



Rapporti

ISTISAN

10/47



La prevenzione dell'infezione da HIV:
alcune esperienze
di counselling telefonico in Italia



ISSN 1123-3117

A cura di
A. Colucci, P. Gallo e A.M. Luzi

www.iss.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**La prevenzione dell'infezione da HIV:
alcune esperienze di counselling telefonico in Italia**

A cura di
Anna Colucci, Pietro Gallo e Anna Maria Luzi
Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate

ISSN 1123-3117
Rapporti ISTISAN
10/47

Istituto Superiore di Sanità

La prevenzione dell'infezione da HIV: alcune esperienze di counselling telefonico in Italia.

A cura di Anna Colucci, Pietro Gallo e Anna Maria Luzi

2010, 52 p. Rapporti ISTISAN 10/47

Il presente Rapporto intende delineare gli aspetti peculiari dell'applicazione delle competenze di base del counselling nell'ambito della prevenzione dell'infezione da HIV, con particolare riferimento all'intervento di counselling telefonico. Infatti, la finalità principale di questo lavoro è di illustrare, in una prima parte, i principi base dell'intervento di counselling e la sua applicazione nell'attività telefonica mirata alla prevenzione dell'infezione da HIV. A tale scopo vengono riportati i risultati conseguiti dal Telefono Verde AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità. Nella seconda parte vengono presentati i contributi di esperti nell'area della prevenzione dell'infezione da HIV, referenti dei Servizi di Counselling Telefonico che hanno partecipato al Convegno "Prevenzione e HIV - Vent'anni di counselling del Servizio Telefono Verde AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità". L'evento, svoltosi a Roma il 20 giugno 2007, ha rappresentato un importante momento di riflessione e di confronto con il mondo scientifico e con gli operatori del settore.

Parole chiave: Counselling telefonico; Prevenzione; Infezione da HIV

Istituto Superiore di Sanità

HIV prevention and treatment: some experiences of phone counselling in Italy.

Edited by Anna Colucci, Pietro Gallo and Anna Maria Luzi

2010, 52 p. Rapporti ISTISAN 10/47 (in Italian)

This Report aims to provide a snapshot of the unique aspects of HIV counselling prevention basic skills, with particular reference to phone counselling. Actually, the main goal of this paper is to illustrate the basic principles of counselling intervention activity and its application within HIV prevention phone counselling itself. To this end, the results achieved by the "Telefono Verde AIDS" (Phone Counselling) of the Istituto Superiore di Sanità (Italian National Institute of Health). The report presents also some precious experts' contributions in HIV prevention scenario coming from the conference: "HIV and Prevention - Twenty years of Telefono Verde AIDS Counselling Service of the Istituto Superiore di Sanità". The event, held in Rome on June 20th, 2007, was an important moment of reflection and discussion with both scientific and business operators.

Keywords: Phone counselling; Prevention; HIV Infection

Si ringrazia Francesca Botta per l'attività di counselling telefonico e di revisione del testo; Valentina Di Sarno, Eleonora Lichtner, Angela Santoro, Rudi Valli per l'attività di counselling telefonico; Anna D'Agostini per il lavoro svolto nell'ambito della Segreteria tecnico-organizzativa e Pierpaolo Ricci per la consulenza editoriale.

Per informazioni su questo documento scrivere a: anna.luzi@iss.it.

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Colucci A, Gallo P, Luzi AM (Ed.). *La prevenzione dell'infezione da HIV: alcune esperienze di counselling telefonico in Italia*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. (Rapporti ISTISAN 10/47).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© Istituto Superiore di Sanità 2010

INDICE

Introduzione

<i>Anna Maria Luzi, Anna Colucci</i>	1
--	---

Prima parte - La prevenzione dell'infezione da HIV 3

Lo scenario europeo e italiano nella lotta all'AIDS

<i>Donato Greco, Maria Grazia Pompa, Stefania D'Amato</i>	5
---	---

Il significato dell'intervento di counselling per l'operatore sanitario e psico-sociale italiano

<i>Marco Luigi Bellani</i>	7
----------------------------------	---

Il counselling per la tutela della salute pubblica

<i>Barbara De Mei</i>	16
-----------------------------	----

Il counselling telefonico nella prevenzione dell'infezione da HIV

<i>Anna Maria Luzi</i>	19
------------------------------	----

Il Telefono Verde AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità

<i>Anna Colucci, Pietro Gallo</i>	23
---	----

Seconda parte - Alcune esperienze di counselling telefonico in Italia..... 29

La linea telefonica dell'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano

<i>Paola Bizzoni, Mattia Morretta, Gian Marino Vidoni, Livia Brignolo</i>	31
---	----

Il centralino telefonico di ANLAIDS Sezione Lombarda

<i>Mauro Moroni, Donatella Mainieri, Gabriella Gavazzeni</i>	37
--	----

Il centralino Lila: informazione, ascolto e orientamento ai servizi

<i>Patrizia Perone</i>	40
------------------------------	----

L'attività del servizio InformAIDS dell'Azienda Sanitaria Locale/2 Salerno

<i>Maria Lanzara, Vincenzo D'Amato, Elena Recchimuzzi</i>	46
---	----

Il counselling nei servizi socio-sanitari aderenti al Forum AIDS della provincia di Catania

<i>Salvatore Cacciola</i>	50
---------------------------------	----

INTRODUZIONE

Anna Maria Luzi, Anna Colucci

Unità Operativa Telefono Verde AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Roma

In Italia, nell'ultimo decennio, l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV sembra essersi stabilizzata e nel 2008 (nelle Regioni e Province Autonome partecipanti al sistema di sorveglianza HIV) sono state rilevate 2.012 nuove diagnosi con un'incidenza pari al 6,7 per 100.000 residenti. Diversamente da quanto accadeva nei primi anni di diffusione del virus, la principale modalità di trasmissione è quella sessuale (rapporti etero/omosessuali 75,7%) e l'età mediana alla diagnosi di infezione da HIV, nel 2008, si è attestata a 38 anni per gli uomini e 35 per le donne. Un ulteriore aspetto di rilievo è la quota di persone con infezione da HIV che non conosce il proprio stato di sieropositività, quota pari a circa un quarto di tutte le diagnosi di sieropositività (1).

Tale situazione richiede l'attenzione di ricercatori, di esperti in interventi comunicativo-educativi, di operatori impegnati nella promozione e tutela della salute, ma anche di decisori politici al fine di programmare strategie di prevenzione rivolte alla popolazione generale e a target specifici. Tra i diversi approcci preventivi un'informazione scientifica e aggiornata è condizione fondamentale, ma non sufficiente. Fare prevenzione nell'infezione da HIV significa mettere in atto un processo informativo-educativo che possa aiutare la persona ad acquisire una mentalità e uno stile di vita volti a promuovere la salute come bene primario da difendere e potenziare. Affinché ciò si realizzi è fondamentale fornire informazioni "personalizzate" che si inseriscano negli schemi cognitivi della persona e nel suo vissuto, in modo da aiutarla ad individuare le basi motivazionali per non agire comportamenti a rischio e per modificare quelli esistenti. Strumento elettivo per un'informazione personalizzata si è rivelato l'intervento di counselling definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità "*un dialogo confidenziale, un'interazione che si svolge tra una persona e un operatore volto ad attivare e riorganizzare le risorse interne e esterne della persona per metterla in condizioni di far fronte a situazioni stressanti e di prendere decisioni autonome, relativamente all'infezione da HIV e all'AIDS*" (2). Tale intervento, può essere attuato anche attraverso il mezzo telefonico e rappresenta una forma strutturata di "relazione di aiuto" che ha particolari caratteristiche e peculiarità.

Nel nostro Paese, nel 1987, è stato istituito dalla Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS del Ministero della Salute, il Servizio Telefono Verde AIDS (TVA) con sede presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS). È un Servizio nazionale di informazione e di educazione sanitaria erogata attraverso l'intervento di counselling telefonico.

Negli anni, sono stati attivati numerosi altri Servizi telefonici, Centralini e AIDS *Helpline*, che nella maggior parte dei casi hanno una copertura locale. Tali Servizi collocati in differenti regioni italiane svolgono la loro specifica attività all'interno di Strutture Pubbliche oppure di Organizzazioni non governative. Attualmente, nell'ambito del Progetto "*Ampliamento e consolidamento della Rete Italiana dei Servizi di Counselling Telefonico per la messa a punto di interventi di prevenzione dell'Infezione da HIV*", promosso e finanziato dal Ministero della Salute, alcuni dei Servizi di counselling telefonico, presenti sul territorio italiano, hanno costituito una Rete coordinata dall'Unità Telefono Verde AIDS dell'ISS.

L'impatto positivo del counselling telefonico è da ricercare nell'opportunità di erogare informazioni in modo anonimo e non direttivo, di rivolgersi alla popolazione generale e, al contempo, di poter offrire risposte alle singole richieste poste dalla persona-utente. Le competenze di counselling rappresentano in tale specifico ambito di intervento un valore

aggiunto e permettono una personalizzazione della relazione professionale fornendo all'operatore uno strumento concreto, un binario di riferimento, uno schema processuale utile per costruire relazioni consapevoli e non improvvisate. In tal modo, le informazioni scaturite dai dati scientifici vengono trasformati in messaggi efficaci, mirati a soddisfare i reali bisogno della persona che telefona.

Il presente volume intende illustrare, in una prima parte, i principi base dell'intervento di counselling e la sua applicazione in ambito sanitario. In particolare, viene focalizzata l'attenzione sull'applicazione delle competenze di counselling nell'attività telefonica mirata alla prevenzione dell'infezione da HIV, riportando anche i risultati conseguiti dal Servizio Telefono Verde AIDS dell'ISS (3-5).

Nella seconda parte vengono presentati i contributi di esperti nell'area della prevenzione dell'infezione da HIV, nonché di Servizi di Counselling Telefonico che hanno partecipato al Convegno "*Prevenzione e HIV – Vent'anni di counselling del Servizio Telefono Verde AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità*". L'evento, svoltosi a Roma il 20 giugno 2007, ha rappresentato un importante momento di riflessione e di confronto con il mondo scientifico 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.

Bibliografia

1. Suligoì B, Boros S, Camoni L, Occhiodoro V. Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2008 e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2009. *Not Ist Super Sanità* 2010;23(4suppl. 1):3-27.
2. World Health Organization. *Global Programme on AIDS (WHO/GPA). Counselling for HIV/AIDS to caring*. Geneva; WHO: 1995.
3. De Mei B, Luzi AM, Gallo P. Proposta di un percorso informativo sul counselling integrato. *Ann Ist Super Sanità* 1998;34(4):529-39.
4. Luzi AM. L'intervento di counselling telefonico nella prevenzione dell'infezione da HIV. *Not Ist Super Sanità* 2007;20(4):7-10.
5. Colucci A, Valli R, Gallo P. I bisogni informativi della popolazione generale e di target specifici nell'ambito dell'infezione da HIV. *Not Ist Super Sanità* 2007;20(4):11-5.

Prima parte

La prevenzione dell'infezione da HIV

LO SCENARIO EUROPEO E ITALIANO NELLA LOTTA ALL'AIDS

Donato Greco (a), Maria Grazia Pompa (b), Stefania D'Amato (c)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Ministero della Salute, Roma*

(c) *Centro Nazionale AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

La normativa di base per la prevenzione dell'infezione da HIV e dell'AIDS, è rappresentata dalla Legge 135 del 1990, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale dell'8 giugno 1990.

La legge definiva gli interventi di programmazione sanitaria per garantire la migliore assistenza alle persone con infezione da HIV e AIDS, attraverso l'adeguamento strutturale delle Unità Operative di Malattie Infettive, la formazione del personale sanitario, la lotta allo stigma sociale mediante Campagne di sensibilizzazione pubblica.

Attualmente il Ministero della Salute ha promosso, in collaborazione con le Regioni, la valutazione dello stato di attuazione della legge alla luce della nuova realtà epidemiologica dell'infezione da HIV/AIDS e di altre malattie infettive riemergenti come la tubercolosi e le malattie sessualmente trasmesse.

L'epidemiologia dell'infezione da HIV/AIDS ha subito notevoli modificazioni negli ultimi dieci anni, ma risulta necessario continuare a implementare il sistema di sorveglianza nazionale delle nuove infezioni da HIV per poter definire le strategie preventive nei diversi ambiti epidemiologici che risultano a maggior rischio, in modo tempestivo.

Nell'ambito della prevenzione, attraverso il confronto con le autorità europee, l'Italia ha condiviso i punti chiave del programma europeo di azione per la lotta contro l'AIDS, nonché le raccomandazioni per la conduzione di Campagne informative mirate e i target specifici da raggiungere.

Gli elementi comuni su cui basare gli interventi di prevenzione possono riassumersi nelle seguenti attività:

- continuare ad informare sui metodi di prevenzione della trasmissione sessuale (omo ed eterosessuale);
- promuovere il test HIV e l'adeguato counselling pre e post test;
- garantire l'informazione efficace dovrà prevedere il coinvolgimento delle Associazioni di lotta contro l'AIDS, delle multi etnie presenti sul territorio nazionale e il ricorso alla educazione tra pari (*peer education*);
- assicurare la formazione degli operatori sanitari anche riguardo alle problematiche psicosociali del paziente sieropositivo;
- garantire l'assistenza extraospedaliera del paziente cronico che in numero sempre più crescente ricorre all'assistenza ambulatoriale e in *day-hospital*.

Nella messa a punto delle Campagne informative e preventive, inoltre, ogni Paese dovrà seguire le indicazioni dei più recenti documenti dell'Unione Europea:

- "Dichiarazione di Dublino" (febbraio 2004) stilata durante il semestre di Presidenza Europea del 2004;
- "Comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento Europeo sulla lotta contro l'HIV/AIDS nell'UE e nei paesi vicini, 2006-2009";

- Documento basato sui principi e sulle priorità stabilite nelle decisioni della Commissione (dicembre 2005);
- “Dichiarazione di Brema sulla responsabilità e il partenariato – Insieme contro l’HIV/AIDS” (13 marzo 2007) documento prodotto dalla Conferenza Ministeriale e firmato dai Ministri e rappresentanti dei governi di Stati membri dell’Unione Europea e dei Paesi vicini responsabili della salute, insieme ai partner internazionali, impegnati contro l’HIV/AIDS, alla Commissione Europea, al Ministro per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo e al Ministro per l’Istruzione e la Ricerca;
- “Resolution 1536 (2007)1 HIV/AIDS in Europe”, Risoluzione che è stata adottata dalla riunione parlamentare del Consiglio dell’Europa a gennaio 2007.

Altro punto fondamentale per il successo delle iniziative di informazione e prevenzione nella lotta contro l’HIV/AIDS è quello contenuto nella comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento Europeo sulla lotta contro l’HIV/AIDS nel UE e nei Paesi vicini relativamente al periodo 2006-2009, ovvero “L’obiettivo è rafforzare la partecipazione della società civile in tutti gli aspetti della lotta contro l’epidemia, compresi la definizione degli obiettivi, l’attuazione, il monitoraggio e la valutazione degli interventi”.

L’informazione efficace e corretta resta uno strumento fondamentale nella prevenzione dell’infezione da HIV/AIDS. A tale proposito è stata costituita una Rete tra Servizi telefonici italiani governativi e non, allo scopo di condividere e confrontare contenuti scientifici e modalità comunicativo-relazionali, attraverso le quali viene erogata l’informazione ai cittadini presenti sul territorio italiano.

Altro aspetto rilevante è la promozione e la tutela della persona straniera con problematiche sanitarie legate alle malattie infettive (Infezione da HIV, Tuberculosis e Papillomavirus umano-HPV) e sperimentare una metodologia di intervento per le persone straniere replicabile in differenti realtà attraverso moduli formativi e di aggiornamento su tematiche tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali (intervento di counselling) rivolti a operatori appartenenti a strutture pubbliche, organizzazioni non governative e associazioni di volontariato, che si occupano di malattie infettive.

Nell’ambito di queste misure si colloca l’Unità Operativa “Telefono Verde AIDS”, che da oltre ventitré anni opera all’interno dell’ISS, integrando l’attività di counselling telefonico con quella della ricerca in campo psico-sociale e comportamentale, della formazione su tematiche riguardanti la comunicazione efficace e il counselling.

IL SIGNIFICATO DELL'INTERVENTO DI COUNSELLING PER L'OPERATORE SANITARIO E PSICO-SOCIALE ITALIANO

Marco Luigi Bellani

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi dell'Insubria, Varese

Introduzione

Il termine counselling (o counseling secondo la dizione americana) viene oggi utilizzato con un ampio spettro di significati, che evidenzia la grande eterogeneità della natura, dei modelli di riferimento, del campo d'azione e dei metodi di questo tipo di intervento, nonché del background culturale, delle competenze e del ruolo degli operatori che erogano tale tipo di prestazione.

Per limitarci al solo ambito sanitario, basta scorrere l'abbondante letteratura sull'argomento per rendersi immediatamente conto che "sotto l'ombrello del counselling" trova riparo ogni genere di interventi, che vanno da differenti momenti della relazione operatore-utente, a forme più o meno strutturate di aiuto e di supporto, fino a veri e propri interventi di psicoterapia; si tratta di interventi svolti nei setting più diversi (individuale, di coppia, di gruppo, telefonico e persino telematico), non sempre chiaramente definiti nei loro obiettivi o nelle loro modalità di conduzione, praticati da figure professionali differenti (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, volontari, ecc.).

Complesse motivazioni di ordine storico, socio-economico, culturale e politico, compresa l'assenza di una normativa di riferimento che regolamenti l'esercizio del counselling, hanno contribuito, nel corso degli anni, da un lato ad accrescere l'offerta di questo tipo di intervento e, dall'altro, ad aumentarne la complessità definitoria e l'eterogeneità operativa.

Questo lavoro, secondo l'esperienza e il punto di vista di chi scrive, si propone di fornire all'operatore sanitario e psico-sociale, impegnato nell'assistenza, nella prevenzione e nella sanità pubblica, alcuni spunti di riflessione per costruire un "paradigma" di riferimento entro cui comprendere gli elementi costitutivi dell'intervento di counselling, ovvero ciò che ne delimita il campo e lo differenzia da altri tipi di intervento, i principi di base attraverso i quali esso opera, nonché le sue potenzialità applicative.

Il counselling: cenni storici

La storia del counselling riflette le caratteristiche socio-culturali, politiche ed economiche dei Paesi in cui esso nasce e si sviluppa (1).

Il counselling nasce negli Stati Uniti alla fine dell'Ottocento: sotto l'influenza del movimento di orientamento, di guida alla professione e di sviluppo della carriera, l'intervento di counselling ebbe come scopo iniziale quello di orientare gli studenti verso scelte professionali consapevoli e adatte alle loro capacità individuali (2).

Negli anni successivi (1920-1930) si fece strada l'esigenza di guidare l'individuo nella scoperta e nello sviluppo delle sue potenzialità globali. All'interno del mondo scolastico gli

insegnanti si fecero carico di fornire agli studenti un'adeguata preparazione per una loro crescita non solo professionale, ma a tutti i livelli, orientandoli nella comprensione e nella gestione dei loro impulsi, conflitti, sentimenti, valori e ideali. Gli interventi, caratterizzati da un tale approccio psicologico ed educativo, presero il nome di *educational counselling*.

Gli anni '40 e '60 possono essere considerati quelli della nascita e dello sviluppo del counselling psicologico e della figura professionale del *counsellor*. Lo scenario è caratterizzato da una profonda evoluzione del movimento psicologico e psicoterapeutico, con lo sviluppo delle teorie di personalità e di nuovi approcci per la risoluzione non solo della psicopatologia, ma, anche, dei bisogni sociali emergenti. In particolare, gli psicologi umanistici (Maslow, May e Rogers, ecc.) posero l'accento sul fatto che l'essere umano è motivato principalmente a crescere e a realizzare le proprie potenzialità, possedendo la libertà e la capacità di modellare il proprio futuro, soprattutto se egli accetta pienamente le esperienze del "qui e ora". In questa particolare esperienza di libertà, l'individuo può imparare a riconoscere e a comprendere i propri impulsi e le proprie strutture comportamentali, positive e negative, attraverso un approccio che, non più vincolato alla patologia, individua nella relazione di aiuto e nel counselling gli strumenti privilegiati del lavoro clinico (1).

Nel 1952 venne istituita l'*American Personnel and Guidance Association* (APGA) che diverrà dapprima l'*American Association for Counseling and Development* e poi, nel 1992, l'*American Counseling Association*. Contemporaneamente la *Division of Counseling And Guidance dell'American Psychological Association* divenne la *Division of Counseling Psychology*, sotto la cui egida, nel 1954, venne pubblicata la prima rivista di psicologia del counselling, il *Journal of Counseling Psychology*.

L'attività di counselling andò così sviluppandosi come il risultato di molti movimenti professionali, di diversi sviluppi organizzativi e di non meno importanti influenze sociali; il *counsellor* psicologico cominciò ad essere riconosciuto come una professionalità distinta, dotata di una specifica formazione.

In Europa il counselling si affermò verso la fine degli anni Cinquanta, in particolar modo in Gran Bretagna, come strumento di orientamento sia pedagogico che di supporto nei servizi sociali e nel settore del volontariato. Così come avvenuto negli Stati Uniti, anche in Gran Bretagna il counselling si sviluppò in risposta a specifiche carenze e a particolari cambiamenti sociali e, nel corso degli anni, con ruoli e funzioni specifiche. Nel 1971 venne istituito a Londra lo *Standing Council for the Advancement of Counselling* (SCAC), che nel 1976 si mutò in *British Association for Counselling* (BAC) e che, nel 2000, divenne la *British Association for Counselling and Psychotherapy* (BACP). Oggi in Gran Bretagna troviamo tre tipologie di counselling: il counselling professionale, il counselling *skills* e il counselling psicologico; per ciascuno di essi esistono criteri di formazione, applicazioni e regolamentazioni differenti (1).

Al fine di completare il panorama europeo si deve ricordare che nel 1994 è nata la *European Association for Counselling* (EAC) per rispondere ai bisogni delle diverse nazionalità e per promuovere e assistere l'ulteriore sviluppo del counselling come professione.

Per quanto concerne l'Italia, il counselling ha avuto una grande diffusione, anche se più lenta rispetto al contesto anglosassone.

Le sue origini possono essere rintracciate nella storia dell'assistenza sociale, interessata alla persona e ai suoi complessi bisogni. Successivamente, sulla base delle esperienze anglosassoni, anche in Italia cominciarono a svilupparsi le prime Scuole di counselling.

Un impulso fondamentale alla diffusione del counselling in Italia, in particolare in ambito socio-sanitario, venne dato alla fine degli anni Ottanta con l'avvio della Campagna informativa sull'AIDS e, successivamente, con la promulgazione della Legge 135/1990, che sanciva la necessità dei colloqui di counselling prima e dopo l'esecuzione del test per la ricerca degli anticorpi anti-HIV.

Nel 1989 la Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS (CNLA) approvò il "Piano Nazionale di Formazione per operatori socio-sanitari per la lotta alle infezioni da HIV" (PFH), identificando nell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) l'organo competente per la gestione delle attività formative. Dal luglio 1990, il PFH realizzò numerosi corsi di formazione, rivolti a diverse figure di operatori professionali. Inizialmente furono trattate soprattutto le problematiche di tipo medico ed epidemiologico; successivamente, vennero considerate le profonde ripercussioni dell'AIDS sulla psicologia della persona con HIV e dei suoi familiari, vennero approfonditi anche gli aspetti psicologici, psichiatrici e sociali della malattia. L'attività di counselling si rivelò ben presto di grande importanza nella gestione di tali problemi, tanto da determinare l'impegno del PFH nella formazione di operatori da coinvolgere nella funzione di *counsellor*. Ciò ha consentito di sperimentare modelli e strategie di counselling da applicare nelle diverse fasi dell'infezione da HIV e di delinearne con precisione le premesse teoriche e metodologiche.

Tutto questo lavoro si è concretizzato in una serie di pubblicazioni realizzate dall'ISS, tra le quali menzioniamo quelle riguardanti il counselling pre e post-test (3) e il counselling nelle diverse fasi dell'infezione e della malattia conclamata (4). Nel 1997 il nostro gruppo di lavoro, compiendo un grande sforzo di integrazione dei migliori contributi nazionali e internazionali, ha raccolto in un volume la prima sintesi importante degli interventi di counselling nell'infezione da HIV, dalla fase diagnostica a quella di malattia terminale (5).

Nel frattempo, nell'ambito delle strategie di prevenzione e di educazione sanitaria sull'infezione da HIV, nel giugno 1987 la CNLA istituì il Servizio Telefono Verde AIDS, che da oltre 23 anni rappresenta una delle attività più significative ed efficaci dell'ISS nella lotta contro l'infezione da HIV e nella formazione degli operatori su tematiche riguardanti la comunicazione efficace e il counselling (6).

In sintesi, tutta la storia del counselling, compresa quella specifica riguardante l'infezione da HIV, ci consente di cogliere il composito "ethos" dominante di questo tipo di intervento: le indiscusse abilità comunicative e relazionali richieste all'operatore per il suo svolgimento, la nitida e determinata presa di distanza dall'erogazione di consigli esperti (7), nonché la capacità di orientare e di mantenere l'azione verso obiettivi raggiungibili, scelti sulla base di una profonda comprensione e condivisione dei bisogni, espressi o inespressi, dell'altro (1).

Definizione

È possibile cogliere il significato dell'intervento di counselling cercando di rintracciarne gli elementi e i principi peculiari, nonché le declinazioni operative all'interno delle principali definizioni che, per quanto eterogenee, non impediscono comunque di ravvisare alcuni nuclei concettuali comuni e condivisi.

Se consultiamo un dizionario di lingua inglese, apprendiamo che il verbo *to counsel* significa in primo luogo *to advise someone* ovvero "consigliare qualcuno". A sua volta, il sostantivo *counsel* è indicato come sinonimo di *advice* e significa "consiglio, suggerimento, giudizio, consultazione". Ciò spiega perché molti ritengano che il counselling sia l'arte di dare consigli o di esprimere opinioni. Di per sé il consiglio non è un modo inappropriato per fornire aiuto, soprattutto in alcuni ambiti e di fronte a problemi di ordine pratico. In un tipo di counselling come quello che verrà qui delineato, tuttavia, il "consiglio" non trova posto: come evidenziato nelle raccomandazioni del *Code of Ethics and Practice for Counsellors* della BAC "*counsellors do not normally give advice*" ovvero "coloro che fanno counselling di norma non danno consigli" (8). Come avremo modo di specificare più avanti, il cosiddetto "consiglio" è in realtà

uno dei punti di vista che, proposto dall'operatore insieme alle altre possibili alternative, concorre alla soluzione di un problema e/o alla presa di una decisione.

I moderni dizionari riportano altresì un'altra definizione del verbo *to counsel*: *to listen and give support to someone with problems* ovvero “dare ascolto e supporto a qualcuno che ha dei problemi”.

Da queste iniziali precisazioni possiamo già delineare un primo insieme di significati che sono insiti nelle definizioni del counselling: innanzitutto esso è un'interazione tra due persone, una capace di fornire ascolto e supporto, l'altra che si trova a dovere affrontare una situazione problematica; in secondo luogo, attraverso il supporto e l'ascolto, il counselling si propone di aiutare la persona a chiarire e affrontare i propri problemi.

In tal senso si è espressa anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la quale definisce il counselling come un processo che, attraverso il dialogo e l'interazione, aiuta le persone a risolvere e gestire problemi e a prendere decisioni; esso coinvolge un *cliente* e un *counsellor*: il primo è un soggetto che sente il bisogno di essere aiutato, il secondo è una persona esperta, imparziale, non legata al *cliente*, addestrata all'ascolto, al supporto e alla guida (9). La definizione ribadisce il ruolo dell'interazione dialogica, gli obiettivi dell'intervento e introduce, altresì, alcune ineludibili caratteristiche del *counsellor*.

In che modo l'aiuto fornito possa consentire alla persona di trovare una risposta ai suoi problemi è illustrato dalla posizione ufficiale della BAC, secondo la quale “il counselling è un uso della relazione basato su abilità e principi, che sviluppa nell'altro l'autoconsapevolezza, l'accettazione, la crescita e le risorse personali. Il counselling può essere mirato alla definizione di problemi specifici, alla presa di decisioni, ad affrontare i momenti di crisi, a confrontarsi con i propri sentimenti e i propri conflitti interiori o a migliorare le relazioni con gli altri. Il ruolo del *counsellor* è quello di facilitare il lavoro del *cliente* in modo da rispettarne i valori, le risorse personali e la capacità di autodeterminazione” (10).

Muovendo da tali precisazioni abbiamo cercato di integrare alcune direttrici di riferimento così da raggiungere una condivisione di contenuti che, concorrendo alla definizione di counselling, ne illustrino la portata e il significato applicativo per l'operatore:

- il counselling è un intervento specifico di relazione di aiuto, di tipo professionale, che coinvolge un *counsellor* e una persona che sente il bisogno di essere aiutata a risolvere un problema;
- l'intervento si fonda sull'ascolto e il supporto, risponde a caratteristiche e principi peculiari ed è basato sull'utilizzo da parte del *counsellor* di qualità personali, di conoscenze specifiche, di abilità e strategie comunicative e relazionali, finalizzate all'attivazione, al potenziamento e alla riorganizzazione delle risorse personali e interpersonali dell'individuo;
- il fine è quello di rendere possibili scelte e cambiamenti in situazioni percepite come difficili dalla persona stessa, nel pieno rispetto dei suoi valori e delle sue capacità di autonomia e di autodeterminazione;
- l'intervento può essere individuale, di coppia, di gruppo e/o estendersi all'ambito organizzativo (1, 11).

Significato

Quale è, per l'operatore psico-socio-sanitario, il “significato” che deriva dalla definizione di counselling appena espressa? Usiamo qui il termine “significato” nella sua accezione più ampia: di “concetto”, di “insieme o classi di sensi attribuibili”, di “intenzione o scopo di un atto”, di “valore o importanza particolare” (12). Nello specifico, si tratta di offrire e di sviluppare una cornice metodologica entro la quale contestualizzare alcuni degli elementi costitutivi

dell'intervento di counselling, così da fornire, sul piano pratico, l'essenziale e indispensabile *know how*, cui l'operatore possa uniformare il proprio sapere e il proprio agire professionali nel campo della salute/malattia.

Analizziamo brevemente, di seguito, i punti salienti che contribuiscono ad illustrare tale "significato".

- *Il counselling è un intervento specifico di relazione di aiuto, di tipo professionale.*
Il counselling presenta un primo livello di intervento, che consiste nell'applicazione dei principi fondamentali e degli obiettivi della relazione di aiuto. In questo senso l'operatore è prima di tutto un professionista adeguatamente formato alla comunicazione e alla relazione interpersonale, il cui "saper essere" diventa prioritario e fondante rispetto al "saper fare" e al "sapere come fare".
Il secondo livello, invece, si situa nella specifica capacità dell'operatore di condurre l'intervento di counselling, in cui "aiutare" non significa, come già detto, "dare consigli" e neppure va inteso come una spontanea, amicale o generica attività di supporto, né come semplice comprensione o rassicurazione, né tanto meno come la "ricetta" per risolvere un problema (8). Nel counselling si parla più specificamente di aiuto quando l'operatore, attraverso l'uso consapevole delle proprie abilità e strategie comunicative e relazionali, consente al soggetto di chiarire il reale significato della sua richiesta e la portata del suo problema e lavora con lui al fine di realizzare le condizioni più opportune per facilitare l'attuazione delle scelte e dei cambiamenti necessari per fare fronte al problema stesso.
L'indispensabile formazione al counselling di operatori già impegnati in specifiche aree assistenziali (medici, psicologi, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, volontari, ecc.) tende ad accrescere la loro competenza professionale, migliora le loro abilità comunicative e relazionali e offre l'opportunità di potenziare l'efficacia dei loro interventi specifici.
- *Il destinatario è una persona che sente il bisogno di essere aiutata a risolvere un problema.*
Nell'ambito del modello bio-psico-sociale di salute e di malattia, l'accoglimento e il possibile superamento del bisogno, declinato nella sua piena complessità soggettiva, costituisce l'elemento essenziale dell'intervento di counselling. Il fine è quello di promuovere nella persona la consapevolezza della necessità di un cambiamento e di individuare le azioni possibili e utili per superare il problema. Nel complesso, si tratta di facilitare la realizzazione di un "comportamento adattivo" rispetto alla salute o alla malattia, ovvero di raggiungere quella rappresentazione di realtà e quell'attività che, da un lato consentano una diminuzione del livello di *distress* associato ad un evento percepito come problema e, dall'altro, facilitino l'ottimizzazione delle risorse disponibili in funzione dell'adattamento alla situazione che ha portato alla richiesta di aiuto (13).
- *Il counselling risponde a caratteristiche e principi peculiari.*
Si deve premettere che non tutti i tipi di interazione o di relazione di aiuto possono essere definite counselling. L'essere se stessi, l'essere guidati dal buon senso o da un autentico desiderio di aiutare gli altri, come pure il sapere padroneggiare efficaci strategie comunicative nella relazione con le persone, non significa necessariamente fare counselling. Il counselling, d'altra parte, si differenzia anche dalla psicoterapia, in ragione degli obiettivi, dei contenuti dell'intervento, nonché dei metodi e delle specifiche tecniche utilizzate (11).
Il counselling risponde a due principi fondamentali: il rispetto dell'autonomia del soggetto che chiede aiuto e la centralità delle sue capacità di autodeterminazione nell'orientare le decisioni e l'azione.

Le caratteristiche che definiscono l'intervento di counselling (1, 5, 11) lo connotano come un intervento:

- *Specifico*
L'area di interesse e di indagine è sempre rivolta alle problematiche legate alla prevenzione o alla gestione dell'infezione da HIV. In molti casi, tuttavia, possono emergere problematiche che vanno al di là degli scopi peculiari dell'intervento stesso: l'operatore, allora, non interviene direttamente nell'affrontare tali problematiche, ma aiuta la persona a ridefinire la richiesta di aiuto e ne cura l'invio ad altre strutture, servizi o professionisti, attivando una rete integrata di supporto.
- *Personalizzato*
L'intervento è "tagliato a misura" della persona che chiede aiuto, orientato ad accoglierne e analizzarne i bisogni attuali e peculiari, volto ad aiutarla a trovare una soluzione adattiva alle proprie problematiche, nel pieno rispetto dei suoi stessi valori, opinioni e convinzioni.
- *Focalizzato*
L'attenzione è centrata sul "qui e ora" della situazione problematica. Le tecniche utilizzate dall'operatore aiutano ad individuare rapidamente il nucleo del problema (*focus*) e a rimanere focalizzati su di esso durante tutto il processo di counselling, per trovare una risposta il più possibile adeguata al bisogno attuale dell'individuo.
- *Limitato nel tempo*
Il counselling è, per definizione, un intervento breve, che si articola e si esaurisce in un numero limitato di incontri, generalmente stabiliti a priori, a prescindere dal tipo di problema portato dal soggetto. I limiti temporali tengono, comunque, conto delle capacità e dei bisogni della persona, dell'urgenza e della complessità del problema, nonché delle caratteristiche della situazione in cui l'intervento si colloca. In molti casi il problema affrontato nel corso dell'intervento non viene risolto entro questi stretti limiti temporali, ma la persona è posta nella condizione di recuperare un senso di controllo rispetto alla situazione, delineandone chiaramente i termini e individuando, insieme all'operatore, ipotesi di soluzione realistiche e attuabili.
- *Intenso*
L'efficacia dell'intervento di counselling dipende anche dalla capacità dell'operatore di stabilire in breve tempo una solida alleanza di lavoro, un clima di fiducia e un sistema di collaborazione, che permettano la condivisione e la comprensione autentica dei vissuti più personali e profondi del soggetto.
- *Attivo*
Pur mantenendo una posizione il più possibile non direttiva, l'operatore guida strategicamente il colloquio: attraverso l'utilizzo consapevole di tecniche di ascolto attivo, di rispecchiamento e di ridefinizione, nonché di chiarificazione e di confronto, egli facilita l'espressione dei vissuti, sollecita le capacità di elaborazione e di *problem-solving* del soggetto, fornisce supporto, rinforzi, informazioni e opzioni di scelta alternative nel processo decisionale.
- *Integrato*
Il concetto di integrazione si riferisce, oltre che all'elettismo dell'intervento, anche alla capacità dell'operatore di mantenere una visione olistica della persona, come essere facente parte di un sistema di relazioni dal quale possono scaturire non soltanto le situazioni problematiche, ma anche le risorse fondamentali alle quali

attingere. L'operatore, nell'ottica delle strategie di "case-management", si trova al centro del processo di aiuto, collabora in modo attivo con altri membri di *équipe* multi-disciplinari e si avvale di una rete integrata di servizi e di figure professionali per eventuali consulenze o invii.

Le caratteristiche appena illustrate trovano la loro piena espressione applicativa all'interno delle specifiche strategie di cui l'operatore si avvale per:

- fornire informazioni personalizzate (*Informative Counselling*);
- affrontare le situazioni di crisi (*Crisis Counselling*);
- facilitare la soluzione di problemi (*Problem-Solving Counselling*);
- favorire il processo decisionale (*Decision-Making Counselling*).

- *Il counselling è finalizzato all'attivazione, al potenziamento e alla riorganizzazione delle risorse personali e interpersonali dell'individuo.*

Muovendo dal riconoscimento che la persona è dotata, nelle sue potenzialità adattive, di risorse autonome che, seppure nascoste o sotto-utilizzate negli stati di crisi e di disagio, possono essere elicitate da un approccio sostanzialmente non direttivo, l'intervento di counselling cerca di attuare un'esperienza di cambiamento. Per fare questo, "l'operatore comincia laddove inizia la persona", ovvero agisce sulle capacità e sulle risorse dell'individuo, mobilitandole e potenziandole, al fine di ritrovare un "nuovo equilibrio" attraverso il recupero dell'esperienza di competenza e di controllo sulla situazione problematica o, muovendo da questa, sulla vita in generale. Anche in ambito sanitario l'intervento di counselling persegue il "cambiamento", ovvero non suggerisce comportamenti, ma allarga il campo all'interno del quale sceglierli, ricerca e promuove la costante, progressiva e consapevole crescita dell'individuo, accompagnata da un corrispondente e più globale sviluppo di autonomia e di assunzione di responsabilità nella gestione del proprio stato di salute/malattia.

- *Il fine è quello di rendere possibili scelte e cambiamenti in situazioni percepite come difficili dalla persona che chiede aiuto.*

Una "crisi" emotiva si instaura quando l'individuo si sente intensamente minacciato da un evento o da una situazione che sorprende di sorpresa e le cui caratteristiche sono tali che le abituali strategie di *coping* e di soluzione dei problemi appaiono inefficaci per farvi fronte. Nell'intervento di counselling, l'operatore accoglie i vissuti della persona, esplora i temi soggettivi della "crisi", fornisce il necessario supporto, riformula la situazione in termini più realistici e motiva il soggetto ad individuare gli obiettivi raggiungibili e le strategie che devono essere attuate per affrontare e risolvere (eventualmente) la "crisi" stessa.

Decidere di sottoporsi ad un esame diagnostico il cui risultato avrà implicazioni tali da cambiare per sempre la vita della persona, essere costretti a ricorrere ad un intervento chirurgico mutilante o ad una terapia che comprometta la qualità di vita, come pure prendere coscienza di certi fattori di rischio e dovere modificare stabilmente i propri comportamenti per accrescere le aspettative di vita, sono tutti esempi, per restare nella pratica sanitaria, di situazioni avvertite come "critiche" dalle persone, in cui l'intervento di counselling può essere utilizzato per rendere possibili scelte e cambiamenti adattivi.

- *Il counselling rispetta i valori e le capacità di autonomia e di autodeterminazione della persona.*

Attraverso l'intervento di counselling l'operatore riconosce all'individuo le capacità e le risorse necessarie per guardare in profondità i propri problemi, così da poterli comprendere con piena consapevolezza (*Problem-Solving Counselling*). L'aspetto composito della competenza e delle abilità dell'operatore si estrinsecano altresì con il

rispetto del sistema valoriale della persona, sia nello stabilire il grado di approfondimento delle tematiche o delle problematiche emerse durante il colloquio, sia nell'individuare la direzione e la forza dell'azione, nonché la formulazione dell'obiettivo (*Decision-Making Counselling*). Nell'ambito sanitario, la dimensione dell'autodeterminazione si articola in tappe legate all'assertività, all'autonomia e alla cura di sé, mentre i valori sottesi risultano riconducibili ai concetti di salute, di prevenzione, di costruzione del proprio personale adattamento alle diverse circostanze della malattia. Si deve tuttavia ricordare che sebbene l'operatore aiuti la persona a raggiungere dei risultati, egli non ne ha il controllo, perché "i clienti hanno la responsabilità maggiore, sia sulla produzione sia sulla qualità dei risultati ottenuti" (14).

Conclusioni

Si è cercato di delineare, sia pur brevemente, le caratteristiche fondamentali dell'intervento di counselling, nonché gli scopi e le modalità generali di attuazione, mettendone in rilievo l'utilità per l'operatore sanitario e psico-sociale; tale intervento, infatti, potenzia il ruolo e l'efficacia del suo agire specifico.

Per le sue caratteristiche di breve durata, flessibilità, economicità, gestione ottimale del tempo e delle risorse, attraverso un continuo monitoraggio e una visibilità delle procedure e dei risultati, il counselling si costituisce come risorsa importante nella gestione delle molteplici problematiche che emergono lungo il *continuum* salute-malattia.

Certamente il counselling non è una "panacea"; tuttavia esso si propone come strumento utile ed efficace in grado di rispondere agli scopi e ai bisogni di una medicina che davvero voglia inscrivere il proprio agire all'interno di quella visione più ampia che, improntata al modello bio-psico-sociale, superi l'approccio parcellare e tecnicistico alla persona in favore del confronto e dell'integrazione multidisciplinare.

Il counselling ha il suo nucleo fondante in termini di un processo di facilitazione che ravvisa nell'acquisizione di un maggior livello di consapevolezza da parte della persona, la ricchezza per la gestione autonoma e non indotta delle sue problematiche e nel processo di esplorazione degli schemi di pensiero e di azione, un uso migliore delle risorse in relazione ai suoi bisogni, desideri e limiti (7).

L'intervento di counselling consente di lavorare sulle risorse della persona enfatizzandone la partecipazione attiva sia nella gestione consapevole dei suoi stili di vita, delle condizioni di salute/malattia e dei livelli di qualità di vita, sia nella costruzione di possibilità di scelta e di cambiamento in senso adattivo; la persona viene, inoltre, motivata ad affrontare i temi soggettivi della "crisi" favorendone il superamento con nuove consapevolezze e nell'educazione alla libertà di scelta e all'assunzione di responsabilità nella gestione competente della salute/malattia.

Accanto ad una simile ricchezza di potenzialità, il counselling pone tuttavia alcune criticità. Una soddisfacente definizione operativa di counselling non soltanto deve descrivere le sue caratteristiche fondanti e distintive, le sue componenti e strategie attuative, ma deve anche fornire indicazioni e controindicazioni al suo impiego, nonché individuare e descrivere gli indicatori di processo e di efficacia rispetto alle specifiche problematiche trattate. In un contesto di *public health*, infine, la valutazione dell'intervento di counselling dovrà essere accompagnata da una precisa analisi dei costi, non solo in relazione alle risorse impiegate ma anche in rapporto ai benefici, diretti e indiretti, che esso può conseguire.

Bibliografia

1. Trotti E, Bellani ML, Bellotti GG. Il Counselling eclettico-integrato: sintesi teorica e proposizione di un modello. *Ricerche di Psicologia* 2007;4:7-32.
2. Nugent FA. *An Introduction to the Profession of Counseling*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall, Inc.; 1994.
3. De Mei B, Rota MC, Greco D, Gallini R, Starace F, (Ed.). *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).
4. Bellotti GG, Bellani ML, De Mei B, Greco D, (Ed.). *Il counselling nell'infezione e nella malattia da HIV*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1995. (Rapporti ISTISAN 95/28).
5. Bellotti GG, Bellani ML (Ed.). *Il Counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*. Milano: Mc Graw Hill Italia; 1997.
6. Telefono Verde AIDS. Istituto Superiore di Sanità. *Rapporto Attività di Counselling Telefonico. Giugno 1987-Dicembre 2009*. Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/iss3/cont/counselling_09.pdf; ultima consultazione 6/12/2010.
7. Di Fabio A. L'evoluzione del counseling nei vari contesti internazionali: la prospettiva storica. In: Di Fabio A, Sirigatti S (Ed.). *Counseling. Prospettive e applicazioni*. Milano: Il Ponte delle Grazie; 2005. p. 10-53.
8. British Association for Counselling. *Codex of Ethics and Practice for Counsellors*. Rugby: 1992.
9. World Health Organization. Global Programme on AIDS. *Psychosocial Counselling for Person with HIV Infection, AIDS and Related Disease*. Geneva: WHO; 1989.
10. Palmer S, McMahon G. *Handbook of Counselling*. London: Routledge; 1997.
11. Bellani ML. Il counselling. In: Bellani ML, Morasso G, Amadori D *et al.* (Ed.). *Psiconcologia*. Milano: Masson; 2002. p. 795-804.
12. De Mauro T. *Grande Dizionario Italiano dell'Uso*. Torino: Utet; 2000.
13. Pezzotta PL, Bellani ML. Il counselling. In: Bellotti GG, Bellani ML (Ed.). *Il Counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*. Milano: Mc Graw Hill Italia; 1997 p. 5.
14. Egan G. *The skilled helper*. Pacific Grove: Books/Cole Publishing Company; 1994.

IL COUNSELLING PER LA TUTELA DELLA SALUTE PUBBLICA

Barbara De Mei

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

La promozione della salute rappresenta uno strumento fondamentale per combattere patologie legate a stili di vita non corretti e per favorire lo sviluppo e il mantenimento di condizioni di benessere nei singoli e nella collettività.

Il benessere si riferisce ad un concetto globale di salute, fisica, psichica e sociale che deve essere perseguita, raggiunta e mantenuta nel tempo come processo in continuo divenire.

“Ben-essere” significa “stare bene” e “stare bene” non significa semplicemente “non stare male”, ma essere protagonisti e responsabili della propria salute, essere attivamente coinvolti nel processo di miglioramento, promozione e mantenimento del proprio stato di “ben-essere”.

Tale processo prevede la partecipazione attiva dei singoli individui e della comunità (modello biopsicosociale di tipo partecipativo) e valorizza l'importanza dello scambio interattivo tra le persone coinvolte, focalizzando l'attenzione anche sulla componente emotiva della relazione. Propone, quindi, l'esigenza di una modalità comunicativa non direttiva, tesa a focalizzare l'attenzione sulla percezione individuale e collettiva, ad attivare e rendere operative le risorse personali per affrontare situazioni problematiche e/o modifiche comportamentali.

Il tradizionale approccio biomedico, centrato sulla malattia e su una comunicazione di tipo direttivo appare oggi, pertanto, inadeguato per fronteggiare soprattutto malattie che hanno un'origine multifattoriale e che sono strettamente legate agli stili di vita delle singole persone, alla percezione, a individuali capacità di cambiamento e a possibili difficoltà nell'attuarlo, a scelte autonome e responsabili. Malattie per le quali la qualità della relazione tra operatore sanitario e persona assume un ruolo determinante per il raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica.

Nell'ottica della promozione della salute, pertanto, la partecipazione consapevole da parte dei cittadini è fondamentale, così come il coinvolgimento integrato delle figure professionali e dei soggetti sociali impegnati nelle attività di prevenzione. Si comunica per promuovere *empowerment*

L'empowerment è il processo attraverso il quale è possibile attivare le risorse e le potenzialità della persona, in modo che questa sappia meglio affrontare le situazioni problematiche o di disagio nei diversi ambiti della vita. La comunicazione, tuttavia, non può essere improvvisata, la comunicazione è un'abilità.

La comunicazione può essere definita come scambio bidirezionale di informazioni, di conoscenze, di bisogni, di atteggiamenti, di percezioni, di emozioni tra soggetti coinvolti in un determinato contesto spazio-temporale su tematiche comuni. La comunicazione è condivisione di significati, è reciprocità, è relazione centrata sulla persona da coinvolgere attivamente nel processo di recupero/mantenimento/sviluppo del proprio stato di salute. Le conoscenze, i dubbi, i bisogni, le percezioni, le emozioni, le preoccupazioni, le aspettative della persona assumono quindi la rilevanza di variabili significative.

Le competenze di base del counselling per una comunicazione efficace

L'applicazione delle abilità di counselling favorisce il superamento di un intervento improvvisato nell'ambito della relazione interpersonale, fondato sulla buona volontà, la disponibilità, il rischio personale dell'operatore sanitario. L'intervento di counselling si fonda, infatti, su un approccio caratterizzato da una comunicazione consapevole e strategica e supera il modello paternalistico, direttivo, finalizzato alla persuasione e al convincimento.

Il counselling è facilitazione.

L'intervento di counselling si basa sull'intuizione di Carl Rogers secondo la quale se una persona si trova in difficoltà, il modo migliore di venirle in aiuto non è quello di dirle cosa fare, quanto piuttosto quello di aiutarla a comprendere la sua situazione e a gestire il problema assumendo pienamente le responsabilità delle scelte individuali. Lo scopo di un intervento di counselling è, infatti, attivare e riorganizzare le risorse interne ed esterne dell'individuo per affrontare in modo attivo problemi e difficoltà che lo riguardano. È rendere possibili scelte in situazioni percepite come "complesse" dall'individuo stesso nel pieno rispetto dei suoi valori e delle sue capacità di autodeterminazione.

L'applicazione delle competenze di base del counselling può rappresentare un'opportunità per gli operatori sanitari per attuare interventi metodologicamente strutturati, ispirati a principi e strategie basate sull' "ascolto empatico" e finalizzati a facilitare la relazione e la *compliance*.

Per ogni operatore sanitario può essere, pertanto, utile acquisire le competenze di base specifiche dell'intervento. Tali competenze di base si possono sintetizzare nei seguenti punti:

- conoscenza e comprensione del significato del counselling;
- condivisione dello scopo dell'intervento di counselling;
- applicazione dell'intervento strutturato in fasi:
 - *accoglienza* fondamentale per avviare l'interazione e per poter stabilire una relazione di collaborazione, di fiducia e di empatia;
 - *ascolto attivo* essenziale per riuscire a capire il punto di vista della persona, per cogliere il motivo della richiesta o la percezione soggettiva rispetto al tema posto, la propensione a prendersi cura attivamente della propria salute;
 - *focalizzazione del problema emergente* per capire bene il problema della persona nel "qui e ora" ed eventualmente ridefinirlo;
 - *individuazione di un obiettivo condiviso* realistico, concreto e raggiungibile in quel momento per la persona;
 - *definizione di soluzioni alternative* per concordare con la persona una soluzione che la persona stessa identifichi come la più adeguata in quel momento per il raggiungimento dell'obiettivo concordato;
 - *riassunto e verifica* per appurare che la persona abbia effettivamente compreso ciò che è stato detto durante il colloquio;
 - *saluto adeguato* per garantire una conclusione della relazione non affrettata offrendo la disponibilità ad ulteriori incontri;
- conoscenza e applicazione operativa delle abilità relazionali fondamentali dell'intervento (ascolto attivo, empatia, autoconsapevolezza);
- consapevolezza dei personali stili comunicativi;
- uso delle qualità personali favorevoli al processo comunicativo, nonché controllo dei tratti che possono ostacolare la relazione;

- gestione non improvvisata del tempo;
- integrazione con le competenze tecnico-scientifiche specifiche del ruolo svolto;
- potenziamento delle capacità di lavorare in équipe e in rete.

Le competenze di base del counselling rappresentano, quindi, un valore aggiunto alla professionalità degli operatori socio-sanitari per realizzare interventi finalizzati ad informare in modo scientificamente corretto e personalizzato, a facilitare processi decisionali, ad attivare modifiche comportamentali, a favorire l'adattamento a condizioni di malattia, a gestire momenti di emergenza, a sostenere in situazioni di crisi.

Tali competenze possono essere applicate in ambito sanitario per la promozione della salute e la prevenzione di comportamenti a rischio; la comunicazione della diagnosi; la *compliance* alla terapia farmacologica e ai trattamenti; il supporto in situazioni di disagio e di crisi; la preparazione all'inabilità e alla morte.

Le abilità di counselling possono, inoltre, essere essenziali anche per comunicare, ascoltare e osservare se stessi come persone e professionisti con il proprio sistema di valori, con i propri pregiudizi, schemi cognitivi, emozioni, convinzioni, nonché con le proprie capacità e difficoltà personali.

Le abilità di counselling, possono, infine, offrire maggiori opportunità per ascoltare e osservare il contesto esterno, inteso anche come sistema culturale di riferimento e per lavorare in modo integrato in équipe e in rete.

IL COUNSELLING TELEFONICO NELLA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV

Anna Maria Luzi

Dipartimento di Malattie Infettive Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il presente contributo intende illustrare gli aspetti peculiari dell'intervento di counselling telefonico nell'infezione da HIV e nell'AIDS. In particolare sarà focalizzata l'attenzione sulla metodologia utilizzata dall'équipe del Servizio Telefono Verde AIDS (TVA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) dal 1987 ad oggi (1).

Il Servizio, istituito dalla Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS, co-finanziato dal Ministero della Salute, si colloca all'interno dell'Unità Operativa di ricerca psico-socio-comportamentale, comunicazione e formazione del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate dell'ISS ed ha costituito la prima esperienza di AIDS *Helpline* pubblica, a copertura nazionale, impegnata nell'attività di counselling telefonico per la prevenzione dell'infezione da HIV.

L'intervento proposto dagli esperti del TVA si basa sui principi e sulle tecniche del counselling *vis à vis*, un approccio fortemente raccomandato dalle principali organizzazioni internazionali fin dai primi anni dell'epidemia da HIV. Infatti, già nel 1989, il *Global Programme on AIDS* (GPA) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO/GPA), indicava il counselling come uno strumento attraverso il quale offrire, a quanti fossero direttamente o indirettamente colpiti dall'infezione da HIV, un sostegno sia pratico che psicologico utile a fornire informazioni corrette e personalizzate volte a prevenire l'ulteriore trasmissione del virus HIV.

Qualche anno più tardi, nel 1995, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ribadiva l'importanza dell'intervento di counselling nell'infezione da HIV, definendolo "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".

Nell'ambito degli interventi di informazione personalizzata sull'infezione da HIV, il counselling si è, infatti, 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, capacità di indagine e messaggi in prima persona) del professionista finalizzate all'attivazione e alla riorganizzazione delle potenzialità (*empowerment*) della persona-utente.

Le competenze di counselling possono permettere all'operatore di strutturare la relazione professionale in fasi, caratterizzate da passaggi ben definiti, attraverso i quali si attua un'interazione specialistica, 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.

Tale "protocollo" di riferimento consente, quindi, al professionista di affrontare in modo intenzionale e strategico le complesse problematiche che caratterizzano la prevenzione dei comportamenti a rischio, la diagnosi e il trattamento dell'infezione da HIV e dell'AIDS, nonché di attuare interventi non improvvisati dal punto di vista relazionale, ma piuttosto ispirati a principi e strategie centrati sui bisogni dei singoli e sulle loro specifiche risorse e potenzialità.

Nell'infezione da HIV, il counselling si è rivelato uno strumento efficace sia in situazioni di colloquio *vis á vis* (counselling *vis á vis*), sia in situazioni di colloquio telefonico (counselling telefonico).

A seconda dell'ambito, del contesto e del target, attraverso tale attività si possono raggiungere molteplici finalità:

- 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

L'intervento di counselling telefonico offerto dall'équipe del TVA si raffigura come una vera e propria relazione di aiuto tra un esperto con competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali specifiche e una persona-utente che esprime una richiesta, un bisogno, una necessità. Il punto di forza di tale impostazione è da ricercare nell'opportunità di fornire alla persona-utente, 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 *lifeskills* finalizzate ad evitare comportamenti a rischio.

I ricercatori del TVA hanno sperimentato, nell'ambito del colloquio telefonico, lo schema processuale che caratterizza l'intervento di counselling *vis á vis*, pervenendo, nel tempo, a definirne la metodologia (2-4). Tale metodologia, articolata in fasi prevede l'utilizzo, all'interno di ciascuna fase, di abilità e tecniche comunicativo-relazionali.

Qui di seguito, vengono descritte le tre fasi del percorso telefonico e illustrati gli obiettivi dell'intervento.

– **Fase iniziale della telefonata**

Obiettivi:

- › Accogliere la persona-utente.
- › Stabilire una relazione di empatia e di fiducia con la persona-utente.
- › Mettere a fuoco, attraverso un ascolto attivo, il reale problema della persona-utente.

L'ascolto empatico del contenuto di ciò che la persona-utente "racconta" e l'attenzione al vissuto che sottende il suo racconto permettono all'operatore, attraverso la riformulazione e la delucidazione, di restituire all'altro ciò che si è ascoltato e, se necessario, di attuare un supporto emotivo. Altrettanto importante è l'attenzione che l'operatore deve porre alle sue prime parole (comunicazione verbale), al tono e al timbro della sua voce (comunicazione paraverbale) per la creazione di un clima accogliente che consenta alla persona-utente di sentirsi a proprio agio e di iniziare a parlare del suo problema.

Se quanto l'operatore coglie corrisponde effettivamente al reale bisogno della persona-utente, è importante 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).

Infine, se nell'ambito del colloquio di counselling telefonico è prevista la raccolta di dati relativi alla provincia di provenienza della telefonata, al sesso e all'età della persona-utente, occorre una valutazione attenta del momento in cui raccogliere tali dati, in modo da evitare di interrompere il flusso della conversazione all'interno della quale si è impegnati.

– **Fase intermedia della telefonata**

Obiettivi:

- Condividere con la persona-utente un obiettivo su cui lavorare.
- Erogare informazioni utili alla persona-utente per affrontare il problema che l'ha portato a telefonare.
- Proporre possibili soluzioni.
- Offrire indicazioni in merito ai Centri diagnostico-clinici, ai Servizi socio-sanitari territoriali e alle Organizzazioni non governative impegnate nella lotta contro l'AIDS.

Tale fase consente di condividere un obiettivo su cui lavorare, stimolare le risorse della persona-utente e prospettare insieme una gamma di possibili soluzioni, facilitando l'utente nella scelta di quella maggiormente rispondente alle sue necessità.

I contenuti informativi oggetto dell'intervento devono essere scientificamente aggiornati, corretti ed erogati in modo personalizzato, nonché forniti in un linguaggio comprensibile per la persona, evitando inutili tecnicismi.

– **Fase finale della telefonata**

Obiettivi:

- Concordare una soluzione al problema.
- Verificare che la persona abbia acquisito l'informazione erogata.
- Mostrarsi disponibili ad un successivo contatto.
- Salutare adeguatamente.

Prima di chiudere la relazione è necessario che l'operatore riassume quanto emerso e concordato durante la telefonata, nonché verifichi il grado di acquisizione dell'informazione erogata, in modo che la persona sia in grado di utilizzarla.

Inoltre, è importante offrire all'utente la disponibilità del Servizio ad ulteriori contatti. Infine, l'intervento di counselling deve essere concluso dall'operatore con un saluto che non risulti affrettato o infastidito, ma espresso in modo empatico.

Conclusioni

L'intervento di counselling telefonico offerto dall'équipe di esperti del TVA continua a rappresentare, a tutt'oggi, una strategia elettiva di prevenzione dell'infezione da HIV, consentendo alla persona-utente di esprimere dubbi, perplessità, paure e di ricevere informazioni conformi alle sue reali necessità (1).

La persona diviene agente attivo di cambiamento, può fronteggiare il momento di 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. Il punto di forza è sulle potenzialità che ciascun individuo possiede per tutelare la propria salute e per adottare stili di vita sani attraverso scelte responsabili e consapevoli.

L'operatore impegnato in un intervento di counselling telefonico, proprio per la specificità che caratterizza tale performance, deve poter possedere un buon livello di autoconsapevolezza, che gli consenta di non confondere il proprio ruolo e il proprio mandato con quello di altri professionisti (medico, psicologo, ecc.). A tale fine sono, pertanto, indispensabili una formazione e un aggiornamento costanti.

Bibliografia

1. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Istituto Superiore di Sanità. *Documento sulla metodologia del counselling telefonico nell'ambito dell'infezione da HIV e dell'AIDS*. Luglio 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/iss3/cont/metodologia.pdf>; ultima consultazione 6/12/2010.
2. De Mei B, Rota MC, Greco D, Gallini R, Starace F, (Ed.). *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).
3. Bellotti GG, Bellani ML, De Mei B, Greco D, (Ed.). *Il counselling nell'infezione e nella malattia da HIV*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1995. (Rapporti ISTISAN 95/28).
4. Bellotti GG, Bellani ML (Ed.). *Il Counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*. Milano: Mc Graw Hill Italia; 1997.

IL TELEFONO VERDE AIDS DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Anna Colucci, Pietro Gallo

Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

I dati raccolti durante l'intervento di counselling telefonico, svolto dagli esperti del Servizio Telefono Verde AIDS (TVA) dell'Istituto Superiore di Sanità, permettono di ottenere alcune informazioni anagrafiche e di tracciare un profilo delle caratteristiche comportamentali e dei bisogni informativi delle persone-utenti. In tal modo è possibile identificare le aree di maggiore interesse per quanti si rivolgono al TVA (1). Per il conseguimento di tale finalità il Servizio ha predisposto e costantemente migliorato, nel corso del tempo, un software di gestione informazioni e *data-entry online* che consente di raccogliere e archiviare informazioni relative alla nazionalità, alla provincia dalla quale la persona telefona, al sesso, all'età, alla fonte dalla quale ha ottenuto il Numero Verde, all'eventuale comportamento a rischio adottato dalla persona-utente e ai contenuti più significativi emersi durante il colloquio di counselling telefonico, sulla base di autodichiarazioni dell'utente. Tale processo operativo di archiviazione dei dati viene effettuato contestualmente al colloquio di counselling (2).

Nel colloquio specialistico telefonico, svolto in modo anonimo, viene attivata una relazione di aiuto professionale con l'utente, all'interno della quale diventa possibile decodificare la domanda e fornire risposte personalizzate. Inoltre, grazie alla disponibilità di un ampio e articolato archivio informatizzato di strutture, la persona in tempo reale (nel corso della stessa telefonata) riceve informazioni dettagliate in merito ai Centri diagnostico-clinici e alle Associazioni di volontariato presenti nel suo territorio, agli orari di accesso, alle differenti modalità di fruibilità delle prestazioni fornite da tali strutture. In tal modo l'esperto del TVA può effettuare invii mirati e appropriati in funzione delle esigenze espresse dalla persona-utente (3, 4).

Sono qui presentati i dati relativi all'attività di counselling telefonico svolta dal Telefono Verde AIDS in oltre 23 anni di lavoro. Dati che se pur circoscritti a poche ed essenziali variabili, riferiti da una persona anonima, consentono di individuare alcuni elementi nodali relativamente ai bisogni informativi delle persone-utenti per quanto concerne l'infezione da HIV e l'AIDS. Tali elementi non possono essere generalizzati all'intera popolazione italiana, ma di sicuro possono costituire dei validi indicatori per la messa a punto di interventi di prevenzione dell'infezione da HIV.

L'attività di counselling telefonico del TVA

Da giugno 1987 a dicembre 2009, il TVA ha ricevuto un totale di 650.612 telefonate, di queste 477.573 (73,4%) sono pervenute da persone di sesso maschile, 172.648 (26,5%) da persone di sesso femminile e per 391 (0,1%) telefonate tale dato non è indicato (Figura 1).

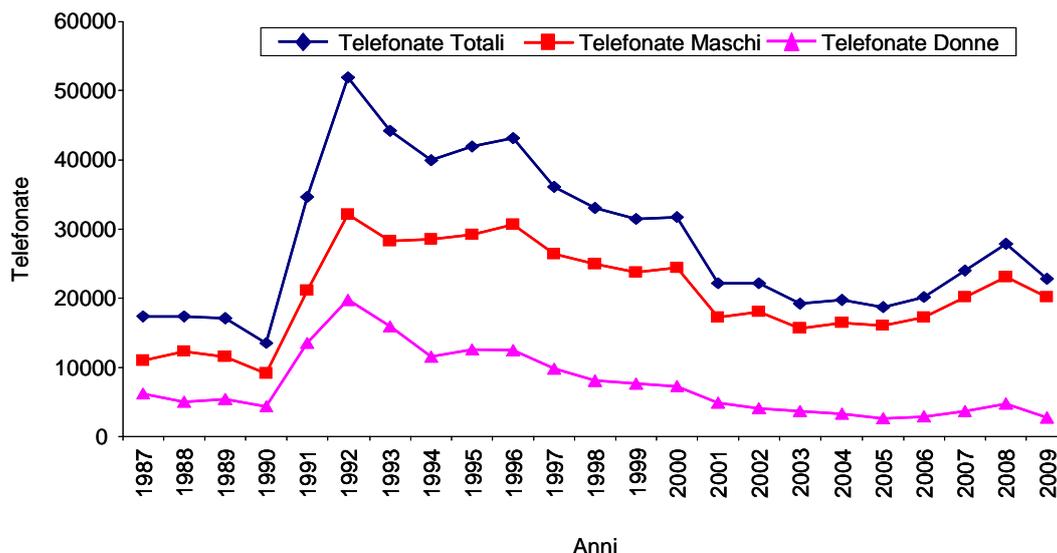


Figura 1. Andamento delle telefonate pervenute al Telefono Verde AIDS per anno

L'analisi delle telefonate per genere e anno rileva un costante e progressivo decremento del numero di telefonate effettuate da utenti di sesso femminile. Nell'anno 2009, il numero delle telefonate stratificato per genere evidenzia un'ulteriore diminuzione delle telefonate effettuate da utenti di sesso femminile, pari all'11,9%.

La distribuzione per classi di età evidenzia che 507.849 (78,1%) telefonate sono state effettuate da utenti di età compresa tra i 20 e i 39 anni. Circa la metà (47,6%) di tutte le persone-utenti che nel corso di 23 anni di attività, hanno contattato gli esperti del TVA sono giovani adulti con un'età compresa tra i 20 e i 29 anni (Figura 2). Tale andamento è rimasto pressoché stabile nel corso degli anni.

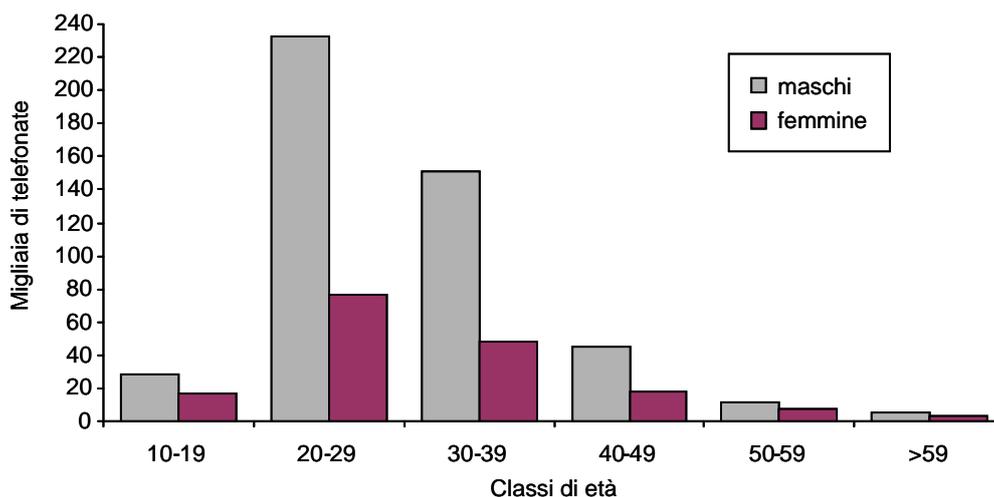


Figura 2. Distribuzione delle telefonate per sesso e classi di età

Per quanto riguarda la distribuzione geografica delle telefonate, dal Nord ne sono giunte 303.700 (46,6%), dal Centro 185.224 (28,5%), dal Sud 115.725 (17,8%), dalle Isole 40.695 (6,3%) e per 5.268 (0,8%) telefonate l'informazione è mancante.

Il calcolo dei tassi delle telefonate (per 100.000 abitanti) per aree geografiche evidenzia che dalle regioni del Centro Italia sono pervenute la maggior parte delle telefonate (Figura 3).

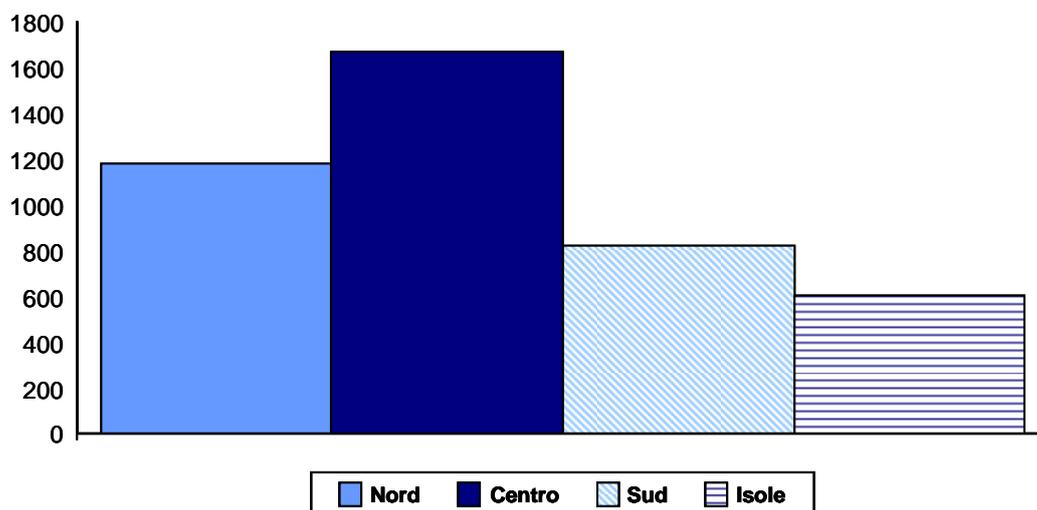


Figura 3. Distribuzione dei tassi delle telefonate per aree geografiche (x100.000 ab.)

Il gruppo di utenti più rappresentato è quello costituito da persone, non tossicodipendenti, che dichiarano durante il colloquio telefonico di aver avuto uno o più contatti eterosessuali (355.589). In tale gruppo sono inclusi anche le persone-utenti che riportano rapporti sessuali a pagamento (clienti di prostitute e transessuali), rappresentando una proporzione pari al 25,8%.

Di seguito sono riportate le percentuali rilevate per ciascun gruppo di utente, che nel corso del tempo ha avuto accesso al TVA:

- persone eterosessuali non tossicodipendenti 355.589 (54,7%);
- Non Fattori Di Rischio – NFDR (insegnanti, genitori, operatori sanitari, giornalisti) 199.231 (30,6%);
- persone omo-bisessuali 39.217 (6,0%);
- persone sieropositive 23.611 (3,6%);
- persone che fanno uso di sostanze stupefacenti (non necessariamente intravena) 4.785 (0,7%);
- persone che hanno subito una trasfusione di sangue (antecedente agli anni '90) 2.052 (0,3%);
- persone, sieropositive e non, che chiedono informazioni in merito al vaccino anti TAT o si propongono per partecipare alla sperimentazione clinica in qualità di volontari 2.354 (0,4%);
- altro/non indicato 23.773 (3,7%) (Figura 4).

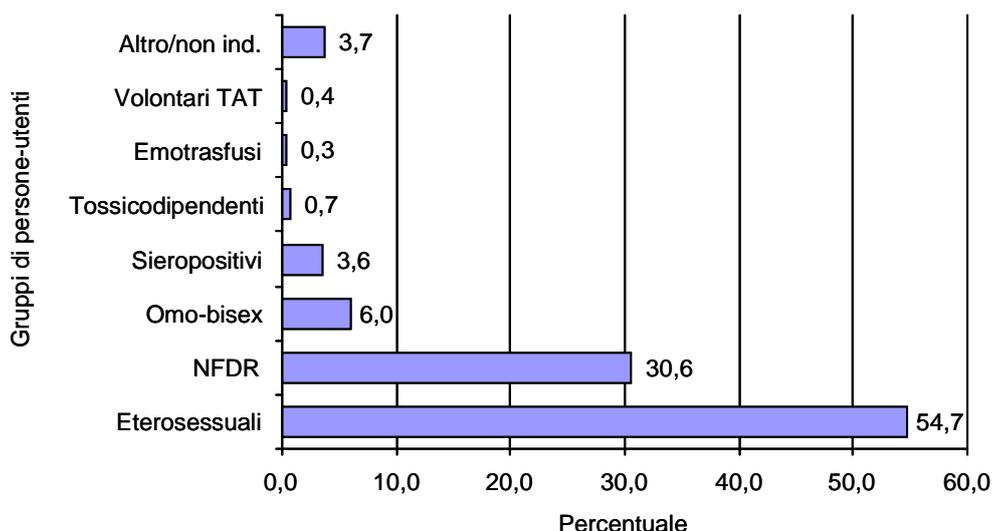


Figura 4. Distribuzione percentuale delle telefonate per gruppi di persone-utenti

Il numero totale dei quesiti formulati al TVA è di 1.704.540. Attraverso una ricodifica per gruppi di quesiti, organizzati intorno ad alcune principali tematiche riguardanti il virus dell'immunodeficienza umana, è possibile rilevare che gli argomenti affrontati nel colloquio specialistico di counselling sono molteplici e possono essere sintetizzati come di seguito riportato:

- modalità di trasmissione (comportamenti sessuali a rischio, scambio di sangue infetto) 458.522 (27,0%);
- informazioni sul test per la ricerca di anticorpi anti-HIV (tipologia del test, dove eseguirlo, dopo quanto tempo – periodo finestra, con quali modalità accedere ai Centri diagnostico-clinici) 433.053 (25,4%);
- aspetti psicosociali (ansia della persona-utente per i comportamenti a rischio assunti o solo ipotizzati, normative per la tutela della persona sieropositiva) 252.871 (14,8%);
- disinformazione (uso di bagni pubblici, frequentazione di piscine, palestre, bar ristoranti, timore che gli animali possano rappresentare un vettore del virus) 209.914 (12,3%);
- prevenzione (sessualità protetta, utilizzo del preservativo maschile e femminile) 121.857 (7,1%);
- virus (caratteristiche dell'HIV, sopravvivenza fuori dal corpo umano, eziopatogenesi) 94.527 (5,5%);
- sintomi (suggestivi di sieroconversione) 59.152 (3,5%);
- terapia e ricerca (in questo gruppo sono riportati anche i quesiti riguardanti la sperimentazione del vaccino anti TAT) 31.970 (1,9%);
- altro 42.674 (2,5%) (Figura 5).

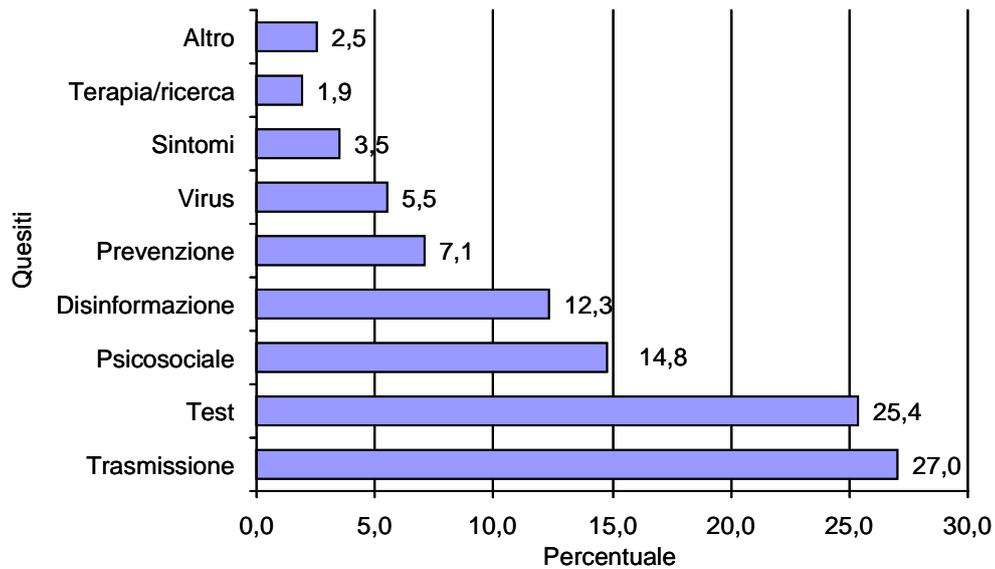


Figura 5. Distribuzione percentuale dei quesiti per argomento

Conclusioni

In sintesi, le persone-utenti che si rivolgono al TVA sono di sesso maschile, risiedono nel Centro Italia, si dichiarano eterosessuali e pongono quesiti che riguardano informazioni sul test e sulle modalità di trasmissione dell'HIV. Dall'analisi dei risultati, infatti, risulta che i temi maggiormente affrontati nel corso del colloquio di counselling telefonico sembrano concentrarsi intorno a due aree (vie di trasmissione e informazioni sul test HIV) fondamentali per la prevenzione primaria e secondaria dell'infezione da HIV.

Oggi, l'intervento di counselling telefonico svolto dal Servizio Telefono Verde AIDS non si colloca più in una situazione di emergenza e allarme sociale come nei primi anni dell'infezione, pur tuttavia i dati mostrano che un notevole numero di persone, quotidianamente, contatta gli esperti del TVA, scegliendo il mezzo telefonico e la modalità in anonimato per esprimere i propri bisogni informativi, chiarire dubbi e avere indicazioni relative ai Servizi psico-socio-sanitari, alle Organizzazioni non Governative e alle Associazioni di Volontariato presenti sul territorio nazionale per la prevenzione, diagnosi, cura e trattamento dell'HIV.

L'enorme mole di dati raccolti in oltre 23 anni di attività (650.612 telefonate, 1.704.540 quesiti) consente di sostenere quanto l'intervento di counselling telefonico risulti, ancora oggi, efficace. Questo perché il counselling telefonico permette di stabilire contatti individualizzati con ciascuna persona-utente che usufruisce dell'intervento, di fornire risposte prive di giudizi di valore o di imposizioni direttive, di facilitare la persona nell'accedere ai servizi sanitari territoriali in grado di rispondere in maniera puntuale e appropriata ai suoi bisogni di salute (5-9). In ultima analisi, il counselling telefonico risulta essere un'efficace strumento per favorire nell'individuo l'attivazione di processi di *empowerment* indispensabili per tutelare e promuovere la salute, nonché facilitare l'adozione di stili di vita utili per evitare di contrarre l'infezione da HIV o aggravare la situazione, laddove il contagio si sia già verificato.

Bibliografia

1. Telefono Verde AIDS. Istituto Superiore di Sanità. *Rapporto Attività di Counselling Telefonico. Giugno 1987-Dicembre 2009*. Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/iss3/cont/counselling_09.pdf; ultima consultazione 6/12/2010.
2. Colucci A, Valli R, Gallo P. I bisogni informativi della popolazione generale e di target specifici nell'ambito dell'infezione da HIV. *Not Ist Super Sanità* 2007;20(4):11-5.
3. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Istituto Superiore di Sanità. *Documento sulla metodologia del counselling telefonico nell'ambito dell'infezione da HIV e dell'AIDS*. Luglio 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/iss3/cont/metodologia.pdf>; ultima consultazione 6/12/2010.
4. Luzi AM. L'intervento di counselling telefonico nella prevenzione dell'infezione da HIV. *Not Ist Super Sanità* 2007;20(4):7-10.
5. Bellotti GG, Bellani ML (Ed). *Il Counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*. Milano: Mc Graw Hill Italia; 1997.
6. Luzi AM, De Mei B, Colucci A, Gallo P. Criteria for standardising counselling for HIV testing. *Ann Ist Super Sanità* 2010;46(1):42-50.
7. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS-UNAIDS. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. World Health Organization; 2007.
8. Bos AER, Visser GC, Tempert BF, Schaalma H. Evaluation of the Dutch AIDS information helpline: an investigation of information needs and satisfaction of callers. *Patient Educ Couns*. 2004;54:201-6.
9. Boselli F, Chiosso G, Gallinelli A. The Italian STD 'Hot-Line'. Making people aware. *Sex Transm Dis*; 2003;30(9):707-12.

Seconda parte

Alcune esperienze di counselling telefonico in Italia

LA LINEA TELEFONICA DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE CITTÀ DI MILANO

Paola Bizzoni, Mattia Morretta, Gian Marino Vidoni, Livia Brignolo
Azienda Sanitaria Locale Città di Milano, Milano

Storia

La Linea dedicata è in diretta continuità con lo storico servizio denominato *Centralino AIDS*, istituito il 15 marzo del 1987 dal Comune di Milano. La titolarità nel 1990 è passata alle USSL (Unità Socio Sanitaria Locale) territoriali poi riorganizzate in ASL (Azienda Sanitaria Locale) Città di Milano.

Per i primi cinque anni (1987-1992) il Servizio ha avuto una specifica sede presso l'Ufficio d'Igiene di Via Statuto, mentre nei quattro anni seguenti (1992-1996) è stato collocato all'interno dell'Ambulatorio Patologie Emergenti di Piazza XXIV Maggio, realizzando una prima forma di integrazione tra gli interventi di screening e quelli telefonici. Il funzionamento dal marzo 1987 al marzo 1996 è rimasto invariato a 43 ore settimanali, con 8 ore al giorno, dal lunedì al venerdì (dalle ore 12.00 alle ore 20.00) e 3 ore il sabato mattina (dalle ore 9.00 alle ore 12.00).

Il Centralino ha fatto parte del Centro Operativo AIDS del Comune di Milano (COAM) fin dalla sua istituzione nel 1992 e ha partecipato al relativo tavolo di Coordinamento cittadino degli Enti pubblici e del privato sociale per la lotta contro l'AIDS, contribuendo all'edizione di una serie di Quaderni di Documentazione, uno dei quali mirato all'analisi del sistema informativo sull'infezione da HIV a Milano.

Nell'aprile del 1996 è stato costituito il *Nucleo Operativo Prevenzione AIDS* con sede in Via Fiamma, al cui interno sono confluiti tutti i Servizi residui tra quelli sino a quel momento attivati a livello territoriale. A tale epoca risale la contrazione e l'anticipazione dell'orario del Centralino, con cessazione del turno del sabato e apertura giornaliera dalle ore 10.00 alle ore 16.00 per un totale di 30 ore settimanali.

A marzo del 2003 nel *Polo Zonale Malattie Sessualmente Trasmesse (MTS)* di Viale Jenner è stato ricreato uno spazio telefonico specifico, espressamente dedicato alla comunicazione sociale sulle infezioni sessualmente trasmissibili e sull'intimità sessuale.

Ciò ha consentito un lavoro organico su bisogni ben definiti, nei termini di una vera e propria *consultazione specialistica a distanza* in caso di disagi o disturbi mentali espressi con preoccupazione per lo stato di salute, in correlazione, diretta o indiretta, con rischi di contagio HIV/MTS, ovvero di problemi nella sfera del comportamento sessuale sia dal punto di vista sanitario che dal punto di vista psicologico.

La denominazione *Linea HIV/MTS* è stata adottata per tener conto della nuova configurazione dell'Unità Operativa e della ri-attribuzione dell'HIV alle Infezioni a Trasmissione Sessuale. Il personale addetto è stato ridotto a due unità a tempo parziale (assistente sanitaria e psichiatra) e l'orario è stato fissato dalle 10 e alle 15 dei giorni feriali (25 ore settimanali) con l'intento di sottolinearne la particolarità (possibilità di parlare in una fascia centrale e in giorni prefissati di questioni inerenti la sessualità, promuovendo l'organizzazione della domanda da parte del chiamante).

Il percorso del Servizio è di fatto parallelo all'evoluzione dell'impronta dell'AIDS sull'immaginario collettivo e sul sistema sanitario, cioè delle sue concezioni/interpretazioni da

flagello epocale a fenomeno sociale e, infine, a patologia controllabile nel novero delle infezioni sessuali.

Si possono distinguere *quattro* grandi fasi storiche con relative *funzioni* della linea dedicata:

1. 1987-1991. Risposta all'allarme collettivo ("psicosi dell'AIDS" e "peste del XX secolo") e informazione non differenziata (generalizzata).

Priorità: definire fonti di riferimento autorevoli e attendibili per fornire messaggi equilibrati e basati su dati certi; favorire accesso ai servizi (diagnosi) da parte dei soggetti a maggior rischio; contrastare reazioni scomposte e patofobiche nella comunità.

Apertura del Servizio: 43 ore settimanali/3000 telefonate all'anno in media/5 operatori.

Contenuti prevalenti: modalità trasmissione del virus, sintomatologia; accertamenti e centri sanitari; preoccupazioni irragionevoli e angosce di morte (psicosi gravi).

2. 1992-1996. Informazione puntuale e ascolto mirato. Ridimensionamento clamore mediatico; risposte istituzionali, normative, sanitarie, assistenziali; espansione Organizzazioni Non Governative (ONG), gruppi auto-aiuto/elaborazione sociale del lutto. Priorità: re-informazione e appoggio per soggetti a rischio, HIV positivi e congiunti; sostegno per crisi emozionali in individui psicologicamente fragili.

Apertura del Servizio: 43 ore settimanali/3000 telefonate all'anno in media/4 operatori.

Contenuti prevalenti: rischio pratiche sessuali, orientamento ai servizi e ai trattamenti, timori immotivati.

3. 1997-2001. Approfondimento informativo e contenimento psicologico per gruppi/soggetti vulnerabili. Crollo interesse mediatico AIDS; diminuzione mortalità e casi malattia, efficacia terapie HIV; riduzione ruolo ONG e richieste aiuto non sanitario da parte di HIV positivi e congiunti; estensione attenzione al rischio nei rapporti eterosessuali; maggiore evidenza del fenomeno di fissazione culturale dell'AIDS quale oggetto fobico di natura psicosociale.

Apertura del Servizio: 30 ore settimanali/1200 telefonate all'anno in media/4 operatori.

Contenuti prevalenti: trasmissione sessuale, centri per il test e la cura, AIDSfobia e paure irrazionali.

4. 2002-2006. Informazione e consultazione su aspetti sanitari e psicologici dei comportamenti sessuali. Ridefinizione complessiva delle condotte a rischio e delle patologie veneree (HIV infezione tra le altre con ruolo di traino e di stimolo alla presa di coscienza); esplicita connotazione del timore dell'HIV come venereofobia moderna per soggetti con disagi e disturbi psichici (più esposti e sensibili alle valenze inconsce della sessualità e ai significati culturali dell'AIDS); offerta di approfondimento problematiche sessuali, in particolare del sesso maschile (omobisessualità, rapporti mercenari).

Apertura del Servizio: 25 ore settimanali/800 telefonate all'anno in media/2 operatori (*part-time*).

Contenuti prevalenti: rischio sessuale, servizi sanitari per HIV/MTS, patofobia, problematicità vita sessuale.

Nell'arco del ventennio, oltre alle modificazioni dei contenuti, si sono via via verificati cambiamenti e correzioni nell'operatività, dalla rubricazione delle prestazioni agli strumenti di registrazione dei dati (scheda informatizzata). La flessione delle telefonate corrisponde, viceversa, al notevole incremento della durata delle conversazioni (sino a più di un'ora per i colloqui) e alla distribuzione sul medio periodo delle relazioni di aiuto, perché la minore pressione esterna ha consentito la dilatazione dell'accoglienza.

I contenuti e le finalità della Linea telefonica possono essere così riassunti:

- preparare l'accesso agli Ambulatori e arricchire l'intervento dei sanitari con l'apertura di una prospettiva psicologica e culturale;

- offrire ascolto qualificato su tematiche sessuali e relazionali (illuminando moventi e significati, al di là dei chiarimenti sui rischi e le misure profilattiche);
- contenere ansiose patofobiche e guidare nel percorso di accesso alle cure specialistiche;
- incoraggiare la comprensione dei legami tra sfera sessuale, personalità, ambiente ed eventi di vita (intersezione con disagio/disturbo, sessualizzazione del malessere variamente motivato).

Profilo della persona-utente

L'utente tipo attuale è di sesso maschile, con un'età compresa tra i 30 e i 35 anni, in possesso di diploma di scuola media superiore, residente nella provincia di Milano, prevalentemente eterosessuale e celibe, con richieste relative all'esposizione al contagio per rapporti occasionali (quasi in un caso su due di tipo mercenario), una percezione dell'AIDS e degli atti sessuali condizionata da fattori emozionali.

La suddivisione per sesso e orientamento sessuale porta alla seguente composizione del campione:

- *uomini eterosessuali* (53%) con difficoltà intercorrenti o perduranti nella sfera sessuale, esacerbate o rivelate da incidenti/omissioni nell'uso di precauzioni (rapporti a pagamento, tradimento/adulterio, sfiducia tendenziale verso partner occasionali, insicurezza e inadeguatezza nel ruolo);
- *donne eterosessuali* (27%) con conflittualità nella vita relazionale (legami con partner problematici, tradimento, fallimenti sentimentali) o nella gestione di una vita sessuale autonoma (rapporti occasionali o non strutturati);
- *uomini omo e bisessuali* (20%) con problemi nella organizzazione di strategie efficaci di tutela dalle patologie veneree e di soddisfazione dei bisogni sessuali (promiscuità abituale, uso parziale di precauzioni, contatti o relazioni con partner con diagnosi di HIV/MTS, varie forme di egodistonia dell'orientamento sessuale, *AIDSfobia*).

Sintesi dei dati principali

Il bacino di utenza è territoriale, oltre l'80% delle telefonate proviene dalla Regione Lombardia. Si tratta di italiani con caratteristiche demografiche comuni (normale inserimento nel mondo del lavoro e medio livello di istruzione).

Il 73% è costituito da maschi e il 27% da femmine; la proporzione di omobisessuali tra gli utenti di sesso maschile è più del 27%. L'88% degli utenti ha meno di 45 anni e il 65% meno di 35 (25-34 anni = 48% e 35-44 = 24%).

Il 54% dell'utenza ha effettuato almeno una volta il test HIV; gli HIV positivi sono circa l'1% (6% con partner e congiunti); nel 7% dei casi si fa riferimento ad altre diagnosi di MTS (si tratta quasi esclusivamente di utenti di sesso maschile).

La tipologia di domande riguarda: 29% informazione sanitaria, 26% orientamento sui Servizi, 16% intervento (per lo più consulenza psicologica), 29% timori o quesiti immotivati (ansia, patofobia, preoccupazioni irragionevoli).

Gli utenti trovano il recapito telefonico attraverso ricerche su Servizi per HIV/MTS (siti *web* e ONG) per l'AIDS, oppure pubblicazioni di enti locali e guide telefoniche. Meno del 4% è costituito da operatori di altri Servizi pubblici e privati, per precisazioni su tipologia di offerta e accessibilità degli Ambulatori.

Un terzo delle telefonate concerne quesiti sui rischi associati alle varie pratiche sessuali e molto più modestamente sulle metodologie diagnostiche (attendibilità degli accertamenti sierologici). Marginale è l'interesse per il rischio nella vita sociale dell'infezione da HIV e quasi nullo quello per la tossicodipendenza.

Un quarto, circa, riguarda i Centri Diagnostico-clinici pubblici di screening per il test HIV (in subordine o in aggiunta esami e visite per altre patologie veneree), in termini di indirizzi, accessibilità, accertamenti e prestazioni usufruibili. Assenti, in pratica, richieste sulle Associazioni di volontariato o privato-sociale.

Un utente su 5 chiede forme più definite di intervento, su invito del personale dei due Ambulatori del Polo Zonale MTS (per questioni sessuali, stati di ansia, consultazione per invio mirato a servizi di salute mentale), oppure dopo primo contatto casuale con lo specialista della Linea. Sono rare le istanze di assistenza su temi sociali, legali, sanitari.

Quasi il 30% delle chiamate è costituito da interrogativi di argomento medico motivati da condizioni transitorie o strutturali di malessere psicosociale, comprendendo casi di cosiddetti "preoccupati sani" senza alcun fattore di rischio e altri di effettiva esposizione. In tale categoria prevalgono i soggetti con disturbi d'ansia e quelli con disturbi di personalità. Una componente emozionale e/o psichica dominante compare nel 49% delle chiamate (24% disagio e 25% disturbo), derivante dalla somma delle consulenze psicologiche, dei timori immotivati e di forme minori delle altre sezioni.

Le telefonate sono decodificate al 50% come prestazioni di consulenza, per il 26% colloqui specialistici e il 24% informazioni di base.

Un buon numero di utenti è connotato da una sensibilità particolare nei confronti della patologia venerea e della responsabilità individuale, le quali trovano nell'ipotesi del contagio da HIV e della malattia "mortale" la loro espressione più drammatica e ambigua. Del resto, la domanda di informazioni ed esami di controllo appare pesantemente segnata dall'interpretatività negativa, così come la perseverazione di atti pericolosi o autolesivi e le attitudini ipocondriache o fobico-ossessive circa l'HIV si alimentano di una diffusa e misconosciuta psicopatologia sessuale.

Comportamenti abituali o saltuari che espongono a rischio (promiscuità e rapporti mercenari), fattori pur transitori di svantaggio o disagio psicosociale (isolamento, inadeguatezza nello stabilire relazioni, legami fallimentari) e precarietà dell'identità personale (da immaturità e insicurezza sino a disidentità e defettualità psichica) rappresentano le determinanti che spingono le persone a cercare dialogo e assistenza in Servizi per l'HIV.

La Linea telefonica dedicata, accanto alla funzione informativa e contenitiva, costituisce dunque un *Osservatorio privilegiato* di un'ampia gamma di problemi contemporanei, in particolare: ignoranze, idiosincrasie e immaturità sessuali; fragilità e carenze della sessualità maschile; dominio della paura e del pensiero magico; solitudine e precarietà della rete relazionale; manifestazioni del disturbo mentale al di fuori dei contesti di cura.

Consultazione psicologica a distanza

I soggetti che si rivolgono alla Linea telefonica presentano in genere condizioni di malessere di media gravità (disturbi d'ansia, somatoformi, dell'umore, di personalità). Essi cercano la figura del *medico* quale interlocutore privilegiato o esclusivo, sia per contare sul suo parere tecnico e sulle sue conoscenze riguardo alla fonte di preoccupazione (AIDS), sia per affidarsi ad un uomo caricato di potenza del quale avere fiducia in maniera affettiva. Ciò consente di introdurre e articolare il discorso sul retroterra psichico, perché le competenze psicologiche

vengono “aggiunte” e arricchiscono l’impostazione di fondo del rapporto medico-paziente, nel quale la persona ripone l’aspettativa inconscia di sentirsi capita e accettata.

Tipologie di utenti coinvolti:

- persone patofobiche per i quali sarebbe controindicata la visita o la presa in carico negli Ambulatori MTS (pretesa di inserirsi e restare nel mondo a parte dell’AIDS);
- coloro che pur rivolgendosi ai medici di medicina generale non rivelano la natura, l’origine, l’intensità o gravità della sofferenza emozionale e mentale e non confessano aspetti particolari del comportamento sessuale;
- casi di pertinenza sessuologica specializzata, incompatibile con il regime gratuito e elementare dello *screening*, quali identità/orientamento, condotta sessuale, parafilie e perversioni;
- giovani adulti in grado di beneficiare della presa di coscienza del disagio/disturbo nelle manifestazioni precoci;
- individui isolati e agenti in completa autarchia (canale preferenziale la rete *web*), i quali raccolgono nozioni e dati settoriali per formulare autodiagnosi e autocura, peggiorando lo stato di angoscia e rinviando la richiesta di un aiuto esterno non mediato.

Il mezzo telefonico appare una *facilitazione* per molti individui in quanto meno impegnativo di un contatto diretto e più flessibile. Non si devono ritagliare ore nelle attività ordinarie per recarsi in un luogo fisico, non è neppure necessario essere “presentabili” (ben vestiti, curati, etc.), né occorre giustificare ad altri la propria assenza o l’effettuazione di una visita specialistica. Non sentendosi “osservato” e non identificando nell’altro un rappresentante ufficiale della classe medica, l’utente si mostra in modi più naturali, diretti e autentici, anzi talora sconosciuti al suo stesso prossimo. La scelta del momento e delle modalità è di per sé eloquente e significativa (uso di un telefono pubblico o privato, fisso o mobile, da casa o dal luogo di lavoro).

La telefonata è a pagamento e non vi è possibilità di chiedere una prestazione materiale o concreta (analisi, farmaci, ricette e prescrizioni). L’interessato deve disporsi ad entrare in relazione e a comunicare mediante il linguaggio verbale (capacità di esprimere, raccontare, farsi capire e comprendere ciò che gli viene detto) e a ricavarne attivamente un beneficio o vantaggio (apertura, ricettività, metabolizzazione, rielaborazione). Anche rispetto alla scrittura via rete *web*, la lingua parlata è più ricca e articolata, più immediata ed efficace, grazie all’intensità dell’impatto sonoro e all’impronta acustica sull’emotività.

La distanza e l’assenza del controllo visivo (segnali non verbali, aspetto, caratteristiche somatiche, ecc.) enfatizzano al massimo l’importanza del contenuto e del messaggio nel colloquio. Le parole (cosa si dice, come lo si dice, quanto si dice) assumono un rilievo assoluto e, non ultimo, la voce umana dimostra tutta la sua potenza intrinseca (a livello emozionale quale tranquillante, ma pure a livello cognitivo-mentale quale fattore di influenzamento). Il contatto telefonico, infine, comporta una concentrazione (che trova corrispondenza nell’attivazione di determinate aree cerebrali) sulla conversazione e sulle informazioni trasmesse superiore a quella del dialogo *de visu*.

La telefonata è meno formale di una visita di persona in strutture sanitarie connotate come psichiatriche, pertanto meno inibente e compromettente (minor timore di etichettamento, inquadramento nosografico, imposizione di cure). L’utente è più libero di tornare alla sua quotidianità, essendo il solo testimone dello *scambio*, e, tuttavia, è anche rinviato ad una responsabilità oggettiva spettando a lui di prendere atto o portare a logica conclusione quanto emerso nei colloqui (avendo ricevuto supporto senza contropartite).

È l’interessato a scegliere quando chiamare (momento adatto o al bisogno), sa dall’altra parte di trovare un operatore abilitato e tenuto a rispondere (pronto in linea), sente di avere un ruolo più attivo (di auto-aiuto) e può “somministrarsi” il contatto con lo specialista alla stregua di un

farmaco. Poiché la persona si trova in una *fase critica* (perdita di sicurezza ed equilibrio, vulnerabilità e mobilitazione reattiva per trovare soccorso), l'incontro con una figura competente e comunicativa può favorire l'aggancio e un forte affidamento; in tali condizioni l'operatore può affermare con più autorevolezza la necessità di interventi qualificati (psicologici o psichiatrici)

Unitamente al sostegno emozionale il paziente è stimolato positivamente al recupero del controllo sulla base di un aumento della consapevolezza, valorizzando la crisi stessa e la prospettiva costruttiva/evolutiva dello squilibrio o patimento. Ciò vale anche per coloro che sono già stati in trattamento (psicoterapia e psicofarmaci), nei periodi di ripresa di sintomatologia, in concomitanza con eventi stressanti o in momenti di rigetto delle cure. Il medico psichiatra della Linea, essendo per definizione neutrale e non imposto bensì cercato, può rinforzare la motivazione o rimotivare alla terapia, offrendo un interessamento esistenziale di solito non previsto e non reperibile nei tradizionali setting psichiatrici o psicologici (che si basano su regole precise talora fortemente carenti rispetto alle esigenze dei pazienti nella vita di tutti i giorni). Ciò suppone l'impegno a spiegare con pazienza cosa sia la malattia psichica (ben oltre la formulazione di una diagnosi), come sia possibile farsene carico, quali condotte possano favorirne lo sviluppo o il contenimento, a chi rivolgersi e con quali domande (psicoeducazione); tenendo conto delle attitudini e capacità, possono venir consigliate letture, fonti informative e organizzazioni sociali.

Il rapporto via telefono lascia più margini per familiarizzarsi con l'idea della psicopatologia, la quale viene resa più comprensibile e accessibile quando è filtrata attraverso la relazione fiduciaria, risultandone s-mitizzata e de-mistificata, al pari dei trattamenti, *in primis* quelli farmacologici. L'operatore parla e partecipa molto, da "avvocato" che interviene su richiesta e nell'interesse della persona. Egli, mentre si pone quale punto fermo, indica una direzione, fungendo da memoria storica del percorso e reiterando la disponibilità, accettando che sia l'utente a decidere se, quando e quanto proseguire in maniera contrattuale. Il registro prevalente è quello paterno (stimolo e frustrazione) pur con il concorso di quello materno (accoglienza e accettazione), perché l'appoggio (morale e psichico) è fornito ad alcune condizioni esplicitamente dichiarate.

IL CENTRALINO TELEFONICO DI ANLAIDS SEZIONE LOMBARDA

Mauro Moroni, Donatella Mainieri, Gabriella Gavazzeni

Associazione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS - ANLAIDS Sezione Lombarda, Milano

La Sezione Lombarda dell'Associazione Nazionale per la Lotta all'AIDS (ANLAIDS) opera da oltre 15 anni nel campo della prevenzione dell'infezione da HIV. Tra le necessità che da subito si è rilevata irrinunciabile è stata l'istituzione di un servizio di counselling. Nel 1990 viene, quindi, istituito il Gruppo di Volontariato per Minori e Adulti Sieropositivi per soddisfare i bisogni emergenti nel campo dell'assistenza ma anche della prevenzione.

Il centralino, gestito da Operatori volontari formati e in supervisione permanente, è attivo tutti i giorni dalle ore 9.00 alle ore 18.30.

I volontari attraverso corsi di formazione e aggiornamenti continui acquisiscono, da parte di formatori, le tecniche per relazionarsi nell'intervento di counselling.

Il Servizio di counselling telefonico può essere considerato sotto due aspetti:

- un aspetto puramente pragmatico e concreto di “presenza umana” all'altro capo del filo;
- un aspetto psicosociale che in realtà è la vera essenza del counselling.

I due aspetti sono strettamente legati tra di loro poiché chi chiede aiuto, prima di tutto, vuole sentire una “voce che risponde” e, in seconda istanza, vuole una soluzione o una rassicurazione.

È evidente che un volontario, per quanto disponibile, non può iniziare questo servizio senza una formazione specifica ed esperta. L'ANLAIDS provvede a organizzare annualmente corsi di formazione allo scopo di generare nei volontari quelle competenze relazionali utili al raggiungimento degli obiettivi. I corsi di formazione sono tenuti da psicologi ed esperti e permettono anche all'Associazione di monitorare di anno in anno la tipologia dei volontari che si dichiarano disponibili al Servizio.

Obiettivi

Fornire, innanzitutto, risposte immediate alle richieste di aiuto da parte dell'esterno, ma anche obiettivi di ricerca. I dati raccolti, infatti, vengono suddivisi per categorie che, una volta analizzati, permettono di avere una visione ampia delle problematiche esistenti in merito all'andamento dell'infezione da HIV. Gli scopi prioritari dell'Associazione rispetto al counselling telefonico sono pertanto:

- accogliere le richieste di aiuto da parte di persone con HIV e dei loro familiari con un Servizio di sostegno e di informazione sul rischio di contagio e sulle modalità per sottoporsi al test;
- raccogliere informazioni sul comportamento potenzialmente a rischio della popolazione e valutarne l'andamento;
- incoraggiare cambiamenti nello stile di vita;
- valutare il sostegno psicologico pre-test;
- dar indicazioni chiare sulle modalità per sottoporsi al test e intraprendere in caso di contagio accertato la corretta gestione assistenziale.

Instaurare la relazione e definire le problematiche

L'operatore della Sezione Lombarda ha come compito primario quello di instaurare la relazione nel primo momento della comunicazione. Il momento iniziale è fondamentale per attivare una relazione d'aiuto efficace con la persona-utente e per portare a termine la telefonata, dopo aver individuato il reale problema della persona per proporre e concordare possibili soluzioni.

A tal fine è importante non chiedere immediatamente l'identità dell'interlocutore; e, al contempo, dimostrare disponibilità immediata esponendo con chiarezza gli scopi e le competenze di ANLAIDS in campo informativo e preventivo.

Se la relazione è stata correttamente instaurata si può passare alla definizione delle problematiche personali con l'avvertenza di usare frasi assertive di cui diamo esempio: *“ma probabilmente lei ci ha chiamato per darci delle informazioni.... Ma come possiamo collaborare con lei.... Ha avuto il nostro numero da qualche conoscente e aveva voglia di conoscerci....desidera farci qualche domanda o a qualche curiosità.....”*.

Raggiunto lo scopo e definite le problematiche, l'operatore ascolta con molta attenzione evitando accuratamente qualsiasi forma di giudizio.

È un ascolto molto legato alla professionalità dell'operatore e alla sua capacità di mettere in gioco sensibilità personali che gli permetteranno di comprendere quando la persona che chiede aiuto sta dimostrando fiducia e disponibilità.

È questo il livello che permette di passare alla comunicazione di informazioni dirette, chiare e coerenti. Se si percepisce tensione o indecisione, si deve sollecitare la capacità di scegliere in modo autonomo senza imposizioni o restrizioni, cioè senza impugnare il potere della competenza.

In sintesi:

- cercare di ottenere la fiducia delle persone che chiedono aiuto;
- ascoltare con empatia;
- incoraggiare l'autonomia decisionale;
- non giudicare.

Modalità dell'intervento

Il luogo dove opera il *counsellor* è una stanza riservata per non essere disturbato. La durata dell'intervento è determinata in base ai bisogni, allo stato psicologico e alla situazione del momento. In ogni caso in base agli obiettivi che devono essere raggiunti. È pure previsto, se richiesto, un contatto con un volontario sieropositivo che può operare nel locale predisposto presso l'Associazione o può essere raggiunto attraverso un cellulare personale. Non è raro, infatti, che persone sieropositive o persone in attesa dei risultati del test, preferiscano, talvolta, entrare in rapporto con una persona che abbia l'esperienza diretta di sieropositività. Le due strategie sono sinergiche e fanno parte dello stesso modello di intervento come sopra descritto. La relazione d'aiuto è, comunque, sempre fondamentale in quanto non è sufficiente informare, ma ascoltare e accogliere per poter proporre una soluzione praticabile.

Come già accennato i dati del centralino sono raccolti e analizzati per individuare l'andamento annuale delle situazioni di rischio e di sostegno sul territorio. In particolare:

- informazione sulle modalità di contagio e invio al test;
- timori immotivati;
- interventi telefonici di volontari sieropositivi;

- orientamenti verso Servizi pubblici o non governativi, strutture territoriali e comunità;
- richiesta di servizi di intervento (intervento psicologico-sociale, gruppo di auto-mutuo-aiuto, volontari).

Risultati

Le verifiche annuali hanno documentato risultati concreti e osservabili relativi ai seguenti punti:

- la rilevazione di una riduzione del rischio di contagio è reale, se pur riferita alla sola Regione Lombardia;
- il counselling telefonico ha prodotto un consistente aumento di invii agli specialisti per più approfondite indagini cliniche;
- i timori immotivati, dopo il colloquio e il counselling, si abbattano velocemente;
- aumento delle persone che, in presenza di dubbi, effettuano il test;
- aumento dei dati rispetto ai risultati del test che in genere, data la relazione di fiducia instaurata con gli operatori, vengono dichiarati.

L'analisi dei dati relativi alle telefonate ricevute nell'anno 2006, evidenzia quanto segue:

- 902 informazioni erogate concernenti rischio di contagio e invio al test;
- 156 timori immotivati;
- 1.200 interventi telefonici con volontario sieropositivo;
- 337 interventi di orientamento;
- 675 richieste di servizi e di intervento (Figura 1).

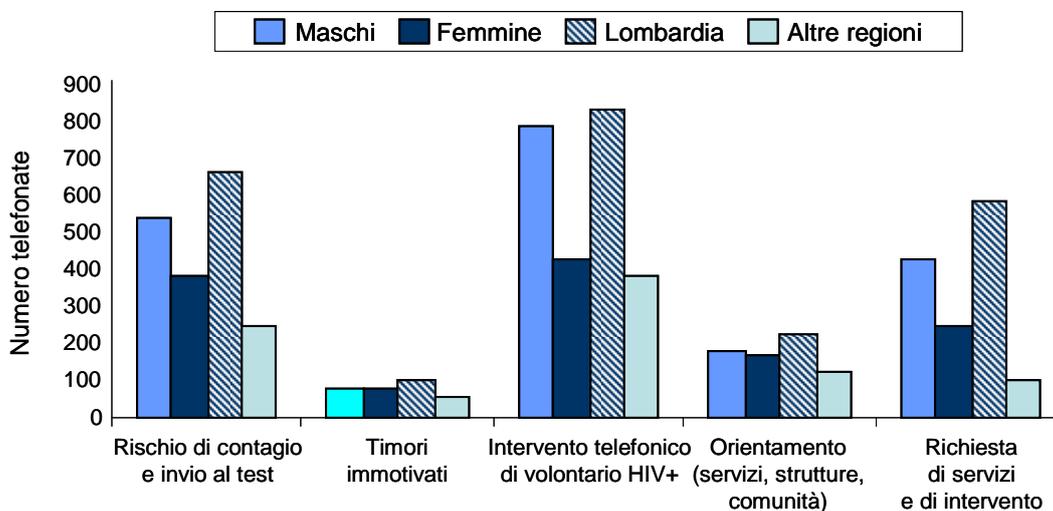


Figura 1. Dati relativi alle telefonate ricevute nell'anno 2006 per sesso e provenienza geografica

IL CENTRALINO LILA: INFORMAZIONE, ASCOLTO E ORIENTAMENTO AI SERVIZI

Patrizia Perone

Lega Italiana Lotta all'AIDS – Lila, Lazio Roma

Venti anni fa la Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS istituisce il Telefono Verde AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità. Sempre venti anni fa squilla per la prima volta il Centralino della Lila (Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS) un'Associazione senza scopo di lucro nata dall'incontro tra persone sieropositive e non, mosse dal comune impegno per la difesa del diritto alla salute, per affermare i principi di solidarietà contro ogni forma di emarginazione e discriminazione e per la promozione di una cultura della prevenzione ad ogni livello.

Sono anni di grande allarme sociale: si parla di “peste del 2000”, la comunità scientifica fa previsioni catastrofiche sulla diffusione dell'epidemia e i media enfatizzano ogni notizia con ritmi martellanti. La gente comune si sente minacciata, la paura e la confusione dominano la discussione sull'AIDS e allora nei bar si iniziano a usare bicchieri di plastica e nei mercati c'è chi non lascia toccare la merce. A metà degli anni '80 la paura dell'AIDS è tale da portare a discriminazioni eclatanti e da spingere persino al suicidio: nell'87, l'anno in cui nascono il Telefono Verde AIDS e la Lila, una coppia di Milano si suicida convinta di essere infetta senza neppure aver fatto il test HIV, che avrebbe dato esito negativo.

Con il passare del tempo il clima da apocalisse degli anni '80 si alleggerisce e oggi, a oltre vent'anni dalle prime diagnosi lo scenario dell'AIDS è molto cambiato: le previsioni sulla diffusione dell'epidemia, per quanto riguarda i Paesi occidentali, non si sono realizzate; grazie alle terapie attualmente disponibili è possibile contrastare l'infezione e i decessi per AIDS sono calati drasticamente. Tutto questo mitiga le ansie e riduce la percezione del rischio. L'infezione, tuttavia, continua a diffondersi e l'immaginario collettivo continua ad aggravare la sofferenza di quanti ne sono colpiti.

A fronte di tale situazione, resta prioritaria una costante attività volta a fornire informazioni chiare, corrette e complete per contrastare il diffondersi dell'epidemia e al tempo stesso abbattere paure e pregiudizi immotivati che ancora oggi condizionano l'immaginario collettivo sull'AIDS. Parallelamente permane la necessità di offrire alle persone sieropositive un punto di riferimento in grado di rispondere ad un ampio spettro di richieste di informazione e aiuto attraverso un servizio a bassa soglia, di qualità, gratuito e rispettoso dell'anonimato.

I centralini telefonici della Lila, 15 sparsi su tutto il territorio nazionale, continuano la loro opera di informazione e sensibilizzazione rispondendo a domande di ogni tipo e confrontandosi, giornalmente, con richieste e quesiti tra i più disparati. Risposte tese a ridurre l'ansia, a togliere dubbi, a rompere dinamiche comunicative parziali e non scientifiche che causano allarmismi e incidono pesantemente sul mantenimento dei pregiudizi che colpiscono le persone sieropositive.

Il Servizio

Dalle prime telefonate di informazione e aiuto giunte all'Associazione fino ad oggi, molto è cambiato: le diverse sedi della Lila, dislocate su tutto il territorio nazionale, si sono organizzate e strutturate, formate e aggiornate, dotate di strumenti e metodologie condivise.

Attualmente sono 15 i Centralini attivi presso le sedi della Lila e sul sito *web* nazionale (www.lila.it) è possibile trovare numeri di telefono, giorni e orari di attività di ciascun centralino. Gli operatori volontari che si occupano di gestire il servizio sono appositamente formati sulle tematiche inerenti l'HIV e l'AIDS e sulla relazione d'aiuto secondo l'approccio del counselling rogersiano, si aggiornano costantemente sulle novità scientifiche e hanno la possibilità di usufruire di una supervisione psicologica.

Gli obiettivi del servizio possono essere schematicamente ricondotti a 3 punti, che poi si intrecciano nel corso delle telefonate:

- fornire informazioni chiare e corrette su HIV/AIDS, comportamenti a rischio e preventivi, test e periodo finestra, sieropositività e terapie;
- orientare ai servizi pubblici (in particolare alle strutture che effettuano il test HIV) e ad altri servizi offerti dalla Lila (gruppi di auto-aiuto, consulenze legali e previdenziali, psicologiche, ecc.) e da altre realtà del territorio;
- offrire ascolto e sostegno (*empowerment*).

La persona che chiama il Centralino, il nostro *cliente* (vedi metodologia), solitamente esordisce con una richiesta d'informazione specifica. È molto frequente, ad esempio, che riferisca uno specifico comportamento (quasi sempre sessuale) avuto e che richieda informazioni per valutare se abbia o meno corso un rischio di infezione. Nei fatti le modalità di trasmissione del virus sono poche e ben definite, ma raramente il *cliente* si accontenta di queste informazioni. Il piano sanitario, infatti, si intreccia in modo complesso con vissuti personali, emozioni ambivalenti, non di rado sensi di colpa riconducibili solo in parte alle storie individuali. Come è noto, nessuna malattia è solo un fatto sanitario e nel caso dell'AIDS l'enorme produzione di stereotipi culturali e di fantasmi collettivi ha generato nella popolazione generale un'angoscia e un terrore spesso irragionevole.

Un'altra richiesta frequente è quella della persona sieropositiva che, anche in questo caso, esordisce solitamente con una domanda specifica, magari relativa a un servizio socio-sanitario. Anche stavolta, però, al di là del bisogno puramente informativo emerge una richiesta d'aiuto più ampia, tanto semplice quanto urgente: il bisogno di essere accolti senza giudizio e il bisogno di essere ascoltati su questioni che, purtroppo ancora troppo spesso, è difficile affrontare nella sfera privata.

Chi si rivolge all'*Helpline* della Lila, dunque, spesso sta vivendo una fase di confusione e di sofferenza, all'interno della quale non ha accesso a tutte le risorse cognitive (di pensiero razionale), emozionali e comportamentali, di cui è solitamente in possesso. Si trova cioè in uno stato di rimuginazione, in una sorta di circolo vizioso, in cui continuamente ripensa al proprio problema alimentando scenari catastrofici e vissuti di intensa sofferenza.

Lo scopo ultimo dell'operatore consiste, dunque, nel sostenere il *cliente* affinché sia in grado di riattivare e riorganizzare le proprie risorse. Lo farà fornendogli le informazioni necessarie di cui non dispone, ma anche stabilendo un clima sereno e di fiducia che ponga le condizioni alla rielaborazione del problema. L'operatore non fornisce consigli, né soluzioni, ma assoggettandosi al punto di vista del *cliente*, utilizza la comunicazione per aiutarlo a riordinare i propri pensieri e le proprie emozioni.

Qualora la durata di una telefonata non sia sufficiente ad esaurire la relazione d'aiuto, è possibile fissare con il *cliente* un appuntamento per uno o più colloqui *vis á vis*.

Un'altra possibilità, richiesta in particolare da chi ha ricevuto solo in tempi recenti la diagnosi di sieropositività, è quella del colloquio tra pari (telefonico o *vis á vis*) ovvero con un operatore del servizio sieropositivo. In questo caso gli obiettivi del colloquio non si discostano da quelli appena esposti, ma la relazione di fiducia è favorita dalla condivisione della medesima condizione sierologica.

Metodologia

Modello del *self-empowerment*

L'approccio di fondo è quello dell'*empowerment*, fondato sui concetti di potere di scelta e di autodeterminazione. Premessa indispensabile per l'attivazione di percorsi di *self-empowerment* (potenziamento di sé) è riconoscere alla persona portatrice di una difficoltà la sua capacità e volontà di autodeterminazione. Occorre, inoltre, essere consapevoli che solo chi vive e riconosce un fatto come un problema può avere la motivazione necessaria per superarlo. L'informazione e la presa di coscienza dei propri bisogni sono alla base di un percorso di aiuto inteso come potenziamento di sé.

La relazione che si sviluppa tra la persona che si rivolge alla Lila e l'operatore dell'Associazione è, quindi, un'occasione in cui la persona, portatrice di un problema, può sperimentare con l'esperto una relazione d'aiuto nella quale i due attori si concentrano assieme sulla definizione del disagio e sulla ricerca della soluzione. L'obiettivo è quello di attivare e valorizzare le risorse e le capacità del soggetto a partecipare attivamente alla determinazione delle scelte che lo riguardano.

Modo di fornire informazioni

I volontari sono formati per fornire le informazioni di base relative a comportamenti a rischio, modalità di trasmissione del virus HIV, strumenti di prevenzione, sieropositività nel modo più chiaro e semplice possibile, adeguando il registro di linguaggio all'interlocutore.

L'operatore è, inoltre, a conoscenza di tutti i servizi territoriali e delle modalità di accesso.

In casi specifici è possibile l'invio a professionisti attivi presso la sede per consulenze psicologiche, legali e previdenziali.

Colloquio d'aiuto (counselling rogersiano)

La tecnica di colloquio d'aiuto si ispira alla teoria rogersiana di una relazione non direttiva, mirata a far emergere le risorse individuali. L'operatore d'aiuto (il *counsellor*) non si pone in sostanza in un rapporto verticale esperto-utente, ma si pone piuttosto come un attivatore di risorse aiutando la persona (il *cliente*) a trovare da sola le risposte più adatte ai propri bisogni. Né il counselling telefonico né quello *vis á vis* si configurano pertanto come prese in carico della persona ma come opportunità di crescita personale. Sospensione del giudizio, ascolto attivo, capacità di riformulazione ed empatia sono gli strumenti di questa tecnica.

Colloquio tra pari (*peer support*)

Operatori sieropositivi formati al counselling hanno la possibilità di mettere in gioco nella relazione d'aiuto con altre persone sieropositive la loro situazione sierologica. Questo tipo di relazione, proprio della storia dell'attivismo delle persone HIV-positivo, ha il vantaggio di fornire, a chi vive con maggior difficoltà questa condizione, la possibilità di rielaborare in senso positivo il proprio vissuto riscoprendo potenzialità e risorse personali.

Dati dei centralini telefonici Lila 2006

Il servizio di counselling telefonico, così come altri servizi offerti dalla Lila, vuole rappresentare un punto di riferimento per le persone sieropositive e una risorsa facilmente accessibile per la popolazione generale, ma al tempo stesso costituisce per l'associazione un Osservatorio sul mondo, fonte inestimabile di informazioni sul livello conoscitivo e sull'immaginario relativo all'HIV/AIDS. Un attento e costante monitoraggio delle richieste di informazione e aiuto pervenute alla Lila permette di avviare azioni mirate e progetti fondati sui bisogni di volta in volta emergenti.

Le richieste di aiuto accolte dai centralini della Lila nel corso del 2006 sono state complessivamente più di 5.000. Una scheda di rilevazione dati, riportata successivamente in un *data-base* unico per tutte le sedi della Lila, fornisce un quadro complessivo dell'utenza e delle questioni affrontate. La compilazione delle schede avviene naturalmente nel rispetto del più totale anonimato e la raccolta dei dati, per quanto importante, rimane tuttavia secondaria alla necessità di condurre il colloquio rispettando ciò che il *cliente* decide spontaneamente di dire ed evitando in ogni caso di porre domande invasive: gli operatori, dunque, non fanno domande specifiche, ma si limitano a compilare la scheda sulla base delle informazioni che vengono liberamente fornite da chi ci chiama.

Chi chiama

Per quanto riguarda il 2006, sono stati in prevalenza gli uomini a telefonare (84,0%) rispetto alle donne (16,0%). Queste ultime sono, inoltre, in netta diminuzione rispetto all'anno precedente (nel 2005 si trattava del 23,0%).

Per quanto riguarda lo stato sierologico, il 19,0% delle telefonate sono state fatte da persone che hanno detto di essere sieropositive, mentre il 22,7% ha dichiarato di essere sieronegativo; il 7,6% era in attesa del risultato del test HIV e il restante 50,7% non ha comunicato il suo stato sierologico, né è stato possibile desumerlo dalla conversazione.

Il dato sull'età, considerato quanto detto sulle modalità di compilazione della scheda da parte degli operatori, è il più difficile da desumere. Si ritiene che la maggior parte delle persone che si rivolgono al servizio abbia un'età compresa tra i 20 e i 50 anni, ma nel corso degli ultimi anni, le telefonate degli ultra cinquantenni non sono più considerate un evento eccezionale.

Cosa ci chiede

La quasi totalità delle richieste di informazione pervenute ai centralini possono essere raggruppate in 3 grandi aree:

- la maggior parte delle richieste (43,7%) riguarda informazioni sul rischio di contagio e in particolare sul rischio riferito ai comportamenti sessuali;
- il 36,5% delle telefonate concerne il test HIV e il periodo finestra: chi chiama non ha chiaro cosa fare, dove rivolgersi, a chi chiedere informazioni e spesso riferisce di aver avuto indicazioni poco precise da parte dei servizi pubblici; le richieste d'informazioni afferenti a quest'area sono in netto aumento rispetto all'anno precedente (nel 2005 si trattava del 27,0%);
- il 19% delle chiamate riguarda, infine, la sfera della sieropositività, con richieste d'informazione su infezioni opportunistiche, terapie ed effetti collaterali, co-infezioni e con la richiesta di un confronto tra pari (*peer support* e/o auto-aiuto); il 7,0% delle chiamate afferenti a quest'area riferiscono una difficoltà nel rapportarsi con il proprio medico infettivologo.

Un'analisi più approfondita delle richieste raggruppate nel primo punto, quel 43,7% delle chiamate riguardanti comportamenti a rischio o presunti tali, ci fornisce un quadro interessante sul livello informativo acquisito, sui dubbi persistenti, sulle paure più diffuse e soprattutto sulla percezione del rischio. Un dato appare subito eclatante: quasi la metà di queste telefonate (il 49,0%) sono frutto di timori immotivati che derivano da un'errata percezione del rischio. In particolare:

- il 17,0% delle telefonate ci chiede di fugare i dubbi rispetto al rischio di contagio in caso di masturbazione reciproca;
- nel 6,0% circa delle telefonate chi chiama ha ancora in mente l'idea che il bacio possa essere a rischio;
- nel 16,0% dei casi si tratta di uomini che esprimono forte ansia per aver “ricevuto” un rapporto orale da una persona che non è la loro moglie o la loro compagna;
- nel 4,3% dei casi si tratta di uomini che chiamano spaventati, anche se riferiscono di rapporti avuti con prostitute con cui hanno usato il preservativo in maniera corretta e senza che questo si sia rotto.

L'errata percezione del rischio, riguardante nel 67,0% dei casi gli uomini e nel 33,0% le donne, può essere ricondotta ad almeno due cause: da un lato la poca efficacia delle campagne di prevenzione e della comunicazione sociale sull'AIDS che non ha aiutato e non aiuta le persone a percepire il pericolo reale; dall'altra una modalità cognitiva “selettiva” che porta alcune persone a percepire solo le informazioni che confermano le proprie paure.

In Italia il discorso sull'AIDS si è pericolosamente intrecciato a un discorso sui costumi, sugli stili di vita, sui valori, sull'ordine morale. Per anni, anche le Campagne nazionali di prevenzione hanno seguito il doppio binario di suggerire regole di comportamento morale (evita i rapporti occasionali, evita rapporti sessuali con persone sconosciute) accanto a quelle di carattere sanitario (utilizza il profilattico).

In questo contesto può essere compresa, ad esempio, la frequenza con cui molti uomini “elaborano” il senso di colpa per aver avuto rapporti sessuali con una persona che si prostituisce o con una persona transessuale, o comunque al di fuori della coppia stabile, trasformandolo nella paura di aver contratto l'infezione da HIV.

Come sappiamo, un rapporto sessuale non protetto è un rapporto a rischio d'infezione da HIV. Un rapporto protetto dal profilattico è un comportamento sicuro, chiunque sia il partner. Questa è l'informazione sanitaria.

Per quanto riguarda, invece, la corretta percezione del rischio e, quindi, le richieste di aiuto che derivano dall'aver corso un reale rischio di contagio (il restante 51,0% delle telefonate), possiamo dire che il 38,0% degli uomini ci chiama perché dichiara di aver praticato un rapporto orale non protetto dal preservativo mentre le donne che ci chiamano per questo motivo sono il 22,7%. La rottura del preservativo spinge gli uomini a contattarci nel 23,0% dei casi, contro il 9,5% delle donne (ma forse queste ultime non sempre hanno la possibilità di accorgersene). Il rapporto vaginale non protetto è il comportamento riferito dal 20,0% degli uomini che si rivolgono alla Lila contro il 59,9% delle donne. Questa forte differenza di percezione rispetto alla penetrazione vaginale non protetta tra uomini e donne ci fa supporre che gli uomini percepiscano questo tipo di rapporto come una pratica che non rappresenta per loro un rischio di contagio.

Dati del centralino telefonico Lila Lazio 2006

Per quanto riguarda il centralino della Lila Lazio, il profilo dell'utenza riflette per genere il quadro nazionale (l'85,0% delle chiamate sono state fatte da uomini e il 15,0% da donne), mentre per quanto riguarda lo stato sierologico è alta la percentuale dei casi in cui non viene

riferito (ben il 69,0% dei casi, mentre solo il 7,0% dichiara di essere sieropositivo). Anche la suddivisione delle richieste d'informazione per aree riflette il quadro più generale (il 45,0% riguarda la valutazione di comportamenti a rischio, il 35,0% il test e il periodo finestra, il 10,0% la sfera della sieropositività), mentre una differenza netta si riscontra nella percentuale delle chiamate sul rischio di contagio che riflette un'errata percezione del rischio.

Ben il 79,0% delle chiamate riguardanti la valutazione di un rischio si rivelano frutto di timori immotivati: il 37,0% di queste chiamate riguarda rapporti orali "ricevuti", il 15,0% la masturbazione reciproca, il 13,0% rapporti vaginali protetti dal profilattico, il 10,0% il bacio e il restante 25,0% comportamenti non a rischio di contagio e paure non fondate. Il restante 21,0% delle chiamate, che riguardano, invece, comportamenti realmente a rischio d'infezione, verte in particolare sui rapporti orali "praticati" (nel 25,0% dei casi), sulla rottura del profilattico (sempre nel 25,0% dei casi) e sui rapporti vaginali e anali non protetti (rispettivamente il 21,0% e l'11,0% delle telefonate).

Conclusioni

Lo scenario dei problemi legati all'HIV/AIDS ha conosciuto in questi ultimi anni grandi cambiamenti pur mantenendo alcune costanti e alcuni nodi irrisolti. I risultati raggiunti nel campo della ricerca farmacologica e il drastico calo dei decessi per AIDS ha comportato un ingiustificato abbassamento della percezione del rischio unitamente alla convinzione che l'epidemia fosse sotto controllo; le campagne nazionali di prevenzione si sono diradate e la comunicazione dei media ha spostato l'attenzione dal "qui e ora" ai paesi del terzo mondo, in cui l'epidemia continua a fare strage e al vaccino preventivo, presentato come imminente soluzione del problema. I dati epidemiologici ci mostrano, invece, che l'HIV è un problema attuale anche nel nostro paese e che l'infezione continua a diffondersi.

Preso atto del radicale miglioramento delle condizioni di salute delle persone sieropositive, non si può, inoltre, prescindere dal contesto sociale che resta ancora segnato da ansie e paure profonde quanto immotivate, continuando a produrre atteggiamenti discriminatori e ghezzanti. Tali atteggiamenti sovente sono derivanti da uno scarso livello di informazione e dal permanere di retaggi culturali ormai obsoleti, sanabili solo attraverso una continua attività di informazione.

Complessivamente, la fotografia che possiamo stampare guardando i dati dei centralini della Lila fa emergere un livello di conoscenza delle vie di trasmissione del virus HIV estremamente confuso e, spesso, legato a elementi emotivi che nulla centrano con la possibilità di contagio o di prevenzione. È frequente, inoltre, l'idea che sottoporsi periodicamente al test possa essere uno strumento di prevenzione oppure, in altri casi, aver avuto un esito negativo del test fa immaginare che tutti i comportamenti avuti in precedenza possano essere considerati non a rischio. La lunga esperienza che la Lila ha sviluppato come federazione ci fa sostenere l'importanza dell'*Helpline* come servizio a bassa soglia in grado di fornire informazioni chiare, corrette e complete per contrastare il diffondersi dell'epidemia, di promuovere una cultura della prevenzione che tenga conto delle conoscenze, delle motivazioni e delle abilità comportamentali di ciascuno, di rappresentare un punto di riferimento per le persone sieropositive e non ultimo, di contribuire all'abbattimento di paure e pregiudizi che, ancora oggi, fanno dell'AIDS una malattia diversa dalle altre.

L'ATTIVITÀ DEL SERVIZIO INFORMAIDS DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE/2 SALERNO

Maria Lanzara, Vincenzo D'Amato, Elena Recchimuzzi
Azienda Sanitaria Locale Salerno 2, Distretto Sanitario E, Centro Giusy InformAIDS, Salerno

Attività del Centro InformAIDS

Il Centro "Giusy" InformAIDS è ubicato nella città di Salerno e accoglie persone-utenti provenienti sia dagli altri distretti dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di appartenenza, sia delle ASL vicine, offrendo le seguenti prestazioni:

- Linea Verde Telefonica specializzata nella comunicazione e nell'ascolto (gratuita su tutto il Territorio Regionale);
- offerta gratuita e in forma anonima del test HIV, con counselling pre e post-test;
- ambulatorio HIV e counselling medico;
- sportello Malattie Sessualmente Trasmesse (MST);
- supporto psicosociale per sieropositivi, partners e familiari;
- attività riabilitativa mediante gruppi di autoaiuto per sieropositivi e familiari.

Il Centro attua, inoltre, interventi di prevenzione/informazione ed educazione alla salute nelle scuole, presso l'Università e, attraverso le Associazioni di volontariato e le Agenzie Territoriali, si rivolge a vari target della popolazione.

La Linea Verde (gratuita su tutto il territorio campano) consente di ricevere informazioni, supporto psicologico, sostegno, counselling di tipo medico e psicologico alle persone che vi accedono, è attiva 5 giorni a settimana (ore 9,00-12,00 dal lunedì al venerdì) e in orario pomeridiano (ore 16,00-18,00 dal lunedì al giovedì).

Il Centro InformAIDS si è costituito, infatti, intorno alla sensibilità delle istituzioni e degli enti locali rispetto alla problematica della sieropositività, che nel nostro territorio negli anni '90 era particolarmente sentita a causa della elevata incidenza di tossicodipendenza nella popolazione giovanile e alla verifica della necessità di dare risposte efficaci, per l'attivazione di una strategia di prevenzione dell'infezione da HIV e dell'AIDS.

Gli scopi del Centro InformAIDS sono stati, in questa prima fase, centrati sulle attività di prevenzione e screening, privilegiando l'attività di counselling telefonico come strumento fondamentale per realizzare un'informazione "personalizzata" in grado di dare forma e senso ad una "relazione d'aiuto" e in grado di guidare le persone-utenti ad una maggiore consapevolezza dei fattori di rischio, rafforzando, nel contempo, la loro capacità di evitare comportamenti a rischio e/o modificare quelli esistenti.

Tale attività si è avvalsa e si avvale ancora oggi di operatori opportunamente formati (presso l'Istituto Superiore di Sanità) a fornire informazioni scientificamente corrette e aggiornate, utili per la prevenzione dell'infezione da HIV.

Accanto a quest'attività si sono sviluppati numerosi interventi di prevenzione, che si sono rivolti principalmente alla scuola come target privilegiato, con attività di educazione sanitaria. Il lavoro in ambito scolastico ha richiesto una stretta collaborazione tra il Centro InformAIDS e le altre Unità Operative del Distretto in attività integrate di educazione alla salute e su progetti specifici di prevenzione messi a punto dagli alunni delle Scuole Medie Superiori.

Dati relativi all'attività di counselling telefonico nel periodo 1997-2006

La Linea Verde ha ricevuto dal giugno 1997 al dicembre 2006 un totale di 4.744 telefonate: di queste 2.993 sono pervenute da utenti di sesso maschile (63%) e 1.651 da utenti di sesso femminile (34,8%), per 100 telefonate tale indicazione è mancante (2,1%).

Per quanto riguarda la distribuzione geografica in ambito regionale, il 70% delle telefonate proviene dalla città Salerno.

Dal 1997 al 2000 si è registrato un crescendo di attività sulla Linea Verde telefonica, passando dalle 200 telefonate del 1997, alle 800 telefonate /anno nel 1999.

L'attività telefonica della Linea Verde negli anni successivi al 2000 ha segnato il passo, decrescendo dal 2000 al 2004 e attestandosi, in media, sulle 400 telefonate/anno circa (Figure 1 e 2).

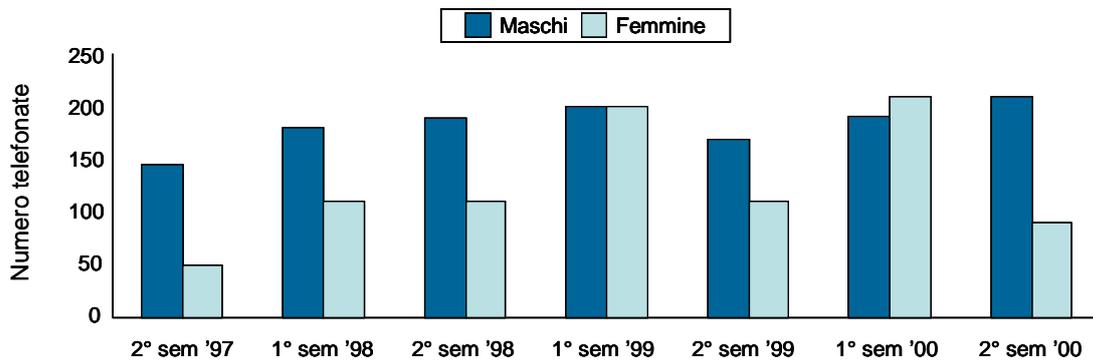


Figura 1. Dati di attività Linea Verde Telefonica anni 1997/2000

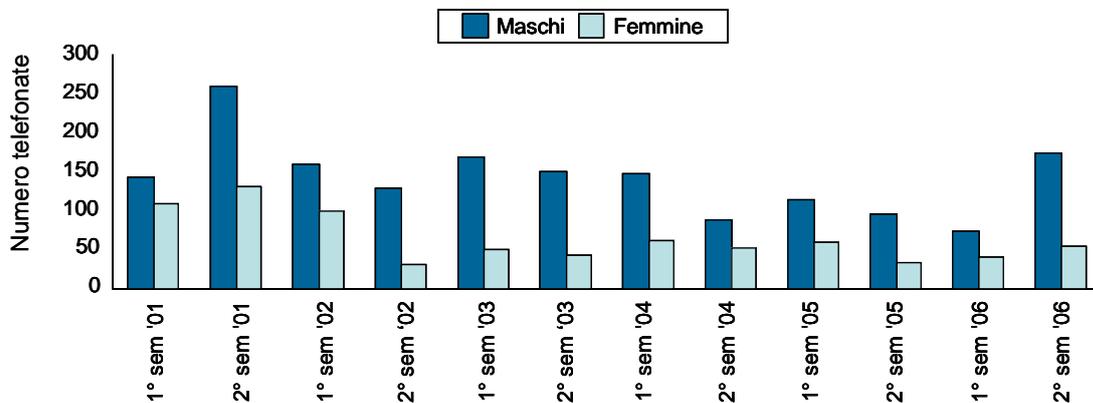


Figura 2. Dati di attività Linea Verde Telefonica anni 2001/2006

Contestualmente in questi anni è cresciuta, però, la richiesta di assistenza extraospedaliera e di interventi socio-sanitari per i pazienti HIV positivi, sia testati presso il Centro, sia accolti successivamente alla diagnosi.

Il Centro ha, quindi, incrementato negli anni le sue attività di diagnostica e di assistenza, oltre che di intervento di segretariato sociale, offrendo supporto psicologico e aiuto sanitario e sociale alle persone singole o nel loro nucleo affettivo relazionale.

Completando il compito di presa in carico dell'utente con la creazione di percorsi facilitati per l'accesso alle strutture e ai servizi distrettuali, dal 2004 si è dato spazio ad una particolare risorsa sia terapeutica che di comunità: *il gruppo di self help*.

La creazione dei gruppi di auto-mutuo-aiuto, ha segnato positivamente la vita del Centro, consentendo di completare, con un percorso di riabilitazione delle persone sieropositive, il recupero alla vita di relazione e la capacità di *empowerment* e autoefficacia sia delle persone sieropositive sia dei loro familiari.

Prevenzione e oltre

La riduzione della "percezione del rischio" in questi anni è aumentata nella popolazione generale ed, in particolare, tra gli adolescenti; si sono modificate le cause di contagio da HIV e i comportamenti a rischio (circa il 60% dei casi di sieropositività deriva da comportamenti sessuali a rischio). Attuare progetti di educazione sanitaria e prevenzione del contagio da HIV è uno dei compiti istituzionali del Centro InformAIDS, che si è, via via, rafforzato negli anni.

La prevenzione in ambito scolastico si è ampliata, infatti, con interventi sempre più numerosi e organizzati nell'ottica della promozione della salute. Inoltre, sono stati attivati percorsi specifici per rendere i giovani autonomi nel contesto della prevenzione, proponendo e attuando interventi di *peer education* mirati alla prevenzione dell'AIDS negli Istituti Scolastici Superiori.

Continuando ad agire in modo da "*promuovere la salute con azioni dirette non solo ad aumentare la capacità degli individui, ma anche ad avviare cambiamenti sociali e ambientali, in un processo che aumenti le reali possibilità di controllo, da parte dei singoli e della comunità, dei determinanti di salute*", come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in questi ultimi anni il Centro si è impegnato per creare e promuovere azioni strategiche per la salute, coinvolgendo anche altre realtà territoriali e altri target di popolazione.

Ricercando, quindi, la collaborazione di altri Enti (associazioni di volontariato, privato sociale, servizi sanitari, amministrazioni locali), sono stati condivisi e proposti progetti di promozione della salute e tutela delle persone sieropositive.

Malgrado la riduzione delle risorse sanitarie rilevata negli ultimi anni, sono state intraprese azioni utili a rafforzare le reti sanitarie e sociali, nell'intento di stimolare le potenzialità presenti nella comunità per attivare progetti di integrazione e collaborazione.

Sono stati avviati, quindi, percorsi per:

- costruire modalità operative capaci di allargare i confini del servizio, facilitando l'accesso alle prestazioni e semplificandone le procedure;
- introdurre una pluralità di attori, istituzionali e non, per progetti di prevenzione, di riabilitazione, di sostegno relazionale e di reinserimento lavorativo.

Partendo dalle difficoltà interne al Servizio e dalla scarsità di operatori ci siamo impegnati per riconoscere e utilizzare come risorse:

- l'utente e il suo contesto di relazioni;
- gli Enti pubblici, intesi in termini di professionalità presenti, di interventi erogabili, di progettazione;
- gli Enti ausiliari, il volontariato e le altre Agenzie del Territorio;

- le organizzazioni sindacali e i patronati per la parte che riguarda il lavoro, gli aspetti pensionistici, le tutele.

Il Centro, particolarmente negli ultimi anni, ha profuso il suo impegno, cercando di mettere le basi per un futuro di collaborazione e di risultati condivisi, partendo dalla motivazione comune legata alla sua importante attività e scoprendo che l'integrazione, oltre alla condivisione su problemi e obiettivi, si fonda principalmente sul senso di appartenenza ad uno stesso territorio.

IL COUNSELLING NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI ADERENTI AL FORUM AIDS DELLA PROVINCIA DI CATANIA

Salvatore Cacciola

Unità Operativa Educazione alla salute, Azienda Unità Sanitaria Locale 3, Catania

Nel mese di maggio 2007, l'équipe dell'Unità Operativa Educazione alla Salute dell'Azienda Unità Sanitaria Locale 3 (AUSL) di Catania ha svolto una ricerca sulle attività di counselling dei servizi sanitari che aderiscono al Forum AIDS.

Obiettivo dell'indagine è stato quello di rilevare le esperienze e i modelli organizzativi adottati dagli operatori sul counselling nei percorsi di prevenzione e di diagnosi dell'infezione da HIV/AIDS. A tal riguardo è stato elaborato un questionario con risposte chiuse, e somministrato agli operatori dei seguenti servizi socio-sanitari:

- 4 Divisioni Malattie Infettive delle Aziende Ospedaliere della provincia di Catania;
- 10 Ser.T (Servizio per le Tossicodipendenze);
- 3 Associazioni di Volontariato.

Dei 46 questionari inviati, 43 sono stati compilati direttamente dagli operatori dei servizi o attraverso un'intervista telefonica. Non hanno risposto una delle quattro Divisioni di Malattie Infettive e le Associazioni di Volontariato. Il questionario era diviso in tre parti: una prima parte indagava sull'esistenza dei numeri verdi dedicati alle informazioni sull'AIDS e sulle modalità d'invio ai servizi di secondo e terzo livello al fine di effettuare il test; la seconda parte era dedicata alla consulenza pre e post-test ed, infine, la terza parte del questionario approfondiva i vari approcci al counselling (individuale e di gruppo).

Relativamente alla prima parte emerge che il servizio di numero verde, fatta eccezione per i Ser.T, è scarsamente utilizzato; anche la consulenza telefonica è offerta principalmente dai Ser.T e dalle Divisioni di Malattie Infettive delle Aziende Ospedaliere. I Consulenti familiari sono impegnati in maniera marginale sul tema della consulenza telefonica sul tema dell'HIV/AIDS.

Su 29 Consulenti che hanno risposto soltanto 2 hanno un servizio di numero verde e meno della metà (11) effettuano consulenze telefoniche; 6 Ser.T su 10 hanno il numero verde e danno consulenze.

I servizi che complessivamente utilizzano il numero verde quale strumento per informare l'utente sono soltanto il 50% del campione (Tabella 1, Figura 1)

Tabella 1. Servizi sanitari che effettuano consulenze telefoniche

Tipologia di servizio	Consulenti familiari	SER-T	Presidi Ospedalieri	TOTALE
Servizio di numero verde	2	6	0	8
Consulenza telefonica	11	8	3	22

Nel territorio della provincia di Catania, oltre alle Divisioni di Malattie Infettive, sono i Ser.T a svolgere una costante attività d'orientamento e di consulenza sulle problematiche connesse all'HIV-AIDS.

Gli operatori socio-sanitari intervistati preferiscono i colloqui individuali alla consulenza telefonica. Si segnala che 9 Ser.T su 10 effettuano un invio mirato ai servizi che effettuano il test; anche dall'analisi di questa domanda si evidenzia una consolidata tendenza dei Ser.T a prendersi carico, in buona parte, del processo d'aiuto connesso all'eventuale sieropositività da HIV; ciò è meno evidente nei Consulteri familiari (Figura 1).

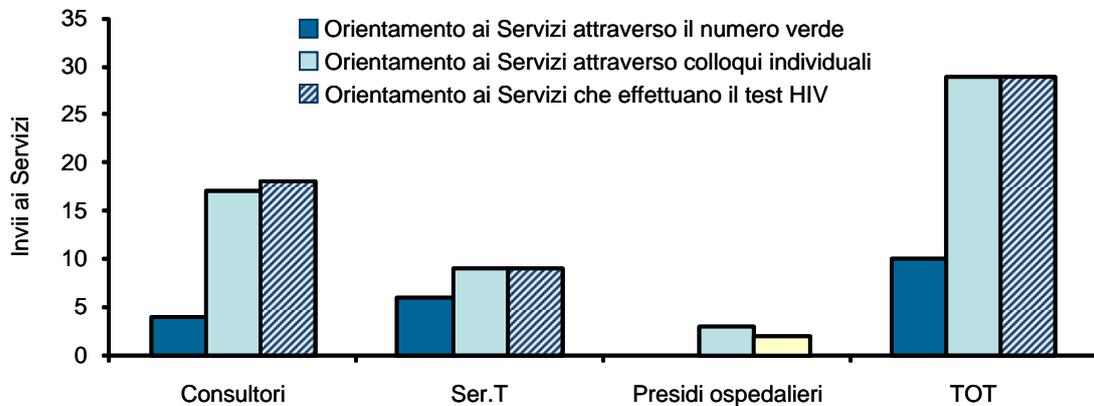


Figura 1. Invio mirato della persona-utente ai Centri diagnostico-clinici per l'effettuazione del Test HIV

Dall'analisi dei dati si evince che 16 Consulteri su 29 (55%) invitano la persona ad effettuare il test HIV in presenza di un comportamento a rischio; 10 su 10 (100%) tra i Ser.T (Figura 2).

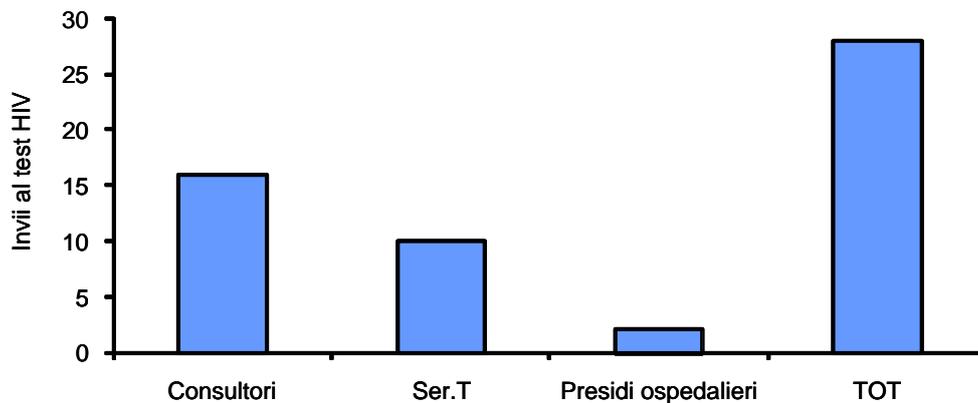


Figura 2. Indicazione del Test HIV in presenza di comportamenti a rischio per tipo di servizio

La parte conclusiva del questionario è stata dedicata all'approfondimento delle fasi della consulenza pre e post test HIV. L'adozione dei protocolli sulle modalità di effettuazione del counselling HIV sono rispettate, da tutte le divisioni di Malattie infettive e da tutti i Ser-T, mentre solo 15 consultori su 29 (51%) si attengono alle linee guida, in tema di consulenza per coloro i quali si sottopongono al test HIV (1 - 5) .

L'analisi diacronica dei dati relativi dell'ultimo triennio (2004-2005) indica una tendenza all'aumento del numero di consulenze pre-test: nel 2004 erano 633, nel 2005 erano 774, nel 2006, infine, si attestavano intorno a 1.367 e ciò con un andamento sostanzialmente stabile nell'ultimo quinquennio di nuovi casi di AIDS nella provincia di Catania.

In quest'indagine non s'intende disconoscere la pluralità di accezioni adottate dagli operatori nel definire lo stesso oggetto di indagine: il counselling.

Malgrado questi evidenti problemi interpretativi che, di fatto, hanno ridotto la stessa validità di alcuni indicatori, si possono comunque evidenziare alcune tendenze: i Consulteri Familiari e i Ser.T preferiscono attivare un servizio di counselling individuale, le Divisioni Ospedaliere adottano senza alcuna differenza forme di counselling individuale e/o di gruppo (Figura 3).

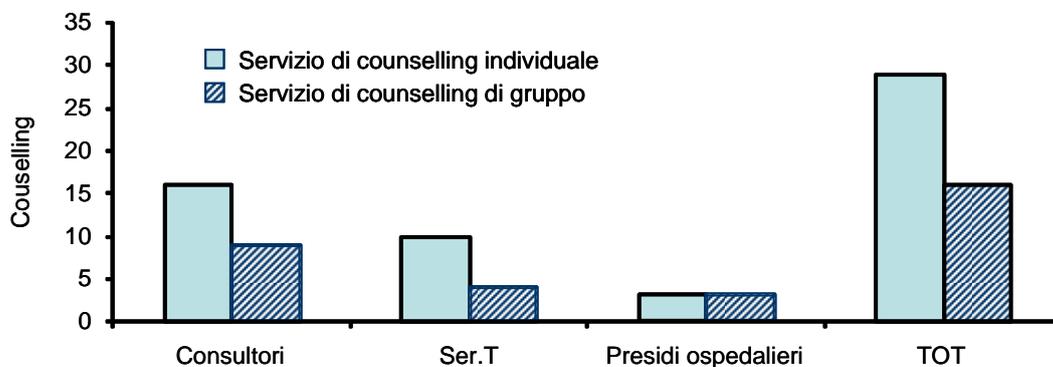


Figura 3. Intervento di counselling individuale e/o di gruppo per tipo di servizio

È verosimile ipotizzare, in conclusione, che una rinnovata attenzione verso il fenomeno HIV/AIDS da parte degli operatori sanitari, sia dei servizi territoriali (in particolare i Ser.T) sia degli ospedali, abbia dato luogo ad una maggiore sorveglianza epidemiologica da parte dell'intera rete di servizi socio-sanitari.

In tal senso gli strumenti e i luoghi dell'integrazione, quali sono appunto l'esperienza del Forum AIDS in provincia di Catania, rappresentano un fattore facilitante per migliorare la capacità d'intervento preventivo dei servizi socio-sanitari territoriali e dalla rete ospedaliera.

Bibliografia

1. Bellotti GG, Bellani ML, De Mei B, Greco D, (Ed.). *Il counselling nell'infezione e nella malattia da HIV*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1995. (Rapporti ISTISAN 95/28).
2. Bravi B, Serpelloni G. *HIV e Counselling. Manuale per operatori*. Verona: La Grafica; 1999.
3. Camoni L, Colucci A, D'Agostini A, Gallo P, Luzi AM, Rosa E, Valli R. La prevenzione nella lotta contro l'infezione da HIV l'AIDS. *Il Telefono Verde AIDS. Not Ist Super Sanità* 2002;15(2):3-9.
4. De Mei B, Rota MC, Greco D, Gallini R, Starace F, (Ed.). *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).
5. Luzi AM, Di Pietro R, Gallo P, Santoro A, Rezza G. Un modello di Help Line nazionale: l'esperienza del Telefono Verde AIDS. In: Bellotti GG, Bellani ML (Ed.). *Il counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*. Milano: McGraw-Hill; 1997.

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.
Le richieste possono essere inviate a: pubblicazioni@iss.it.*

*Stampato da Tipografia Facciotti srl
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

Roma, ottobre-dicembre 2010 (n. 4) 20° Suppl.