

**NUMERO SPECIALE**  
Telefono Verde AIDS



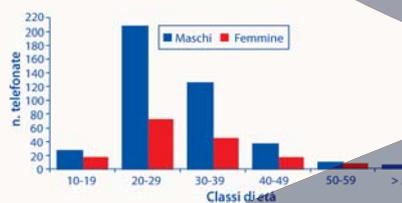
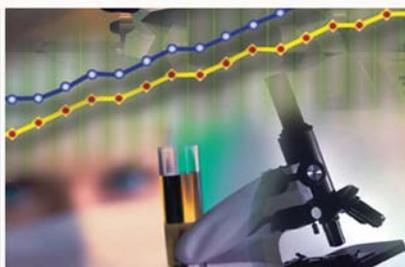
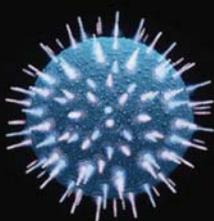
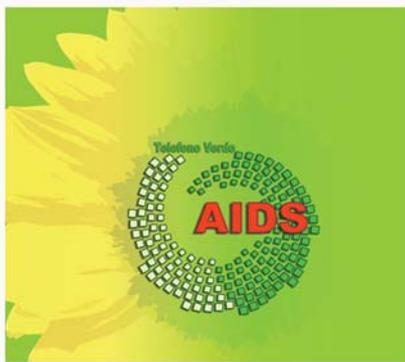
Volume 20 - Numero 4  
Aprile 2007  
ISSN 0394-9303

# Notiziario

dell'Istituto **S**uperiore di **S**anità

**PREVENZIONE E HIV.  
VENT'ANNI DI COUNSELLING  
DEL TELEFONO VERDE AIDS  
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

**800.861.061**



Poste italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale 70% DC Lazio - Roma

www.iss.it

Inserito **BEN**  
**Bollettino Epidemiologico Nazionale**

**Counselling e livello di attività fisica dei medici  
di medicina generale in provincia di Trento, 2006**

**Monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno  
nel Distretto sanitario di Pesaro, 2006**

## SOMMARIO

### NUMERO SPECIALE. PREVENZIONE E HIV. VENT'ANNI DI COUNSELLING DEL TELEFONO VERDE AIDS DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Introduzione .....	3
Un servizio di counselling telefonico nel Reparto di Epidemiologia .....	5
L'intervento di counselling telefonico nella prevenzione dell'infezione da HIV .....	7
I bisogni informativi della popolazione generale e di target specifici nell'ambito dell'infezione da HIV .....	11
Considerazioni e prospettive .....	16
Bibliografia sul counselling e sull'HIV/AIDS .....	17

#### Le rubriche

Visto... si stampi .....	19
--------------------------	----

#### Bollettino Epidemiologico Nazionale (Insero BEN)

Counselling e livello di attività fisica dei medici di medicina generale in provincia di Trento, 2006 .....	i
Monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno nel Distretto sanitario di Pesaro, 2006 .....	ii



#### TELEFONO VERDE AIDS (TVA)

Nascita, sviluppo e prospettive future di un servizio essenziale di informazione sanitaria

pag. 5



L'équipe del TVA attraverso il counselling stabilisce una vera e propria relazione d'aiuto professionale con la persona/utente

pag. 7



L'intensa attività di counselling ha consentito di individuare i bisogni informativi degli utenti del TVA

pag. 11

#### L'Istituto Superiore di Sanità

è il principale ente di ricerca italiano per la tutela della salute pubblica.

È organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale e svolge attività di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica.

L'organizzazione tecnico-scientifica dell'Istituto si articola in Dipartimenti, Centri nazionali e Servizi tecnico-scientifici

#### Dipartimenti

- Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria
- Biologia Cellulare e Neuroscienze
- Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare
- Farmaco
- Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate
- Sanità Alimentare ed Animale
- Tecnologie e Salute

#### Centri nazionali

- AIDS per la Patogenesi e Vaccini contro HIV/AIDS
- Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
- Qualità degli Alimenti e Rischi Alimentari
- Trapianti

#### Servizi tecnico-scientifici

- Servizio Biologico e per la Gestione della Sperimentazione Animale
- Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: Enrico Garaci

Redattore capo: Paola De Castro

Redazione: Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

Progetto grafico: Alessandro Spurio

Impaginazione e grafici: Giovanna Morini

Fotografia: Antonio Sesta, Luigi Nicoletti

Distribuzione: Patrizia Mochi, Sara Modigliani

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

Redazione del Notiziario

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

Tel: +39-0649902260-2427

Fax +39-0649902253

e-mail: pubblicazioni@iss.it

Iscritto al n. 475/88 del 16 settembre 1988.

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2007

Numero chiuso in redazione il 30 aprile 2007

Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

## INTRODUZIONE



**Antonio Cassone**

*Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS*

**I**l ventesimo secolo ha visto, nei Paesi a economia avanzata, una drastica riduzione delle malattie infettive grazie ai progressi della ricerca scientifica e all'avvento degli antibiotici; al contempo nuove emergenze infettive (circa 50 negli ultimi 40 anni), in particolare l'epidemia del Virus dell'Immunodeficienza Umana (HIV), hanno rimesso in discussione i progressi della ricerca medica ed enfatizzato in maniera eclatante la continua suscettibilità della popolazione mondiale alle infezioni. La malattia che consegue all'HIV, cioè l'AIDS, ha caratteri di peculiarità nell'immunopatogenesi e nella diffusione, tali da richiedere un intervento ampio e articolato per poter rispondere alla complessità di un'infezione che ha forti implicazioni sia per il singolo individuo sia per il contesto affettivo, relazionale e sociale in cui è inserito.

Vi è una sorta di continuità cronologica tra l'acquisizione di mezzi concettuali, scientifici e tecnici tali, ad esempio, da consentire di scon-

figgere il vaiolo (1977) e l'affacciarsi, sulla scena mondiale, dell'HIV e conseguentemente di una "nuova" malattia, l'AIDS (1981), che fino agli anni Settanta non era nemmeno concepibile. Ciò ha richiesto un differente approccio per la cura dell'AIDS, intendendo con tale termine non solo la gestione degli aspetti clinici, ma anche quelli legati alla prevenzione. I processi di promozione della salute e di prevenzione dell'infezione da HIV sono stati avviati in tutti i Paesi. In particolare, in Europa occidentale e nel Nord America la prevenzione ha assunto una notevole importanza per arginare l'espandersi dell'infezione, coinvolgendo i decisori politici, le istituzioni, i servizi pubblici, le organizzazioni non governative e le associazioni di volontariato.

Gli interventi preventivi adottati sono molteplici e indirizzati verso differenti target, sebbene mirino tutti al conseguimento di obiettivi comuni e condivisibili: informare sulle modalità di contagio, educare le persone a una sessualità responsabile e sicura, spingere quanti assumono sostanze per via endovenosa a non scambiare le siringhe, favorire l'accesso al test per la ricerca degli anticorpi anti HIV.

Oltre ai successi delle terapie antiretrovirali e in attesa di un vaccino per lo meno di tipo terapeutico, in Italia un'attenzione particolare è stata rivolta a quegli interventi preventivi utili a fornire, a tutta la popolazione, un'informazione puntuale e scientifica sull'infezione da HIV e sull'AIDS. Ciò è stato possibile attraverso la promozione di campagne informativo-educative finanziate dal Ministero della Salute. ▶

### Convegno

#### **Prevenzione e HIV. Vent'anni di counselling del Servizio Telefono Verde AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità**

*Roma, 20 giugno 2007*

*Aula Pochiari, Istituto Superiore di Sanità*

Il Convegno intende rappresentare un momento di riflessione e di confronto con il mondo scientifico e con esperti del settore sulla necessità di condividere strategie di prevenzione che tengano conto dell'unicità della singola persona, della complessità delle tematiche trattate e della specificità dell'intervento di counselling.

L'informazione erogata attraverso le campagne di lotta all'AIDS ha lo scopo di raggiungere il maggior numero possibile di persone, ma non è in grado di rispondere ai bisogni dei singoli. Pertanto, a partire dal giugno 1987 è stato attivato, dalla Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS, il Telefono Verde AIDS (TVA) presso l'Istituto Superiore di Sanità. Il TVA nel corso degli anni ha messo a punto uno specifico intervento di counselling telefonico che permette agli esperti del Servizio di fornire, gratuitamente e in anonimato, risposte personalizzate ai bisogni di coloro che desiderano informazioni sulle modalità di contagio e su come prevenire l'infezione, sui centri diagnostico-clinici e sulle organizzazioni non governative impegnate sul territorio, nonché di essere supportati e di ricevere indicazioni su come gestire l'ansia, soprattutto nel caso di persone sieropositive. A tutt'oggi il Servizio risponde a circa 100-120 telefonate al giorno a riprova

della necessità di interventi informativi mirati, aggiornati dal punto di vista scientifico, erogati all'interno di una relazione d'aiuto professionale e, pertanto, rispondenti alle reali necessità del cittadino. Ciò nell'ottica di una strategia di prevenzione che ponga al centro dell'intervento la persona.

Il presente numero monografico del *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* focalizza l'attenzione sull'intervento del counselling telefonico, ne analizza la metodologia e gli strumenti specifici e offre, attraverso l'attenta analisi delle informazioni raccolte durante l'attività telefonica, una panoramica ampia e dettagliata dei bisogni informativi delle persone che contattano il TVA. La necessità di tale Servizio e la sua qualità serviranno da paradigma per altre patologie, anche non infettive, per le quali l'informazione e la formazione di una coscienza sanitaria condivisa costituiscono mezzi primari e insostituibili di prevenzione e controllo. ■

**RIASSUNTO - Numero Speciale. Prevenzione e HIV. Vent'anni di counselling del Servizio Telefono Verde AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità.** Il presente numero monografico del *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* raccoglie alcuni contributi che illustrano l'attività ventennale di prevenzione svolta dal Servizio Telefono Verde AIDS (TVA) dell'Istituto Superiore di Sanità, istituito nel 1987 dalla Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS. L'attenzione si focalizza sull'intervento di counselling telefonico, sulla metodologia e sugli strumenti adottati per fornire alla persona che telefona un'informazione scientificamente corretta e rispondente ai suoi reali bisogni informativi. L'attività di counselling telefonico ha permesso, nel corso degli anni, di rispondere a 575.815 telefonate, oltre 28.000 in media ogni anno. I dati raccolti hanno consentito di tracciare un profilo delle caratteristiche comportamentali di quanti chiamano il Servizio e di identificare indicatori utili per mirare meglio i messaggi informativi rivolti alla popolazione generale e a target specifici. Nel prossimo futuro, il TVA continuerà il suo impegno, oltre che nella quotidiana attività di counselling telefonico, anche in interventi di prevenzione rivolti a gruppi vulnerabili (counselling transculturale), nell'attivazione di reti nazionali ed europee tra pubblico e privato sociale, nella realizzazione di percorsi formativi su tematiche riguardanti la comunicazione efficace e il counselling in ambito sanitario, nonché nello sviluppo di studi in area psico-sociale e comportamentale attraverso la collaborazione con differenti istituti di ricerca.

**Parole chiave:** HIV e AIDS, prevenzione, counselling telefonico

**SUMMARY** (*Special issue. Prevention and HIV. Twenty years counselling by the AIDS Help-line of the Italian National Institute of Health*) - The latest monographic edition of the newsletter *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* gathers some of the best contribution given by the Telefono Verde AIDS (TVA-AIDS Help-line) of the Italian National Institute of Health. Instituted in 1987 by the AIDS National Committee, this free health care service has been focusing its attention for more than twenty years on phone counselling intervention, methodology and tools adopted to give scientifically corrected information to the customer in conformity with his real informative or health needs. During the years, such a precious phone counselling activity answered to 575,815 calls which is on average almost 28,000 per year. The gathered data have been useful to create a behavioural profile of the people who has been calling during the years in order to identify useful indicators aimed at both the whole population and specific targets. In the near future the TVA will continue his daily counselling engagement starting some preventive interventions turned to vulnerable groups (transcultural counselling); both national and European net between public and private will be activated together with formative courses on themes regarding effective health care communication and counselling. Furthermore, important studies will be developed in the psycho-social and behavioural area in cooperation with different research institutes.

**Key words:** HIV and AIDS, prevention, telephone counselling

anna.luzi@iss.it

## UN SERVIZIO DI COUNSELLING TELEFONICO NEL REPARTO DI EPIDEMIOLOGIA



**Giovanni Rezza**

*Reparto di Epidemiologia, Dipartimento di Malattie infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS*

**I**l Telefono Verde AIDS (TVA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha ormai compiuto 20 anni. Era il 1987, quando la Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS (CNLA), appena costituita, decise di varare un servizio di informazione sanitaria sull'infezione da HIV diretta ai cittadini. Fu così che il TVA nacque all'interno del Centro Operativo AIDS (COA), struttura con compiti di supporto alla CNLA, caratterizzata da una prevalente componente epidemiologica.

Sin dal primo momento si fece una scelta decisa sulle professionalità, in modo particolare "arruolando" operatori con competenze specifiche, quali medici, psicologi e sociologi e basandosi su tecniche di informazione scientifica tali da non configurare la struttura come un "telefono amico". Ciò, in particolare, caratterizzò il TVA come un Servizio istituzionale fornito dal Ministero della Salute (a quei tempi ancora denominato Ministero della Sanità), diverso dai telefoni verdi attivi nella maggior parte dei Paesi europei nei quali la gestione era prevalentemente affidata a "volontari" appartenenti a organizzazioni non governative.

Nel corso degli anni, gli operatori del TVA hanno elaborato una metodologia del counselling telefonico sempre più affinata, promuovendo l'utilizzazione di tecniche volte a garantire una migliore qualità del rapporto con il cittadino e contribuendo alla produzione di materiale informativo, alla standardizzazione delle risposte da erogare all'utenza rispetto alle domande più frequenti, alla raccolta di informazioni utili a fornire un concreto aiuto agli utenti. Il rigore scientifico delle risposte, la costante verifica delle

fonti, la garanzia dell'anonimato rappresentano i capisaldi dell'azione del TVA e i criteri chiave nel definire una strategia di potenziale e duraturo successo. L'elevato numero di telefonate registrate nel corso degli anni è un buon indicatore della validità e della tenuta nel tempo di tale iniziativa.

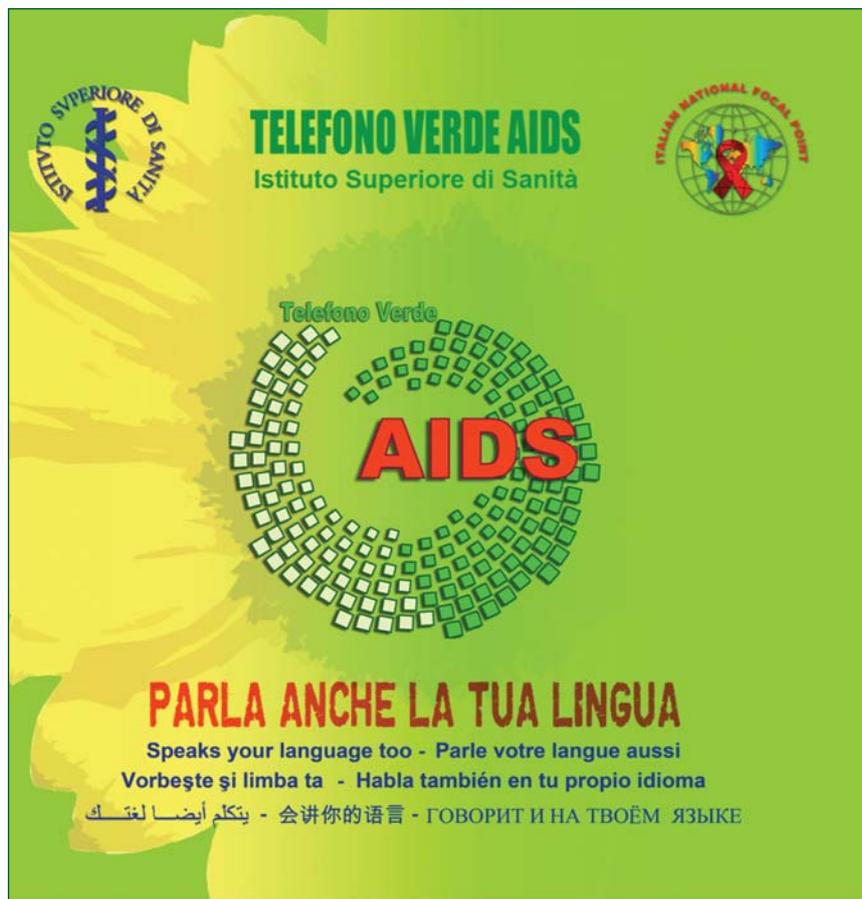
Nato soprattutto per rispondere all'emergenza nel campo dell'AIDS, il TVA si è consolidato sino a diventare un riferimento per la formazione e la supervisione di operatori di altri numeri verdi dedicati ad altri temi sanitari.

L'attività di counselling telefonico non rappresenta, però, l'unica missione del TVA. Infatti, per la sua collocazione all'interno dell'ISS, tale Servizio non poteva esimersi dallo sviluppare anche attività di ricerca. È così che sono stati avviati tutta una serie di filoni di studi e ricerche mirate a migliorare le conoscenze su attitudini e comportamenti a rischio infettivo, su tossicodipendenza, giovani, salute degli immigrati, qualità di vita delle persone sieropositive (genitorialità e HIV), studi di fattibilità vaccinali, ecc. Tali ricerche sono state sviluppate utilizzando, in particolare, i metodi e gli strumenti della ricerca nel campo delle scienze sociali, rappresentando un momento "alto" e un riferimento in un settore, purtroppo, poco sviluppato nel nostro Paese. Come in precedenza accennato, la collocazione del TVA in ISS, dapprima all'interno del COA (struttura dell'ex-Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica), quindi nel Reparto di Epidemiologia del neo-costituito Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ha certamente favorito un processo osmotico di contaminazione fra ►

diverse professionalità, “esponendo” gli operatori del TVA ai metodi della ricerca epidemiologica, ma anche favorendo l'utilizzazione di metodologie proprie delle scienze sociali da parte degli epidemiologi.

In conclusione, il Servizio ha rappresentato e rappresenta ancora uno strumento innovativo di informazione sulla salute, avendo svolto, peraltro, una funzione di “apripista” per servizi analoghi, incentrati su altre tematiche di carattere sanitario. Gli operatori e i ricercatori del TVA sono stati costretti, in una certa misura,

a inventarsi una professionalità specifica, divenendo un punto di riferimento nazionale (e non solo) per la formazione nel settore del counseling. Il TVA si è fatto anche promotore di attività di ricerca, rivalutando il settore delle scienze sociali, in particolare studi comportamentali, ma anche condividendo strumenti, tecniche e metodi classici della ricerca epidemiologica. Venti anni possono anche essere tanti, ma in questo caso sono ben portati, sperando che non vengano mai meno l'entusiasmo e la tensione innovativa. ■



Il Telefono Verde AIDS risponde in sette lingue alle persone straniere che non parlano l'italiano, nei seguenti differenti giorni della settimana:

 Lunedì-Monday-Lundi Italiano-English-Français	 Martedì-Marti Italiano Limba română	 Mercoledì-Miércoles Italiano Español
 Giovedì-الخميس-星期四 Italiano اللغة العربية 中文	 Venerdì-ПЯТНИЦА Italiano РУССКИЙ ЯЗЫК	800.861.061

Immagini tratte dall'opuscolo sul Telefono Verde AIDS (2007)

---

## L'INTERVENTO DI COUNSELLING TELEFONICO NELLA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV

Anna Maria Luzi

*Reparto di Epidemiologia, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS*

**N**onostante i progressi conseguiti in ambito farmacologico e vaccinale per il controllo delle malattie infettive, queste continuano a rappresentare, anche nel ventunesimo secolo, un problema prioritario di sanità pubblica. Per fronteggiare tali patologie, causate spesso dall'adozione di comportamenti a rischio, le strategie di promozione e di prevenzione diventano misure essenziali per assicurare la salute sia alla singola persona, sia alla collettività in cui essa è inserita. Un efficace programma di educazione sanitaria, orientato a tutelare la salute umana dovrebbe, però, considerare la persona nella sua complessità biologica, psichica e sociale. Infatti, quando un evento morboso colpisce anche un solo aspetto di tale complessità, tutta la persona, in quanto unità olistica, ne è coinvolta. Al fine di fornire risposte concrete ai bisogni di salute della popolazione generale o di target specifici è indispensabile, quindi, avvalersi di un approccio multidisciplinare, che veda la collaborazione tra l'area della ricerca bio-medica e l'area della ricerca psico-sociale.

Numerose evidenze scientifiche sottolineano, ormai da tempo, quanto per il controllo delle infezioni e, in particolare, per quelle a trasmissione sessuale, tale integrazione debba necessariamente coesistere. La prospettiva integrata assume ancora più rilevanza nell'affrontare tematiche riguardanti l'infezione da Virus dell'Immunodeficienza Umana (HIV) e la sindrome a essa correlata, l'AIDS. L'infezione da HIV, che si contrae prevalentemente a seguito di comportamenti volontari e non casuali è, a tutt'oggi, un problema sanitario con ampie implicazioni sociali, psicologiche e culturali, che necessita di interventi diversificati attuabili attraverso la collaborazione di più soggetti. Ciò significa promuovere negli individui l'acquisizione del concetto di salute come bene primario da difendere e potenziare, nonché l'adozione di stili di vita corretti per migliorare il proprio stato di benessere. La promozione della salute implica, quindi, l'ideazione e la realizzazione di percorsi mirati sia a fornire informazioni scientifiche inerenti l'infezione da HIV, sia a stimolare la persona a tro- ►

*L'infezione da HIV  
è, a tutt'oggi,  
un problema sanitario  
con ampie implicazioni  
sociali, psicologiche  
e culturali*



*Il processo di counselling permette di attuare un'interazione completa ed efficace tra operatore e persona/utente*

vare le basi motivazionali per non sviluppare comportamenti a rischio e/o modificare quelli già esistenti. Un'informazione scientifica e aggiornata è condizione fondamentale, ma non sufficiente, per un intervento di prevenzione e di educazione sanitaria realmente efficace.

Pertanto, fino a quando non si potrà disporre di terapie o vaccini in grado di debellare definitivamente l'HIV, le strategie preventive rappresentano l'unica possibilità per il controllo dell'epidemia. Tali strategie devono prevedere interventi di educazione sanitaria mediati attraverso campagne informativo-educative che, utilizzando un'informazione generalizzata, siano in grado di raggiungere l'intera popolazione, nonché interventi di informazione personalizzata atti a promuovere la modifica dei comportamenti a rischio e l'adozione di stili di vita adeguati, attuati all'interno di una relazione d'aiuto professionale che ponga attenzione alle caratteristiche individuali, culturali e sociali dell'individuo.

### **L'intervento di counselling**

Nell'ambito degli interventi di informazione personalizzata sull'infezione da HIV, il counselling si è rivelato un valido strumento operativo. Tale metodo, che coinvolge un operatore, opportunamente formato, e una persona/utente, è caratterizzato dall'applicazione di conoscenze specifiche, di qualità personali, di abilità, quali l'ascolto attivo e l'empatia, nonché di strategie e tecniche comunicative (riformulazione, delucidazione e capacità di indagine) del professionista, finalizzate all'attivazione e alla

riorganizzazione delle potenzialità (*empowerment*) della persona. Ciò per rendere possibili scelte e cambiamenti in situazioni percepite come difficili dall'individuo stesso o per affrontare in modo attivo problemi e difficoltà che lo riguardano.

Il processo di counselling permette di strutturare la relazione d'aiuto professionale in fasi, caratterizzate da passaggi ben definiti, attraverso i quali si attua un'interazione professionale completa ed efficace finalizzata alla creazione di un clima di fiducia, accettazione, rispetto e collaborazione, nonché alla ridefinizione del problema e all'individuazione, insieme alla persona, delle possibili soluzioni.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'intervento di counselling nell'infezione da HIV, può essere definito "un dialogo confidenziale, un'interazione che si svolge tra un operatore e una persona volta ad attivare le sue risorse interne ed esterne per metterla in condizione di far fronte a situazioni stressanti e di prendere decisioni autonome relativamente all'infezione da HIV e all'AIDS" (1). Il counselling si è rivelato uno strumento efficace sia in situazioni di colloquio vis à vis (counselling vis à vis), sia in situazioni di colloquio telefonico (counselling telefonico). A seconda dell'ambito, del contesto e del target, l'attività di counselling può avere molteplici scopi:

- fornire informazioni scientificamente valide, aggiornate e personalizzate su tematiche inerenti l'infezione da HIV e l'AIDS (*informative counselling*);
- favorire, attraverso il colloquio, l'individuazione del reale problema della persona

e prospettare insieme una gamma di soluzioni (*problem solving counselling*);

- supportare la persona nei momenti di crisi, focalizzando insieme un obiettivo utile al superamento del disagio (*crisis counselling*);
- facilitare la persona nell'attuazione di modifiche comportamentali e decisionali, atte a superare in modo autonomo e consapevole il disagio che sta vivendo (*decision making counselling*).

### Il counselling telefonico del Telefono Verde AIDS (TVA)

Quanto sopra riportato costituisce la base metodologica dell'attività di informazione telefonica erogata dal TVA. Tale Servizio, istituito nel 1987 dalla Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS e finanziato dal Ministero della Salute, ha costituito la prima esperienza di AIDS helpline pubblica, a copertura nazionale, impegnata in attività di prevenzione primaria e secondaria sull'infezione da HIV rivolta alla popolazione generale, realizzata attraverso il metodo del counselling telefonico.

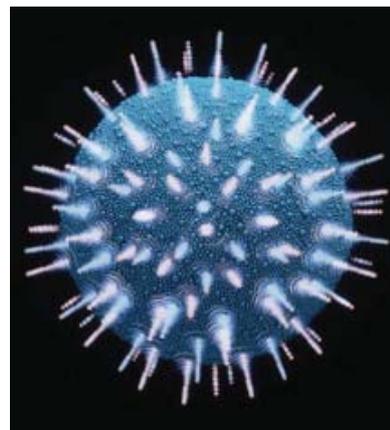
L'intervento di counselling proposto dall'équipe del TVA rappresenta una vera e propria relazione d'aiuto tra un operatore, con competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali specifiche e una persona/utente che esprime una richiesta, un bisogno, una necessità. È un processo intenso, limitato nel tempo, focalizzato sul problema "emergente" nel qui e ora.

L'impatto positivo di tale impostazione è da ricercare nell'opportunità di erogare all'uten-

te, attraverso un colloquio specialistico mirato e non direttivo, informazioni scientifiche trasformate in messaggi personalizzati, utili per facilitare la messa in atto di modifiche comportamentali e decisionali necessarie per la diminuzione del disagio, nonché per permettere l'attuazione di *lifeskill* finalizzate a evitare comportamenti a rischio.

La professionalità e l'esperienza acquisite nel tempo dai ricercatori del Servizio hanno consentito di individuare uno schema processuale dell'intervento di counselling telefonico strutturato in tre fasi:

- *fase iniziale della telefonata* - fondamentale per stabilire una relazione di empatia e di fiducia con la persona che chiama, nonché per iniziare a comprendere, attraverso un ascolto attivo, il problema emergente che ha motivato l'utente a telefonare. È importante porre particolare attenzione sia al contenuto della richiesta, sia agli aspetti emotivi che l'accompagnano;
- *fase intermedia della telefonata* - caratterizzata dalla necessità di focalizzare il "reale" problema dell'utente, di condividere un obiettivo su cui lavorare, nonché di offrire informazioni e indicazioni personalizzate in un linguaggio comprensibile. Tale fase è cruciale per prospettare e concordare possibili soluzioni e per stimolare le risorse della persona affinché scelga in modo autonomo e consapevole la soluzione più adeguata al suo problema;
- *fase finale della telefonata* - necessaria per riassumere quanto emerso e concordato durante il colloquio, per ►



*L'intervento di counselling telefonico offerto dall'équipe del TVA consente alla persona/utente di esprimere dubbi, perplessità e paure e di ricevere informazioni conformi alle sue reali necessità*

verificare il grado di acquisizione dell'informazione erogata utile per la modifica comportamentale e per concludere la relazione.

A scopo esplicativo si riporta uno schema sintetico delle azioni che caratterizzano le tre fasi dell'intervento di counselling telefonico.

#### **Accogliere la persona/utente e presentare il Servizio**

Le prime parole (comunicazione verbale), il tono e il timbro della voce (comunicazione paraverbale) usati dall'operatore sono importanti per creare un clima accogliente che consenta alla persona di sentirsi a proprio agio e di iniziare a parlare del suo problema.

#### **Ascoltare in modo empatico**

L'ascolto attivo del contenuto di ciò che l'altro dice e l'attenzione al vissuto che sottende il suo racconto, permettono di sintetizzare e restituire all'altro (riformulazione, delucidazione) ciò che si è ascoltato e, se necessario, di attuare un supporto emotivo.

#### **Focalizzare il problema e individuare un obiettivo**

Se il problema della persona è stato compreso, procedere all'individuazione di un obiettivo condiviso su cui lavorare. Altrimenti, proseguire con un'indagine mirata a raccogliere elementi utili alla messa a fuoco del problema (capacità di indagine).

#### **Fornire informazioni**

I contenuti informativi devono essere scientificamente corretti, completi, aggiornati e proposti in un linguaggio semplice e chiaro per quella specifica persona.

#### **Proporre e concordare possibili soluzioni**

Individuare insieme alla persona le soluzioni più adeguate per il raggiungimento dell'obiettivo condiviso al fine di aiutarla a porsi attivamente di fronte al problema che sta vivendo.

#### **Riassumere e verificare**

Al termine del colloquio è importante riassumere i contenuti della telefonata, nonché verificare che la persona abbia effettivamente compreso le informazioni e le indicazioni fornite. Prima di concludere è importante offrire la disponibilità del Servizio per ulteriori contatti, infine salutare adeguatamente e concludere la relazione.

L'intervento di counselling telefonico offerto dall'équipe del TVA consente alla persona/utente di esprimere dubbi, perplessità e paure e di ricevere informazioni conformi alle sue reali necessità.

La persona diviene agente attivo di cambiamento, può fronteggiare la crisi e individuare in se stessa, nel suo contesto relazionale e sociale, le risorse necessarie per trovare, tra le tante possibili soluzioni, quella che meglio si adatta alla situazione che sta vivendo. L'intervento è incentrato sulle potenzialità che ciascun individuo possiede per tutelare la propria salute e per adottare stili di vita sani attraverso scelte responsabili e consapevoli. ■

#### **Riferimenti bibliografici**

1. World Health Organization - Global Programme on AIDS (WHO/GPA). *Counselling for HIV/AIDS: a key to caring*. Geneva: 1995.



## STUDI DAL TERRITORIO

### COUNSELLING E LIVELLO DI ATTIVITÀ FISICA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN PROVINCIA DI TRENTO, 2006

Pirous Fateh-Moghadam<sup>1</sup>, Enrico Nava<sup>2</sup>, Anna Maria Moretti<sup>2</sup> e Florida Leo<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Servizio Osservatorio Epidemiologico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

<sup>2</sup>Servizio Promozione ed Educazione alla Salute, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

La pratica di un'attività fisica moderata e regolare riveste un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima infatti che riduca di circa il 10% la mortalità per tutte le cause (1). Le persone attive presentano un rischio notevolmente ridotto di andare incontro a patologie di tipo cardiovascolare, ictus ischemico, diabete del tipo 2, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta (2); inoltre la sedentarietà combinata con una cattiva alimentazione è alla base dell'attuale epidemia di obesità.

Dallo Studio PASSI (3) condotto nel 2005 risulta che in Trentino il 49% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o di aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica, mentre il 40% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato e l'11% è completamente sedentario. Oltre la metà della popolazione trentina non raggiunge i livelli raccomandati dalle linee guida internazionali (almeno 30 min di attività moderata per almeno 5 giorni oppure almeno 20 min di attività intensa per almeno 3 giorni). Circa il 37% degli intervistati riferisce di aver ricevuto il consiglio di praticare attività fisica (4).

Tra gli interventi fortemente raccomandati dalla Task Force on Community Preventive Services degli USA (2), al fine di aumentare il livello di attività fisica nella popolazione, vengono indicati programmi stabiliti a seconda delle esigenze delle singole persone. Ambito questo in cui il ruolo del medico di medicina generale (MMG) riveste una particolare importanza (5, 6).

In seguito a una prima indagine conoscitiva sulle opinioni degli MMG relative alla promozione dell'attività fisica negli anziani (7), nel 2005 sono stati organizzati una serie di corsi di aggiornamento professionale sul counselling rivolti agli MMG (circa 50 partecipanti in due edizioni). Successivamente sono state elaborate e spedite a tutti gli MMG delle linee guida per il counselling dell'attività fisica (8).

Obiettivo della presente indagine era quello di verificare l'eventuale modifica nell'atteggiamento degli MMG rispetto al counselling dovuto alle iniziative intraprese, la diffusione e la qualità del counselling ed il livello di attività fisica praticata dagli stessi MMG.

È stato condotto uno studio trasversale di prevalenza tramite somministrazione telefonica di un que-

stionario pretestato e previamente inviato per posta a tutti gli MMG del Trentino (n. 398). Per il questionario sono state utilizzate, oltre ad alcune domande specifiche sulla realtà trentina, le stesse domande del questionario PASSI 2005. L'archiviazione e l'analisi dei dati sono state effettuate tramite il software Epi-Info 3.3.

Hanno risposto complessivamente 365 MMG, circa il 92% dei medici attivi in Trentino. Il 73% dei medici intervistati era di sesso maschile. In media i medici avevano un'anzianità di laurea di 23 anni.

Il 92% dei medici intervistati dichiara di aver ricevuto il materiale informativo inviato. Tra coloro che hanno ricevuto il materiale, il 35% dichiara di aver in seguito dato più consigli sull'attività fisica. Il 91% afferma di aver dato regolarmente consigli, negli ultimi 6 mesi, sull'attività fisica ai propri assistiti. Il 59% riferisce di darne a tutti i pazienti ed il 41% ne dà solo ad alcuni gruppi (in ordine decrescente di frequenza: persone in sovrappeso, diabetici, anziani).

L'87% degli intervistati è stato in grado di indicare anche tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere. Il 43% dei medici si limita a dare un consiglio sull'attività senza in- ►

(\*) Si ringrazia per la collaborazione: Nicoletta Anselmi (Valle di Sole), Maria Pia Baldessari (Distretto Vallagarina), Viviana Faggioni (Bassa Valsugana), Paola Felis (Fiemme e Fassa), Silvana Fellin (Alto Garda), Marta Giuliani (Giudicarie), Cinzia Vivori (Vallagarina), Loredana Zamboni (Valle di Non), Cristina Zortea (Primiero), Letizia Zottele (Alta Valsugana), Roberta Zuccatti (Trento e Valle dei Laghi)

dicare anche una struttura precisa dove poterla esercitare, un'informazione che viene fornita solo dal 39% degli intervistati. L'88% s'informa in visite successive sull'andamento dell'attività consigliata. La percentuale di medici che riferisce di dare un consiglio completo (tipo, frequenza, durata e follow up) è del 68%.

Per quel che riguarda il livello di attività fisica praticato dai medici, il 12% degli MMG risulta essere completamente sedentario, il 48% pratica qualche attività fisica e il 40% ne pratica a livello indicato dalle linee guida.

La sedentarietà degli MMG è significativamente associata ad un livello inferiore di counselling: tra i sedentari il 78% riferisce di consigliare regolarmente i propri assistiti contro il 92% dei non sedentari (RR = 2,8; IC al 95% 1,4-7,5). Inoltre, la capacità di indicare una struttura dove praticare attività fisica è inferiore tra i sedentari (26%) rispetto ai non sedentari (41%), anche se tale differenza non risulta statisticamente significativa ( $p = 0,07$ ). Per contro, il 41% di chi ha ricevuto la guida indica anche una struttura, contro il 23% di chi dichiara di non averla ricevuta; anche in questo caso le differenze sono al limite della significatività statistica ( $p = 0,06$ ).

Questo studio ha dimostrato che le attività di promozione del counselling realizzate, in particolare l'invio di materiale informativo agli

MMG, sono risultate efficaci nell'aumentare di oltre un terzo il livello di counselling praticato da parte degli MMG, anche se tale valore potrebbe rappresentare una sovrastima dovuta al fatto che si tratta di dati riferiti dagli stessi medici.

Il livello di attività fisica esercitata dagli MMG è associata al counselling da loro effettuato, analogamente a quanto si osserva a proposito della relazione tra abitudine al fumo del medico e rispettivo counselling. Infatti, la probabilità di non ricevere consigli sull'attività fisica è raddoppiata per chi viene assistito da un medico sedentario.

Nel 2006 i corsi di formazione sono stati indirizzati, oltre agli MMG, anche a personale non medico al fine di aumentare ulteriormente l'attività del counselling in provincia di Trento.

Questo studio ha anche dimostrato l'utilità dello Studio PASSI, che ha permesso di evidenziare problemi e porre le basi per un utile approfondimento, compresa la valutazione di un intervento. La sua trasformazione in sistema di sorveglianza continuo nel tempo prevista per il 2007 permetterà il futuro monitoraggio dell'andamento del counselling e dei suoi auspicati effetti sul livello di attività fisica esercitata nella popolazione. ■

#### Riferimenti bibliografici

1. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, *et al.* The effectiveness of in-

terventions to increase physical activity. A systematic review. *Am J Prev Med* 2002;22(4S):73-107.

2. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 2002;22(4S):67-72.
3. Fateh-Moghadam P, Bertozzi N, Bietta C, *et al.* Livelli di attività fisica e counselling dei medici nella popolazione delle Asl partecipanti allo studio Passi. *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2006; 19(9): v-vi.
4. Il rapporto dello Studio PASSI 2005 del Trento è disponibile all'indirizzo: [http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf/Passi\\_TN-05.pdf](http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf/Passi_TN-05.pdf)
5. Estabrooks PA, Glasgow RE, Dzawaltowski DA. Physical activity promotion through primary care. *JAMA* 2003;289:2913-6.
6. Elley CR, Kerse N, Arroll B, *et al.* Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:793.
7. Piffer S, Fateh-Moghadam P, Nava E, *et al.* La promozione dell'attività fisica nell'anziano: le opinioni dei medici di famiglia nella provincia di Trento. *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2005;18(1): i-ii.
8. Le linee guida si possono consultare all'indirizzo: [http://www.epicentro.iss.it/problemi/attivita\\_fisica/pdf/Guidaallattivita\\_fisica.pdf](http://www.epicentro.iss.it/problemi/attivita_fisica/pdf/Guidaallattivita_fisica.pdf)

## MONITORAGGIO DELLA PREVALENZA DELL'ALLATTAMENTO AL SENO NEL DISTRETTO SANITARIO DI PESARO, 2006

Giancarlo Giacomucci<sup>1</sup>, Lorena Mombello<sup>2</sup>, Federica Federini<sup>1</sup> ed Emanuela De Leonardi<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Unità Operativa Tutela Salute Minori, Distretto di Pesaro, Zona territoriale n. 1 Pesaro, ASUR Marche

<sup>2</sup>Distretto di Pesaro, Zona territoriale n. 1 Pesaro, ASUR Marche

**L'**allattamento al seno è particolarmente adatto a soddisfare i bisogni alimentari ed emotivi psicologici del bambino. Oltre alle proprietà nutritive del latte, l'allattamento materno per-

mette di stabilire un contatto importante fra madre e figlio ed è un mezzo per favorire l'immunità del neonato, proteggendolo da malattie infettive e promuovendone la sopravvivenza.

In Italia, è stata dimostrata un'associazione tra l'allattamento al seno e la partecipazione a un corso di preparazione alla nascita (1-3). Nel 2001, l'Osservatorio Epidemiologico dell'Agenzia Regionale Sanitaria delle Marche

(\*) Con la collaborazione di: F. Asgari, E. Guarnieri, A. Magi, S. Pierini, S. Sanchioni, T. Fiorelli, G. Genga dell'ASUR Marche - Zona Territoriale n. 1 Pesaro, Distretto di Pesaro

ha condotto lo studio "Il percorso nascita nella Regione Marche", intervistando a campione 800 donne residenti che avevano partorito a partire dal 15 febbraio 2001. In tale studio, il 33% del campione aveva partecipato ad un corso di preparazione alla nascita durante l'ultima gravidanza, ma il 47% almeno una volta in occasione di precedenti gravidanze, l'82% aveva iniziato sin dal punto nascita un allattamento al seno esclusivo e dominante, scendendo al 61% al 3° mese e al 21% al 6° mese. Nessuna associazione significativa veniva rilevata fra partecipazione a un corso di preparazione alla nascita e allattamento oltre il 3° mese.

I dati nazionali e regionali mostrano l'opportunità e la necessità, a livello territoriale, di approntare un sistema di monitoraggio routinario, sostenibile nel tempo, della copertura dell'allattamento al seno. Nel Distretto di Pesaro, dove si registrano circa 1.200 nuovi nati ogni anno, abbiamo sperimentato un sistema di monitoraggio attraverso uno strumento per operatori senza specifica competenza statistico-epidemiologica da utilizzare durante la normale attività quotidiana, per completare i dati di attività correntemente raccolti per il controllo di gestione aziendale.

La partecipazione allo studio è stata ottenuta da tutte le donne che accedevano ai servizi vaccinali del Distretto di Pesaro. Alle donne veniva somministrato un questionario, quale parte integrante dell'anamnesi pre-vaccinale, da parte del personale sanitario addetto, in occasione delle vaccinazioni nel 1° anno di vita e specificatamente alla 1ª dose (3° mese), alla 2ª dose (5° mese) e alla 3ª dose (12° mese). Tale questionario indagava sulle caratteristiche dell'allattamento e sull'alimentazione in generale del bambino, la parità, la partecipazione al corso di preparazione alla nascita, la visita domiciliare dell'ostetrica, l'ospedale dove è avvenuto il parto. In rapporto alle caratteristiche dell'allattamento dichiarate dalle mamme sono state identificate tre categorie di allattamento al seno: esclusivo, equivalente al 100% di poppate materne e residuale, equivalente a meno del 33% di poppate materne.

Lo studio è iniziato con l'arruolamento delle puerpere i cui neonati

erano vaccinati con la 1ª dose nel 3° mese di vita a partire dal mese di febbraio 2006 ed è terminato il 1° ottobre 2006. Tutte le donne che si sono presentate ai servizi vaccinali in tale periodo sono state inserite nello studio. Essendo la copertura vaccinale nel Distretto di Pesaro per le vaccinazioni dell'obbligo intorno al 95% dei nuovi nati, si stima quindi che solo le mamme dei bambini che non hanno effettuato alcuna vaccinazione nel periodo sono sfuggiti a questo studio.

In tale maniera quindi sono state arruolate 606 puerpere di cui 316 (52,1%) alla prima gravidanza, 238 (39,3%) alla seconda gravidanza, mentre solo 52 (8,6%) erano alla 3ª gravidanza o successiva. Si stima che la numerosità del nostro campione rappresenti circa il 50% di tutti i nati in un anno. I dati sono stati poi inseriti in una base di dati ed analizzati con il software Epi Info 2000.

Nel corso dell'anno 2005 il Distretto di Pesaro ha organizzato 30 corsi di preparazione al parto con complessive 502 donne partecipanti, anche provenienti dai distretti limitrofi di altre zone territoriali. Il servizio ha coperto il 44% dell'intero campione di pluripare arruolate nello studio (IC 95%: 40-48%) e il 68% delle puerpere primipare (IC 95%: 62-73%). Il servizio di assistenza domiciliare ostetrica nel corso dell'anno 2005 ha effettuato 646 visite domiciliari entro la 3ª-5ª giornata dalla dimissione ospedaliera con una copertura del 51% dell'in-

tero campione delle partorienti (IC 95%: 47-56%) e il 63 % delle primipare (IC 95%: 57-68%).

La prevalenza dell'allattamento per mesi di vita del bambino e il tipo di allattamento nei neonati del Distretto di Pesaro è sintetizzato nella Figura.

È stata effettuata un'analisi bivariata con lo scopo di mettere in evidenza dei fattori associati alla tipologia dell'allattamento. Unicamente per le primipare, la frequenza a un corso preparatorio era associata a migliori livelli di allattamento al seno esclusivo (OR 3,2, IC 95%: 1,6-6,4). Per tutte le mamme, primipare o pluripare, e al 1° mese di vita del bambino la frequenza a un corso preparatorio era associata a migliori livelli di allattamento al seno, ma la differenza non era statisticamente significativa (OR 1,6 IC 95%: 0,7-2,6). Già al 2° mese di vita del bambino, nello stesso gruppo, la frequenza al corso preparatorio era associata a migliori livelli di allattamento al seno soltanto se vengono sommate le tipologie (esclusivo, misto o residuale) (OR 1,7 IC 95%: 1,0-3,0). Non si riscontra infine alcuna differenza rispetto all'allattamento al seno sin dal primo mese di osservazione fra le puerpere che hanno usufruito del servizio di assistenza ostetrica domiciliare ed il gruppo che non ne ha usufruito.

La prevalenza dell'allattamento al seno è stata analizzata per pediatra di libera scelta. Su 17 pediatri il numero di assistiti con allattamento artifi- ▶

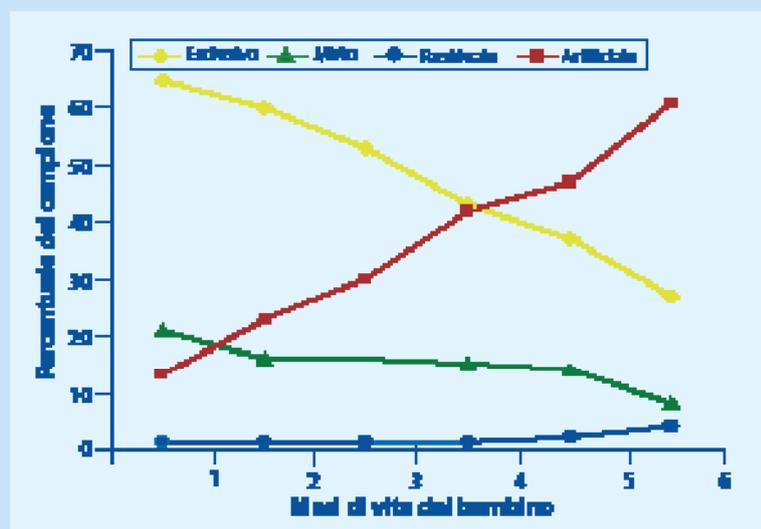


Figura - Prevalenza dell'allattamento al seno per tipo di allattamento e mese di vita nel Distretto Sanitario di Pesaro (n. 606)

ziale al 1° mese era in media del 12% (range 0-27%; mediana 9%).

La promozione dell'allattamento al seno è uno dei principali obiettivi dell'Unità operativa Tutela Salute Minori Famiglia Donna del Distretto di Pesaro. Lo studio che abbiamo condotto mostra che, con l'impiego di risorse limitate e l'utilizzo di un questionario somministrato alle puerpere, si possono raccogliere dei dati utili al monitoraggio dell'allattamento al seno. I risultati del nostro studio confermano i dati regionali del 2001. Infatti al 1° mese di vita per allattamento al seno esclusivo + misto + residuale, nel nostro studio si è rilevata una prevalenza dell'87% vs l'89% del dato regionale, al 6° mese del 39% vs il 40%.

Questi risultati ci inducono a pensare che negli ultimi 5 anni non vi sia stata un'evoluzione in senso positivo per la promozione dell'allattamento al seno nel Distretto di Pesaro.

Il nostro studio ha mostrato un'associazione, almeno per le donne primipare, fra la frequenza al corso preparatorio alla nascita e la prevalenza dell'allattamento al seno. Tale effetto positivo suggerirebbe la promozione dei corsi preparatori. In realtà, le donne che hanno partecipato a un corso di preparazione alla nascita nella regione Marche, secondo i dati dell'indagine regionale 2001, erano il 33,2% (range 28,9 Ascoli, 42,8 Ancona) e nella provincia di Pesaro il 31,7%. Questo dato nel Distretto di Pesaro del 2006 è decisamente

cresciuto: 44% nelle multipare e 68% nelle primipare; tale differenza è spiegabile con il fatto che molte donne multipare non ripetono il corso dopo averlo già frequentato in occasione di precedenti gravidanze.

Nell'indagine regionale del 2001, solo il 4% delle donne dichiarava di aver ricevuto un sostegno domiciliare all'allattamento da parte dell'ostetrica; nel nostro studio il 30% dichiara di non aver ricevuto nessun sostegno per l'allattamento al seno una volta fatto ritorno al proprio domicilio. Questo aspetto deve essere considerato come problematico e meritorio di essere affrontato in considerazione della rapida caduta, constatata anche nel nostro studio, della prevalenza dell'allattamento esclusivo al seno dopo il primo mese.

Di particolare utilità operativa si è mostrata la possibilità di calcolare la prevalenza dell'allattamento al seno per pediatra di libera scelta. Questo uso del monitoraggio fornisce un dato di ritorno agli stessi professionisti per facilitare, rafforzandola, l'attività promozionale, stimolando nel contempo quelli con valori più bassi ad un impegno maggiore.

Dal punto di vista metodologico un limite del nostro studio è senz'altro legato al mancato utilizzo delle definizioni OMS sull'allattamento al seno nella raccolta del dato, cosa che provvederemo a modificare nel prossimo studio alla luce dell'esperienza acquisita. Questo fatto limita sicuramente la comparabilità dei risultati con altri

studi, ma all'interno del nostro sistema ci ha comunque consentito di avere per la prima volta dati omogenei e sistematici per riflettere sull'efficacia dei nostri interventi.

In conclusione, l'esperienza del Distretto di Pesaro evidenzia la possibilità di utilizzare il momento vaccinale per raccogliere dati sul monitoraggio dell'allattamento al seno e, più in generale sui risultati del percorso nascita dell'unità madre-bambino. Questo è possibile e raccomandabile non solo laddove, come a Pesaro, la funzione consultoriale e quella vaccinale siano compiti istituzionali della stessa macrostruttura o unità operativa, ma anche altrove, migliorando conseguentemente l'integrazione fra distretto sanitario e dipartimenti di prevenzione. ■

### Riferimenti bibliografici

1. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, *et al.* L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 1999;35(2):289-96.
2. Baglio G, Spinelli A, Donati S, *et al.* Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato. *Ann Ist Super Sanità* 2000;36(4):465-78.
3. Dubbini L, De Giacomi GV, Carletti P, *et al.* Il percorso nascita nella Regione Marche. Regione Marche, Agenzia regionale Sanitaria - Osservatorio Epidemiologico Regionale. 2003.

## Il commento

**Angela Giusti**

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

*Negli ultimi anni abbiamo assistito a un crescente interesse per l'allattamento al seno quale indicatore di salute della donna e del bambino da una parte e di qualità dell'assistenza sanitaria lungo il percorso nascita dall'altra. È interessante inoltre rilevare come sempre più spesso i professionisti sanitari, i pediatri in questo caso, siano in prima linea in attività di ricerca orientate alla valutazione del proprio operato. Da un punto di vista metodologico, come fanno notare gli autori, per approntare un sistema di monitoraggio sarebbe opportuno adottare standard e strumenti di rilevazione dei dati che assicurino la confrontabilità con altre realtà nazionali e internazionali. Nel caso specifi-*

*co del monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno ci si avvale ormai diffusamente di un sistema definito dall'OMS nel 1991. Tale sistema consente di classificare la tipologia di allattamento secondo definizioni condivise (allattamento esclusivo, predominante, complementare, non allattamento) e di misurare nel tempo le variazioni di prevalenza e durata dei vari tipi di allattamento al seno. Alcune regioni italiane hanno già avviato il sistema di monitoraggio così strutturato.*

*Per maggiori informazioni si rimanda all'indirizzo:  
[www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/allattamento/htm](http://www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/allattamento/htm)*

### Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro,  
Carla Faralli, Marina Maggini, Stefania Salmaso  
e-mail: [ben@iss.it](mailto:ben@iss.it)

## I BISOGNI INFORMATIVI DELLA POPOLAZIONE GENERALE E DI TARGET SPECIFICI NELL'AMBITO DELL'INFEZIONE DA HIV

Anna Colucci, Rudi Valli e Pietro Gallo

*Reparto di Epidemiologia, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS*

**N**ell'ambito dell'infezione da HIV i programmi di prevenzione messi a punto per arginare l'epidemia possono risultare tanto più efficaci e appropriati quanto più rispondono ai bisogni informativi di quelle stesse persone alle quali si rivolgono.

I dati raccolti durante l'intervento di counselling telefonico, svolto dal Telefono Verde AIDS (TVA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), permettono di tracciare un profilo delle caratteristiche comportamentali e dei bisogni informativi degli utenti. In tal modo è possibile identificare le aree di maggiore interesse per quanti si rivolgono al Servizio telefonico e individuare indicatori per mirare meglio i messaggi informativi rivolti alla popolazione generale e a target specifici (1).

Dal punto di vista operativo il Servizio dispone di un software di gestione archivi e data-entry online che permette, nel pieno rispetto dell'anonimato, di raccogliere e immagazzinare informazioni relative alla provincia dalla quale la persona telefona, al sesso, all'età, all'eventuale comportamento a rischio e ai contenuti più significativi emersi durante l'attività di counselling telefonico, sulla base di auto-dichiarazioni dell'utente.

L'équipe è costituita da ricercatori esperti sia nei contenuti scientifici, sia nelle modalità comunicativo-relazionali indispensabili per instaurare una relazione d'aiuto professionale con l'utente, decodificare la domanda, fornire risposte personalizzate e, se necessario, inviare la persona ai centri diagnostico-clinici presenti sul territorio.

### Caratteristiche e bisogni informativi degli utenti del TVA

Da giugno 1987 a dicembre 2006 sono pervenute al TVA un totale di 575.815 telefonate, oltre 28.000 telefonate in media ogni anno (Figura 1).

Il 71,9% delle persone che contattano il TVA sono di sesso maschile. La distribuzione per classi di età evidenzia che 449.077 (78,0%) telefonate sono pervenute da persone di età compresa tra i 20 e i 39 anni. Il 48,6% ha un'età tra i 20 e i 29 anni e il 29,4% tra i 30 e i 39 anni (Figura 2).

Per quanto riguarda la distribuzione geografica delle telefonate, calcolando i tassi per 100.000 abitanti, risulta che dalle regioni del Centro Italia proviene il maggior numero ►

*Da giugno 1987  
a dicembre 2006  
sono pervenute al TVA  
un totale di 575.815  
telefonate,  
oltre 28.000 telefonate  
in media ogni anno*

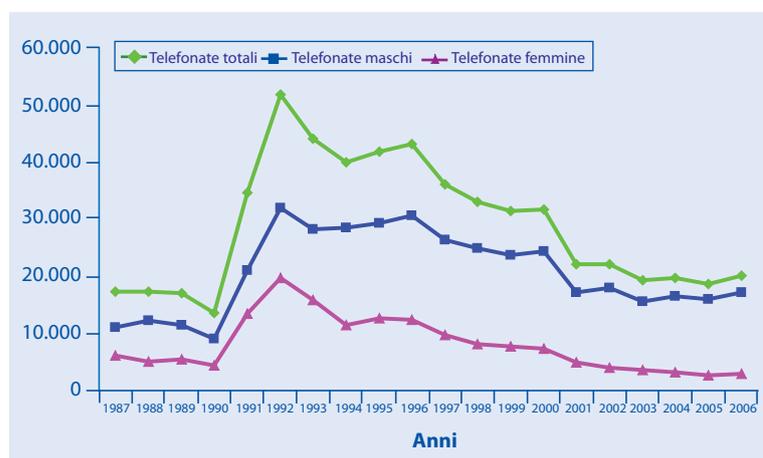


Figura 1 - Andamento delle telefonate per anno

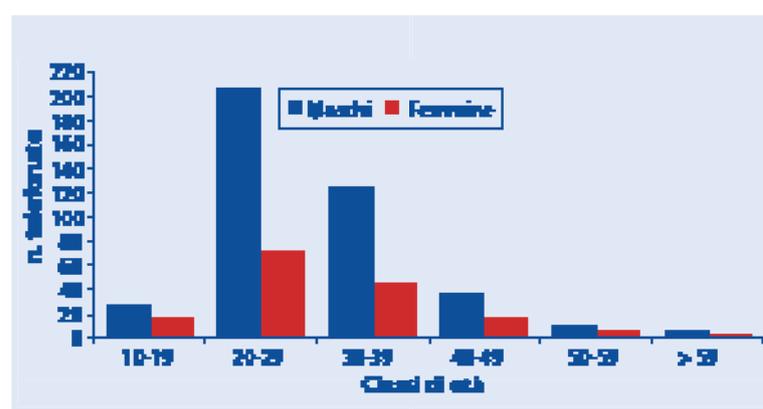


Figura 2 - Distribuzione delle telefonate per sesso e classi di età

di telefonate (1.470,7), mentre dal Nord 1.049,3, dal Sud 718,5 e dalle Isole 534,8.

Il gruppo di utenti più rappresentato è costituito da persone, non tossicodipendenti, che hanno avuto contatti eterosessuali (306.811, 53,4% del totale). In tale numero sono inclusi anche i clienti di prostitute che ne rappresentano più di 1/4 (78.778). Dall'analisi dei dati risulta che la restante proporzione di utenti del TVA si suddivide in (Figura 3):

- non fattori di rischio - NFDR 163.768 (28,4%);
- omo-bisessuali 34.449 (6,0%);
- sieropositivi 21.413 (3,7%);
- parenti/amici di un soggetto con infezione da HIV 17.454 (3,0%);

- tossicodipendenti 4.454 (0,8%);
- emotrasfusi 1.922 (0,3%);
- volontari vaccino anti TAT 1.156 (0,2%);
- altro/non indicato 24.388 (4,2%).

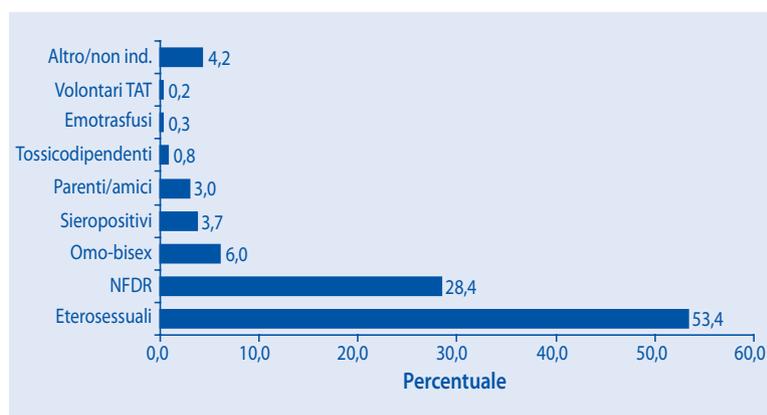
Il numero totale dei quesiti formulati agli esperti del TVA è di 1.504.272. Attraverso la codifica delle telefonate è possibile raggruppare le informazioni fornite nei seguenti argomenti:

- informazioni sul test 391.563 (26,1%);
- modalità di trasmissione 385.433 (25,6%);
- aspetti psico-sociali 218.813 (14,5%);
- disinformazione 183.282 (12,2%);
- prevenzione 113.193 (7,5%);
- virus 90.144 (6,0%);
- sintomi 52.248 (3,5%);
- terapia e ricerca 28.768 (1,9%);
- altro 40.828 (2,7%).

Inoltre, attraverso ulteriori analisi è stato possibile osservare che, a partire dal 1996, la proporzione dei quesiti dai quali si desume l'adozione di comportamenti a rischio nell'area sessuale (non uso del preservativo nei rapporti penetrativi con partner occasionali), è pari al 7%.

### Caratteristiche e bisogni informativi di specifici target

L'analisi dei dati relativi alle telefonate pervenute al TVA consente ulteriori approfondimenti in relazione a specifici target, quali clienti di prostitute, persone eterosessuali pluripartner e cittadini non italiani. Tale vulnerabilità è da ricercare, innanzitutto, in un' inadeguata informazione sulle modalità di contagio, nella falsa credenza di poter indi-



**Figura 3** - Distribuzione delle telefonate per gruppi di utenti

viduare il partner “sano”, nella difficoltà di accedere ai servizi socio-sanitari territoriali e di fruire di interventi preventivi.

#### **Persone clienti di prostitute**

L'attenzione per i clienti di prostitute nasce dalla constatazione che si tratti di un target non omogeneo, difficile da raggiungere e di non facile identificazione. I clienti di prostitute differiscono per età, stato civile, provenienza etnico-culturale, status socio-economico e motivi che spingono a cercare sesso a pagamento (2).

Da giugno 1987 a dicembre 2006, le telefonate provenienti da utenti che sostengono di aver avuto rapporti sessuali con persone che si prostituiscono, sono 78.778 pari al 13,7% delle telefonate totali (575.833).

L'età media dei clienti è di 30,2 anni (range 15-80), il 75% del campione ha un'età non superiore ai 35 anni; nella quasi totalità dei casi sono soggetti di sesso maschile (99,7%).

I clienti di prostitute telefonano per lo più dalle regioni del Nord Italia (47,2%), seguono le regioni del Centro (30,3%), del Sud (17,1%) e delle Isole (5,4%).

Dall'analisi della distribuzione delle aree informative si rileva che il 91,7% dei quesiti riguarda cinque argomenti specifici: modalità di trasmissione del

virus (36,7%), informazioni sul test (17,5%), aspetti psico-sociali (16,8%), prevenzione (12,4%), disinformazione (8,3%).

#### **Persone eterosessuali pluripartner**

In circa vent'anni di attività telefonica, un terzo delle chiamate è pervenuto da persone eterosessuali che dichiarano di avere partner occasionali (30,3%), con un netto incremento nel corso degli anni (dall'11,2% del 1987 al 38,2% del 2006).

L'età media è di 28,9 anni (range 12-79). La proporzione delle persone di sesso maschile è pari al 73,9%.

Le aree geografiche di provenienza delle telefonate risultano essere in ordine decrescente: Nord Italia 83.055 (47,6%), Centro Italia 50.712 (29,1%), Sud 30.613 (17,5%), Isole 9.950 (5,7%), mentre per 170 telefonate questo dato è mancante (0,1%).

I quesiti posti dagli utenti del TVA, identificati nel gruppo delle persone eterosessuali pluripartner, si riferiscono principalmente a due aree informative: test (37,7%) e modalità di trasmissione (27,3%); seguono i quesiti relativi agli aspetti psico-sociali (13,3%), quelli relativi alla prevenzione (8,1%) e alla disinformazione (6,5%). Sono poco rilevanti le restanti aree informative. ►

*In circa vent'anni di attività telefonica, un terzo delle chiamate è pervenuto da persone eterosessuali che dichiarano di avere partner occasionali*

*Contattano il TVA soprattutto utenti di sesso maschile di età compresa tra i 20 e i 39 anni del Centro-Nord Italia*

### **Persone straniere**

Dal 1995, anno in cui ha avuto inizio la rilevazione della nazionalità delle persone non italiane, al 2006, sono pervenute al TVA un totale di 2.227 telefonate da parte di utenti stranieri.

Le aree geografiche mondiali di provenienza dei cittadini stranieri sono le seguenti: Africa 654 (29,4%), America 631 (28,3%), Paesi non appartenenti all'Unione Europea 403 (18,1%), Unione Europea 325 (14,6%), Asia 198 (8,9%) e Oceania 4 (0,2%). Per 12 (0,5%) utenti non è stato possibile individuare la provenienza.

Le persone straniere che hanno contattato il Servizio sono per il 60,7% di sesso maschile. La distribuzione per classi di età evidenzia che sono pervenute 1.917 (86,1%) telefonate da parte di utenti di età compresa tra i 20 e i 39 anni.

Dalle regioni del Nord e Centro Italia ha chiamato il maggior numero di cittadini stranieri, rispettivamente il 48,2% e il 42,2%.

I gruppi di utenti non italiani più rappresentati sono le persone eterosessuali non tossicodipendenti 1.372 (61,6%), mentre rappresentano circa 1/5 (18,9%) le telefonate provenienti da persone che non hanno avuto comportamenti a rischio (NFDR). Le restanti telefonate provengono da cittadini stranieri che dichiarano di essere omo-bisessuali 142 (6,4%), tossicodipendenti 16 (0,7%), emotrasfusi 6 (0,3%). Per 51 (2,3%) telefonate non è stato possibile individuare il gruppo di appartenenza.

Il numero totale dei quesiti formulati da utenti non italiani al TVA è di 6.191 e riguarda, in particolar modo, due argomenti

principali: informazioni sul test 2.296 (37,1%) e modalità di trasmissione 1.494 (24,1%); ulteriori aree informative di interesse per le persone straniere sono:

- aspetti psico-sociali 937 (15,1%);
- disinformazione 443 (7,2%);
- prevenzione 354 (5,7%);
- terapia e ricerca 262 (4,2%);
- sintomi 196 (3,2%);
- virus 112 (1,8%);
- altro 97 (1,6%).

In sintesi, dall'analisi dei dati relativi all'attività di counselling telefonico svolta dall'équipe del TVA si evidenzia che contattano il Servizio soprattutto utenti di sesso maschile (71,9%); la fascia d'età più rappresentata, per entrambi i sessi, è quella che va dai 20 ai 39 anni (78,0%) e provengono da aree geografiche del Centro-Nord Italia.

Relativamente alla distribuzione percentuale per gruppi di utenti, telefonano soprattutto eterosessuali non tossicodipendenti (53,3%) e persone che, pur non avendo messo in atto comportamenti a rischio, temono di essersi esposte al contagio da HIV. Ciò a causa di un'errata informazione o di un'alterata percezione circa le modalità di contagio dell'infezione (NFDR 28,4%). Gli argomenti affrontati nel corso dell'attività telefonica riguardano, in particolar modo, vie di trasmissione e modalità di prevenzione per 1/3 e per oltre 1/4 informazioni sul test. Questo, a riprova di un costante bisogno di informazione da parte del cittadino su tematiche che sembrerebbero essere state affrontate ripetutamente nel corso degli anni, ma che necessitano ancora di attenzione.

L'analisi effettuata relativamente a specifici target - persone clienti di prostitute, persone eterosessuali pluripartner e citta-

dini stranieri - permette di individuare alcuni comuni denominatori riscontrabili anche nel campione totale, quali il genere maschile, la giovane età, il permanere di comportamenti a rischio nell'area sessuale, la richiesta di informazioni in merito a dove, quando e con quali modalità effettuare il test per la ricerca degli anticorpi anti HIV.

## Conclusioni

Il counselling telefonico risulta ancora oggi efficace dopo 25 anni dall'attivazione del primo servizio telefonico istituito a New York nel 1982 presso il Gay Men's Health Crisis, in quanto consente di stabilire contatti individualizzati con ogni utente, di fornire risposte prive di giudizi di valore o di imposizioni direttive e favorisce l'attivazione del processo di *empowerment* nella persona che telefona (3). Inoltre, il mezzo telefonico:

- permette a chi chiama di mantenere il controllo della situazione, decidendo quando iniziare e quando terminare la relazione;
- assicura l'anonimato delle persone che telefonano, in tal modo alcune tematiche sensibili, come quelle legate alla sfera sessuale e all'abuso di sostanze stupefacenti, possono essere affrontate meglio che in una relazione vis à vis;
- consente di eliminare le barriere geografiche poiché la persona può telefonare da qualsiasi parte d'Italia;
- facilita l'operatore nell'uso di un linguaggio semplice e comprensibile così che la persona possa percepire una maggiore empatia e confidenzialità (4, 5).

Tali considerazioni metodologiche e organizzative sono alla base del lavoro che l'équipe del TVA svolge da vent'anni nel fornire una corretta e, al contempo, personalizzata informazione a quanti chiamano il Servizio.

Inoltre, la notevole esperienza acquisita sul campo e l'enorme mole di dati accumulati consentono un continuo e puntuale monitoraggio dei bisogni informativi degli utenti del TVA, che dall'analisi dei risultati sembrano concentrarsi intorno a due aree (vie di trasmissione e informazioni sul test HIV), fondamentali per la prevenzione dell'infezione.

In un'ottica di tutela e promozione della salute, ciò si traduce nella possibilità di identificare indicatori appropriati per la messa a punto di interventi preventivi sempre più efficaci nell'ambito dell'infezione da HIV. ■

## Riferimenti bibliografici

1. Bos AER, Visser GC, Tempert BF, et al. Evaluation of the Dutch AIDS information helpline: an investigation of information needs and satisfaction of callers. *Patient Educ Couns* 2004;54:201-6.
2. Spizzichino L. *La prostituzione. Il fenomeno e l'intervento psicologico*. Roma: Carocci Ed; 2005.
3. CluozEAU F, Goode J, Whalmsley S. *Vivere con l'HIV*. N. 3. European Network of AIDS HelpLine (ENAH). Parigi: 2004.
4. Walzer RR, Lynn WL. National AIDS Hotline: HIV and AIDS information service through a toll-free telephone system. *Public Health Reports* 1991;106(6):628-34.
5. Boselli F, Chiosso G, Gallinelli A. The Italian STD 'Hot-Line'. Making people aware. *Sex Transm Dis* 2003; 30(9):707-12.



*Il counselling telefonico favorisce l'attivazione del processo di empowerment nella persona che telefona*

## CONSIDERAZIONI E PROSPETTIVE

Anna Maria Luzi e Anna Colucci

*Reparto di Epidemiologia, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS*

Come è ben noto, all'inizio del terzo millennio molti interrogativi sull'infezione da HIV e sull'AIDS rimangono aperti, alcuni di questi non hanno ancora risposte, altri ne hanno solo alcune parziali.

Lo stesso Antony Fauci, direttore dell'Istituto Federale per le Malattie Infettive dei National Health Institutes (NIH) di Bethesda (USA) ha più volte sottolineato l'importanza delle terapie farmacologiche nell'infezione da HIV, terapie che riescono a ridurre la moltiplicazione del virus ma che, pur garantendo un allungamento della vita e un miglioramento della sua qualità, non lo eliminano. Fauci invita, pertanto, a essere molto cauti e a non dare l'impressione che ci siano cure risolutive, tali da spingere l'opinione pubblica a non avere più paura della malattia da HIV e, al contempo, gli esperti a non impiegare più risorse ed energie in interventi preventivi. Ciò sarebbe quanto mai inesatto e fuorviante. È necessario, invece, non abbassare la guardia, incrementare strategie di promozione e di tutela della salute basate su interventi di educazione sanitaria e di informazione personalizzata.

Pertanto, la presenza all'interno dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) del Telefono Verde AIDS (TVA) risulta non solo attuale, ma addirittura auspicabile anche nel prossimo futuro.

Inoltre, la collocazione del Servizio nel Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate dell'ISS consente un approccio globale al problema AIDS attraverso l'integrazione di professionalità biomediche con professionalità e tecniche proprie delle scienze umane.

A tale proposito, in vent'anni di esistenza, l'attività di counselling telefonico, iniziale e prioritario obiettivo del Servizio, è andata via via completandosi con altri compiti e funzioni.

Infatti, l'équipe composta da ricercatori psicologi, coadiuvati da personale tecnico di ricerca e coordinata da un responsabile scientifico, ha ampliato il proprio impegno, focalizzando l'attenzione sulla necessità di:

- trasformare risultati di studi e ricerche in messaggi efficaci per la popolazione generale, in grado di attuare nelle persone alle quali sono indirizzati, comportamenti e stili di vita funzionali alla promozione della salute e al miglioramento della qualità di vita;
- promuovere e divulgare conoscenze e competenze su tematiche riguardanti la comunicazione efficace e il counselling attraverso pro-

grammi formativi intra ed extra-murali rivolti a operatori del Sistema Sanitario Nazionale, di Organizzazioni Non Governative (ONG) e di associazioni di volontariato;

- proporre, coordinare e attivare progetti nazionali e internazionali multicentrici, nell'ambito di aree di ricerca relative agli aspetti psicosociali e comportamentali di target specifici tra i quali popolazione giovanile, cittadini stranieri e persona con infezione da HIV;
- attivare reti nazionali per valutare, sperimentare, confrontare e implementare le strategie di prevenzione risultate efficaci nell'ambito dell'infezione da HIV.

In riferimento ai progetti di ricerca avviati negli ultimi anni dal TVA, quattro sono gli ambiti all'interno dei quali sono stati promossi gli studi che stanno impegnando e impegneranno l'équipe nel triennio 2007-2009:

**1.** Salute delle persone straniere con infezione da HIV e AIDS. In tale ambito, si colloca, tra l'altro, il National Focal Point Italiano (NFP) - Progetto Europeo AIDS e Mobility - coordinato dal 1997 dall'ISS e che vede il coinvolgimento in rete di 52 esperti di strutture pubbliche, di ONG e di associazioni di volontariato appartenenti a 10 differenti Regioni del Nord, Centro e Sud Italia.

**2.** Valutazione di interventi di prevenzione rivolti alla popolazione straniera (Valutazione del dépliant della Campagna Informativo-Educativa per la Lotta contro l'AIDS promossa dal Ministero della Salute nel 2005/2007) e studio di valutazione dell'intervento di counselling transculturale nell'infezione da HIV e nell'AIDS rivolto a cittadini non italiani.

**3.** Qualità di vita delle persone sieropositive e, in particolare, gli aspetti legati al bisogno di genitorialità.

**4.** Costituzione di una Rete tra Servizi di counselling telefonico sull'infezione da HIV presenti sul territorio nazionale.

Infine, il TVA dal marzo 2007 ha attivato nel suo interno un servizio di counselling telefonico transculturale, che con l'apporto di mediatori linguistico-culturali, opportunamente formati e preparati, consente di rispondere in sette lingue (inglese, francese, romeno, spagnolo, arabo, cinese e russo) anche a quelle persone straniere, presenti in Italia, che non parlano la lingua italiana. Iniziativa divulgata attraverso un nuovo opuscolo presentato a p. 6 di questo *Notiziario*.

In conclusione, nel prossimo futuro, i ricercatori del TVA, in linea con le politiche sanitarie europee e italiane e con quanto emerso dalla Conferenza Ministeriale "Responsibility and Partnership-Together Against HIV/AIDS", svoltasi a Brema nello scorso mese di marzo, proseguiranno il loro impegno nell'ambito di strategie di educazione sanitaria attraverso l'attività di counselling telefonico, nell'area della ricerca e in quella della formazione. L'équipe del TVA intende, inoltre, focalizzare l'attenzione su interventi di prevenzione primaria e secondaria rivolti a gruppi vulnerabili, promuovere e favorire l'attivazione di reti nazionali ed europee tra pubblico e privato sociale, nonché incentivare lo sviluppo di studi nell'area psico-sociale e comportamentale in collaborazione con differenti istituti di ricerca.

*Si ringraziano tutti coloro che, direttamente o indirettamente, hanno collaborato con il Telefono Verde AIDS, inoltre Angela Santoro e Anna D'Agostini dell'équipe del Servizio per il loro prezioso contributo.*

*Un particolare ringraziamento a:*

*Donato Greco, Direttore Operativo del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, per aver sempre sostenuto il TVA e creduto nell'importanza dell'attività di prevenzione che quotidianamente viene svolta;*

*Antonio Cassone, Direttore del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate (MIPI) per aver riconosciuto l'utilità, all'interno del Dipartimento, di professionalità specifiche delle scienze umane e per aver favorito lo sviluppo della ricerca in tale ambito;*

*Giovanni Rezza, Direttore del Reparto di Epidemiologia del Dipartimento MIPI, per aver costantemente incoraggiato l'équipe del TVA a impegnare le proprie competenze nell'area della ricerca psico-socio-comportamentale favorendo una maggiore integrazione con la mission del Reparto.*

## BIBLIOGRAFIA SUL COUNSELLING E SULL'HIV-AIDS COUNSELLING

Vincenzo Mario Piacquadio, consulente del Telefono Verde AIDS

### Bibliografia sul counselling

- Bert G, Novara A, Quadrino S. *Il medico di famiglia e le abilità di counselling: competenze comunicative e counselling in medicina generale*. Torino: Change; 2005.
- Bert G, Quadrino S. *Il counselling nelle professioni di aiuto*. Torino: Change; 2006.
- Bert G, Quadrino S. *Il medico e il counseling*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 1989.
- Bert G, Quadrino S. *L'arte di comunicare: teoria e pratica del counselling sistemico*. Napoli: CUEN; 2005.
- Bert G, Quadrino S. *Parole di medici, parole di pazienti: counselling e narrativa in medicina*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2003.
- Biavati M. *La relazione che cura: gestalt counselling e art therapy*. Bologna: EDB; 2006.
- Biggio G. *Counselling: metodi e applicazioni*. Roma: Gangemi; 2005.
- Binetti P, Buni R. *Il Counseling in una prospettiva multimodale*. Roma: Magi; 2003.
- Bone D. *L'arte di ascoltare. Come ottenere molto di più nello studio e nel lavoro diventando buoni ascoltatori*. Milano: Franco Angeli; 1988.
- Carkhuff R. *L'arte di aiutare - Manuale*. Trento: Erickson; 1987.
- Carkhuff R. *L'arte di aiutare. Quaderno di esercizi*. Trento: Erickson; 1987.
- Clarkson P. *Gestalt counseling. Per una consulenza psicologica proattiva nella relazione d'aiuto*. Roma: Sovera; 1992.
- Danon M. *Counselling. L'arte di aiutare ad aiutarsi*. Como: 2000.
- Davis S, Meier S. *Guida al counseling*. Milano: Franco Angeli; 1993.
- Department of child and adolescent health and development (WHO). *Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health: a facilitator's guide*. Geneva: Copenhagen; 2001.
- Di Fabio A. *Counseling - dalla teoria all'applicazione*. Firenze: Giunti; 1999.
- Di Fabio A. *Il counseling. Uno strumento di formazione per gli operatori del Q.4*. Firenze: Tipografia Comune di Firenze; 1997.
- Di Fabio A. *Il counseling e relazione d'aiuto*. Firenze: Giunti Gruppo Editoriale; 2003.
- Faccini M. *Psicogeriatría. Il counseling psicologico della terza età*. Roma: Quaderni ASPIC; 1995.
- Feltham C, Dryden W. *Dizionario di counseling*. Roma: Sovera; 1995.
- Ferraro F, Petrelli D. *Tra desiderio e progetto. Counseling all'Università in una prospettiva psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli; 2000.
- Ferrucci G. *La relazione d'aiuto*. Roma: Magi; 2001.
- Fondazione RUI. *L'orientamento e il counseling nelle Università delle Comunità Europee*. Roma: Palombi; 1982.
- Fontana D. *Stress counseling*. Roma: Sovera; 1996.
- Freshwater D. *Le abilità di counselling: percorsi di sviluppo delle competenze relazionali per infermieri e ostetriche*. (ed. it. a cura di Sasso L, Bianco M A), Milano: McGraw-Hill; 2004.
- Fulgini C, Romito P. *Il counselling per adolescenti. Prevenzione, intervento e valutazione*. Milano: McGraw-Hill; 2002.
- Gangemi M, Elli P, Quadrino S. *Il counselling vaccinale: dall'obbligo alla condivisione*. Torino: Change; 2006.
- Geldard K, Geldard D. *Parlami, ti ascolto: le abilità di counseling nella vita quotidiana*. Trento (Gardolo): Erickson; 2005.
- Geldard K. *Counselling adolescents: the proactive approach*. London: Sage; 2004.
- Gillini G, Zattoni M. *Un'ipotesi di consulenza formativa. Il counseling per l'operatore familiare*. Milano: Franco Angeli; 2000.
- Giusti E, Mattacchini C, Merli C et al. *Counseling professionale. Dalla consulenza psicopedagogia alla terapia*. Roma: Quaderni ASPIC; 1993.
- Giusti E, Montanari C, Spalletta E. *La supervisione clinica integrata. Manuale di formazione pluralistica in counseling e psicoterapia*. Milano: Masson; 2000.
- Giusti E. *Autostima*. Roma: Sovera; 2000.
- Giusti E. *Counseling. Applicazioni e settori di intervento per l'operatore tecnico socio-assistenziale*. Roma: Quaderni ASPIC; 1995.

- Giusti E. *Smettere di rinviare*. Milano: Franco Angeli; 1994.
- Giusti E, Masiello L. *Il counseling sanitario*. Roma: Carocci Faber; 2003.
- Giusti E, Piombo I. *Arte terapie e counseling espressivo*. Roma: ASPIC; 2003.
- Giusti E, Ticconi G. *La comunicazione non verbale*. Roma: Scione Editore; 1998.
- Giusti E, Montanari C, Montanarella G. *Manuale di psicoterapia integrata*. Milano: Franco Angeli; 1995.
- Grispini A, Langs R. *Le regole di base della psicoterapia e del counselling*. Roma: G. Fioriti; 2000.
- Hough M. *Abilità di counseling. Manuale per la prima formazione*. Trento: Erickson; 1999.
- Ivey AE. *Il colloquio intenzionale e il counselling: facilitare lo sviluppo del cliente in un mondo multiculturale*. Roma: LAS; 2004.
- Kauffman K, New C. *Co-counselling: the theory and practice of re-evaluating counselling*. London (Hove): Brunner-Routledge; 2004.
- Knowdell R, Chapman EN. *Aiutare gli altri a capire e risolvere i problemi*. Milano: Franco Angeli; 2000.
- Langs R. *Le regole di base della psicoterapia e del counselling*. Roma: Giovanni Fioriti; 2000.
- Littrell JM. *Il counseling breve in azione*. Roma: ASPIC; 2001.
- Luterman D. *Il counseling per i genitori dei bambini audiolesi*. Milano: Tecniche; 1983.
- Maggiolini A. *Counseling a scuola*. Milano: Franco Angeli; 1997.
- Marino G. *Gestalt counseling. Fasi di un momento terapeutico individuale in gruppo*. Roma: Quaderni ASPIC; 1992.
- Martello M. *Mediazione dei conflitti e counselling umanistico: lo spazio della formazione*. Milano: Giuffrè; 2006.
- May R. *L'arte del Counseling. Il consiglio, la guida, la supervisione*. Roma: Astrolabio; 1991.
- Meier ST, Davis SR. *Guida al counselling: in 58 regole fondamentali cosa fare e non fare per costruire un buon rapporto d'aiuto*. Milano: Franco Angeli; 2005.
- Mcfadden J. *Transcultural Counseling*. Alexandria (USA): American Counseling Association; 1999 (2° ed.).
- Mearns D, Thorne B. *Counseling centrato sulla persona: teoria e pratica*. Trento (Gardolo): Erickson; 2006.
- Miglianico A. *Manuale di comunicazione e counselling*. Torino: Centro Scientifico; 2000.
- Milner, J. *Il counseling narrativo: interventi brevi centrati sulle soluzioni*. Gardolo, Trento: Erickson, 2004.
- Monformoso P. *Aiutare alla speranza*. Torino: Edizioni Camilliane; 2002.
- Mucchielli R. *Apprendere il counseling. Manuale pratico di autoformazione alla relazione e al colloquio d'aiuto*. Trento: Erickson; 1987.
- Mucchielli R. *Apprendere il counseling*. Trento: Erickson; 1994.
- Murgatroyd S. *Il counseling nella relazione d'aiuto*. Roma: Sovera; 1995.
- Nanetti F. *Il counseling: modelli a confronto*. Urbino: QuattroVenti; 2003.
- Noonan E. *Counseling psicodinamico con adolescenti e giovani adulti*. Napoli: Idelson Gnocchi; 1997.
- Paladino M, Cerizza Tosoni T. *Il Case Management nella realtà socio-sanitaria*. Milano: Franco Angeli; 2000.
- Paladino M, Cerizza Tosoni T. *Giuda al counseling case Management nella realtà socio-sanitaria*. Milano: Franco Angeli; 2000.
- Palmer S. *Multicultural counselling*. London: Save; 2002.
- Pati M. *Ridefinirsi nell'esperienza: lo psicologo clinico nel counselling con studenti universitari*. Milano, 7-8- giugno 2002. Milano: ISU, Università Cattolica; 2003.
- Quadrino S. *Counseling e genitorialità: dal prima della gravidanza ai primi mesi di vita del bambino*. Torino: Change, 2005.
- Raid M. *Counseling in different settings: the reality of practice*. Houndmills: Palgrave Macmillan, 2004.
- Reddy M. *Il counseling aziendale. Il manager come counselor*. Roma: Sovera; 1994.
- Rogers CR. *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Martinelli; 1989.
- Rollo M. *L'arte del counseling. Il consiglio, la guida, la supervisione*. Roma: Astrolabio; 1991.
- Rosati Hansen M. *L'arte dell'attore. Counseling e professione*. Roma: Gutemberg; 1997.
- Rossi I, Bastianelli S. *Counseling e approccio clinico in adolescenza*. Bologna: Clueb; 1988.
- Sander P. *Counseling consapevole*. Bari: La Meridiana; 2002.
- Scott MT, Davis S R. *Guida al counselling: in 40 regole fondamentali cosa fare e non fare per costruire un buon rapporto d'aiuto*. Milano: Angeli; 1996.
- Van Kaam A. *Il counseling. Una moderna terapia esistenziale*. Roma: Città Nuova; 1985.
- Zagaroli A. *Counseling e poesia. Linguaggio poetico e comprensione di sé*. Roma: Quaderni ASPIC; 1994.

### Bibliografia di riferimento sull'HIV/AIDS counselling

- Bellotti GG, Bellini ML et al. *Il counselling nell'infezione e nella malattia da HIV*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1995. (Rapporti ISTISAN 95/28).
- Bellotti GG, Bellini ML, Pezzotta P, et al. *Il counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*. Milano, McGraw-Hill libri Italia, 1997.
- Bor R, Riva M, Goldman E. *Theory and practice of HIV counselling: a systemic approach*. London: Cassell; 1992.
- De Mei B, Rota MC, Greco D, et al. *Il counselling pre e post test nell'infezione da HIV. Linee guida per la conduzione di corsi di formazione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1994 (Rapporti ISTISAN 94/21).
- Green J, McCreaner A. *Counselling in HIV infection and AIDS*. Oxford: Blackwell scientific publications; 1989.
- Igo R. *Listening with love: pastoral counselling a christian response to people living with HIV/AIDS*. Geneva: WCC Publications; 2005.
- Oberzaucher N, Baggaley R. *HIV voluntary counselling and testing: a gateway to prevention and care: five case studies related to prevention of mother-to-child transmission of HIV, tuberculosis, young people, and reaching general population groups*. Geneva: UNAIDS; 2002.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). *Linee guida per il counselling in materia di infezione da HIV. Not Ist Super Sanità 1994;4(7):suppl. 1.*
- Perakyla A. *AIDS counselling: institutional interaction and clinical practice*. Cambridge: University Press; 1994.
- Sherhoff M. *Counseling chemically dependent people with HIV illness*. New York London: Michael Sherhoff editor; 1991.
- Silverman D. *Discourses of counselling: HIV counselling as social interaction*. London: Sage; 1997.
- Yoder PS, Matinga P. *Voluntary counselling and testing (VCT) for HIV in Malawi: public perspectives and recent VCT experiences*. Calverton: ORC Macro; 2004.
- World Health Organization - Global Programme on AIDS (WHO/GPA). *Counselling for HIV/AIDS: a key to caring*. Geneva: 1995.

Per contatti rivolgersi a:

Anna Maria Luzi  
Responsabile scientifico del Telefono Verde AIDS  
Istituto Superiore di Sanità

Tel. 06 4990 2029  
tvaidss@iss.it

## Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro

Settore Attività Editoriali, ISS



Presentiamo le pubblicazioni editate da questo Istituto, disponibili online in full-text e su supporto cartaceo. Per essere direttamente informati, comunicate il vostro indirizzo e-mail a: [pubblicazioni@iss.it](mailto:pubblicazioni@iss.it).

### Relazione dell'Istituto Superiore di Sanità sui risultati dell'attività svolta nel 2005.

2006, ix, 397 p.

La relazione contiene un quadro di riferimento sul contesto organizzativo e normativo dell'attuale assetto dell'Istituto Superiore di Sanità e ne illustra sinteticamente le sue attività di ricerca, controllo, prevenzione, consulenza e formazione suddivise per Dipartimenti (e relativi Reparti), Centri e Servizi, seguito da una panoramica sui Progetti Speciali. A conclusione si riportano in elenco le pubblicazioni prodotte nel 2005.

Rapporti  
ISTISAN  
06/51



Rapporti  
ISTISAN

06/52

Area tematica  
Epidemiologia  
e sanità pubblica



### Intossicazioni acute da antiparassitari rilevate in Italia nel 2004.

A cura di Laura Settimi e Ida Marcello. 2006, 26 p.

Nel 2004 l'Istituto Superiore di Sanità ha implementato un sistema di sorveglianza delle intossicazioni acute da antiparassitari. Durante il primo anno di attività i Centri Antiveleeni collaboranti hanno notificato 480 casi esposti involontariamente ad antiparassitari agricoli e 149 casi esposti involontariamente ad antiparassitari non agricoli. Tra le intossicazioni da antiparassitari agricoli circa il 76% erano riferite a uomini e gli individui di età superiore a 15 anni rappresentavano il 94% dei casi. Circa il 57% delle esposizioni erano in ambiente occupazionale e il 35% in ambiente domestico. La gravità di queste intossicazioni era lieve nel 79% dei casi, moderata nel 20% e per due casi elevata. Il rapporto contiene dati sulle sostanze attive responsabili e gli agenti coinvolti dal numero più elevato di casi sono state: metomil (54), glifosate (34), dimetoato (29), solfato di rame (25) e ossicloruro di rame (21). Sono stati rilevati anche due episodi di intossicazione collettiva di origine ambientale, ciascuno con otto soggetti esposti.

[laura.settimi@iss.it](mailto:laura.settimi@iss.it)

### Qualità organizzativa dei Ser.T in relazione alle sostanze di nuovo consumo: risultati di un censimento.

Alfonso Mazzaccara, Annalisa Trama, Daniela Pucci, Mattia Guerra, Lorenza Scotti, Andrea Fantoma. 2006, v, 68 p.

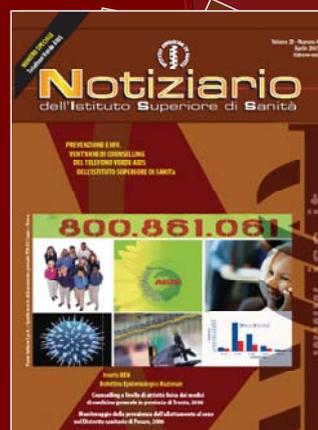
Sono stati presentati i risultati emersi dall'indagine proposta ai Servizi pubblici per le Tossicodipendenze (Ser.T) in Italia. La necessità di indagare l'attuale condizione di tali servizi è dovuta al progressivo ma significativo cambiamento dei profili del consumatore soprattutto in seguito alla diffusione delle Sostanze di Nuovo Consumo (SNC); i Ser.T infatti si trovano oggi a dover fronteggiare la gestione delle problematiche determinate dalle SNC e a dover modificare le prassi gestionali e procedurali non più in grado di soddisfare le aspettative di un'utenza maggiormente diversificata. Attraverso il progetto, si cerca di fornire il quadro generale attuale della condizione dei Ser.T in Italia relativamente alla qualità organizzativa, e di fornire agli operatori strumenti tecnici e conoscenze operative idonee ad operare un concreto e mirato intervento nel settore.

[alfonso.mazzaccara@iss.it](mailto:alfonso.mazzaccara@iss.it)

Rapporti  
ISTISAN  
06/53

Area tematica  
Formazione  
e informazione





### Nei prossimi numeri:

La giornata mondiale dell'acqua  
Ruolo degli autoanticorpi nelle malattie autoimmuni  
La tutela della salute nelle attività sportive

**Istituto Superiore di Sanità**

Presidente: Enrico Garaci

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma  
Tel. +39-0649901 Fax +39-0649387118

*a cura del Settore Attività Editoriali*