che l'altro capisca subito tutto).
4. Non irrigidire le proprie convinzioni: ammettere che la sua ipotesi potrebbe anche non essere l'unica valida, ammettere che quello che sembra poco credibile potrebbe anche essere vero permette di «vedere» cose che chi è troppo sicuro di sé rischia di non vedere.
5. Tenere conto che ogni comunicazione entra in contatto con un sistema di cui non si sa quasi nulla (*i pazienti hanno famiglie*, si intitolava uno dei primi studi sul colloquio fra medico e paziente...).

Anche l'**ascolto**, nel counselling, assume caratteristiche specifiche, è attivo (ma non interpretativo), finalizzato a raccogliere ciò che il cliente porta e non a valutarlo, giudicarlo, smentirlo, e ancor meno a decodificarlo.

In realtà il termine "ascolto" si è inflazionato fino a perdere significato. Ascoltare, per un professionista, significa prestare attenzione alle differenze; non essere precipitoso; non saltare subito alle conclusioni. Soprattutto, *mantenere la curiosità*, il desiderio di capire cosa davvero sta dicendo quel paziente; che cosa lo rende diverso dagli altri.

Contemporaneamente, è necessario che la curiosità rimanga a un livello professionale. Il paziente, se incoraggiato, può raccontare una quantità di cose, portare una quantità di ele-

menti. Non servono. Troppe informazioni equivalgono a nessuna informazione, sono inutilizzabili, confondono. Per questo, l'elemento compensatore della curiosità deve essere la *direttività*.

Direttività intesa come guida per orientare il colloquio con il paziente, interrompere la proliferazione di particolari estranei, restare aderenti all'obiettivo valorizzando al massimo ciò che il cliente esprime.

Dei due protagonisti di un colloquio di counselling, chi sa di più sulla situazione, sul problema, e anche sulle soluzioni possibili, non è il professionista: è il cliente. Il compito del professionista è quello di facilitargli la ricognizione delle informazioni che già possiede e che forse non usa, il confronto fra i diversi consigli ricevuti, fra le diverse ipotesi immaginate, rendendo così possibile una descrizione più ampia e permettendo la comparsa di nuove ipotesi e di nuove soluzioni.

Il counselling è un intervento di co-costruzione.

L'ascolto non resta quindi fine a se stesso: le fasi di ascolto si alternano con altri interventi attivi: il riassunto, la differenziazione fra obiettivi immediati e obiettivi a lungo termine, fra problemi affrontabili e problemi che non possono essere trattati in quel contesto professionale; le positivizzazioni, le ridescrizioni, la valorizzazione selettiva di un'ipotesis, di una questione, di un punto da cui partire. Ma sempre a partire da ciò che il cliente ha espresso, utilizzando ogni volta che è possibile le sue espressioni, le sue frasi, le sue metafore ecc., che diventano – per usare appunto una metafora – i fili di un tessuto che professionista e cliente tessono insieme nel corso del colloquio di counselling. Un intervento strutturato in questo modo lascia in apparenza minor spazio alle spiegazioni, ai consigli, alle prescrizioni del professionista, ma si colloca in un terreno più fertile, quello della *co-costruzione* di ipotesi e di soluzioni, in cui il cliente è attivo e partecipa, e in cui il rischio di adesione falsa o fragile diminuisce notevolmente.

La ricerca e l'utilizzazione di un *terreno comune* – che è ciò che il termine comunicazione suggerisce – su cui professionista e cliente possono muoversi alla ricerca di una soluzione che anch'essa dovrà essere comune e condivisa, è l'obiettivo primo di ogni intervento di counselling. La conflittualità, la scarsa compliance (o " *adherence*" se si preferisce), lo shopping sanitario, la fragilità della relazione di fiducia nei confronti del professionista sono quasi sempre gli indicatori di un intervento che non ha saputo collocarsi su un terreno condivisibile. Se questo può essere semplicemente fastidioso in alcune situazioni professionali, in casi di particolare impegno e gravità rappresenta uno scacco per il professionista e un aumento di rischio per il cliente.

In ambito sanitario, non possiamo considerare il counselling un intervento opzionale:

- nella comunicazione di diagnosi;
- nell'indicazione di comportamenti di salvaguardia per il paziente e per chi ha relazioni con lui;
- nel consenso informato;
- nella prescrizione di terapie farmacologiche complesse o sgradite;
- nelle situazioni che modificano l'immagine del futuro del paziente;
- negli interventi con i familiari di un paziente.

Il counselling in ambito sanitario: ascolto, informazione, prescrizione.

Il counselling assume caratteristiche specifiche a partire dal contesto specifico in cui lo si applica. Un ambito sanitario richiede modalità diverse da un ambito scolastico, educativo, giuridico, ecc. Un ambito sanitario che si apre alle tematiche del rischio, della qualità della vita, delle scelte, dell'immagine del futuro, della morte, ne richiede di ancora diverse, e di più alto livello. Ma il punto di partenza resta in ogni caso lo stesso: trovare un terreno comune, consolidare la relazione fra professionista e cliente per rendere possibili i passi successivi. Definito il punto di partenza – che richiede una attenzione costante da parte del professionista per evitare di perderlo per strada – diventa indispensabile definire anche un punto di arrivo: un obiettivo realistico, raggiungibile e condivisibile, un obiettivo esplicitato e contrattato con il paziente.

La definizione e la contrattazione dell'obiettivo costituisce un'altra delle differenze fondamentali fra intervento di counselling e interventi professionali di altro tipo, basati sulla comunicazione ma non collocabili nello spazio del counselling.

Per arrivarci, il professionista (medico, infermiere, assistente sanitario, ecc.) deve tenere conto di tutti gli elementi coinvolti nella comunicazione che si svolge fra lui e il suo cliente:

- *il professionista stesso* – i suoi compiti, le sue competenze professionali, le sue possibilità di intervento;
- *il paziente* – la sua situazione sanitaria, le sue risorse, le sue caratteristiche personali, le informazioni che possiede, la sua capacità di raccogliere e utilizzare altre informazioni;
- *la malattia* – cosa è per il professionista, cosa è per il paziente, cosa è per le persone significative che lo circondano;
- *le cure* – il loro significato, i loro effetti, conosciuti o temuti, immaginari o reali, il loro impatto sulla vita di quel paziente;
- *gli altri i sistemi "attivi"* – che introducono elementi informativi ed emotivi, e hanno il potere di modificare ciascuno degli altri elementi in gioco. Dobbiamo considerare fra i sistemi attivi:
 - i familiari del paziente;
 - le altre persone significative per lui;
 - gli altri professionisti sanitari;
 - gli altri malati;
 - il sistema delle informazioni.

Questi elementi compongono un quadro complesso, all'interno del quale il professionista non ha molte speranze di intervenire con successo se si basa soltanto sulla ragionevolezza delle sue indicazioni, sulla scientificità delle sue proposte, sulla logica dei suoi consigli. Informazioni, spiegazioni, prescrizioni, consigli possono entrare nella co-costruzione di comportamenti, scelte, decisioni solo a partire dalla *concreta conoscenza* di:

- *ciò che quel paziente sa (o crede di sapere)*
 - della sua malattia,
 - delle cure possibili,
 - dell'insieme delle strutture di cura,
 - di assistenza,
- *ciò che quel paziente*
 - ha già fatto o tentato,
 - è disponibile a fare o a tentare,
 - ha paura di fare,
 - ha già deciso di non fare.

Solo quello che il paziente è stato incoraggiato a dire, a raccontare, ad approfondire nel corso di quel colloquio può essere considerato un conoscenza concreta: non lo sono le ipotesi del professionista ("sono anni che ha questa malattia, sa tutto quello che c'è da sapere..."), le sue generalizzazioni ("i malati di questo tipo non vogliono mai... sono sempre disposti a..."), i suoi ricordi ("il mese scorso mi ha detto che...").

L'intervento di counselling si costruisce alternando *domande* (su ciò che il paziente sa, ha sentito dire, ha visto succedere ad altri; sulle sue ipotesi, sulle decisioni immaginate e poi abbandonate, sui tentativi di soluzione) e *completamenti, parziali aggiustamenti, conferme e sottolineature* introdotti dal professionista.

Le informazioni che il paziente riesce a ricordare meglio e ad utilizzare concretamente, i consigli e le indicazioni accettabili e traducibili in comportamento sono quelli che partono da ciò che lui stesso ha detto, con aggiunte essenziali, comprensibili e non troppo dissonanti date dal professionista.

Le prescrizioni che hanno le maggiori probabilità di essere seguite sono quelle che tengono conto delle difficoltà che il paziente ha ammesso di avere, e che prevedono anche un possibile insuccesso iniziale, e possibili modi per tentare ancora.

I nuovi spazi del counselling nell'HIV-AIDS

Il quadro attuale dell'infezione da HIV, la tipologia e le caratteristiche dei malati, le terapie, la nuova speranza di vita, l'affacciarsi di proposte di terapie alternative rendono indispensabili competenze di counselling per tutti i professionisti sanitari impegnati nei reparti malattie infettive, nell'assistenza domiciliare, negli interventi di prevenzione, ecc.

L'enfasi data al counselling nel pre e post-test – che restano ovviamente momenti di importanza cruciale – non deve far dimenticare che esistono altre situazioni e altri soggetti coinvolti in momenti comunicativi significativi con persone sieropositive e con i loro familiari. Cresce l'importanza:

- dei medici di medicina generale, sia nella gestione dei farmaci che nel mantenimento di comportamenti sicuri da parte dei malati e dei loro familiari;
- delle associazioni di persone sieropositive, di persone omosessuali, di partners e familiari di malati, ecc. nella gestione di punti di ascolto diretti o telefonici, nell'organizzazione di momenti di informazione, nella costituzione di gruppi di auto mutuo aiuto;

- degli interventi di assistenza domiciliare, che possono diventare occasioni importanti di educazione sanitaria per i malati e per i familiari;
- delle comunità che accolgono persone malate di AIDS e devono tenere conto delle mutate condizioni e delle mutate richieste di coloro che reagiscono positivamente ai farmaci.

Si tratta di situazioni in cui il professionista, l'operatore, il volontario si trovano coinvolti nei problemi di vita - in senso esteso - dei malati e delle loro famiglie, in scelte e decisioni legate all'assunzione di farmaci, ma non solo: la sessualità - etero e omo - la formazione di nuove coppie, con i problemi legati alla situazione sierologica concordante o discordante, il desiderio di maternità e di paternità diventano spesso temi centrali.

Centrali diventano anche i problemi di relazione con famiglie di origine che proseguono il loro ciclo vitale, con genitori che invecchiano, con esigenze che cambiano, con situazioni economiche che si modificano.

Anche gli interventi di educazione sanitaria - regole di vita, prevenzione, limitazione dei rischi - acquistano una nuova rilevanza, e devono tenere conto di nuovi problemi: l'abbassarsi dell'attenzione rispetto ai rischi di contagio legato alla relativa "sdrammatizzazione" della malattia, il desiderio di "far sparire" la sieropositività non rivelandola a un nuovo partner, la stanchezza legata alla cronicità, i desideri di trasgressione. Particolarmente delicata è la situazione dei "vecchi" pazienti, persone sieropositive o in AIDS da anni, che hanno visto cambiare il quadro del loro futuro con la comparsa di una nuova speranza di vita che ha però alterato, spesso in modo drammatico, equilibri che si basavano anche sulla previsione di morte.

Diventa indispensabile riattivare, con i malati e con i loro familiari, quello che viene definito *feedforward* (il reciproco del feedback), la costruzione di "mappe del dopo", e rendere possibile una progettazione realistica e tollerabile: come le reazioni di molti malati stanno dimostrando l'aumento della speranza di vita non si traduce automaticamente in migliore qualità della vita.

Interventi di counselling diventano quindi particolarmente necessari:

- per favorire la ricostruzione degli equilibri familiari intorno a malati che si vanno trasformando in malati cronici, tenendo conto del peso che la presenza di un familiare malato di AIDS rappresenta per familiari che stanno invecchiando e si avvicinano a una fase di vita che richiederebbe per loro stessi assistenza e sostegno;
- per individuare soluzioni non assistenziali ai problemi economici (ricerca di lavoro che tenga conto dei limiti imposti dalla malattia, per il paziente o per i familiari più coinvolti nell'assistenza, part time, telelavoro ecc.);
- per affiancare le coppie vecchie e nuove nelle scelte di vita (il controllo dei comportamenti a rischio, la decisione di avere figli o di adottarne ecc.);
- per fronteggiare momenti critici (malattie, gravidanza difficile, incidenti) o situazioni nuove (la nascita di un bambino, l'inserimento di bambini al nido o a scuola, l'inserimento lavorativo di uno dei partner ecc.) che richiedono decisioni (se e come parlare della malattia, con quali garanzie, ecc.) e assunzione di comportamenti adeguati.

In ciascuna di queste situazioni il professionista dovrà avere ben presente la differenza fra interventi di informazione, o di educazione sanitaria - che hanno una specifica funzione

all'interno di ogni intervento professionale in ambito sanitario – e interventi di counseling, che puntano sulla validità e sulla stabilità della relazione professionista-paziente, si muovono verso obiettivi condivisi e soprattutto mirano, per quanto possibile, ad incentivare le capacità di decisione, di ricerca di soluzioni, di progettazione dei pazienti e dei loro familiari, a facilitare loro l'individuazione e l'utilizzazione di risorse, a restituire il massimo di autonomia possibile rispettando i limiti e le reali possibilità di ogni soggetto e di ogni situazione familiare.

Bibliografia

1. Robert Buckman, *"How to break bad news"*, Papermac, London, 1992.
2. Froma Walsh (a cura di), *"Ciclo vitale e dinamiche familiari Franco Angeli"*, Milano, 1995.
3. Ruffiott, Jean Martin et al., *"Les familles face au SIDA"*, Dunod, Paris, 1995.
4. Marie de Hennezel, *"La morte amica"*, Rizzoli Milano 1996.
5. Janice Russel, Graham Dexter, Tim Bond, *"Differentiation Project"*, The Journal of the BAC, august 1992.
6. Edoardo Giusti e altri *"Counseling Professionale"* Quaderni ASPIC, Roma.
7. Giorgio Bert, Silvana Quadrino, *"Il medico e il counselling"*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1989 (seconda edizione aggiornata novembre 1993).
8. Giorgio Bert, Silvana Quadrino, *"L'arte di comunicare"*. CUEN Napoli 1998.

TEST HIV E ANONIMATO: ASPETTI CLINICI E GIURIDICI

*Giovanni Serpelloni, Elena Bravi, Elisabetta Simeoni,
Monica Zermiani*

Sezione di Screening HIV - Ser.T 1, Azienda U.L.S. 20, Verona



Premessa

Da più parti è stata segnalata la necessità di disporre di procedure e criteri in grado di assicurare una maggiore riservatezza e, dove richiesto, lo stretto anonimato alle persone che a fini diagnostici richiedono di eseguire un test per l'HIV (1-12).

I documenti dell'OMS sul counselling e lo screening, le linee guida del Public Health Service americano (6), le metodologie consigliate nel Regno Unito e in Francia, prevedono che nei centri in cui viene eseguito il test, sia possibile l'accesso in anonimato. A questo scopo negli Stati Uniti sono state create delle apposite strutture. L'OMS auspica inoltre che gli Stati membri si adoperino per l'attivazione di queste strutture, le quali dovrebbero essere in grado di gestire non solo i problemi sanitari, ma anche quelli sociali ed organizzativi delle persone con infezione da HIV, all'interno quindi di un più ampio concetto di globalità e continuità assistenziale (7).

Altri Paesi prima di noi hanno già recepito queste indicazioni inclusa l'ex Unione Sovietica che ha promulgato una direttiva per eseguire il test in anonimato.

Il lavoro qui presentato spiega perché sia utile e come sia possibile organizzare le strutture sanitarie ad operare conservando l'anonimato dei pazienti. Questo testo è stato messo a punto partendo dall'analisi della legislazione, dalle esperienze dei gruppi di ricerca italiani e stranieri che hanno lavorato in questi anni su tali problemi e propone una serie di procedure in grado di assicurare l'esecuzione del test HIV in anonimato, adatte al contesto italiano (14-17). Tutto questo al fine di meglio rispettare i diritti del paziente, far aumentare l'afferenza dei soggetti con comportamenti a rischio alle strutture sanitarie preposte al counselling e allo screening per l'infezione da HIV e assicurare una maggior ritenzione delle persone sieropositive (17,18). Questa modalità di screening consente anche di tutelare meglio gli interessi della comunità, in quanto permette una maggiore adesione ai programmi preventivo-assistenziali da parte delle persone risultate sieropositive o con comportamenti a rischio. È stato notato, infatti, che, oltre all'afferenza alle strutture sanitarie, aumenta notevolmente anche la compliance (19-23). Inoltre la necessità di tutelare e garantire la riservatezza alle persone risultate sieropositive è oltremodo importante considerando l'attuale impreparazione socio-culturale nell'affrontare l'impatto emotivo dell'entrata dell'infezione da HIV nella nostra società. Questo porta molte persone ad

assumere atteggiamenti emarginanti ed intolleranti nei confronti dei sieropositivi. In questa fase, quindi, garantire a questi pazienti l'anonimato contribuisce a ridurre fin dall'inizio situazioni di grave disagio personale. Il ricorso all'anonimato, come riportato anche dalle stesse associazioni delle persone sieropositive, non è quindi un'ulteriore ghettizzazione di tali soggetti, ma fornisce loro una possibilità in più per la tutela della loro privacy.

Il Gruppo C Network Italiano

Dal 1985 è attiva a Verona la Sezione di Screening HIV da cui dipende il Gruppo C che dal 1986, esegue screening, counselling, sorveglianza clinica e terapia per l'infezione da HIV in completo anonimato.

Dal 1990, inoltre, è stato attivato un Progetto di Ricerca AIDS - I.S.S. (Istituto Superiore di Sanità, Roma) che ha dato origine al "Network Italiano Gruppo C". Attualmente sono attive sedici unità operative e si prevede l'attivazione di altre unità entro il prossimo anno. In ogni unità operativa è predisposta anche una help-line telefonica. L'esperienza maturata in questi anni ha prodotto una serie di metodologie, di materiali e di tecniche, ma anche di modelli organizzativi, che permettono di affrontare più agevolmente il controllo della diffusione dell'infezione nel territorio e, nella maggior parte dei casi, la gestione delle persone sieropositive sfruttando a pieno l'opportunità dell'anonimato. Tutto questo all'interno di un'ottica che fonde il concetto preventivo con quello assistenziale e affronta il problema ponendosi, come principi organizzativi, in primo luogo il rispetto dei flussi e delle aggregazioni spontanee delle persone con comportamenti a rischio e in secondo luogo il potenziamento di tutte le forme di prevenzione secondarie dell'infezione da HIV e di prevenzione primaria in regime extraospedaliero delle infezioni opportunistiche ad essa correlate.

Questo si è tradotto, nella pratica, in una struttura (quella veronese) che accoglie e accompagna (da un punto di vista medico, psicologico, sociale e legale) la persona con comportamenti a rischio durante tutto il percorso extraospedaliero dal momento del primo test, al riscontro e comunicazione della sieropositività, alla gestione della terapia antiretrovirale e alla profilassi delle infezioni opportunistiche.

L'unità operativa di Verona per lo screening e il counselling in anonimato, esegue attività ambulatoriale rivolgendosi ad un'utenza che accede liberamente alla struttura per eseguire una prima volta il test HIV (nuovi utenti) o per eseguire prelievi programmati (in monitoraggio) per i 6 mesi successivi all'ultimo comportamento a rischio per l'infezione da HIV.

Il prelievo viene sempre preceduto da un colloquio di counselling, eseguito da personale appositamente addestrato, mirante ad individuare la natura del rischio infettivo, la motivazione dell'utente all'adesione ad un programma individualizzato di modifica comportamentale, la presenza e la gravità di eventuali disturbi della sfera affettiva.

Analogamente, la risposta del test HIV viene sempre accompagnata da un colloquio condotto, ove possibile, dallo stesso operatore che aveva accolto l'utente in prima battuta. In

questo contesto viene concordato con l'utente il tempo di monitoraggio necessario. Nello standard della nostra struttura, oltre alla determinazione degli anticorpi per l'HIV, vengono ricercate le sierologie per sifilide, epatite B ed epatite C.

Per tutti i pazienti sieropositivi identificati e per i soggetti ad alto rischio persistente di acquisizione dell'infezione da HIV viene offerta la presa in carico da parte di uno psichiatra o di uno psicologo.

Nel corso del 1998 sono stati esaminati complessivamente, 1038 utenti, di cui 639 nuovi e 399 già conosciuti in monitoraggio. Tra i nuovi 639 soggetti 33 sono risultati sieropositivi, 15 di prima diagnosi (individuati dalla nostra struttura) e 23 provenienti da altre strutture.

Dal 1985 ad oggi sono stati sottoposte a test in anonimato 9039 persone (vedi Tab. 1). Le tabelle che seguono riportano i risultati dello screening della unità operativa di Verona.

Tab. 1: Risultati dello screening: prevalenza.
Numero di nuovi soggetti esaminati/a

Anno	maschi		femmine		totale	
	positivi	totali	positivi	totali	positivi	totali
1985	1	10	0	3	1	13
1986	2	17	0	22	2	39
1987	39	406	10	242	49	649
1988	21	452	6	290	27	742
1989	33	526	12	366	45	892
1990	34	499	11	342	45	841
1991	36	464	16	339	52	803
1992	46	644	16	459	62	1103
1993	41	544	24	351	65	895
1994	23	460	14	387	37	848
1995	29	477	9	350	38	827
1996	23	440	7	308	30	748
1997	25	406	18	296	43	702
1998	24	388	9	251	33	639
TOT(*)	352	5327	134	3710	486	9039

(*) overlap di pazienti per singolo anno.

Tab. 2: Risultati dello screening HIV: prevalenza.
Totale soggetti esaminati /aa

Anno	maschi		femmine		totale	
	positivi	totali	positivi	totali	positivi	totali
1985	1	10	0	3	1	13
1986	2	19	0	22	2	41
1987	40	410	12	246	52	657
1988	41	503	9	317	50	820
1989	60	652	16	418	76	1070
1990	85	753	27	442	112	1195
1991	94	721	39	478	133	1199
1992	123	1004	44	651	167	1655
1993	150	937	64	588	214	1525
1994	155	897	66	613	221	1511
1995	152	909	68	576	220	1485
1996	165	803	42	492	171	1295
1997	163	809	77	501	240	1310
1998	28	670	10	368	38	1038
TOT(*)	1259	9097	474	5715	1697	14814

Tab. 3: Tassi di incidenza HIV (anni /persona)

Anno	N. sogg. reclu.	anni uomo	media in gg.	siero conv.	inc. aa.
1985	4	0.8	77	0	0.0
1986	10	2.7	97	0	0.0
1987	143	77.2	197	2	2.6
1988	305	163.9	196	4	2.4
1989	548	352.6	235	3	0.9
1990	737	495.9	246	1	0.2
1991	891	605.9	248	4	0.7
1992	1108	783.3	258	4	0.5
1993	1119	817.6	267	2	0.2
1994	1041	772.3	271	4	0.5
1995	965	702.7	266	4	0.6
1996	862	631.0	267	4	0.6
1997	735	491.9	244	3	0.6
1998	466	208.5	163	3	1.0
TOT(*)	2871	6106.2	776	37	0.6

(*) overlap di pazienti per singolo anno

Gli obiettivi di questo lavoro

Gli obiettivi di questo lavoro possono essere così sinteticamente riassunti:

1. fornire i criteri ed i vincoli per la corretta esecuzione dei test HIV in anonimato al fine di:
 - a) aumentare l'afferenza al test;
 - b) ridurre i timori ed i disagi per le persone che richiedono tale test;
 - c) ridurre ulteriormente l'afferenza ai centri trasfusionali dei soggetti con comportamenti a rischio;
2. spiegare le semplici e praticabili procedure per l'esecuzione del test a fini diagnostici, in completo anonimato, sulla base di un modello esemplificativo già collaudato;
3. puntualizzare i vantaggi ed i limiti di tali procedure;
4. fornire indicazioni per l'attuazione di tali modalità operative in maniera standardizzata, su tutto il territorio nazionale ;
5. chiarire l'attuale legislazione in materia di segreto professionale, riservatezza e anonimato per l'esecuzione del test HIV.

Definizione di anonimato

La legislazione italiana nella legge 31 dicembre 1996 n. 675 *“Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”* definisce con il termine *“dato anonimo”* il dato che in origine non può essere associato ad un interesse identificato od identificabile. Quindi, applicando questa definizione al nostro ambito specifico, eseguire il test per HIV a fini diagnostici in completo anonimato significa garantire al paziente che l'insieme dei dati (anagrafici e non) che verranno registrati durante il colloquio di counselling non consentirà la sua identificazione futura, anche da parte dello stesso medico.

La non registrazione dei dati anagrafici di identificazione si riferisce quindi alle cartelle cliniche, agli archivi su computer, alle schede di accettazione, alle etichette dei materiali biologici, alle richieste degli esami ed a tutto quello che potrebbe in qualche modo essere letto da persone estranee.

La conseguenza di questa mancata registrazione è l'impossibilità da parte del medico di rintracciare il paziente, il cui contatto con la struttura sarà affidato unicamente ad un suo atto volontario. Tale procedura è comunque applicabile in linea principale, se non esclusiva, in regime ambulatoriale e non di ricovero.

Motivazioni individuali di resistenza al test

Per meglio comprendere il motivo e la necessità dell'anonimato nell'esecuzione del test HIV è utile analizzare i motivi delle resistenze che inducono le persone con comportamenti a rischio a non sottoporsi al test (17, 24-28).

Da una serie di ricerche si è potuto osservare che i problemi principali del soggetto con

comportamenti a rischio (CaR) a recarsi alle strutture di screening (in grado quindi di condizionare in maniera importante l'afferenza al test) sono nell'ordine:

1. la paura di «schedatura permanente»;
2. la paura della possibilità di essere identificato ed etichettato come soggetto sieropositivo o deviante per le proprie abitudini tossicomane o sessuali;
3. la paura dell'emarginazione conseguente;
4. la paura di conoscere il proprio stato sierologico;
5. la convinzione che l'infezione sia incurabile e quindi che, in assenza di una terapia risolutiva, sia anche inutile "sapere" (trascurando così anche tutte le forme di profilassi).

Altri fattori amplificanti queste resistenze sono:

1. la scortesia del personale;
2. la modalità di lavoro poco riservata;
3. gli ambienti di prima diagnosi frequentati, per problemi di terapia, anche da pazienti evidentemente sintomatici;
4. per le persone omo-bisessuali, eterosessuali ed ex tossicodipendenti, la presenza contemporanea di tossicodipendenti attivi afferenti ai Ser.T;
5. l'identificazione esterna delle strutture come "Strutture AIDS" mediante targhe o cartelli troppo espliciti;
6. i lunghi tempi di attesa nei corridoi, alla vista dei passanti;
7. atteggiamenti moralisti o ironici degli operatori;
8. scarsa professionalità e disorganizzazione.

Il razionale: l'opportunità e l'efficacia dell'anonimato

Per poter controllare efficacemente la diffusione di un'infezione come quella da HIV, legata strettamente alla presenza di particolari comportamenti, l'obiettivo da perseguire consiste nell'individuare il più precocemente possibile le persone portatrici del virus, al fine di renderle edotte del loro stato e di instaurare programmi comportamentali tali da far acquisire precoci misure profilattiche in grado di evitare l'ulteriore trasmissione dell'infezione. Oltre a ciò si potrà instaurare una precoce sorveglianza clinica, la profilassi delle infezioni opportunistiche e la terapia antiretrovirale, quando necessaria.

Conseguenza di tale considerazione è che tanto più le persone sieropositive resteranno lontano dalle strutture sanitarie, specialmente se ignare del loro stato, tanto più la probabilità di interrompere le catene epidemiche sarà ridotta come pure ridotta sarà la possibilità di contrastare l'evoluzione in malattia sintomatica. È stato dimostrato che la sola conoscenza dello stato di sieropositività da parte del soggetto infetto porta in generale ad una maggior probabilità di una modificazione dei comportamenti in senso preventivo (48, 49).

Inoltre, va ricordato che numerosi autori hanno più volte segnalato che l'anonimato risulta essere un potente incentivo per i soggetti con comportamenti a rischio (soprattutto se sieropositivi), in grado di far aumentare l'accettazione a sottoporsi al test HIV (7, 13, 17, 21, 22, 24-27, 29-35).

Il target principale è rappresentato da quei soggetti che più si sono mostrati preoccupati dal problema della riservatezza del test: bisessuali, omosessuali, ex tossicodipendenti, "week-end drug users", eterosessuali frequentatori di prostitute, prostitute. I tossicodipendenti attivi invece normalmente afferiscono già ai Ser.T dove, nella maggior parte dei casi, può essere eseguito il test HIV. A questo proposito, e per l'approfondimento scientifico di questi aspetti, rimandiamo alla sintetica rassegna della letteratura riportata in seguito.

(13) W.J. Kassler (*"Anonymous vs Confidential HIV Testing in North Carolina"*), ha constatato che lo Stato dell'Oregon ha introdotto il test anonimo nel 1986 e da allora si è registrato un incremento delle persone esaminate del 50% circa. Tale incremento è stato del 125% per le persone gay o bisessuali, con un raddoppio del numero di sieropositivi identificati.

Lo Stato dell'Arizona ha introdotto il test anonimo nel 1989 ed anche in questo caso si è assistito ad un incremento delle persone esaminate del 14% circa. Per la popolazione omosessuale e bisessuale tale incremento è stato del 37%.

Lo Stato del Colorado ha introdotto il test anonimo nel 1989, riportando risultati analoghi a quelli registrati nello Stato dell'Oregon e Arizona.

Lo studio dimostra che nelle situazioni in cui si è passati dal test confidenziale (registrando i dati anagrafici del paziente) al test anonimo si è assistito ad un cospicuo incremento nell'afferenza soprattutto dei soggetti omo-bisessuali.

(7) L'OMS - Global Programme on AIDS (*"Global strategy for the prevention and control of AIDS"*) ha constatato che i Servizi devono essere organizzati in modo appropriato, avere caratteristiche di facile accessibilità, di continuità terapeutica e devono rispondere ai bisogni percepiti dai pazienti. L'assistenza medica deve, come minimo, includere la somministrazione di antidolorifici ed il trattamento delle comuni infezioni opportunistiche. Ciò richiede personale sanitario con una formazione specifica ed inoltre la possibilità di fornire i farmaci essenziali, tra cui gli antibiotici necessari per fronteggiare la parallela epidemia di tubercolosi nei soggetti HIV-positivi. Tuttavia, il concetto di assistenza va inquadrato in un contesto che supera il semplice trattamento medico e visto in un'ottica di cui il counselling costituisce un aspetto altrettanto fondamentale.

(18) Bindman et al. (JAMA, 1998) hanno relizzato uno studio per verificare se il test HIV in anonimato sia significativamente associato ad una più precoce presa in carico rispetto al test eseguito in modo confidenziale. A questo scopo è stata condotta un'analisi retrospettiva in sette Paesi (Arizona, Colorado, Missouri, New Mexico, North Carolina, Oregon e Texas) su 835 nuove infezioni da HIV, nel periodo compreso tra Maggio 1995 e Dicembre 1996, in cui 643 soggetti hanno eseguito il test HIV in modo confidenziale e 192 lo

hanno eseguito in anonimato. I principali parametri presi in considerazione sono stati: 1) il numero dei CD4⁺ al primo esame, 2) il numero dei giorni dalla comunicazione di sieropositività alla presa in carico dei pazienti, 3) il tempo medio dalla presa in carico allo sviluppo dell'AIDS, 4) il tempo medio dal primo test allo sviluppo della malattia. I risultati principali hanno evidenziato come il test in anonimato porti, in modo significativo, ($p < 0,001$) ad una più rapido accesso sia al test che alla presa in carico.

(25) H. Feiertag (*"Medical-psychosocial HIV ambulatory care within the scope of anonymous and free AIDS counseling in HIV antibody testing"*), ha constatato che, fin dal 1988, il Dipartimento Sanità Pubblica di Düsseldorf ha attivato un programma per la presa in carico dei pazienti sieropositivi che prevede fin dalla prima consultazione, ma anche nelle successive fasi di sorveglianza clinica, le condizioni di anonimato e di gratuità della spesa sanitaria. Il programma prevede counselling, screening, sostegno psico-sociale, sorveglianza clinica e terapia. Lo svolgimento del programma è previsto in condizioni "ambulatoriali".

(21) S.M. Kegeles (*"Many people who seek anonymous HIV-antibody testing would avoid it under other circumstances"*) ha osservato un decremento dei comportamenti ad alto rischio nelle persone che sono state sottoposte al test in completo anonimato e accompagnato da counselling. Gli autori segnalano, inoltre, che le persone che richiedevano il test in anonimato non si sarebbero sottoposte all'esame se non avessero ottenuto tale garanzia. Tale problema era particolarmente sentito dai bisessuali. Inoltre, in tale studio, è stato determinato che le persone che prima del test ritenevano di avere un'alta probabilità di essere state infettate, e quindi sieropositive, presentavano una bassissima inclinazione ad accettare il test in circostanze di non anonimato.

(22) L. Gardner (*"Anonymous testing considered essential, good follow-up results"*) si è posto come obiettivo di determinare: 1) se i pazienti consideravano l'anonimato come una precondizione necessaria ed indispensabile per presentarsi ad eseguire il test per l'HIV; 2) se i pazienti risultati sieropositivi esaminati in anonimato sarebbero in seguito tornati a ritirare il risultato; 3) se la prassi di esaminare in anonimato potesse facilitare il follow-up medico e il supporto sociale; 4) se i soggetti sieropositivi avrebbero cooperato nell'informare i loro contatti.

In sintesi i risultati ottenuti furono i seguenti: il 95% dei soggetti dichiarò di essersi recato al centro di screening specificamente per essere esaminato in anonimato, il 30% dichiarò che non si sarebbe sottoposto al test se non fosse stato disponibile l'anonimato. Il numero dei soggetti esaminati ebbe un notevole incremento passando da 228 nel 1986 a 1.658 nel 1989. Il tasso di sieropositività rimase costante fra il 13 e il 15%. Il tasso di ritorno alla struttura dopo il counselling post-test rimase intorno all'85%. Circa il 50% dei soggetti risultati sieropositivi nel 1989 furono arruolati nei programmi di supporto. Gli autori concludono che l'anonimato appare essere un fattore estremamente gradito per gli individui che richiedono il test e il counselling per l'infezione da HIV. Un'altissima percentuale di soggetti sieropositivi ritorna per il post-counselling e per il follow-up clinico al Servizio che

ha eseguito il test. I dati mostrano inoltre che con questo tipo di sistema il soggetto sieropositivo coopera maggiormente nell'informare i contatti.

(33) X. Thirion (*"An experiment in the anonymous distribution of AIDS-medicaments in Southern France"*) ha messo a punto un sistema che permetteva di somministrare la Zidovudina e il Ganciclovir senza creare un archivio nominale dei pazienti. Sono state analizzate le difficoltà nell'operare e nel somministrare la terapia mediante questa forma di anonimato. L'esperienza è durata sei mesi, durante i quali circa 740 persone sono state sottoposte a trattamento antiretrovirale in anonimato. Gli autori concludono che non si sono osservate difficoltà nella distribuzione e che sono stati sufficienti minimi cambiamenti nelle abitudini per assicurare una buona gestione delle pratiche terapeutiche, mantenendo la confidenzialità dei dati.

(34) J. Moulton (*"Anonymity sought in HIV antibody testing"*) si è posto come obiettivo quello di determinare le preferenze dei soggetti che si sottoponevano al test HIV relativamente alla confidenzialità o all'anonimato. La metodologia prevedeva due studi successivi che sono stati eseguiti rispettivamente nel 1987 e 1988 nella città di San Francisco.

Nel primo studio sono stati intervistati ed esaminati 326 soggetti che comprendevano tutti i diversi gruppi a rischio. Il 46% ha dichiarato che non si sarebbe sottoposto al test se non vi fosse stata la garanzia dell'anonimato. Il 30% rispose che era dubbioso se sottoporsi al test qualora fossero state garantite solo procedure di confidenzialità. I gruppi che più avevano espresso la richiesta di anonimato furono nell'ordine i bisessuali, gli omosessuali e i tossicodipendenti. Il questionario di gradibilità fu somministrato prima di eseguire il test e ad una successiva stratificazione del campione si poté evidenziare che la maggior parte dei soggetti risultati in seguito sieropositivi (71%) aveva dichiarato che non si sarebbe sottoposto al test senza la garanzia dell'anonimato. Gli stessi risultati furono confermati dal secondo studio del 1988. Gli autori concludono che la garanzia dell'anonimato nelle procedure di screening è un fattore essenziale in grado di condizionare l'accesso alle strutture che eseguono il test per l'HIV.

(26) L.J. Fehrs (*"Trial of anonymous versus confidential human immunodeficiency virus testing"*) descrive le variazioni osservate nel dicembre 1986 nello Stato dell'Oregon in seguito all'introduzione del test in anonimato. Successivamente all'introduzione dell'anonimato si è osservato un incremento della richiesta del test del 50%: 125% per omo-bisessuali, 56% per prostitute, 17% per tossicodipendenti e 32% per altri clienti. Inoltre il numero dei soggetti sieropositivi diagnosticati nei tre mesi precedenti all'introduzione dell'anonimato, risultò essere di 36 contro gli 85 rilevati nei tre mesi successivi all'introduzione dell'anonimato. Si è evidenziato come la richiesta di anonimato fosse fortemente associata alla presenza di comportamenti ad alto rischio per l'infezione da HIV. Gli autori concludono giudicando l'anonimato come un fattore molto importante nell'incentivare l'afferenza al test e soprattutto delle persone ad alto rischio di infezione da HIV.

(35) W. Ford (*"Comparison of acceptors and refusers of confidential HIV testing among*

patients in sexually transmitted disease clinics in Los Angeles County”) ha eseguito uno studio, nel 1989 a Los Angeles, su 21.643 soggetti afferiti alle cliniche per le malattie sessualmente trasmesse. Lo studio consisteva nell’offrire il test HIV non in anonimato e valutare il numero di soggetti che accettavano di fare il test e quelli che lo rifiutavano. Successivamente su tutti i soggetti intervistati è stata determinata la presenza di anticorpi anti HIV. I sieri dei soggetti che avevano rifiutato il test sono stati resi anonimi. Di tutti i soggetti afferiti, 7.354 (44%) hanno accettato di essere esaminati, mentre 14.289 (66%) hanno rifiutato il test non in anonimato. Ben 610 soggetti (2.8%) sono risultati sieropositivi, 33% erano omosessuali maschi, 26% erano bisessuali maschi, 31% eterosessuali maschi, 10% eterosessuali femmine e 0.3% omo-bisessuali femmine. Il dato più importante rivelava che ben il 67% (410/610) dei soggetti risultati sieropositivi aveva rifiutato il test. Gli autori concludono che il tasso di accettazione del test non in anonimato presso le cliniche per le malattie sessualmente trasmesse è molto basso e che il test volontario confidenziale non in anonimato riesce a identificare solo un sieropositivo su tre.

Criteri e vincoli per il test in anonimato

Attraverso una serie di strumenti operativi e semplici accorgimenti tecnici è possibile per qualsiasi struttura sanitaria effettuare attività di screening in completo anonimato senza complicare la routine operativa e compromettere l’efficacia dell’intervento.

Va comunque chiarito che il personale dovrà essere addestrato e si dovrà acquisire una nuova operatività, diversa soprattutto per quanto riguarda le modalità relazionali con i pazienti e le modalità di collaborazione con le altre strutture sanitarie con cui il paziente viene a contatto, con le quali sarà indispensabile instaurare rapporti sempre più stretti.

I criteri generali ed i vincoli che devono essere rispettati per poter attivare delle corrette ed agevoli procedure in anonimato possono essere così riassunti:

1. TESTING SEMPRE CON COUNSELLING

Soprattutto se si esegue il test in anonimato (ma anche per la forma non anonima), si ritiene indispensabile che l’esecuzione del test venga fatta sempre obbligatoriamente precedere dall’offerta di un colloquio di pre-counselling e la consegna del risultato (indipendentemente dall’esito) da un post-counselling (6, 18, 27, 36-42). L’adesione ai colloqui di counselling risulta essere volontaria, ma il rapporto con il paziente andrà attivamente ricercato. Le strutture di screening, per poter eseguire il test HIV, devono assicurare contemporaneamente un corretto approccio di pre- e post-counselling con la possibilità di eseguire, se necessaria e in accordo con il paziente risultato sieropositivo, la comunicazione della situazione di rischio ai partner.

Come riportato anche nelle linee guida dell’OMS (1990) sul counselling, se le strutture non sono in grado di assicurare questo non dovrebbero eseguire lo screening per l’infezione da HIV.

2. IL DIRITTO ALL'ANONIMATO

Si ritiene che il diritto all'anonimato non possa essere considerato applicabile e fruibile indistintamente in tutte le strutture e in tutte le situazioni, ma solo nelle strutture che assicurino contemporaneamente screening con counselling, preventivamente orientate quindi a tale scopo. È prevedibile, perciò, che possano esistere situazioni (es. richiesta visto per espatrio) e strutture (es. carcere, reparto ospedaliero) in cui l'anonimato non possa essere concesso. L'anonimato cessa, inoltre, nel momento in cui si vengono a creare situazioni per le quali è prevista per legge la necessità di disporre dei dati anagrafici (es. notifica di caso o di decesso, ecc.).

3. IL DOVERE DI CONCEDERE L'ANONIMATO

L'anonimato, su richiesta esplicita dell'interessato, dovrebbe essere un diritto ottenibile in tutte quelle strutture che sono state individuate ed attivate a tale scopo dalle Regioni e dalle Province autonome.

4. LA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Presso le unità di screening in anonimato la non trascrizione dei dati è prevista per tutti i documenti medici, ma anche per l'etichettatura di materiale biologico che verrà inviato in laboratorio e che non dovrà portare quindi dati anagrafici del paziente.

L'etichettatura avviene tramite un numero di codice la cui corrispondenza con l'identità del paziente è conosciuta solo dal paziente stesso che possiede una tessera personale con il proprio numero di codice.

5. LA PUBBLICIZZAZIONE DELLA POSSIBILITÀ DI ESEGUIRE IL TEST IN ANONIMATO

La possibilità di ottenere esami in anonimato va pubblicizzata attivamente mediante i mass-media, attraverso la collaborazione delle associazioni non governative e all'interno della rete sanitaria locale mediante apposito materiale affisso permanentemente. Questa pubblicizzazione dovrà essere particolarmente evidente presso l'accoglienza dei centri trasfusionali.

6. SIEROPOSITIVITÀ E ANONIMATO

In caso di riscontro positivo, l'anonimato tendenzialmente deve essere conservato anche dopo la presa in carico del paziente e sarà comunque possibile conservarlo solo in regime di non ricovero e in assenza dei criteri di notifica di caso di AIDS. Prima di eseguire il test

é utile dire sempre al soggetto in esame che in caso di positività potrà conservare l'anonimato fino al momento in cui non si renderà necessario un ricovero.

7. CONTROLLO DI QUALITÀ DEI TEST

Le strutture sanitarie che effettuano il test devono utilizzare solo i laboratori che aderiscono al controllo di qualità dei test HIV.

Le caratteristiche funzionali ideali delle strutture e degli operatori

Le strutture che funzionalmente eseguono questo tipo di esami in anonimato dovrebbero essere unità in grado di assicurare contemporaneamente (6, 7, 20, 27):

1. pre-counselling teso a chiarire i comportamenti a rischio della persona, dare le necessarie informazioni sul test, sui suoi limiti e sulla sua giusta utilizzazione e teso ad individuare eventuali fattori di rischio psichiatrico;
2. screening con metodiche Elisa e conferma in Western Blot;
3. post-counselling sia per la consegna di risultati negativi che positivi (con personale specificamente addestrato per il contenimento delle problematiche derivanti dalla comunicazione della sieropositività);
4. iniziale sorveglianza clinica almeno per le fasi asintomatiche e prevenzione secondaria dell'infezione da HIV, sempre contemporaneamente al supporto psicologico;
5. forme di reclutamento attivo di nuovi soggetti a rischio con una modalità, però, che preveda l'adesione volontaria del paziente;
6. coordinamento e collegamento delle strutture che a vario titolo entrano in contatto con il paziente.

Va chiarito che, con quanto sopra riportato, si vuole specializzare e ottimizzare le strutture già esistenti al fine di meglio affrontare il problema della gestione globale delle persone sieropositive e del controllo della diffusione dell'infezione. Tutto questo in un'ottica di continuità assistenziale e sfruttando al meglio il rapporto fiduciario medico-paziente che si viene a creare al primo contatto con il soggetto sottoposto al test e che, se mantenuto, è la base per assicurare un'alta compliance ai programmi preventivo-assistenziali successivi.

Le strutture di primo accesso al test, ubicate al di fuori di ospedali, sedi di reparti di malattie infettive, assimilate dalle Regione e Province autonome, almeno a centri di secondo livello, dovrebbero attuare un collegamento funzionale di tipo dipartimentale per la gestione del follow-up presso la stessa sede di effettuazione del counselling e del test delle persone risultate positive. Come più volte sottolineato sia dai CDC che dall'OMS, importanza vitale, nel controllo dello sviluppo epidemico dell'infezione, ha il numero e le carat-

teristiche delle strutture di primo accesso al test e di sorveglianza nella fase asintomatica (6, 7, 20).

La scelta e il coordinamento delle strutture idonee ad eseguire test in anonimato, dovrebbero essere di competenza delle singole Regioni e Province autonome.

Le figure professionali degli operatori che prestano servizio in tali strutture (27, 43) non sono particolarmente differenti da quelle che già operano in molte strutture sanitarie. Il medico, lo psicologo, l'infermiere professionale, l'assistente sanitario o altro personale che collabora con le strutture (ad es. operatori di associazioni di volontariato riconosciute e convenzionate) dovranno comunque essere addestrati alle tecniche di counselling in anonimato, attraverso specifici corsi di formazione.

Si ricorda l'importanza della presenza della figura del medico psichiatra all'interno delle équipe che affrontano queste tematiche proprio per il rilevante interessamento neurocognitivo che l'infezione da HIV presenta. Équipe che dovrebbero, quindi, essere miste, ove possibile.

I livelli di operatività

I "Gruppi C" possono essere attivati utilizzando strutture e personale già operativo all'interno delle U.L.S. Molte unità operative sono state allestite all'interno dei Settori Igiene Pubblica, altre nei Ser.T, altre ancora nei Reparti di Malattie Infettive. In alcune situazioni invece si sono attivate strutture con la partecipazione di vario personale proveniente da diverse strutture che collaboravano nell'organizzazione delle attività. Le funzioni e i relativi compiti dei "Gruppi C" possono essere strutturati in base alle situazioni del territorio di riferimento, alla reale operatività derivante dal grado e dalla specificità della professionalità del personale, dalla situazione logistica (spazi e mezzi disponibili) e dalle competenze e dalle funzioni istituzionali della struttura sanitaria che ospita l'unità operativa (Ser.T, S.I.P., Reparto ospedaliero, poliambulatorio, ecc.). A seconda delle possibilità funzionali, quindi, si possono distinguere unità a tre gradi di operatività:

- **I grado:**

questo prevede una hot-line telefonica, la possibilità di eseguire pre-counselling, prelievo, post-counselling per la consegna dei risultati, notifica al partner, corretto invio dei pazienti risultati sieropositivi a strutture cliniche.

- **II grado:**

oltre alle caratteristiche descritte precedentemente questo livello è in grado di sorvegliare clinicamente il paziente sieropositivo (con visite ed esami specialistici ogni 3 mesi) nella fase asintomatica di basso rischio (linfociti CD4+ > 500 cell/cc).

- **III grado:**

questo livello prevede anche la possibilità di eseguire sorveglianza clinica, supporto psico-sociale, terapia antivirale e profilassi delle infezioni opportunistiche nelle fasi asintomatiche ad alto rischio (linfociti CD4+ < 500cell/cc) e sintomatiche che non abbisognano di ricovero ospedaliero. Una funzione di questo livello, in collaborazione con i reparti di

degenza, può essere anche quella di creare l'assistenza domiciliare ai malati terminali. In alcune situazioni il prelievo viene fatto eseguire in un laboratorio esterno, a cui il paziente viene inviato dopo il colloquio di pre-counselling, che provvederà poi ad inviare i risultati alla struttura per la consegna nel colloquio di post-counselling.

Le procedure per l'esecuzione del test in anonimato

1. IL PRIMO CONTATTO CON IL PAZIENTE: IMPORTANZA E UTILITÀ DI UNA HOT-LINE

Va sottolineata l'importanza per le singole unità che eseguono counselling e screening di disporre di una hot-line telefonica (il telefono è risultato essere un buon "mezzo di difesa" che il soggetto con CaR gradisce e utilizza volentieri come primo contatto). Si è potuto notare infatti che questo strumento di lavoro, oltre a fornire immediate informazioni, è altamente efficiente ed adatto ad incentivare il primo contatto con i soggetti che hanno reali comportamenti a rischio, creando quindi buoni flussi alle strutture (44-46).

Attraverso il telefono, infatti, è possibile rispondere esaurientemente ai numerosi quesiti informativi delle persone e risolvere così "a distanza" (senza sovraffollare gli ambulatori) i problemi non legati a reali comportamenti a rischio.

È stato calcolato che ad ogni 10 ore/lavoro di una hot-line corrisponde un risparmio di 4 ore/lavoro di ambulatorio e di altre 2 ore/paziente di tempo lavorativo che sarebbe necessario per raggiungere le strutture sanitarie. In caso di rischio, invece, si possono fornire pratiche ed indispensabili indicazioni su come raggiungere le strutture di screening e sulle precise situazioni a cui il paziente si troverà davanti al momento dell'arrivo alla struttura. È stato provato che questo tipo di metodo, nel fornire informazioni, è notevolmente incentivante l'afferenza al test poiché consente al paziente di prevalutare, in una situazione di assoluta libertà, la disponibilità dell'operatore, la sua professionalità e il grado di accettazione delle sue problematiche. Inoltre, cosa da non trascurare, l'uso del telefono consente alla persona che chiama di scegliere in prima persona il tempo e il luogo di chiamata e questo in termini psicologici e pratici riveste una notevole importanza, perché il soggetto potrà scegliere luoghi a lui idonei per potersi esprimere in completa libertà.

Le hot-line nazionali possono invece funzionare molto bene per quanto riguarda la divulgazione di informazioni standardizzate ed accreditate, ma sono meno efficienti nell'incentivare i flussi di pazienti.

Dalla hot-line telefonica, ben pubblicizzata e con operatori ben addestrati, nel caso si ritenga necessario fare il test, devono essere sistematicamente fornite informazioni relative alla possibilità di eseguire tale test in completo anonimato, in forma gratuita e senza impegnativa del medico curante o libretto sanitario.

Queste ed altre semplici informazioni, se comunicate con tono disponibile e cortese, permettono già in prima battuta di stimolare il soggetto con CaR ad accedere più tranquillamente alla struttura.

I vantaggi delle hot-line locali agganciate alle unità di screening possono, quindi, essere

così riassunti:

1. buona accettazione da parte dei pazienti che si sentono più liberi e più protetti nel momento del primo contatto;
2. possibilità di "prefiltrare" le situazioni che non necessitano di test con riduzione dei tempi e quindi dei costi diretti ed indiretti;
3. aumento dell'accessibilità ad informazioni affidabili, accreditate e standardizzate;
4. possibilità di dare informazioni precise sulla localizzazione delle strutture e sulle modalità di accettazione, riducendo così i tempi di ricerca da parte del paziente;
5. aumento dell'aderenza al test di soggetti realmente a rischio.

2. CARATTERISTICHE DEI LUOGHI DI ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI COUNSELLING E SCREENING

Per i luoghi dove vengono espletate le attività di prelievo si consiglia di non esporre alle pareti di accesso agli ambulatori cartelli o indicazioni che riportino le parole "AIDS" o "HIV", onde evitare la possibile identificazione dei soggetti, anche attraverso la semplice visione dell'accesso alla struttura del paziente, da parte di estranei. Entrare per la prima volta in luoghi dove non compare la parola "AIDS" riduce le ansie e quindi le resistenze del paziente.

Per questo motivo si potrà scegliere una sigla che non sia acronimo di nulla, ma che sia invece facilmente memorizzabile e non costringa il soggetto, che dovesse chiedere indicazioni o informazioni sulla localizzazione degli ambulatori alla portineria, a pronunciare parole sicuramente più imbarazzanti quali "AIDS" o "HIV".

A Verona per esempio è stata scelta la sigla "Gruppo C" che non è acronimo di nulla, ma molte altre possono essere inventate all'occorrenza.

3. IL CONTATTO PERSONALE CON IL PAZIENTE

Dopo che il paziente è arrivato in un ambulatorio chiuso e tranquillo è necessario ascoltare con attenzione il suo bisogno espresso e subito dopo chiarire, prima di iniziare il pre-counselling, che:

- se il paziente lo desidera non verrà richiesto alcun dato anagrafico (cognome, nome, ecc.);
- se sarà necessario eseguire un test, verrà affidato al paziente un codice numerico che solo lui conoscerà;
- tutta la documentazione che verrà prodotta nel corso del colloquio porterà solo ed esclusivamente quel numero;
- per evitare errori di identificazione dei campioni derivanti da cattiva trascrizione del codice, si consiglia di agganciare la propria data di nascita, che non permette (da sola) nessuna identificazione, e la data del prelievo;

- il test verrà eseguito solo se ritenuto necessario, cioè in presenza di reali comportamenti a rischio.

Un problema particolare è rappresentato dalla richiesta di test che viene fatta da una persona minorenni. In questo caso, se il medico ritiene siano presenti reali comportamenti a rischio e valuti quindi necessario il test anche senza la presenza dei genitori, pena il rifiuto del paziente minorenne a ritornare (con perdita della possibilità preventivo-assistenziale), l'esame potrà essere eseguito. Nulla comunque dovrà essere lasciato intentato, da un punto di vista psicosociale, nell'ottica di ricondurre la problematica della possibile infezione da HIV del minore all'interno della famiglia.

Come è stato precedentemente ricordato (27) il tempo minimo da assicurare per il counseling è di 15 minuti prima del test e di altri 15 minuti alla consegna dei risultati (in caso di sieronegatività). Non è possibile garantire un corretto approccio senza rispettare tali tempi.

4. L'ASSEGNAZIONE DEL NUMERO DI CODICE

Successivamente, dopo aver eseguito il pre-counseling, si dovrà affidare al paziente un numero di codice univoco, che verrà trascritto su un apposito cartellino promemoria e consegnato al paziente così formato:

Es. Num. 1 110-9206.1555

Il codice viene assegnato la prima volta che il soggetto arriva alla struttura e accompagnerà i suoi esami per sempre.

Se per il paziente sarà necessario ritornare presso la struttura dovrà essere utilizzato sempre lo stesso codice (riportato su un apposito cartellino) al fine di permettere la ricostruzione del follow-up.

Le ultime quattro cifre sono desunte da un registro a numerazione progressiva univoca che è unico per tutta la struttura di screening e dove vengono riportati in serie storica tutti i pazienti visti dal Servizio. Su questo registro viene inoltre riportata la data dell'esame, il sesso e, se il paziente lo consente, la sua data di nascita. Questo per diminuire la possibilità di errori dovuti a cattiva trascrizione del codice univoco e per evitare che altri pazienti possano ritirare il test o in qualche modo usufruire del codice.

In sintesi il codice univoco viene quindi trascritto:

1. sul registro a numerazione progressiva della struttura;
2. sul cartellino promemoria per il paziente;
3. sulla scheda clinica;
4. sul foglio di richiesta esami;
5. sulla provetta (vedi schema allegato).

Una particolare importanza riveste il codice della struttura che può essere fatto su base

regionale (ma anche nazionale) producendo così la possibilità di poter gestire il follow-up del paziente anche tra diverse strutture.

5. L'ARCHIVIAZIONE DELLE CARTELLE CLINICHE E LA SICUREZZA NELLA CONSERVAZIONE DEI DATI

Le cartelle cliniche vengono agevolmente archiviate in ordine numerico progressivo. Con il sistema del codice numerico, inoltre, la sicurezza nell'archiviazione dei dati e delle cartelle cliniche risulta garantita in quanto, anche in caso di lettura da parte di estranei, non ci sono possibilità di risalire all'identità del paziente.

6. LA CONSEGNA DEI RISULTATI

Va chiarito al paziente e stampato sul cartellino promemoria, che tale documento è privo di valore medico legale in quanto non nominativo. Se il paziente abbisogna di un referto nominativo questo può essere compilato al momento e consegnato al paziente firmato dal medico, perdendo però la caratteristica dell'anonimato.

La consegna dell'esito dell'esame deve essere fatta personalmente, meglio se dallo stesso medico che ha eseguito il primo colloquio, per permettere così una corretta identificazione visiva del paziente oltre che per motivi di continuità assistenziale.

È importante nella consegna di un test risultato negativo eseguire uno specifico post-counselling specialmente in caso di presenza di comportamenti ad alto rischio, in quanto questi soggetti tendono a sottostimare il rischio di infezione conseguentemente al risultato negativo del test (27, 43, 47). Lo sviluppo di una errata convinzione di "immunità" o "resistenza" all'acquisizione dell'infezione non è infrequente in questi casi. I tempi consigliati di follow-up per le persone negative (indipendentemente dai vari comportamenti a rischio) vanno dai 6 ai 12 mesi.

La consegna di un risultato positivo deve avvenire sempre in un contesto di counselling all'interno di un rapporto personalizzato tra paziente e medico che dovrà poi essere in grado, da solo o con la collaborazione di operatori psicosociali, di garantire nell'immediato soprattutto un adeguato supporto clinico.

In questo colloquio, oltre ai chiarimenti sulle possibili modalità di trasmissione dell'infezione ad altri soggetti (con particolare riguardo ai partner) e alle norme di prevenzione da seguire, viene raccomandata l'opportunità di ulteriori controlli presso un Servizio Clinico. Al riguardo vengono indicati al soggetto i Servizi che svolgono tale attività, sia nella sua zona di residenza, sia al di fuori della stessa, quando si intuisca la riluttanza del soggetto a farsi riconoscere. Se la struttura del Servizio che ha effettuato lo screening lo consente, possono essere effettuati presso il Servizio stesso anche alcuni esami utili per un migliore inquadramento dello stadio di infezione. Infine viene rilasciata al paziente una lettera di accompagnamento indirizzata all'infettivologo in cui viene specificato che il test di screening è stato eseguito in modo anonimo e che tale procedura è stata mantenuta anche al momento dell'esecuzione di tutti i test complementari.

Ulteriori riflessioni relativamente a questo problema, che sicuramente merita una trattazione più completa, potranno essere oggetto di approfondimenti successivi.

7. IL FOLLOW-UP DELLE PERSONE SIEROPOSITIVE E L'ANONIMATO

Va chiarito fin da subito (anche alla persona interessata) che se il paziente viene riscontrato sieropositivo la condizione di anonimato viene persa solo al momento del primo ricovero in ospedale o nel momento in cui vi sia la necessità di notificare il caso di AIDS (come previsto dal D.M. 28.11.1986) o per i casi in cui sia previsto per legge lo scioglimento della riservatezza (art. 622 e 326 c.p.) per "giusta causa". Chiaramente questo non compromette la riservatezza e la tutela del segreto professionale che sarà comunque garantito, anche in ambiente ospedaliero.

In ospedale, infatti, risulterebbe molto difficoltoso applicare e mantenere tali procedure che andrebbero a complicare notevolmente le attività cliniche. Quindi il passaggio del paziente sieropositivo da una dimensione ambulatoriale o extraospedaliera ad una di degenza, difficilmente potrà essere accompagnata dalla conservazione dell'anonimato. L'anonimato, però, dovrebbe essere assicurato nel caso il paziente non abbia bisogno di ricovero e quindi nelle successive prime azioni di approfondimento diagnostico e di cura non in regime di degenza (33, 43).

Tuttavia, anche in fase di primo approfondimento diagnostico, può sussistere la necessità di conoscere il nome del paziente, il numero di telefono o il suo domicilio al fine di comunicare risultati di esami urgenti o richiamarlo attivamente per terapie, ricoveri o altri problemi. A questo proposito è possibile continuare a mantenere il codice numerico sulla documentazione clinica, comunicando i dati anagrafici del paziente e le sue coordinate essenziali (conservati in condizioni di estrema riservatezza) per eventuali comunicazioni urgenti, solo dai medici del Centro che ha in cura il paziente. Solo il medico, quindi, in caso di bisogno, sarà in grado di identificare il paziente. Si passa perciò da una condizione di stretto anonimato ad una fase di confidenzialità nei riguardi del personale medico, conservando però l'anonimato verso la struttura e l'altro personale che a vario titolo può entrare in contatto con il paziente. Risulta comunque importante ribadire che, per quanto riguarda il follow-up delle persone risultate sieropositive, per evitare disagi al paziente e per non rendere inefficiente il servizio erogato, le unità di screening in anonimato (dove non fossero già inserite in strutture di II° e III° livello) devono perseguire una politica di coordinamento simil-dipartimentale con le strutture di ricovero. Ciò al fine di instaurare un solido rapporto di collaborazione per il follow-up di queste persone, ma soprattutto per una corretta gestione clinica e una buona e tempestiva programmazione degli eventuali ricoveri.

Vantaggi e limiti del test in anonimato

I principali vantaggi di queste modalità operative possono essere così riassunti:

1. aumento dell'afferenza al test. Si è potuto osservare che le unità operative che eseguono il test in anonimato, se ben pubblicizzate, possono avere afferenze notevol-

- mente superiori alle strutture convenzionali;
2. buona afferenza soprattutto dei soggetti con comportamenti a rischio in ambito eterosessuale (comprese le prostitute), omo-bisessuali, "week-end drug users", ex tossicodipendenti;
 3. minori disagi e livelli d'ansia più ridotti per i soggetti con CaR che utilizzano la struttura in anonimato;
 4. minore afferenza ai centri trasfusionali di soggetti con CaR nelle zone dove sono attivi gruppi di questo tipo;
 5. aumento della compliance dei soggetti sieropositivi;
 6. incremento della possibilità di attivare procedure di "Contact Tracing e Partner Notification";
 7. riduzione dei problemi legati alla tutela degli archivi e della documentazione conservata presso le unità di screening.

I principali limiti sono:

1. impossibilità di eseguire richiami attivi del paziente in caso di bisogno;
2. se si usa il solo codice numerico, maggior possibilità di errore per "scambio di risultato" rispetto alla registrazione nominativa. La probabilità di errore è ridotta aggan- ciando al codice la data di nascita del paziente;
3. difficoltà a rintracciare i risultati del test se il paziente smarrisce il cartellino promemo- ria con il suo numero di codice; tuttavia, se il paziente indica la sua data di nascita e ri- corda la data del prelievo è generalmente possibile risalire al numero di codice smarrito.

Conclusioni: la diffusione sul territorio nazionale

Si ritiene importante ribadire l'opportunità di fare aumentare l'afferenza al test per l'HIV e quindi la necessità di adottare l'anonimato come incentivo per ottenere in tempi brevi questo risultato sul territorio nazionale. La possibilità di applicare queste procedure ope- rative nella maggior parte delle strutture sanitarie esistenti (realizzando quindi questo obiettivo) è elevata, considerata anche la relativa semplicità delle procedure ed il minimo adattamento che viene richiesto alle strutture già attive per attuare il completo anonimato. Il problema principale, non insormontabile, è quello di formare il personale sulle tecniche di counselling, ma, prima ancora, esso consiste nel far riconoscere l'importanza irrinun- ciabile che riveste tale tecnica nel ridurre i comportamenti a rischio. Tale stima dovrà tenere conto però di alcuni parametri in grado di abbassare o elevare il tetto del bisogno quali ad esempio: la prevalenza dell'infezione nell'area in questione (aree metropolitane e rurali), il numero stimato di soggetti con comportamenti a rischio, la concentrazione e la funzio- nalità di strutture sanitarie specifiche, ecc.

I Servizi di primo accesso al test dovrebbero essere funzionalmente distinti dalle strutture di diagnosi e cura di malattie infettive e il loro numero ottimale sarebbe di 150 unità sul territorio nazionale. Risulta evidente che per assicurare una buona qualità dell'intervento

sia in termini di standardizzazione delle notizie fornite che di procedure di screening, counselling e sorveglianza sarà utile prevedere delle forme di controllo periodico delle prestazioni fornite mediante appositi incontri informativi-formativi (40).

Principali riferimenti legislativi

Spesso i non esperti del settore, utilizzano le parole “riservatezza”, “anonimato”, “segreto professionale” in modo non appropriato, talvolta come sinonimi. Si rende opportuno quindi fare una prima distinzione terminologica di queste termini.

Per ciò che riguarda l’anonimato (50-56) va chiarito, comunque, che a tutt’oggi la legge non prevede esplicitamente l’anonimato per il test HIV se non per le indagini epidemiologiche ed, indirettamente, per i tossicodipendenti afferenti alle strutture sanitarie. Come già anticipato, la legge 31 dicembre 1996, n. 675 *“Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”*, oltre ad aver riconosciuto esplicitamente il diritto alla riservatezza, ha introdotto alcuni concetti di fondamentale importanza. Nell’articolo 1 vengono riportate alcune definizioni per demarcare in modo esplicito il panorama della privacy. Riportiamo di seguito le definizioni che maggiormente interessano l’argomento in oggetto, rimandando al testo integrale della legge per gli opportuni approfondimenti.

- Per *“dato personale”* si intende qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione, identificati o identificabili, anche indirettamente mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale. Il dato anonimo è il dato che in origine o, a seguito di trattamento, non può essere associato ad un interessato identificato o identificabile.

- Per ciò che riguarda il *“diritto alla riservatezza”*, in medicina potrebbe essere definito come: *“Il diritto del paziente affinché vengano protette e non divulgate a terzi notizie concernenti il suo stato di salute, le prestazioni a cui si è sottoposto e tutto ciò che ha confidato al medico relativamente alle sue condizioni psicofisiche e sociali”*.

Prima dell’entrata in vigore della legge 675 la sua tutela poteva essere ricavata implicitamente da alcune norme della nostra Costituzione come l’art. 2 “La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo sia come singolo sia nelle formazioni sociali dove si svolge la sua personalità, e richiede l’adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”; l’art. 13 “La libertà personale è inviolabile”; l’art. 14 “Il domicilio è inviolabile. Non vi si possono eseguire ispezioni o perquisizioni o sequestri se non nei casi e nei modi stabiliti dalla legge secondo le garanzie prescritte per la tutela della libertà personale”.

Con l’entrata in vigore della legge 675, recepimento di una normativa comunitaria, anche in Italia il diritto alla riservatezza trova un suo spazio specifico di tutela. La legge, oltre ad introdurre delle limitazioni ben definite al trattamento dei dati, prevede sanzioni nel caso di un loro uso improprio.

Nella fattispecie, la legge 675 distingue due categorie principali di dati:

1. Dati comuni
2. Dati sensibili

Alla prima categoria appartengono (per esclusione) tutti i dati non sensibili che necessitano di una tutela inferiore, poiché il loro trattamento espone l'interessato a rischi minori. Della seconda categoria fanno parte dati particolari, per la cui elaborazione si richiedono cautele speciali. Questi dati sono appunto definiti sensibili cioè: *"dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni ed organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*.

• Definiamo *"segreto professionale"* il *"dovere del professionista, giuridicamente previsto, di non divulgare e proteggere tutto ciò che gli è stato confidato dal paziente o che ha potuto conoscere in ragione della sua professione, anche in relazione alle prestazioni professionali eseguite"*.

Il fondamento del segreto professionale in medicina è triplice: etico, deontologico e giuridico. Eticamente il medico, sia come uomo sia come professionista, è tenuto (in un contesto di alleanza terapeutica) a non violare la fiducia risposta in lui dal paziente evitando di divulgare notizie ricevute in modo confidenziale.

Il fondamento deontologico del segreto professionale viene definito negli artt. 9-10-11-31 del codice di deontologia medica dell'ottobre 1998.

L'art. 9 " Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è stato confidato o che ha potuto conoscere in ragione della sua professione, deve altresì conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate, nel rispetto dei principi che garantiscono la tutela della riservatezza. La rivelazione assume particolare gravità quando ne derivi profitto proprio o altrui o nocumento della persona o di altri".

Costituisce giusta causa di rivelazione, oltre alle inderogabili ottemperanze a specifiche norme legislative (referti, denunce, notifiche e certificazioni obbligatorie):

- a) la richiesta o l'autorizzazione da parte di persona assistita o del suo legale rappresentante, previa specifica informazione sulle conseguenze o sull'opportunità o meno della rivelazione stessa;
- b) l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute dell'interessato stesso che non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica per incapacità di agire o per incapacità di intendere e di volere;
- c) l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.

La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.

Art. 10 " Il medico deve tutelare la riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso riguardante le persone anche se affidata a codici o sistemi informatici, deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto e deve vigilare affinché essi vi si conformino".

Art. 11 " Nella comunicazione di atti o di documenti relativi a singole persone, anche se de-

stinati a Enti o Autorità che svolgano attività sanitaria, il medico deve porre in essere ogni precauzione atta a garantire la tutela del segreto professionale. Il medico, nella diffusione di bollettini medici, deve preventivamente acquisire il consenso dell'interessato o dei suoi legali rappresentanti".

Art. 31 "L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto dall'art. 9 allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di altri. In caso di pazienti ricoverati il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili". Il fondamento giuridico è quello previsto dall'art. 622 del codice penale: "Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte lo rivela senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito se dal fatto può derivare nocumento con la reclusione fino ad un anno o con la multa da lire sessantamila ad un milione".

Riservatezza e normativa specifica

La legge quadro in materia di AIDS, la legge 135 del 5 giugno 1990, "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS", all'art. 5 dispone che: *"Gli operatori che, nell'esercizio della loro professione vengano a conoscenza di casi di infezione da HIV o di AIDS, sono tenuti ad adottare ogni misura necessaria per tutelare la riservatezza della persona assistita..."* ed inoltre: *"La comunicazione dei risultati di accertamenti diagnostici diretti o indiretti per infezione da HIV può essere data esclusivamente alla persona cui tali esami si riferiscono"*.

L'obbligo di denuncia nei casi di AIDS conclamato, previsto dal decreto ministeriale del 28/11/1996, non contrasta con quanto sopra esposto in quanto previsione di un esplicito disposto di legge che rientra nelle giuste cause di rivelazione del sanitario da attuarsi comunque nel rispetto della riservatezza del paziente stesso. La notifica deve essere effettuata tramite compilazione di una scheda in triplice copia: una del medico segnalatore, una al Centro Operativo AIDS ed una all'Assessorato Regionale della Sanità.

Sempre in ambito di normativa specifica può essere evidenziato il decreto 13 ottobre 1995: "Disciplina per le rilevazioni epidemiologiche e statistiche dell'infezione da HIV" che all'art. 2 dispone: "Gli studi di prevalenza possono essere effettuati mediante offerta attiva del test sierologico per la rilevazione degli anticorpi anti-HIV. In tale caso è necessario ottenere il consenso informato al test, che deve essere preceduto e seguito dal counselling. L'informazione sul risultato del test deve essere comunicata direttamente ed esclusivamente all'interessato".

Bibliografia

1. Rossi I., Jeannin A., Dubois – Arber F., Guex P., Vannotti M., " *Comparison of the clientele of an anonymous HIV test center and persons tested in the general population* ", AIDS Care 1998 Feb; 10(1); 89-103.
2. Irwin HL, Valdiserri RO, Holmberg SD, " *The acceptability of voluntary antibody testing in the United States: a decade of lesson learned* ", AIDS 1996 Dec; 10 (4) : 1707-17.
3. Editorial, " *Anonymous HIV testing: latest results* ", Lancet 1991;1:1572-3.
4. Mawson S. et al., " *Anonymous testing for HIV infection* ", Lancet 1990;1:858-9.
5. Editorial, " *Anonymous HIV testing* ", Lancet 1990;1:575-6.
6. CDC, " *Publicly funded HIV counselling and testing* ", MMWR 1990;39:137.
7. World – Health Organization - Global Program on AIDS (WHO/GPA) Source book for HIV/AIDS counselling, Geneva 1995.
8. Muller O., Barugahare L., Schwartlander B., Byaruhanga E., Kataaha P., Kyeyune D., Heckman W., Ankrah M., " *HIV prevalence, attitudes and behaviour in clients of a confidential HIV testing and counselling centre in Uganda* ", AIDS 6, 869-874, 1992.
9. Muller O., Satrangbin S., Ruxrungtham K., Sittirai W., Phanuphak P. " *Sexual Risk behavior reduction associated with voluntary HIV counselling and testing in HIV patients infected in Thailand* ", AIDS CARE 1995; 7 (5): 567-72.
10. Hirano D., Gellert GA., Fleming K., Boyd D., Englander S.J., Hawks H., " *Anonymous HIV testing: the impact of availability on demand in Arizona* " American Journal Public Health 1994 Dec; 84 (12):2008-10.
11. Mehlman MJ., Kodish ED, Whitehouse P., Zinn AB, Sollitto S., Berger J., Chiao EJ, Dosick MS, Cassidy SB, " *The need for anonymous genetic counselling and testing* ", American Journal Human Genetic 1996 Feb; 58(2): 393-7.
12. Serfaty A. et al., " *Free and anonymous HIV testing and counselling sites in France: assessing accomplishment of objectives* ", VII Int Conf AIDS 1991:460 (abst WD4289).
13. Kassler WJ., " *Anonymous vs Confidential HIV Testing in North Carolina* ", Public Health Service-Centers for Disease Control Atlanta GA 30333, 29 July 1992 - Comunicazione personale.
14. Hertz-Picciotto I., Lee L., Hoyo C., " *HIV test-seeking before and after the restriction of anonymous testing in North Carolina* ", American Journal Public Health 1996; 86:1446-1450.
15. Comella B., " *Experience with an anonymous drop-in HIV testing program for intravenous drug users and their contacts* ", V Int Conf AIDS 1989:756 (abstract WDP81).
16. Beidas S., " *Anonymous or confidential HIV testing at STD clinics* ", V Int Conf AIDS 1989:921 (abst E 713).
17. Serpelloni G., Morgante S., Simeoni E., Mirandola M., Perini G.P. " *Anonimato e test per l'HIV* ", in HIV/AIDS counselling and screening Manuale teorico pratico 1993, Eds Leonard Scientifiche.
18. Bindman AB, Osmond D., Hecht FM., Lehman JS, Vranizan K., Keane D., Reingold A., " *Multi-state evaluation of anonymous HIV testing and access to medical care. Multistate Evaluation of Surveillance of HIV (MESH) Study Group* ", JAMA 1998 Oct 28; 280(16): 1416-20.
19. Gardner L., " *Anonymous testing considered essential, good follow-up results* ", VI Int Conf AIDS 1990:333 (abst ThD 831).
20. Center Disease Control, " *Public Health Service guidelines for counselling and antibody testing to prevent HIV infection and AIDS* ", MMWR 1987;36:509.
21. SM Kegeles, JA Catania, TJ Coates, LM Pollack, B. Lo., " *Many people who seek anonymous HIV-antibody testing would avoid it under other circumstances* ", AIDS. 1990 Jun. 4 (6). P 585-8.

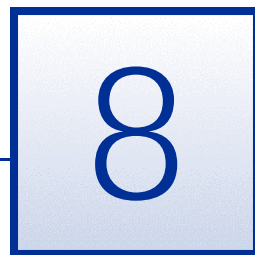
22. Gardner L., Trow R., " *Anonymous testing considered essential, good follow-up results*", Int Conf AIDS 6 (1) 1990 Jun 20-23 PG 333 (abstract no. Th. D. 831).
23. Serfaty A., Perrault M., Cerf M., Laporte A., Patris C., " *Free and anonymous testing and counselling sites: trends of client characteristics 1988-1990*", Abstracts VIII International Conference on AIDS and III STD World Congress, PuC 8211, 1992.
24. Kegeles S., Catania J., Coates T., Lo B., " *Willingness to obtain HIV antibody testing if results must be reported rather than conducted anonymously*", Int Conf AIDS 5 - 1989 pg 921 (abs E.715).
25. Feiertag H., Tymister G., " *Medical-psychosocial HIV ambulatory care within the scope of anonymous and free AIDS counselling in HIV antibody testing*", Off-Gesundheitswes. 1991 Aug-Sep. 53 (8-9). P 464-6 (AIDS Maxwell compact Libraries vol. 4).
26. Fehrs LJ, Fleming D., Fosteret LR, " *Public Health: Trial of anonymous versus confidential human immunodeficiency virus testing*", Lancet 1988 Aug 13. 2 (8607) pp 379-382.
27. Anderson JE., Hardy AM., Cahill K., Aral S., " *HIV antibody testing and post-test counselling*", American Journal Public Health, 1992 82 (11).
28. Steger K., La Chapelle R., Hrubec W., Craven D., Libman H. " *Primary care services at an anonymous HIV testing site drug users*", Abstracts VIII International Conference on AIDS and STD World Congress, PoD 5801, 1992.
29. Campbell CH, Marum ME, Alwano-Edegu M., Dillon BA, Moore M., Gumisizira E., " *The role of HIV counselling and testing in the developing world*", AIDS Education Prevention 1997 Jun; 9 (3 Suppl) : 92-104.
30. Hirano D., Gellert G., Fleming k., Boyd D., Englander S., Hawks H., " *Anonymous HIV testing: the impact of availability on demand in Arizona*", American Journal Public Health, 1994 84: 2008-10.
31. Karasharira N., Tukwasiibwe E., Rwekikom F., " *Anonymous HIV testing and counselling at AIDS information centre*", Abstracts VIII International Conference on AIDS and III STD World Congress, PoC 4817, 1992.
32. Phanuphak P., Sittitrai W., Barry J., Sarang-Bing S., Hanvanich M., " *AIDS knowledge and attitudes of anonymous clinic clients*", Abstracts VIII International Conference on AIDS and III STD World Congress, PoC 4625, 1992.
33. Thirion X., Maldonado J., Sambuc R., San Marco JL, " *An experiment in the anonymous distribution of AIDS-medicaments in Southern France*", Int Conf AIDS 6 (3) 1990 Jun 20-23 PG 301 (abstract no. S.D. 845).
34. Moulton J., Havassy B., Diley JW, " *Anonymity sought in HIV antibody testing*", Int Conf AIDS 5 1989 Jun 4-9 PG 875 (abstract n.S.C. Th E.P.13).
35. Ford W., Kerndt PR., Rose TP., Nahlen BL., " *Comparison of acceptors and refusers of confidential HIV testing among patients in sexually transmitted disease clinics in Los Angeles County*", Int Conf AIDS 6 (3) 1990 Jun 20-23 PG 257 (abstract no. S.C. 673).
36. Valdiserri RO, Weber JT, Frey R., " *Trends in HIV seropositivity in publicly funded HIV counselling and testing programs: implications for prevention policy*", America Journal prevention Medicine 1998 Jan; 14(1): 31-42.
37. Higgins DL., Galavotti C., O'Reilly KR, " *Evidence for the effects of HIV antibody counselling and testing in risk behaviours*", JAMA 1991; 266:2419-29.
38. Curtis JL, " *HIV screening and counselling for IV drug abuse patients: staff and patients attitudes*", JAMA 1989;261:258-262.
39. Lampinen T., " *IV drug users and human immunodeficiency virus testing and counselling*", JAMA 1989;262:1331.
40. Kamb ML, Dillon BA, Fishbein M., Willis KL, " *Quality assurance of HIV prevention counselling in*

- a multi-center randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group* , Public Health Report 1996; 111Suppl 1:99-107.
41. Baker R., Allen H., Gibson S., Newth J., Baker E., " *Evaluation of a primary care counselling service in Dorset* " , Br J Gen Pract 1998 Mar; 48 (428):1049-53.
 42. Leach G., Whitehead A., " *AIDS and the gay community: the doctor's role in counselling* " , British Medical Journal 1985 Feb 23; 290 (6468) : 583.
 43. Miller R., Bor R., " *AIDS a Guide to clinical counselling* " Science Press, London 1991.
 44. Telephone helplines - " *Guidelines for good practice* ". British telecom, London, 1989.
 45. Waller RR, Lisella LW, " *National AIDS Hotline: HIV and AIDS information service through a toll-free telephone system* " , Public Health Report 1991; Nov-Dec; 106(6):628-34.
 46. Armson S., " *Telephone help-lines and counselling* " , In: First European AIDS Hotline Conference - Conference Report. Amsterdam, 1989.
 47. Kalichman SC, Belcher L., " *AIDS information needs: conceptual and content analyses of questions asked of AIDS information hotlines* " , Health Education Reserach 1997 sep ; 12 (3):279-288.
 48. Cleary PD, Van Devanter N., Rogers TF, Singer E., " *Behavior changes after notification of HIV infection* " , American Journal Public Health 1991 Dec; 81 (12):1586-90.
 49. Robles RR, Marrero CA, Matos TD, Colon HM, " *Factors associatd with changes in sex behavior among drug users in Puerto Rico* " , AIDS Care 1998 Jun; 10 (3):329-38.
 50. Ambrosini G., " *Segreto professionale e diritto all'anonimato del tossicodipendente* " , Quest. giust, 1, 1989, 138-148.
 51. Auletta T.A., " *La riservatezza nell'ambito della società familiare* " , Eguaglianza morale e giuridica dei coniugi, Atti del Convegno di Napoli, 14-15 dicembre, 1973, Napoli, 1975.
 52. Austin R.C., " *The Data Protection Act 1984: The Public Law Implications* " , in P.L., winter, 1984, 618-634.
 53. Cane P., " *Private Rights and Public Procedure* " , in P.L., summer, 1992, 193-200.
 54. Casonato C., " *Riservatezza e trattamenti sanitari obbligatori in Italia e Stati Uniti: prime considerazioni* " , in Dir. soc., 4, 1993, 677-704.
 55. Ciallella C., Colesanti C., " *Il segreto professionale nell'archiviazione informatica di dati sanitari* " Riv. It. Med. Leg., XIII, 1991, 713-734.
 56. Simeoni E., Serpelloni G., Spiniello M., " *HIV/AIDS diritti e responsabilità* " , Edas edizioni Maggio 1998.

USO DEL PROFILATTICO E INFEZIONE DA HIV

Elena Bravi, Annalisa Rossi, Filippo Lelli

Sezione di Sreening HIV - Ser.T 1, Azienda U.L.S. 20, Verona



Introduzione

Dalle più recenti statistiche sull'infezione da HIV, nel mondo, emerge che tra le persone sessualmente attive, tra i 15 e i 49 anni, 1 su 100 è sieropositivo e solo 1 su 10 sa di essere infetto. Sono circa 16.000 al giorno le nuove infezioni da HIV nel mondo; nel 1996 ci sono state 5.300.000 nuove infezioni e nel 1997, 5.800.000. Si stima, inoltre, che nel 1997 siano morte per AIDS circa 2.300.000 persone, di cui quasi la metà donne (460.000 bambini al di sotto dei 15 anni). Attualmente l'India, con i suoi 3.000.000-5.000.000 di casi di popolazione infetta, risulta essere il Paese con il più elevato numero di sieropositivi al mondo. (Rapporto UNAIDS, 1997) (1). Anche negli Stati Uniti, comunque, risulta esserci una morte per AIDS ogni 15 minuti ed una nuova infezione ogni 13 minuti (CDC), con il risultato che 1 americano su 250, indipendentemente dall'età, è infetto per HIV (e l'80% di questi sieropositivi non è a conoscenza del suo stato!). Secondo una stima dell'Organizzazione Mondiale della Sanità la metà di tutte le infezioni nel mondo avvengono tra i 15 e i 19 anni e il numero totale delle persone sieropositive, nel 2000, è destinato a crescere fino a 40.000.000 di casi. In tutto il mondo le nuove infezioni riguardano soprattutto le donne: ogni giorno circa 3.000 donne nel mondo vengono infettate dal virus dell'HIV e 500 muoiono per AIDS o per patologie correlate.

Negli Stati Uniti, comunque, oltre all'HIV, vengono diagnosticati circa 12.000.000 di casi di malattie a trasmissione sessuale (MST), di cui 3.000.000 di casi tra i teenagers; sembra, inoltre, che i due terzi delle persone che presentano una MST, siano stati infettati prima dei 25 anni. Nel 1995 sono stati riscontrati, nel mondo, circa 333.000.000 nuovi casi di MST, curabili.

A fronte di questi dati allarmanti, il "Durex Global AIDS Survey" del 1997 (1), riporta come solo il 13% degli americani riferisca di avere rapporti sessuali protetti attraverso un uso sistematico del profilattico, benché la trasmissione da contatto sessuale sia la causa del 75-80% delle infezioni nel mondo (2).

La prevenzione è, in realtà, la strategia più efficace per controllare il diffondersi delle malattie infettive. Ovviamente, il mezzo più efficace per controllare la diffusione delle MST

consiste nel non esporsi al rischio. Inoltre va detto che il comportamento che elimina o riduce il rischio di una MST, riduce anche la probabilità di contrarre tutte le altre (3).

Alla Conferenza di Atlanta, del 1987, intitolata "Il condom nella prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse", gli studi epidemiologici e di laboratorio hanno evidenziato l'efficacia del profilattico nella prevenzione delle MST: HIV, Herpes Simplex virus (HSV), Citomegalovirus (CMV), Epatite B (HBV), Chlamidya Trachomatis e Neisseria Gonorrhea (4-11). Diversi studi hanno evidenziato che chi usa il condom (e i/le loro partner) ha una minore incidenza di gonorrea, infezioni delle vie urinarie, malattie infiammatorie pelviche e cancro della cervice rispetto alle persone che non lo usano (12).

In realtà, l'astinenza è la sola strategia efficace al 100% per evitare la trasmissione/acquisizione dell'HIV e delle altre MST; questa, però, deve essere praticata in maniera corretta e costante (infatti tra le coppie che riferiscono l'astinenza come metodo anticoncezionale, nel 26% si verifica una gravidanza all'anno) (13). Per coloro che, invece, hanno rapporti sessuali, il condom in lattice è altamente efficace se usato in maniera corretta e costante (14, 15), è sicuro nel 98%-100% dei casi (16, 17) ed il suo utilizzo è 10.000 volte più sicuro rispetto al non uso (18).

D'altra parte, nessun tipo di politica sanitaria preventiva garantisce una protezione perfetta; ad esempio il vaccino dell'influenza è efficace solo nel 60-80% dei casi, ma va detto che è proprio grazie a questo sistema "imperfetto" che si possono evitare migliaia di morti. Il vero problema non è, dunque, se il condom sia efficace al 100%, ma, piuttosto, se il suo utilizzo sia efficace, per prevenire la diffusione della malattia (19).

La storia del profilattico

Il profilattico è un mezzo meccanico di barriera finalizzato ad impedire la fecondazione o la trasmissione di malattie sessualmente trasmissibili.

Il termine "*Condom*", internazionalmente conosciuto per indicare questo strumento, non ha una precisa origine. Alcuni lo attribuiscono al nome del medico che lo inventò, il Dr. Condom. Più verosimilmente esso deriva dal latino "*condus*", che significa "ricettacolo", "contenitore".

Le prime testimonianze legate all'uso del condom si possono già ritrovare in epoca egizia (1000 a.C.), dove alcune raffigurazioni su papiri ci indicano come gli antichi Egizi utilizzassero delle guaine di lino per proteggersi dalle malattie. La più recente testimonianza di utilizzo del profilattico in Europa risale al 100-200 a.C., tratta dall'arte rupestre a Combaleres, in Francia. Si dovrà aspettare fino al 1500 per avere la prima pubblicazione ed il primo trial di ricerca sul profilattico, che fu eseguito proprio in Italia, dal Dr. Fallopio, che rivendicò l'invenzione di un preservativo di lino e del relativo trial clinico su 1.100 uomini che lo avevano utilizzato: nessuno di loro aveva contratto la sifilide. Nel tardo 1500 fu compiuto un ulteriore progresso, quando vennero inventati i primi rudimentali spermicidi da usare col condom. Nel 1700 cominciarono ad essere utilizzati profilattici fatti con intestini di animali (ad esempio, l'intestino cieco di pecora), ma erano molto costosi e la spiacevole conseguenza fu che venivano spesso riutilizzati. A quel tempo, questo tipo di pro-

filattico veniva descritto come “una corazza contro il piacere ed una tela di ragno contro le infezioni”. Fu solo nel 1844 che Goodyear e Hancock cominciarono a produrre in massa profilattici fatti di gomma vulcanizzata. La vulcanizzazione è un processo che trasforma la gomma grezza in un materiale elastico molto resistente. Sarà proprio l'introduzione della gomma a consentire profilattici sempre più impermeabili e più commerciabili. Nel 1861 comparve la prima pubblicità del profilattico sul “New York Times”.

Nel 1873 venne approvata la Legge Comstock, che rese illegale qualsiasi forma di pubblicità di qualsiasi tipo di controllo delle nascite e che autorizzò il Servizio Postale a sequestrare tutti i profilattici che erano stati venduti per posta. A questo seguì, ovviamente, un brusco arresto nella diffusione di questo metodo.

Nel 1880 verrà prodotto il primo profilattico in lattice, anche se bisognerà aspettare fino agli anni '30 per la sua ampia diffusione. Nel 1935, in America, si producevano 1.500.000 profilattici al giorno. In seguito, e in concomitanza con i nuovi sistemi anticoncezionali (la pillola) le vendite del profilattico subirono una notevole flessione; poi, con l'avvento dell'infezione da HIV, si assiste ad una notevole ripresa del suo utilizzo. Negli Stati Uniti l'incremento nella vendita dei profilattici tra 1984-1988 ha raggiunto il 116% (11), lo stesso vale per altri Paesi, come la Francia (20).

Per la stragrande maggioranza degli anni '80 è stata la manifattura americana a controllare il mercato dei profilattici. Successivamente, nel 1987, comparve in America una nuova ditta giapponese, la “Kimono”, che produceva profilattici più sottili e ben lubrificati e che pubblicizzava il suo prodotto con una propaganda che puntava sia sul piacere che sulla protezione. In seguito, dal 1990, si assiste all'introduzione di una vasta gamma di tipi di profilattici. In questi anni, inoltre, viene introdotto sul mercato il primo profilattico di poliuretano, approvato proprio nel 1991, negli USA. Esso viene prodotto con lo stesso tipo di plastica del condom femminile. Gli studi di laboratorio mostrano che i nuovi profilattici in poliuretano hanno la stessa efficacia protettiva del lattice, oltre a costituire una valida alternativa per coloro che sono allergici al lattice. Il poliuretano, inoltre, consente la fabbricazione di profilattici più sottili di quelli in lattice, è inodore e consente l'utilizzo di lubrificanti oleosi (14).

Nel 1993 la produzione annuale di profilattici in lattice aveva raggiunto gli 8.5 miliardi.

L'uso del profilattico in letteratura

Gli studi compiuti, nel mondo, in merito all'utilizzo del profilattico come mezzo di prevenzione dell'HIV e delle altre MST sono sempre più numerosi. Riportiamo di seguito alcuni tra i dati più significativi.

COPPIE DISCORDANTI

Per dimostrare l'efficacia del profilattico è frequente l'osservazione delle cosiddette “coppie discordanti”, in cui solo uno dei due partner è infetto (statisticamente, il maschio).

In uno studio europeo di 2 anni sulle coppie discordanti vennero analizzate 124 coppie che riferivano di usare sempre il profilattico: nessuno dei partner sani è stato infettato. Invece, tra le 121 coppie che usavano il profilattico solo saltuariamente, 12 (10%) dei partner sani si sono infettati (14).

Un altro lavoro, del 1997, ha esaminato 110 coppie discordanti in Zambia, che sono state seguite per 17.6 mesi. Il 78% dei rapporti era protetto dal profilattico, l'85% da spermicidi e il 6.4% non era protetto. Le sierconversioni sono state 14 (8.7 infezioni per 100 coppie/anno). Tra le coppie che utilizzavano il profilattico in maniera sistematica il tasso era 2.3/100, rispetto al 10.7/100 di chi lo utilizzava saltuariamente (21).

ETEROSESSUALI E DONNE

Nel 1992 i "Centers for Disease Control" (CDC) (22) condussero un'intervista telefonica nel distretto della Columbia (USA) a cui risposero 795 persone tra i 18 e i 45 anni. Il 25% aveva avuto due o più partners nell'anno precedente. Complessivamente, il 40% degli intervistati riferì di usare sempre il profilattico, il 34% mai. Il 70% degli uomini che avevano avuto 2 o più partner sessuali riferivano di usare sempre il profilattico, mentre lo stesso valeva solo per il 37% delle donne. Da questo studio (effettuato su un unico distretto), comunque, emergono dati più confortanti se paragonati a quelli nazionali (23).

Sempre nel 1992, il "National AIDS Behavioural Survey", intervistò 10.630 persone: l'uso del profilattico risultò relativamente basso. Lo adoperava sempre solo il 17% di chi aveva partner sessuali multipli, il 12.6% di chi aveva partner sessuali a rischio e il 10.8% di chi aveva ricevuto trasfusioni non controllate (23).

Anche nel 1995, lo studio del *National Centre for Health Statistics* (1), evidenziò che circa la metà dei teenagers sessualmente attivi non aveva utilizzato il profilattico nell'ultimo rapporto sessuale.

È del 1996 la pubblicazione sull'MMWR di una ricerca condotta su 952 donne, di cui il 59% aveva avuto, nel mese precedente, rapporti sessuali con un partner fisso, il 61% con partner occasionale. Il 56% delle donne del primo gruppo riferì di non aver utilizzato il profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale; questa percentuale scendeva al 29% nel secondo gruppo. Ad una successiva stratificazione del campione emerse che, tra le donne il cui metodo contraccettivo era il condom, il 39% non l'aveva utilizzato nell'ultimo rapporto con il partner abituale e il 22% non l'aveva usato con un partner occasionale, mentre tra coloro che usavano metodi ormonali per la contraccezione, ben il 70% non aveva usato il profilattico con il partner abituale ed il 42% con quelli occasionali. L'uso del profilattico, dunque, diminuisce sensibilmente nelle donne che sono protette dalla gravidanza in maniera efficace da altri metodi (24).

Sempre nel 1996, negli USA, vennero intervistati 182 Portoricani. Qui il profilattico non veniva usato (o veniva usato in maniera inconsistente) dalla metà degli uomini che praticavano sesso anale con altri uomini, dai due terzi degli uomini che avevano rapporti vaginali e dai tre quinti di quelli che avevano rapporti anali con donne. La maggior parte del campione non proteggeva i rapporti orali ed aveva avuto più di un partner nell'anno prece-

dente. Tre su dieci erano HIV positivi (25).

Nel 1997, in Africa, furono intervistati 137 studenti: il 52% dei soggetti che avevano avuto rapporti sessuali, riferirono l'uso del profilattico. Questo dato appare abbastanza confortante considerando l'utilizzo medio del profilattico, e tenendo conto della situazione globale africana che, culturalmente, mostra ancora notevoli resistenze all'utilizzo di questo presidio (26).

Nel 1998 vengono pubblicati i dati di uno studio sulla sorveglianza dei comportamenti a rischio negli Stati Uniti, su studenti di scuola superiore. Il 48.4% di loro aveva già avuto rapporti sessuali e il 43.2% degli studenti sessualmente attivi non aveva usato il profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale (27).

Un'altra ricerca condotta nel 1998 su donne di 5 città americane, soprattutto afro-americane, tra i 15 e i 34 anni, considerate a rischio per HIV, evidenzia che solo il 18% riportava un significativo uso del profilattico con il partner abituale ed il 45% con altri partner (28). Anche in Spagna, nel 1998, venne condotta un'indagine, la *"National Household Survey"*, cui aderirono 8.101 soggetti. Il 37% non riferiva alcun partner sessuale nei precedenti 12 mesi, il 57% dichiarava un partner e il 6% più di un partner. Complessivamente, il 3% riferiva comportamenti a rischio per HIV (es. più di un partner senza uso di profilattico); tra questi erano più frequenti i maschi, tra i 20 e i 59 anni, celibi. Tra chi aveva avuto partner sessuali occasionali nell'anno precedente, il 38% aveva sempre utilizzato il condom; con i partner abituali solo il 26% (29).

Una situazione un po' particolare è quella della situazione di rischio legata ad un'esposizione professionale al virus. A questo proposito nel 1998, è stato condotto uno studio, in Francia (30) in cui sono stati esaminati 17 operatori sanitari in profilassi post-esposizione professionale: la maggior parte di loro ha modificato il comportamento sessuale, attraverso l'astinenza o l'utilizzo del profilattico.

Ancora più recentemente (1999), è stato condotto, negli Stati Uniti, uno studio sul comportamento di 561 donne HIV- e 2.040 donne HIV+. Le donne sieropositive riportavano una minore attività sessuale nei precedenti 6 mesi; nell'ambito dell'attività sessuale, non c'erano differenze tra chi riferiva rapporti vaginali o anali, benché le donne positive riferissero il *cunnilingus* e la *fellatio* con minore frequenza. Tra le donne sieropositive, il 63% usava sempre il profilattico nei rapporti vaginali (28% delle negative), meno in altre pratiche sessuali. L'uso di crack, cocaina o di droghe per via endovenosa (riferito nel 27% delle donne sieropositive e nel 35% delle negative) era associato ad un scarso uso del condom, indipendentemente dallo stato sierologico (31).

Sempre nel 1999, sono stati pubblicati i dati del *"National Survey of Drug Abuse"*, condotto nel 1996. Dei partecipanti a questo studio, il 62% riferiva l'utilizzo del profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale occasionale, ma solo il 19% lo aveva usato negli ultimi rapporti con un partner stabile. Tra questi ultimi, il maggior uso del profilattico si osservava tra i più giovani, di razza nera, provenienti da grosse aree metropolitane ed a basso reddito. Il 42% degli adulti non coniugati e il 40% dei tossicodipendenti aveva usato il profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale. Va poi sottolineato che le persone ad elevato rischio per l'HIV (a causa del loro comportamento sessuale o tossicomane) non usavano il profilattico in misura maggiore rispetto ai soggetti con minor rischio; di questi soggetti,

solo il 22% aveva usato il profilattico nel suo ultimo rapporto con il partner abituale (32). Anche in Africa, nel 1999, sono stati intervistati 922 giovani, tra i 12 e i 18 anni. Un terzo di loro aveva già avuto esperienze sessuali, tre quarti dei quali nei precedenti 6 mesi. Un terzo di questi giovani aveva avuto più di un partner sessuale negli ultimi 6 mesi e più della metà non ha usato il profilattico nel suo ultimo rapporto sessuale (contro il 60% atteso per l'anno 2.000, UNAIDS) (33).

Un'altra indagine africana condotta nel 1999 su 601 uomini, tra i 15 e i 24 anni, rivela che il 65% degli intervistati aveva già utilizzato il condom almeno una volta, ma solo il 25% riferiva di averlo usato nell'ultimo rapporto (34).

Infine, il *"National AIDS Behavioural Survey"* del 1997 evidenzia che il 22% degli intervistati riferiva un rischio per HIV e, di questi, solo il 24% aveva fatto un test per la ricerca degli anticorpi (35).

PROSTITUZIONE

È del 1990 lo studio inglese in cui viene riscontrato che oltre il 33% di un gruppo di clienti di prostitute era disposto a pagare meglio la prestazione non protetta dal profilattico (36). Nel 1995 è stata condotta un'indagine sul turismo sessuale maschile e la prostituzione in Indonesia. Sia i rapporti orali, sia quelli anali erano frequenti con i turisti e l'uso del profilattico era molto scarso. I turisti/clienti provenivano prevalentemente dall'Australia e dall'Europa e molti di loro avevano già avuto rapporti sessuali a pagamento, sia nella stessa Indonesia, sia in altri Paesi ad alta prevalenza di HIV. La conoscenza dell'infezione da HIV era molto buona tra questi turisti ed erano frequenti precedenti esperienze di altre MST (37).

Nel 1998 è stata condotta una ricerca sulle prostitute italiane. Il 16% di loro era HIV+. Il 95% riferiva un uso costante del condom con i clienti, mentre il 63% di loro ammetteva di non usarlo mai con i partner sessuali non a pagamento. Il 13.7%, poi, riportava partner sessuali (non clienti) che avevano fatto uso di droghe per via endovenosa e il 5.8% partner (non clienti) bisessuali; il 40% di questi partner era sieropositivo (38).

Da questi dati emerge molto chiaramente come sia consistente il rischio di infezione legato alla prostituzione; da un lato, infatti, c'è il rischio legato all'attività commerciale e al basso potere di negoziazione che ha la donna con il cliente (soprattutto se questa usa sostanze ed è quindi disposta a correre un maggior rischio pur di essere pagata meglio e di potersi procurare "la dose") (39); dall'altro emerge un rischio consistente, e spesso sottovalutato, legato alla vita privata di queste donne, che solo di rado usano il profilattico col partner abituale, frequentemente a rischio (38, 40). Tale dato non deve essere sottovalutato da un'eventuale azione di counselling, come dimostra anche un lavoro (41) del 1998 rispetto i dati di una ricerca americana condotta in India tra il 1993 e il 1997 su 6.819 uomini eterosessuali sottoposti a screening per HIV. Di questi il 24% ha eseguito il controllo a 3 mesi e il relativo counselling. Il livello di uso sistematico del profilattico con le prostitute aumentava in maniera proporzionale al tempo di follow-up (dopo 24 mesi era 4.7 volte più probabile che il profilattico venisse usato ogni volta). Il rischio di sieroconversione era ov-

viamente minore tra coloro che riferivano un uso costante del profilattico rispetto a chi diceva di non usarlo mai. Questo confermerebbe l'utilità dell'intervento di counselling nella promozione all'utilizzo del profilattico.

OMOSESSUALI E BISESSUALI

È un dato ormai acquisito che le persone omosessuali, con l'avvento dell'infezione da HIV, hanno profondamente modificato il loro comportamento sessuale. Ciò è avvenuto sia attraverso una riduzione dei rapporti anali, sia attraverso l'utilizzo costante del profilattico in tali rapporti (42, 43). Alcuni lavori (44) hanno evidenziato come lo stato sierologico del soggetto non influenzi in maniera importante l'uso del profilattico, che, comunque, si attesta su valori superiori al 50%.

Va anche detto ad esempio, che spesso si assiste ad un uso scorretto del profilattico: uno studio del 1992, ad esempio, (45) evidenzia come il 60% dei maschi omosessuali che avevano rapporti anali riferiva l'utilizzo di lubrificanti oleosi col condom almeno una volta nell'anno precedente (fatto, questo, che aumenta notevolmente la possibilità di rottura del profilattico). Lo stesso lavoro sottolinea come i gay con partner stabile mostrassero un uso più scarso del profilattico nei rapporti sessuali, rispetto a chi aveva partner occasionali.

In un lavoro del 1996 (46), oltre alla frequenza d'uso, sono anche stati valutati la rottura e lo sfilamento del condom. Sono stati esaminati 3.260 omosessuali e bisessuali, di cui il 95% aveva avuto rapporti anali negli ultimi 6 mesi. Tra questi ultimi, l'84% aveva usato il profilattico almeno una volta, l'11% riferiva almeno una rottura di profilattico, l'8% lo sfilamento e il 17% o l'uno o l'altro. Va sottolineato come gli utilizzatori di anfetamine riportassero dei problemi con il profilattico in misura significativamente maggiore rispetto ai non consumatori; lo stesso, anche se in misura minore, avveniva per i consumatori di altre droghe. Altri lavori sottolineano che, nonostante il tasso di rottura o sfilamento di profilattico sia abbastanza elevato nei rapporti anali, esso diminuisce rapidamente con l'esperienza (47).

TOSSICODIPENDENTI

Per quanto riguarda l'utilizzo del profilattico, il gruppo dei tossicodipendenti eterosessuali si differenzia notevolmente dai soggetti eterosessuali senza rischio tossicomane. Uno studio americano del 1990, ad esempio, evidenzia come il 68% dei soggetti tossicodipendenti non usasse il profilattico durante gli ultimi rapporti sessuali e solo l'11% riferisse di averlo usato in ogni occasione (48). Altri studi confermano lo scarso uso del profilattico in questo gruppo di soggetti (49, 50). Nel 1991 un altro lavoro mostra che il 56% dei tossicodipendenti con più di 10 partner riferiva l'uso del profilattico, ma tale percentuale scendeva al 26% per quelli con meno di 10 partner (51).

Appare anche interessante osservare i risultati di uno studio del 1995 (52) che sottolinea i principali ostacoli all'utilizzo del profilattico in un campione di 378 donne tossicodipen-

denti (62%) o partner di tossicodipendenti (38%). Più del 57% del campione riportava un diagnosi di MST. I risultati non evidenziano importanti differenze nell'uso del profilattico tra le donne tossicodipendenti e quelle solo partner di tossicodipendenti, così come le donne che riferivano scambi di siringhe non usavano il profilattico meno di chi non scambiava.

Anche a Belgrado, nel 1998, è stata condotta una ricerca in tal senso su 391 soggetti tossicodipendenti. La prevalenza dell'infezione da HIV era dell'11%. L'uso del profilattico e le pratiche di sesso sicuro erano di riscontro eccezionale: solo il 10.2% usava regolarmente il profilattico; il 12.5% qualche volta ed il 77.3% mai. Il 55% del campione era sieropositivo (10 di questi soggetti non usavano mai il profilattico ed avevano attività sessuale promiscua); il 3% praticava attività di prostituzione (53).

Ancor più recentemente, nel 1999, in Spagna è stata condotta un'intervista su 833 utilizzatori di oppiacei. Si conosceva lo stato sierologico del 94% dei partecipanti (il 61% era sieropositivo). Il 75% del campione aveva usato droga per via endovenosa negli ultimi 30 giorni ed il 30% aveva scambiato la siringa. Il 21% dei soggetti sessualmente attivi non usava mai o quasi mai il profilattico con il partner abituale, il 56% con un partner occasionale. Le donne si mostravano più propense degli uomini ad utilizzare il profilattico negli incontri occasionali. I soggetti che avevano scambiato siringhe nell'ultimo mese non utilizzavano il profilattico con i partner occasionali in misura 3 volte maggiore rispetto agli altri (54).

Sempre nel 1999, è stata condotta una ricerca su 3.357 tossicodipendenti americani, per valutare quali variabili si associano all'incremento nell'utilizzo del profilattico dopo un intervento sull'HIV. I partecipanti riferivano di utilizzare il profilattico nel 15% dei loro rapporti prima dell'intervento sull'HIV e nel 22% sei mesi dopo. Chi incrementava il suo utilizzo era per lo più sieropositivo, aveva ricevuto informazioni sull'AIDS prima dell'intervento, aveva numerosi partner e si era prostituito per droga (55).

Nel 1999, negli USA, è stata condotta un'intervista a 651 donne detenute. Il 73% aveva usato droga prima della detenzione (soprattutto crack). Il 55% delle donne riferiva un inconsistente uso del profilattico con partner occasionali, precedenti di malattie a trasmissione sessuale, un partner tossicodipendente o una storia di prostituzione per droga. Inoltre, emergevano differenze di rischio per i diversi tipi di droga utilizzata: le consumatrici di crack erano, infatti, esposte ad un maggior rischio di contrarre l'infezione da HIV per via sessuale (56).

Dai dati sopra riportati, emerge una generale sottovalutazione del rischio di trasmissione sessuale dell'infezione da HIV, che si traduce in uno scarso, e talvolta inconsistente, utilizzo del profilattico. Va anche enfatizzato, però, che numerosi studi riportano, tra la popolazione non tossicodipendente e soprattutto tra i giovani, un uso che si attesta spesso intorno al 40-50% e che non appare lontanissimo dall'obiettivo del 50% (60% per i soggetti ad elevato rischio), atteso per il 2000 (UNAIDS, 1997). Va comunque valutato se tale dato sia un "reperto occasionale" o piuttosto un dato sistematico. La situazione appare invece molto diversa e ancor più preoccupante per quel che riguarda le persone tossicodipendenti, non tanto e non più per il rischio legato alle pratiche di scambio di materiale in-

fetto, quanto, soprattutto, per la crescente rilevanza del rischio di trasmissione sessuale. Ad elevato rischio risultano essere anche le donne, in particolare nei Paesi in cui, culturalmente, la donna non ha alcuna capacità di negoziazione sessuale verso il suo partner e ciò comporta un notevole incremento nel loro rischio di contagio (in effetti i dati più recenti riportano che, ogni 4 nuove infezioni, 3 riguardano una donna). A questo proposito non va nemmeno sottovalutata la portata del rischio di trasmissione verticale del virus (da madre a figlio), dato che appare particolarmente preoccupante nei Paesi in via di sviluppo, dove, appunto, accanto ad una scarsa protezione dei rapporti, si assiste ad una natalità sempre molto elevata.

Appare quindi necessario incentivare l'uso del profilattico, anche attraverso una corretta diffusione di informazioni relative alle modalità di impiego ed ai limiti di protezione che esso presenta. In particolare, va sottolineato che la diminuzione dell'efficacia è prevalentemente legata alle modalità di utilizzo, che spesso sono scorrette o incostanti ("errore umano").

Accanto a questo sarebbero necessarie anche delle politiche di "Marketing Sociale", come dimostrano dei lavori americani del 1999 (57, 58), che riportano i dati di un intervento condotto sulla popolazione afro-americana, tra il 1994 ed il 1996, in cui più di 33.000.000 di profilattici furono distribuiti gratuitamente. Nel tempo, l'utilizzo del profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale è aumentato (28% nel 1994 vs. 36% nel 1996), soprattutto tra le donne con due o più partner sessuali (dal 30% al 48%); anche tra gli uomini si è registrato un aumento: i dati sono passati dal 40% del 1994 al 54% del 1996. Il numero dei partner sessuali riferiti, per contro, non è aumentato.

Va detto, infine, che la prevenzione delle MST e delle loro complicazioni richiede interventi di educazione sanitaria e di promozione all'uso del profilattico, ma anche di monitoraggio e supervisione dei protocolli e degli studi (59).

Alcuni autori, infatti, mettono in guardia dalla facile interpretazione dei risultati di lavori che vengono condotti con metodologie diverse e, spesso, con dei bias importanti, che inficiano i risultati ottenuti (60, 61).

Il condom femminile

Fu tra gli anni '20 e gli anni '60 che cominciarono ad essere disponibili le prime versioni del condom femminile, ma, in quegli anni, esso fu poco usato e presto dimenticato. Bisognerà aspettare fino al 1980, quando tre gruppi industriali, in Europa e in America, cominciarono a sviluppare nuovi modelli di condom femminili, come il "*Femidom*" (Reality), il "*Bikini Condom*" e il "*Women's Choice*"(62).

A parte il design, il Femidom differisce dagli altri poiché è costituito da una membrana di poliuretano, che mostra numerosi vantaggi rispetto al lattice. Dei tre il Femidom sembra essere il più avanzato anche in termini di sviluppo e di test clinici. Studi clinici e di laboratorio hanno dimostrato che la sua efficacia è simile a quella documentata per il condom maschile. La dimostrazione dell'efficacia del Femidom nella protezione verso le malattie sessualmente trasmesse, incluso l'HIV, è, comunque, ancora piuttosto limitata e sostan-

zialmente basata su studi di laboratorio. Come per tutti i mezzi di barriera, sembra che la maggior parte dei fallimenti sia legata alla scarsa compliance o all'utilizzo scorretto (63, 64).

Un piccolo studio su questo mezzo indicava una percentuale di fallimento del 21-26% in un anno, ma per le donne che lo utilizzavano correttamente e costantemente, questo tasso scendeva al 5% (14).

Va anche detto che, in numerose situazioni, i metodi contraccettivi studiati per le donne (come il condom femminile) necessitano ancora della volontà del maschio per poter essere utilizzati e ciò vale soprattutto nei Paesi dove, culturalmente, il maschio è "dominante". La natura della relazione tra maschio e femmina, quindi, può giocare un ruolo fondamentale nel determinare l'esito della negoziazione sull'utilizzo del condom femminile. Sembra, comunque, (Zimbabwe, 1993, studio di Sunanda Ray, fondatore di Women and AIDS, support network in Zimbabwe) (40) che molti maschi preferiscano il condom femminile a quello maschile, poiché questo non richiede una completa erezione per l'utilizzo, non deve essere rimosso immediatamente dopo l'uso e, inoltre, solleva l'uomo dalla responsabilità della protezione del rapporto.

Anche uno studio condotto nel 1993 (65) su donne afro-americane in merito all'accettabilità del condom femminile evidenzia che il principale ostacolo all'utilizzo di mezzi di barriera nei rapporti sessuali è rappresentato proprio dalla sottomissione femminile e dalla passività nella negoziazione sessuale. In questo senso il condom femminile sembra bene accettato da questa popolazione, poiché esso garantisce una maggior sicurezza delle pratiche sessuali, senza compromettere la "supremazia" sessuale maschile.

Anche recentemente (1999) è stata condotta una ricerca (66) sull'attitudine dei maschi eterosessuali verso il condom femminile. Hanno partecipato 71 uomini sessualmente attivi, di diverse etnie, reclutati presso una clinica per MST. Solo un uomo (1.4%) ha riferito precedenti esperienze col condom femminile; la stragrande maggioranza degli intervistati non conosceva il condom femminile o ne possedeva una conoscenza estremamente limitata.

Caratteristiche tecniche del profilattico

1. IMPERMEABILITÀ DEL CONDOM ALL'HIV E ALLE ALTRE INFEZIONI

I vari autori che si sono interessati all'argomento non hanno mai trovato passaggi di virus HIV attraverso la membrana di lattice. Il numero di questi studi è molto consistente, e la maggior parte di essi ha utilizzato un modello di simulazione della penetrazione (18, 67-71).

Altri autori hanno esaminato la possibilità di passaggio di virus diversi dall'HIV (ad esempio il Citomegalovirus o CMV e dell'Herpes Simplex o HSV-2) attraverso la membrana del profilattico (68, 72-75).

Risultati simili sono stati confermati anche per il virus dell'Epatite di tipo B (HBV) (76), dell'infezione da *Chlamydia trachomatis* (73) e della Gonorrhea (74).

2. VERI PROBLEMI E FALSI PREGIUDIZI LEGATI ALL'USO DEL CONDOM

La scarsa informazione, la confusione e le false notizie persistono sull'efficacia del condom. I CDC (Centres for Disease Control) hanno pertanto fornito le seguenti informazioni, derivate da recenti studi clinici, epidemiologici e di laboratorio, allo scopo di sfatare alcuni "miti" (14). In alcuni casi vengono forniti dei suggerimenti pratici (77).

- *"L'HIV può passare attraverso il profilattico"*: una falsa e ricorrente credenza è che la membrana del profilattico sia costituita da piccolissimi "buchi", che consentono il passaggio del virus dell'HIV. Gli studi di laboratorio mostrano che il lattice, se intatto, fornisce un'efficace barriera contro lo sperma ed i microrganismi, incluso il piccolo virus dell'HIV e di altre MST (4-12).
- *"Il profilattico non funziona"*: molte persone esprimono preoccupazione sull'efficacia del profilattico, basandosi sul suo indice di fallimento nella prevenzione della gravidanza (13, 16). Una corretta analisi di questi studi evidenzia, però, che il tasso di efficacia è strettamente correlato alla correttezza d'uso del condom. Le ricerche indicano che solo il 30-60% degli uomini che usano il profilattico come contraccettivo lo usano ad ogni rapporto sessuale. Inoltre, anche persone che lo utilizzano costantemente, talvolta non lo usano correttamente. L'uso scorretto contribuisce alla possibilità che il profilattico possa lasciar fuoriuscire del liquido o rompersi.
- *"Il profilattico si rompe spesso"*: I profilattici, negli Stati Uniti, vengono classificati come ausili medici e, in quanto tali, regolamentati dalla FDA (*Food and Drug Administration*). In Italia l'approvazione viene data in seguito alla verifica dei requisiti tecnici contenuti nella Normativa Europea "UNI EN 600". Ogni profilattico, prima di essere venduto, viene testato per eventuali difetti. Diversi studi dimostrano che il tasso di rottura di profilattico, negli USA, è inferiore al 2% e il più delle volte questo è dovuto all'uso scorretto più che alla scarsa qualità del prodotto. I lubrificanti oleosi possono indebolire il lattice, causando la rottura del profilattico. Anche il calore, la luce diretta del sole o la scadenza possono comprometterne l'integrità, così come possono essere danneggiati dalle unghie o dai denti. Per evitare la rottura del profilattico è anche importante prestare attenzione a non lasciare bolle d'aria nel serbatoio del profilattico; usare profilattici di buona qualità, che siano conosciuti per la loro affidabilità; evitare di tenerli in luoghi caldi e guardare sempre la data di scadenza prima di aprire la confezione.
- *"Il profilattico si sfilia"*: esistono dei tipi di profilattico studiati per un uso "forte" (es. rapporto anale), che possiedono una base adesiva.
- *"Il profilattico è stretto"*: esistono dei modelli più larghi, che hanno un'ottima vestibilità.
- *"Potrei essere allergico al lattice"*: le allergie al lattice sono abbastanza frequenti, ma sono più comuni le allergie allo spermicida (nanoxinolo-9) che si trova nei lubrificanti spermicidi. In questo caso bisogna provare i profilattici e i lubrificanti senza spermicida.
- *"Col profilattico non senti niente"*: occorre un tipo di profilattico più sottile oppure profilattici e lubrificanti senza nanoxinolo-9 (ha un cattivo odore e sapore e può irritare

le mucose); usare lubrificanti senza spermicidi.

- *"Se gli chiedo di usarlo, lui perde l'erezione"*: la maniera migliore per superare l'ansia legata alla performance sessuale è di provare da soli, così si imparano diversi modi di indossarlo e ci si abitua alle sensazioni; successivamente, può essere utile coinvolgere il/la partner per rendere più gradevole questo momento.
- *"I profilattici non si trovano mai quando servono"*: i profilattici vanno conservati in un posto comodo in borsa, nella tasca della giacca o vicino al letto. Non vanno tenuti, invece, in macchina o nel portafoglio, perché il calore li può danneggiare. Se si beve o si fa uso di droghe, bisogna cercare di tenere i profilattici a portata di mano.
- *"L'educazione all'efficacia del profilattico promuove l'attività sessuale"*: ben 5 studi specifici hanno dimostrato che l'educazione sessuale e l'educazione all'HIV che includa informazioni sul profilattico non hanno alcuna influenza né sull'inizio dell'attività sessuale né su un eventuale ritardo dei primi rapporti. Altri studi dimostrano che l'educazione sessuale e sull'HIV non influisce nemmeno sulla frequenza dei rapporti sessuali. Anche l'OMS ha citato 5 studi che dimostrano come tali programmi possano, invece, ritardare o diminuire l'attività sessuale.

3. IL LUBRIFICANTE

La maggior parte delle ditte produce profilattici già lubrificati. Talvolta, questi lubrificanti sono anche spermicidi. Ciononostante, in alcuni casi, (es. rapporti anali) può essere necessaria un'ulteriore lubrificazione e sono numerosi gli studi che, effettivamente, consigliano l'utilizzo di lubrificanti aggiuntivi al fine di ridurre il rischio di rottura (9, 63, 78, 79). Per essere efficaci, i lubrificanti, devono comunque possedere alcune caratteristiche essenziali:

- devono essere a base d'acqua, in quanto i lubrificanti a base di olio o grasso (come ad esempio l'olio da cucina o la vaselina) possono indebolire il lattice (63);
- contenere componenti virucidi, che garantiscono una protezione aggiuntiva alla sicurezza fornita dal condom. A questo proposito, particolare attenzione è stata data al nonossinolo-9, contenuto in alcuni gel spermicidi, che è in grado di inattivare l'effetto citopatico dell'HIV, già in concentrazioni che vanno dal 2 all'8% (79). L'uso esclusivo di questo spermicida non è, comunque, sufficiente ad evitare l'infezione; esso costituisce solo una sicurezza aggiuntiva (78).
- L'associazione condom-lubrificante virucida acquista particolare rilevanza nelle coppie discordanti, in cui il maschio sia sieropositivo o nelle coppie omosessuali a sierologia discordante, poiché in queste situazioni, il rischio di contrarre il virus è molto elevato.
- Per quanto riguarda l'uso del gel, esso va applicato:
 - per tutta la lunghezza del pene;
 - a pene eretto;
 - in quantità abbondante;
 - in prossimità dell'orifizio anale o nella vagina.

4. LE ISTRUZIONI PER L'USO

È ormai noto che la principale causa di fallimento del profilattico è costituita dalle modalità di utilizzo, che spesso si rivelano scorrette o incostanti. Per questo motivo è importante disporre di istruzioni chiare e comprensibili in merito al corretto utilizzo del condom. A questo proposito, alcuni autori hanno evidenziato come, talvolta, il livello di leggibilità del foglietto illustrativo risulti poco comprensibile, soprattutto alle persone meno istruite (80, 81). Corredare le istruzioni scritte di chiare illustrazioni, disegni o foto che esemplifichino i momenti critici per un corretto utilizzo, può migliorare in maniera significativa il loro grado di comprensibilità (82).

5. L'USO CORRETTO DEL CONDOM

Fornire indicazioni corrette in merito all'utilizzo del profilattico fa parte degli aspetti informativo-preventivi legati all'intervento di counselling. Le seguenti indicazioni hanno origine sia dall'esperienza clinica quotidiana, sia da un attento esame della letteratura sull'argomento. Molte di queste indicazioni sono state previste dai Centres for Disease Control (CDC) di Atlanta (9), da più recenti pubblicazioni (3, 14, 19, 70) e anche dall'OMS, nel 1995 (83):

1. utilizzare sempre profilattici in lattice di gomma;
2. conservare i profilattici in un luogo fresco e asciutto, fuori dalla portata dei raggi diretti del sole;
3. evitare l'uso dei profilattici contenuti in scatole che presentano segni di deterioramento e di usura;
4. controllare la data di scadenza sulla confezione;
5. accertarsi che il profilattico sia di buona qualità, sia intatto (senza buchi o gocciole) e che non sia appiccicoso o di consistenza friabile;
6. evitare assolutamente il contatto con oggetti acuminati (non aprire le confezioni con i denti o con le unghie);
7. indossare sempre il profilattico prima di ogni rapporto sessuale (vaginale, anale o orale);
8. indossare il profilattico quando il pene è completamente eretto;
9. usare un nuovo profilattico ad ogni nuovo rapporto sessuale, prima di qualunque contatto vaginale, anale od orale con il pene;
10. nell'indossarlo, schiacciare il serbatoio tra l'indice ed il pollice per evitare bolle d'aria; non schiacciare il profilattico sulla punta del pene, ma lasciare un piccolo spazio (1-2 cm.) all'apice, come serbatoio per raccogliere il liquido seminale;
11. srotolare il profilattico lungo tutto il pene, fino alla base, accertandosi che non vi siano bolle d'aria;
12. se si desidera usare un lubrificante, utilizzare solo lubrificanti a base di acqua (glicerina, gel o silicone), poiché i lubrificanti a base di grassi (es. gel al petrolio, lozioni per le

- mani, olio per bambini, etc.) possono danneggiare il profilattico;
13. se il profilattico si rompe durante il rapporto, ritirare immediatamente il pene. Entrambi i partner dovrebbero lavarsi con acqua semplice (le donne non dovrebbero fare la doccia), quindi indossare un nuovo profilattico;
 14. dopo l'eiaculazione ritirare il pene, mentre questo è ancora in erezione. Tenere il profilattico con l'indice e il pollice, aderente alla base del pene, in modo che durante l'estrazione esso non si sfili;
 15. rimuoverlo lentamente e con attenzione, in modo da evitare fuoriuscite di sperma. Riporre il profilattico usato in un recipiente chiuso, per lo smaltimento.

Fattori incentivanti l'uso del profilattico

Numerosi studi hanno cercato di evidenziare i principali fattori che condizionano, positivamente o negativamente, l'utilizzo del profilattico nei rapporti sessuali. Viene qui presentato un elenco dei principali fattori incentivanti:

- stato sierologico. I dati riportati nei diversi studi sono discordanti: alcuni danno la sieronegatività come fattore incentivante (55), altri la sieropositività (100);
- età (26, 90);
- essere maschio e single (103, 105);
- avere numerosi/e partner (55);
- prostituirsi (55);
- possedere un atteggiamento positivo e un buon livello informativo sull'uso del profilattico (86, 87, 88, 28, 89, 90, 91, 97);
- mostrare delle intenzioni positive verso il suo utilizzo (correlazione positiva tra intenzione e comportamento) (89, 98, 101);
- possedere un maggior senso di auto-efficacia nell'utilizzarlo (28, 34, 97, 99);
- percepire pochi ostacoli pratici o barriere psicologiche verso il suo utilizzo (34);
- avere una comunicazione libera sul profilattico (84, 89, 28, 106);
- percepirsi vulnerabile rispetto l'infezione da HIV (34, 84, 103);
- percezione di rischio nel partner (103);
- non presentare sintomi di depressione o altri disturbi psicologici (97);
- possedere un buon adattamento sociale ed uno status sociale medio-alto (95, 96);
- percepire un buon supporto sociale (34);
- avere già usato il profilattico, precedentemente (97, 98);
- avere l'apprezzamento della partner per l'utilizzo del profilattico (28, 102, 103);
- avere amici che lo utilizzano (28, 97);
- avere minore ansia nella negoziazione sessuale (26);
- possedere un buon livello informativo sull'HIV/AIDS (26, 55);
- conoscere personalmente qualcuno affetto da HIV/AIDS (97);
- mostrare ansia connessa al dover rivelare un'infezione da HIV o altre MST (26);
- prevenire la gravidanza e le malattie sessualmente trasmissibili (84, 85);

- poterlo avere gratuitamente (57, 92, 93, 94);
- trovarlo divertente (85);
- disporre di istruzioni “erotiche” per il suo utilizzo (107);
- poter usufruire di un intervento di counselling (41, 104).

Fattori disincentivanti l'uso del condom

Tra i fattori che influiscono negativamente sull'uso del condom troviamo:

- lo stato sierologico (44);
- la difficoltà a procurarsi il profilattico (52, 85, 111);
- l'imbarazzo collegato all'acquisto (85);
- la riduzione delle sensazioni fisiche e della spontaneità nel rapporto (85, 87, 102, 109);
- il dolore durante l'utilizzo del profilattico (85);
- la scomodità di utilizzo (84);
- gli aspetti psicologici “negativi” correlati al profilattico: poco romantico, inibente l'eccitazione (84, 102, 108, 110), o ansiogeno (84);
- sfiducia nel profilattico circa la prevenzione della gravidanza e dell'AIDS (84, 102, 114);
- alcune caratteristiche di personalità (es. anticonformismo, sfida, etc.) (111, 112) o pattern comportamentali a rischio (112);
- disturbi emotivi e disagio psicologico (95);
- esperienze interpersonali a rischio (abusi sessuali, violenze, etc.) (112);
- alcune caratteristiche familiari (es. bassa identificazione materna) (111);
- l'uso di droga (soprattutto crack e anfetamine) e alcool (31, 46, 56, 86, 87, 112);
- avere un partner tossicodipendente (56);
- storie di prostituzione per droga (112, 56);
- fattori legati al gruppo dei pari (111);
- scarsa percezione del rischio (90, 113);
- percezione di assenza di rischio nel partner (52);
- avere scarse assicurazioni personali (sicurezza sulla propria condizione sierologica e su quella del proprio partner sessuale) (112);
- scarse abilità di negoziare l'uso del condom con il partner sessuale (52, 112);
- rifiuto del partner ad utilizzare il profilattico (114);
- lunghezza della relazione con il/la partner (110);
- (per le donne) dipendenza anche psicologica dal maschio (112, 113, 114);
- desiderio di avere dei figli (52, 114);
- scarsa forza psicosociale (auto-accettazione sessuale) (112, 113);
- scarsa disponibilità al cambiamento (112);
- bassa auto-efficacia (90, 112);
- avere avuto diverse esperienze sessuali (112);
- avere una storia di malattie a trasmissione sessuale (MST) (56);
- aver avuto esperienze negative col profilattico (109);

- mancanza di abilità nell'utilizzo del profilattico (52);
- disagio nella comunicazione sul profilattico (52, 112);
- uso privato del profilattico nelle prostitute (38, 39, 40, 108);
- il costo del profilattico (anche se basso) (58);

Bibliografia

1. STD/HIV Statistical Information, Condomania Online, Internet.
2. Coggins C., Segal S., " *AIDS and Reproductive Health*", J. Reprod. Immunol. 41 (1-2): 3-15, Dec. 1998.
3. " *Condoms for Prevention of Sexually Transmitted Disease*", MMWR, March 11, 1988; 37 (9): 133-37.
4. Costanzi C. " *I modelli di educazione sanitaria di fronte all'evento AIDS*", In Costanzi C., Lesmo C. " *Adolescenti e prevenzione dell'AIDS*", Franco Angeli Editore, 1991.
5. AA.VV., " *Alcune esperienze di intervento presso la popolazione giovanile*", In Costanzi C., Lesmo C. " *Adolescenti e prevenzione dell'AIDS*", Franco Angeli Editore, 1991.
6. Muzzi G., Serio R., " *Medicina preventiva e sociale*", USES, Edizioni Scientifiche Firenze, 1982.
7. Serpelloni G., Mirandola M., " *Linee guida per la valutazione degli interventi di formazione dell'infezione da HIV*", Atti del Corso di formazione per educatori alla salute, Amalfi, dicembre 1990, Istituto Superiore di Sanità.
8. Henry K., Osterholm ML, Mac Donald KL, " *Reduction of HIV transmission by use of condoms*", American Journal of Public Health, 1988, 78, (9), 1244.
9. MMWR, Perspectives in disease prevention and Health promotion: understanding AIDS: an Information Brochure Being Mailed to All U.S. Households. 1988, May, 6, 37, (17) pp. 261-268.
10. Venturini L., Serpelloni G. et al., " *Condom e trasmissione eterosessuale dell'infezione da HIV 1*", In: " *AIDS e infezione da HIV*", JOB Ed. Scientifiche, 1988.
11. Moran JS, Janes HR, Peterman TA, Stone KM " *Increase in condom sales following AIDS education and publicity*", United States. American Journal of Public Health, 1990, 80, (5), 607-608.
12. Stone KM, Grimes DA, Magder LS, " *Personal protection against sexually transmitted diseases*", Am. J. Obstet. Gynecol. 155: 180-88, 1986.
13. Jones E., Forrest J., " *Contraceptive failure rates based on the 1988 NSFG*", Fam. Plann. Perspect., 24: 21-29, 1992.
14. " *Condoms use and Their Use in Preventing HIV Infection and Other STDs*", CDC Update, HIV/AIDS Prevention, Feb. 1996.
15. Appendix VII, " *Instructions for condom users*" In: " *Source Book for HIV/AIDS Counselling Training*", OMS, Geneva, 1995.
16. Trussel J. et al., " *Contraceptive failure in the United States: an update*", Studies of Family Planning, 21 (1), 1990.
17. Hatcher et al., " *Contraceptive technology*", Irvington Publishers, New York, 1990.
18. Carey R. et al., " *Effectiveness of latex condoms as a barrier to immunodeficiency virus-sized particles under the conditions of simulated use*", Sexually Transmitted Disease, 19 (2): 230-34, 1992.
19. " *Do Condoms work?*", Internet 1997.
20. Toulemon L., Leridon H., " *Contraceptive Practices and Trends in France*", Fam. Plann. Perspect., 30 (3): 114-20, May-June 1998.

21. Hira SK, Feldblum PJ, Kamanga J. et al., " *Condom and nanoxinol-9 use and the incidence of HIV infection in serodiscordant couples in Zambia* ", Int. J. Std and AIDS, 8 (4): 243-50, Apr. 1997.
22. " *Sexual Behaviour and Condom Use* ", MMWR, Vol. 42 (20): 390-398.
23. Catania JA, Coates TJ, Stall R. et al., " *Prevalence of AIDS-related risk factors and condom use in the United States* " Science, 258 (5085): 1101-6, 1992.
24. " *Contraceptive methods and condom use among women at risk for HIV infection and other sexually transmitted diseases. Selected U.S. Sites, 1993-94* ", MMWR, 45 (38): 820-23, Sept. 1996.
25. Carballo-Diequez A., Dolezal C., " *HIV risk behaviours and obstacles to condom use among Puerto Rican men in New York City who have sex with men* ", Am. J. Public Health, 86 (11): 1619-22, Nov. 1996.
26. Lahai-Momoh JC, Ross MW, " *HIV/AIDS prevention-related socuial skills and knowledge among adolescents in Sierra Leone, West Africa* ", Afr. J. Reprod. Health 1 (1): 37-44, Mar 1997.
27. Kann L., Kinchen SA, Williams BI et al., " *Youth risk behaviour surveillance – USA 1997. State and local YRBSS coordinators* " J. Sch. Health 68 (9): 355-69, Nov 1998.
28. Stark MJ, Tesselaar HM, O'Connell AA et al., " *Psychosocial factors associated with the stages of change for condom use among women at risk for HIV and STDs: implications for interventions development* ", J. Consult. Clin. Psychol., 66 (6): 967-78, Dec. 1998.
29. Castilla J., Barro G., de la Fuente L., Belza MJ, " *Sexual behaviour and condom use in the general population of Spain, 1996* " AIDS Care, 10 (6): 667-76, Dec. 1998.
30. De la Tribonniere X, Dufresne MD, Alfandari S. et al., " *Tolerance, compliance and psychological consequences of post-exposure prophylaxis in health-care workers* ", Int. J. STD AIDS, 9 (10): 591-94, Oct. 1998.
31. Wilson TE, Massad LS, Riester KA et al., " *Sexual, contraceptive and drug use behaviours of women with HIV and those at high risk for infection: result from the Women's Interagency HIV Study* ", AIDS, 13 (5): 591-98, Apr. 1999.
32. Anderson JE, Wilson R., Doll L. et al., " *Condom use and risk behaviours among U.S. adults: data from a national survey* ", Fam. Plann. Perspect., 31 (1): 24-28, Jan. 1999.
33. Stanton BF, Fitzgerald AM, Li X, Shipena H. et al., " *HIV Risk Behaviour, Intentions and perceptions among Namibian Youth as Assessed by a Theory-based Questionnaire* ", AIDS Educ. Prev., 11 (2): 132-49, April 1999.
34. Adih WK, Alexander CS, " *Determinants of condom use to prevent HIV infection among youth in Ghana* ", J. Adol. Health 24 (1): 63-72, Jan. 1999.
35. Grinstead OA, Peterson JL, Faigles B., Catania JA, " *Antibody testing and condom use among heterosexual African Americans at risk for HIV infection: the National AIDS Behavioural Surveys* ", Am. J. Public Health, 87 (5): 857-59, 1997.
36. Morgan Thomas R., Plant M-A., Plant M-L., Sales-J., " *Risk of HIV infection among clients of the sex industry in Scotland* ", British Medical Journal, 1990, 301, (Sep. 15), 525.
37. Ford K., Wirawan DN, Fajans P., Thorpe L., " *AIDS knowledge, risk behaviours and factors related to condom use among male commercial sex workers and male tourist clients in Bali, Indonesia* ", AIDS, 9 (7): 751-59, Jul. 1995.
38. Spina M., Mancuso S., Sinicco A., Vaccher E. et al., " *Human immunodeficiency virus seroprevalence and condom use among female sex workers in Italy* ", Sex Transm. Dis., 25 (9): 451-54, Oct. 1998.
39. Van Mens L. P. M., " *The influence of the "safe sex" campaign of the use of condoms in clients to prostitutes* ", Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1989, 44, (7/8), 774-786.
40. " *Attitudes to barriers methods* ", Progress in Human Reproduction Research, n. 43, 1997.

41. Bentley ME, Spratt K., Shepherd ME et al., " *HIV testing and counselling among men attending sexually transmitted disease clinics in Pune, India: changes in condom use and sexual behaviour over time*", AIDS, 12 (14): 1869-77, Oct. 1998.
42. Martin J. L., " *The impact of AIDS on Gay male sexual Behavior patterns in NY City*", American J. of Public Health, 1987, 77, (5), pp.578-581.
43. Martin J. L., Garcia M. et al., " *Sexual Behavior changes and HIV antibody in a cohort of NY City Gay men*", American J. of Public Health, 1989, 79, (4), pp.501-3.
44. Tindall B., Swanson C., Donovan B., Cooper D. " *Sexual practices and condom usage in a cohort of homosexual men in relation to human immunodeficiency virus status*", Med J Aust 151(6) 1989 Sep 18 PG 318-22.
45. Martin DJ, " *Inappropriate lubricant use with condoms by homosexual men*", Public Health Reports, 107 (4): 468-73, Jul-Aug. 1992.
46. Stone E., Seage G., Vittinghoff E. et al., " *Predictors of condom failure in a cohort of sexually active gay men and bisexual men*", Int. Conf. AIDS, 1996 Jul. 7-12, 11:1, 337.
47. Thompson JL, Yager TJ, Martin JL, " *Estimated condom failure and frequency of condom use among gay men*", Am. J. Public Health, 83 (10): 1409-13, Oct. 1993.
48. Magura S., Shapiro J., Siddiqi Q., Lipton D., " *Variables influencing condom use among intravenous drug users*", American Journal of Public Health, 1990, 80, (1), 82-84.
49. Klee H., Faugier J., Hayes C., Boulton T., Morris J., " *Sexual partners of injecting drug users: the risk of HIV infection*", British Journal of Addiction, 1990, 85, (3), 413-418.
50. Jones C., Vlahov D., " *Why don't intravenous drug users use condoms?*", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 1989, 2, (4), 416-417.
51. Lewis D., Watters J., " *Sexual risk behaviour among heterosexual intravenous drug users: ethnic and gender variation*", AIDS, 1991, 5, (1), 77-83.
52. Nyamathi A.M, Lewis C., Leake B. et al., " *Barriers to condom use and Needle Cleaning Among Impoverished Minority Female Injection Drug Users and Partners of Injecting Drug Users*", Public Health Reports, Vol. 110 (2): 166, March 1995.
53. Suvakovic V., Kavaric J., Alcaz S. et al., " *Transmission of imunodeficiency syndrome among intravenous drug abusers in Belgrade*", Srp. Arh. Lek., 126 (11-12): 437-45, Nov-Dec. 1998.
54. Perez Gonzales K., Domingo-Salvany A., Hartnoll R., " *Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and Risk Behaviours of Opioid Users Visited in an Emergency Room*", Gac. Sanit. 13 (1): 7-15, Jan. 1999.
55. Kwiatowski CF, Stober DR, Booth RE, Zhang Y., " *Predictors of increased condom use following HIV intervention with heterosexually active drug users*", Drug Alcohol Depend., 54 (1): 57-62, Mar. 1, 1999.
56. Cotten-Oldenburg NU, Jordan BK, Martin SL, Kupper L., " *Women inmates' risky sex and drug behaviours: are they related?*" Am. J. Drug Alcohol Abuse, 25 (1): 129-49, Feb. 1999.
57. Cohen DA, Farley TA, Bedimo-Etame JR et al., " *Implementation of condom social marketing in Lousiana, 1993 to 1996*", Am. J. Public Health, 89 (2): 204-8, Feb. 1999.
58. Cohen D., Scribner R., Bedimo R., Farley TA, " *Cost as a barrier to condom use: the evidence for condom subsidies in the United States*", Am. J. Public Health, 89 (4): 567-68, Apr. 1999.
59. Bosu WK, " *Syndromic managment of sexually transmitted diseases: is it rational or scientific?*", Trop. Med. Int. Health, 4 (2): 114-19, Feb. 1999.
60. Crosby RA, " *Condom use as a dependent variable: measurement issues relevant to HIV prevention programs*", AIDS Educ. Prev., 10 (6): 548-57, Dec. 1998.
61. Sheeran P., Abraham C., " *Measurement of condom use in 72 studies of HIV-preventive behaviour. A critical review*", Patient Education and Counselling, 24 (3): 199-216, 1994.

62. Bounds W. , " *Female condoms* " , Eur. Contracept. Reprod. Health Care, 2 (2): 113-16, Jun. 1997.
63. Cohen D., Dent C., MacKinnon D., " *Condom skills education and sexually transmitted disease reinfection* " , Journal of Sex Research, 1991, 28, (1), 139-144.
64. Huezo CM, " *Current reversible contraceptive methods: a global perspective*" Int. J. Gynaecol. Obstet., 62 Suppl. 1: S 3-15, Aug 1998.
65. Shervington DO, " *The acceptability of the female condom among low-income African-American women*" , J. Natl. Med. Assoc., 85 (5): 341-47, Jul. 1993.
66. Seal DW, Ehrhardt AA, " *Heterosexual men's attitudes toward the female condom*" , AIDS Educ. Prev. 11 (2): 93-106, April 1999.
67. Conant M., Hardy D., Sernatinger J. et al., " *Condoms prevent transmission of AIDS-associated retrovirus*" , JAMA, 255 (13): 1706, 1986.
68. Drew W.L., Blair M., Miner R.C., Conant M., " *Evaluation of the virus permeability of a new condom for women*" , Sexually Transmitted Diseases, 1990, 17, (2), 110-112.
69. Drew W.L., Blair M., Miner R.C., Conant M., " *Evaluation of the virus permeability of a new condom for women*" , Int Conf AIDS 5 PG 1042.
70. Van de Perre P., Jacobs D., Sprecher-Goldberger S., " *The latex condom, an efficient barrier against sexual transmission of AIDS-related viruses*" , AIDS, 1987, 1, (1), 49-52.
71. Rietmeijer C., Krebs J., Feorino P., Judson F., " *Condoms as physical and chemical barriers against human immunodeficiency virus*" , JAMA 259(12) 1988 Mar 25 PG 1851-3.
72. Katznelson S., Drew W., Mintz L., " *Efficacy of the condom as a barrier to the transmission of Cytomegalovirus*" , J. of Infect. Dis. 1984, Jul. 150 (1), pp. 155-157.
73. Conant M. A., Spicer D. W., Smith C., " *Herpes Simplex virus transmission: Condom Studies*" , Sex. Transm. Dis. 1984 Apr-Jun 11 (2) pp.94-95.
74. Judson F. N., Ehret J. M., Bodin G. F., Levin M. J., Rietmeijer C. A. M., " *In vitro evaluations of condoms with and without nonoxynol-9 as physical and Chemical Barriers against Chlamydia Trachomatis, Herpes Simplex Virus Type 2, and Human Immunodeficiency Virus*" , Sexually Transmitted Diseases, 1989, 16, (2), pp. 51-56.
75. Gregory L., Smith C., Kevin F., " *Letters to the Editor: Lack of HIV infection and condom use in licensed prostitutes*" , The Lancet. 1986 Dec 13. Vol. II. (8520) p 1392.
76. Minuk G. Y., Bohme C. E., Bowen T. J. et al., " *Condoms and the prevention of AIDS*" , JAMA 1986, 256, pp.1442-3.
77. Sheon N., " *Some solutions to the most common condoms problems*" , Internet, 1998.
78. Wosfy CB, " *Transmission of HIV by prostitute and prevention of spread*" , AIDS Knowledge Base Text.
79. Malkovsky M., Newell A. et al., " *Inactivation of HIV by nonoxynol-9*" , Lancet, 1988, i, (Mar. 19), 645.
80. Mullins R.M., " *Reading ability and the use of condoms*" , Medical Journal of Australia, 1989, 151, (6), 358-359.
81. Richwald G., Wamsley A. et al., " *Are condom instructions readable?*" , Results of a readability study. Public Health Rep. 1988, Jul-Aug 103 (4) pp.355-359.
82. Cornoldi C., " *Memoria e apprendimento nell'uomo*" , Utet, Torino, 1986.
83. OMS, Appendix VI, " *Guidelines on prevention of sexual transmission of HIV*" , In: " *Source Book for HIV/AIDS Counselling Training*" , Geneva, 1995.
84. Beaman M., Strader M., " *STD patients' knowledge about AIDS and attitudes toward condom use*" , J Community Health Nurs 6(3) 1989 PG 155-64.
85. Sonnex C., Hart G., Williams P., Adler M., " *Condom use by heterosexuals attending a department of GUM: attitudes and behaviour in the light of HIV infection*" , Genitourinary Medicine,

- 1989, 65, (4), 248-251.
86. Hingson R., Strunin L., Berlin B., Heeren T., " *Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents* ", American Journal of Public Health, 1990, 80, (3), 295-299.
 87. Valdiserri R., Arena V., Proctor D., Bonati F., " *The relationship about women's attitudes about condoms and their use: implications for condom promotion programs* ", American Journal of Public Health, 1989, 79, (4), 499-501.
 88. Najem GR, Okuzu EI, " *International comparison of medical students' perceptions of HIV infection and AIDS* ", J. Natl. Med. Assoc., 90 (12): 765-74, Dec. 1998.
 89. Sheeran P., Abraham C., Orbell S., " *Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis* ", Psychol. Bull., 125 (1): 90-132, Jan. 1999.
 90. Reitman J., St. Lawrence JS, Jefferson W. et al., " *Predictors of African American adolescents' condom use and HIV risk behaviour* ", AIDS Educ. Prev., 8 (6): 499-515, 1996.
 91. Dancy B., " *Factors related to condom use with casual partners among urban African-American and Hispanic males* ", AIDS Educ. Prev., 8 (1): 26-36, 1996.
 92. Kirby D., Harvey P.D., Claussenius D., Novar M., " *A direct mailing to teenage males about condom use: its impact on knowledge, attitudes and sexual behaviour* ", Family Planning Perspectives, 1989, 21, (1), 12-18.
 93. Solomon MZ, DeJong W., " *Preventing AIDS and other STDs through condom promotion: a patient education intervention* ", Am. J. Public Health, 79 (4): 453-58, 1989.
 94. Karlsmark T., Segest E. et al., " *AIDS prevention: free condoms for an STD clinic in Copenhagen* ", Genitourinary Medicine, 65 (3): 196, 1989.
 95. Ross M., " *Psychological determinants of increase condom use and safer sex in homosexual men: a longitudinal study* ", International J. of STD and AIDS 1990, 1, (2), pp.98-101.
 96. Norris AE, Ford K., " *Condom beliefs in urban, low income, African American and Hispanic youth* ", Health Educ. Q., 21 (1): 39-53, 1994.
 97. Van Oss MB, Gomez CA, Tschann JM, " *Condom use Among Hispanic Men with Secondary Female Sexual Partners* ", Public Health Reports 108 (6) (Nov.- Dic. 1993): 742-50.
 98. Ross MW, McLaws ML, " *Subjective norms about condoms are better predictors of use and intention to use than attitudes* " Health Educ. Res., 7 (3), 1992.
 99. Soet JE, Dilorio C., Dudley WN, " *Women's self-reported condom use: intra and interpersonal factors* ", Women Health, 27 (4): 19-32, 1998.
 100. Mann J., Quinn TC, Piot P. et al., " *Condom use and HIV infection among prostitutes in Zaire* ", (Letter). Lancet, 316: 345, 1986.
 101. Sheeran P., Orbell S., " *Do Intentions Predict Condom Use? Meta-analysis and Examination of Six Moderator Variables* ", Br. J. Soc. Psychol. 37 (Pt.2): 231-50.
 102. Murphy JJ, Boggess S., " *Increased condom use among teenage males, 1988-1995: the role of attitudes* ", Fam. Plann. Perspect. 30 (6): 276-80, 303, Nov.-Dec. 1998.
 103. Polacsek M., Celentano DD, O'Campo P., Santelli J., " *Correlates of condom use stage of change: implications for intervention* ", AIDS Educ. Prev., 11 (1): 38-52, Feb. 1999.
 104. Spizzichino L., Casella P., Zaccarelli M., Rezza G., Venezia S., Gattari P., " *HIV Infection Among Foreign People Involved in HIV-related Risk Activities and Attending an HIV Reference Centre in Rome: The Possible Role of Counselling in Reducing Risk Behaviour* ", AIDS Care 10 (4): 473-80, Aug. 1998.
 105. Fernandes JC, " *Trends in HIV/AIDS-related knowledge, attitudes and practices in a Rio de Janeiro slum population* ", Cad. Saude Publica, 14 (3): 575-81, Jul-Sept. 1998.
 106. Hutchinson MK, " *Individual, family and relationship predictors of young women's sexual risk* "

- perceptions*", J. Obstet. Gynaecol. Neonatal Nurs., 28 (1): 60-67, Jan-Feb. 1999.
107. Tanner WM, Pollack RH, " *The effect of condom use and erotic instructions on attitude toward condoms*", J. Sex Research, 25 (4), 1988.
 108. Varga CA, " *The condom conundrum: barriers to condom use among commercial sex workers in Durban, South Africa*", Afr. J. Reprod. Health 1 (1): 74-88, Mar 1997.
 109. Norris AE, Ford K., " *Associations between condom experiences and beliefs, intentions and use in a sample of urban, low income, African-American and Hispanic youth*", AIDS Educ. Prev., 6 (1): 27-39, 1994.
 110. Willig C., " *I wouldn't have married the guy if I'd have to do that: heterosexual adults' constructions of condom use and their implications for sexual practice*", J. Comm. Appl. Soc. Psychol., 5 (2), 1995.
 111. Brook DW, Brook JS, Whiteman M. et al., " *Psychological Risk and Protective Factors for Condom Use Among Female Injection Drug Users*", Am. J. Addict., 7 (2): 115-27, Spring 1998.
 112. Harlow LL, Rose JS, Morokoff PJ et al., " *Women HIV sexual risk takers: related behaviours, interpersonal issues and attitudes*", Womens Health 4 (4): 407-39, Winter 1998.
 113. Sobo EJ, " *Finance, romance, social support and condom: use among impoverished inner-city women*", Culture, Medicine & Psychiatry, 17 (4), 1993.
 114. Bedimo AL, Bennet M., Kissinger P. et al., " *Understanding barriers to condom use among HIV-infected African American women*", J. Assoc. Nurs. Aids Care, 9 (3): 48-58, May-Jun. 1998.
 115. Highleyman LA, " *Safer Sex Guidelines*", Bisexual Resource Center, Internet 1997.
 116. " *The truth about latex condoms*", from SIECUS Fact Sheets, Internet, 1997.
 117. Friedman SR, Jose B., Neaigus A. et al., " *Consistent condom use in relationship between sero-positive injecting drug users and sex partners who do not inject drugs*", AIDS, 8 (3): 357-61, Mar. 1994.
 118. Roffman R. et al., " *Relapse prevention as an interventive model for HIV risk reduction in gay and bisexual men*", AIDS Educ Prev 1998 Feb; 10(1): 1-18.
 119. Strathdee S. et al., " *Determinants of sexual risk-taking among young HIV-negative gay and bisexual men*", J Acquir Immune Defic Syndr um Retrovirol 1998 Sep 1; 19(1): 61-6.
 120. Visser A., Antoni M., " *Current perspectives on AIDS/HIV education and counseling*", Patient Educ Couns 1994 Dec; 24(3): 191-8.
 121. Katz M., Gerberding J., " *The care of persons with recent sexual exposure to HIV*", Ann Intern Med 1998 Feb 15; 128(4): 306-12.
 122. Clark L. et al., " *Effect of HIV counselling and testing on sexually transmitted disease and condom use in an urban adolescent population*", Arch Pediatr Adolesc Med 1998 Mar; 152(3): 269-73.
 123. Coyle A., Knapp M., O'Dea E., " *Decision making in HIV testing among a group with low HIV risk*", J Eval Pract 1996 Aug; 2(3): 223-30.
 124. Bentley M. et al., " *HIV testing and counselling among men attending sexually transmitted disease clinics in Pune, India: change in condom use and sexual behavior over time*", AIDS 1998 Oct 1; 12(14): 1869-77.

