

IL COUNSELLING DEL MEDICO DI FAMIGLIA AL PAZIENTE HIV/AIDS

Giuseppe Ventriglia

Medico Generale S.I.M.G.

Obiettivi di lettura

Al termine della lettura del capitolo il lettore sarà in grado di:

- richiamare le caratteristiche del setting della Medicina Generale che possono favorire il counselling per le problematiche HIV
- descrivere le caratteristiche del counselling nella medicina di famiglia
- illustrare le motivazioni che giustificano l'impegno del medico di famiglia in tema di counseling HIV-AIDS
- illustrare gli obiettivi raggiungibili con un HIV-counselling
- descrivere gli strumenti del counselling del medico di famiglia
- elencare i soggetti che possono giovare di un'attività di HIV-counselling
- descrivere le circostanze in cui è opportuno proporre un HIV-counselling
- illustrare le modalità di proposta di counselling ai pazienti con problematiche HIV correlate
- descrivere in dettaglio la definizione, l'importanza, le motivazioni ed i contenuti del counselling pre-test e post-test

Dovendo affrontare il problema della relazione tra il Medico Generale ed il paziente con problemi HIV correlati non possiamo fare a meno di richiamare alcune caratteristiche professionali della medicina generale che condizionano e favoriscono di fatto un intervento efficace e globale. In particolare ci pare rilevante l'aspetto dell'approccio olistico "bio-psico-sociale" (obiettivo dell'attenzione del medico sono le persone e non specifici organi o apparati o singole patologie), familiare, trasversale rispetto ai vari aspetti di ciascun problema (dalla prevenzione alla diagnosi, dalla terapia alla riabilitazione, dall'educazione continua al controllo nel tempo delle patologie acute e croniche), continuativo nel tempo, fiduciario, tempestivo.

Inoltre non va sottovalutato che nelle varie fasi che caratterizzano l'incontro con il paziente (colloquio per la definizione del problema attuale, risposta ad una specifica richiesta di aiuto, decodificazione di un bisogno collegato ad un problema indistinto, informazione su procedure diagnostiche o terapeutiche, intervento di educazione alla salute ed alla prevenzione) l'azione del medico di famiglia viene favorita ed ottimizzata dalla conoscenza complessiva che egli ha dei suoi assistiti (cultura, scolarità, abitudini familiari, comportamenti a rischio personali, dei conviventi, del nucleo familiare) con conseguente possibilità da un lato di individuare con maggiore precisione le persone o le situazioni meritevoli di interventi tempestivi e/o ripetuti, dall'altro di personalizzare ogni messaggio in modo da sfruttare i "canali comunicativi" più efficaci nei singoli casi.

Da tutto questo si deduce che, nella medicina di famiglia, la comunicazione, il colloquio, la creazione ed il mantenimento di una buona relazione medico-paziente costituiscono elementi imprescindibili e di grandissima rilevanza per poter ottenere risultati efficaci in

termini di promozione della salute. Senza nulla togliere, ovviamente, all'importanza degli aspetti scientifici nella gestione dei pazienti con infezione asintomatica o sintomatica da HIV, campo in cui resta determinante la stretta collaborazione con lo specialista infettivologo in attività ambulatoriale o di ricovero ovvero con le altre figure professionali interessate alla fase domiciliare dell'assistenza ai pazienti in fase avanzata di malattia.

Counselling nella medicina di famiglia

Tra le numerose definizioni di counselling presenti in letteratura ed analizzate da Pezzotta, Gatti e Bellotti(1), ci piace riproporre quella che tali Autori danno e che a nostro parere si attaglia molto bene ad un'attività da svolgere nell'ambito della medicina generale nel rispetto delle sue caratteristiche e dei suoi obiettivi professionali: "forma di relazione d'aiuto in cui una buona capacità di ascolto, un intervento empatico ed altri comportamenti comunicativi strategici concorrono non tanto a creare dei cambiamenti, quanto a renderli possibili per chi chiede aiuto rispettandone le richieste e stimolandone le risorse".

Il counselling, inteso dunque come scambio comunicativo tra un medico ed un paziente caratterizzato da un'istanza di cambiamento, costituisce un potente ed irrinunciabile strumento a disposizione del medico che "volutamente e consapevolmente scelga di intervenire nel processo di decisione del suo paziente per promuovere un cambiamento con l'obiettivo di un maggiore benessere per il paziente stesso. Benessere che, in questo caso, significa salute"(2).

Inserita nell'ambito della sua attività, il counselling rappresenta comunque per il medico di famiglia una scelta difficile, nella quale egli mette in gioco se stesso senza la "rete di protezione" costituita da rassicuranti numeri, pareri "specialistici", risultati di grandi Trials, risposte preconfezionate. Nel counselling, infatti, le conoscenze hanno un ruolo solo "di contorno" e – oltretutto – ci si muove su un terreno che per i più è del tutto sconosciuto, essendo solitamente estraneo al corso di laurea ed ai corsi di aggiornamento. È sempre molto difficile "dare consigli" per far cambiare abitudini e stili di vita magari ben radicati. "I consigli sono raramente ben accettati, e coloro che più li richiedono sono sempre quelli che meno li gradiscono" ammoniva il Conte di Chesterfield(3) e "nessuno meglio del medico ha sperimentato la verità di questa frase"(4). Non bisogna dunque stupirsi se i pazienti si rivelano resistenti ad accettare ciò che il medico dice loro, né vivere in modo frustrante un fallimento che sovente fa parte del fisiologico cammino verso il cambiamento(5).

Il medico di famiglia – più di ogni altro professionista del mondo sanitario – gode delle migliori condizioni di base su cui strutturare un efficace counselling: è però necessario che egli sia disponibile ad approfondire le tematiche della comunicazione e sia intimamente convinto che il processo e non solo i contenuti della relazione professionale con il paziente debbano costituire oggetto di attenzione, di studio e di applicazione, finalizzati al suo continuo miglioramento.

Bisognerà allora che il nostro medico sia disponibile a chiedersi se l'uso che egli fa degli strumenti propri del counselling sia adeguato:

- ascoltare con interesse reale il paziente per comprendere a fondo ciò che lui pensa del suo problema, l'interpretazione che ne dà, il vissuto emotivo che ne deriva
- far domande centrate sul paziente, adatte a tener aperti i canali comunicativi, finalizzati a capire il problema del paziente e non a portare elementi al modello che il medico ha costruito e sta seguendo

- curare la comunicazione non verbale (mimica, sguardo, postura, posizione rispetto al paziente, gestualità, ecc.)
- curare la comunicazione verbale (scelta dei termini, ma anche del tono della voce, della pronuncia e della prosodia)
- far capire al paziente di aver capito il suo problema e di considerare lui, in quel momento, il solo obiettivo della sua azione
- evitare giudizi moralistici e mostrare comprensione per lui e per il suo problema
- essere consapevole che il risultato finale di un intervento medico è pesantemente influenzato non solo dalla sua qualità intrinseca (adeguatezza dell'iter diagnostico o terapeutico proposto) ma dal modo con cui l'intervento viene proposto, dallo stile, dal grado di empatia e di partecipazione espresse dal medico, dalla convinzione che il medico fa trasparire dalle sue parole, dal tempo dedicato, dalla fiducia che si sarà riusciti ad indurre nel paziente, e così via.

Ogni qualvolta sia in gioco – come è proprio del counselling – la necessità di andare verso un cambiamento, sarà poi importante che il medico dedichi la necessaria attenzione all'analisi della motivazione presente nel paziente, vale a dire della "buona disposizione ovvero del desiderio di cambiamento, che può fluttuare da un momento all'altro, da una situazione all'altra: stato che è suscettibile di essere influenzato"(5). Mi riferisco in particolare alla interessante teoria sugli stadi del cambiamento derivata dalle ricerche di Prochaska e Di Clemente, ripresa e ben illustrata da Miller e Rollnick nell'opera citata, alla quale si rimanda per ogni approfondimento. Mi è parso un modello di semplice applicazione e di notevole utilità pratica nei confronti della scelta del tipo di intervento che, come fanno notare gli Autori, deve essere differente a seconda del diverso "stadio del cambiamento" che il paziente presenta il quel momento.

Qualcuno potrebbe a questo punto obiettare che un'attività di Counselling si concilia male con il mondo della Medicina Generale caratterizzato – secondo uno stereotipo molto diffuso e ben presente nell'immaginario collettivo – dalla fretta, dalla confusione di pazienti che vanno e vengono, da sale di attesa affollate di persone estenuate da lunghe "code" e desiderose solo di "far presto", da medici frettolosi e superficiali attenti solo a scegliere le risposte più rapide per "scaricare" i pazienti.

La realtà è però diversa in quanto attualmente la quota di medici di famiglia che sfugge a questo cliché è in costante aumento, essendo sempre più numerosi coloro che scelgono questa attività come settore professionale primario, che approfondiscono sul piano teorico e pratico la disciplina che esercitano, che dedicano tempo ed interesse ai loro pazienti e sanno "ritagliare" il tempo necessario per gli assistiti più impegnativi e bisognosi di maggiore attenzione. È invece tutt'altro che rassicurante il contesto istituzionale in cui la medicina di famiglia è costretta ad operare e che di fatto finisce per disincentivare la gran parte di quei medici bravi e volenterosi che potrebbero svolgere un'azione professionale molto efficace. Basterebbe per lo Stato attingere alla consolidata esperienza di altri Sistemi Sanitari (ad esempio quello del Regno Unito) ed imparare ad investire nella medicina generale risorse indispensabili per ottimizzare il suo modello operativo ed organizzativo (personale di segreteria, personale infermieristico, medicina di gruppo, locali e dotazioni strumentali, formazione professionale continua, incentivi ecc.) e consentire così al medico di dedicarsi agli aspetti più importanti del suo impegno professionale, senza dover disperdere il suo tempo e la sua attività in mille rivoli legati solo alla burocrazia o ad interventi che potrebbero essere affidati a personale diverso.

Il counselling ai pazienti con problemi HIV correlati: perché in medicina di famiglia

Alla luce dei notevoli progressi compiuti nel settore del trattamento farmacologico e delle correlate speranze per i soggetti con infezione da HIV, è paradossalmente ancor più importante il ruolo di counselor del medico di famiglia in questo settore. In effetti alle classiche motivazioni che giustificavano il suo impegno (diffusione dell'infezione da HIV ed estensione al di fuori di particolari o ristretti gruppi di individui, necessità di continuare ad intervenire su norme di vita, abitudini voluttuarie e comportamenti a rischio per il controllo della diffusione del contagio, importanza dell'azione sui giovani e sui giovanissimi) si è aggiunta la constatazione che il mutamento operato dai nuovi protocolli terapeutici sulla storia e sull'evoluzione della malattia si accompagna alla necessità di mutare anche l'approccio al paziente con infezione da HIV.

Se infatti di fronte ad una malattia a rapida e letale evoluzione il ruolo del medico di Medicina Generale prevedeva – a livello relazionale – un counselling mirato ad un paziente destinato ad una breve sopravvivenza e la complessa e delicata gestione della più o meno lunga ma sempre devastante fase "terminale", oggi con le nuove prospettive terapeutiche cambia il contesto operativo per un diverso approccio sia da parte del medico sia da parte del paziente, ben evidenziati e commentati da Bellani e coll. in altra parte di questo testo.

Ci pare ancora attuale il rilievo che "contemporaneamente ai progressi nella gestione dei problemi medici dei pazienti con infezione da HIV, si è evidenziato che il counselling resta un elemento vitale nel complesso degli interventi assistenziali..."(6), pur consapevoli che non è certo facile far comprendere al paziente che l'infezione al momento non è magari guaribile, ma può essere resa cronica posticipando la comparsa della fase sintomatica mentre nuovi farmaci si rendono disponibili per cure sempre più efficaci.

Ma un counselling dedicato ai pazienti con problemi HIV correlati è realmente fattibile nell'ambito della medicina di famiglia? Ovvero: è possibile rispettare le indicazioni fornite in merito dalla OMS relativamente ai soggetti da raggiungere, agli obiettivi da perseguire, al setting in cui svolgere l'attività di counselling?

In premessa ci pare opportuno ribadire due concetti:

1. l'ambiente della Medicina Generale, privo di connotazioni particolari che la leghino specificamente al problema HIV e malattie infettive, può favorire gli incontri ed i colloqui del medico con soggetti – sani, portatori di infezione asintomatica, ammalati – desiderosi comunque di mantenere la loro privacy e di non "far trapelare sospetti" sul loro problema, reale o presunto, in altri frequentatori delle strutture sanitarie;
2. nell'ambito del setting proprio della Medicina Generale è senza dubbio più agevole strutturare e gestire colloqui finalizzati ad una relazione di aiuto grazie anche all'esistenza di una preliminare, buona conoscenza tra il medico ed il paziente, di un reciproco rapporto di fiducia e di una consuetudine assistenziale già ben strutturata e protratta nel tempo.

Il counselling del medico di famiglia: per chi?

Secondo le indicazioni della OMS i destinatari degli interventi di HIV/AIDS counselling dovrebbero essere:

- a) eterosessuali con partner occasionali e/o numerosi
- b) omosessuali e bisessuali
- c) tossicodipendenti da sostanze iniettate endovena
- d) persone che temono di essere state contagiate con l'HIV
- e) persone che stiano pensando di sottoporsi al test per la ricerca di anticorpi anti-HIV
- f) persone sottoposte al test per gli anticorpi anti-HIV (sieropositivi e non)
- g) persone che abbiano scelto di non sottoporsi al test malgrado abbiano avuto o abbiano comportamenti a rischio
- h) persone affette da AIDS o da malattie ad essa associate
- i) persone che abbiano difficoltà di lavoro, di alloggio, economiche, familiari, ecc. come conseguenza dell'infezione da HIV
- j) familiari ed amici dei soggetti infettati dall'HIV
- k) operatori sanitari e persone in regolare contatto con soggetti infettati dall'HIV

Aggiungeremmo a questo elenco i soggetti sani ma potenzialmente esposti al rischio di infezione.

Se escludiamo il punto k. (non compete al medico di famiglia il counselling degli operatori sanitari) appare chiaro che tutti questi soggetti sono compresi nella popolazione alla quale è diretto il consueto intervento professionale del medico di famiglia: ne consegue che per raggiungerli egli non deve fare altro che sfruttare in modo razionale le occasioni di incontro che essi stessi gli propongono, senza quindi l'onere di creare per questo scopo apposite situazioni professionali, ambienti dedicati e così via. Può porsi il problema del tempo, in quanto alcuni di questi soggetti – incontrare da soli, con il partner o con la famiglia – possono richiedere tempi lunghi e dedicati al di fuori del consueto orario di ambulatorio. Sono personalmente convinto che questo non rappresenti per il medico di famiglia un problema, in ragione anche del numero esiguo di soggetti interessati compresi nell'ambito della popolazione di assistiti.

Rileviamo ancora una volta come soltanto alla Medicina Generale – unica tra tutti i settori in cui si fa assistenza sanitaria – sia consentito di svolgere realmente in modo capillare, personalizzato e continuativo una efficace opera informativa sulle modalità di acquisizione dell'infezione (prevenzione primaria).

A proposito, infine, delle persone non malate, con o senza comportamenti "a rischio" di contrarre infezione da HIV, siamo convinti che il clima fiduciario e confidenziale che caratterizza il rapporto medico/paziente in Medicina Generale e la consuetudine per il medico di famiglia di ampliare il campo d'interesse e di attenzione verso i problemi non strettamente clinici dei suoi pazienti costituiscano le migliori premesse per la raccolta di notizie sulle ansie più o meno infondate, sulle occasioni vere o presunte di possibile contagio, sulle abitudini sessuali e così via. Il che è in linea con l'osservazione di chi fa notare⁽⁷⁾ che – contrariamente allo stereotipo sociale formatosi nei primi anni dopo la scoperta dell'infezione e ormai ampiamente sperato (le persone a cui viene proposto un intervento di HIV-counselling appartengono ad uno dei cosiddetti "gruppi a rischio") – il counselling per l'HIV riconosce tra i suoi utenti un numero sempre più elevato di soggetti appartenenti alla popolazione generale. Si pensi solo all'efficacia preventiva primaria di un intervento di questo tipo – possibile senza problemi per il medico di famiglia – sugli adolescenti alle prime esperienze sessuali o inseriti in ambienti ad alta prevalenza di tossicodipendenti.

Il counselling del medico di famiglia: quando?

"Il counselling inizia tutte le volte che una persona manifesta una preoccupazione o richiede un'informazione, ovvero quando sia l'operatore sanitario ad avvertire la presenza di un problema. Ad esempio, quando un medico coglie un possibile rischio di HIV durante la raccolta della storia clinica di una paziente che desideri una gravidanza"(8).

Esiste comunque un sostanziale accordo sulle circostanze nelle quali è opportuno disporre interventi di Counselling:

- richiesta di un HIV-test
- consegna e discussione del risultato del test (positivo o negativo che sia)
- comparsa di iniziali disturbi ovvero di segni di malattia AIDS-correlati in soggetti sieropositivi finora asintomatici
- soggetti in fase avanzata, familiari ed amici di pazienti comunque toccati dal problema HIV
- momento in cui un paziente chiede anche solo informazioni sul test o sulla malattia.

Anche in questo caso, mi pare di poter affermare che le situazioni sopra richiamate rientrano tra quelle in cui il medico di famiglia si trova a doversi impegnare. Per fare un esempio di situazioni che – altrimenti – potrebbero sfuggire ad un corretto approccio, si pensi solo a quanti assistiti si rivolgono al loro medico per le trascrizioni di esami ematochimici richiesti "di routine" e senza particolari spiegazioni in previsione di interventi chirurgici: il test per l'HIV – in quegli anonimi listati – è presente praticamente sempre, e non sta certo a me soffermarmi sulle conseguenze di una risposta, positiva o negativa che sia, letta dal paziente senza un indispensabile intervento di counselling!

Il counselling del medico di famiglia: come?

Un HIV-counselling richiede il rispetto delle stesse "regole" necessarie per qualsiasi altro settore nel quale il medico di famiglia ritenga opportuno impegnarsi: a ben vedere, sono molte le situazioni – differenti dalla infezione da HIV ma non meno gravi sul piano clinico ovvero meno complesse su quello psicologico e relazionale – in cui egli si trova coinvolto in interventi di counselling aventi gli stessi obiettivi (tumori, malattie gravemente invalidanti quali la sclerosi multipla, sterilità di coppia o presenza di condizioni che controindicano la procreazione, nascita di figli portatori di handicap gravi, ecc.).

Non rileviamo dunque "controindicazioni" all'intervento del medico di famiglia – se preparato e disponibile a farlo con cognizione di causa – qualunque siano le modalità del suo intervento: crisis counselling (tecniche di supporto nella crisi), problem solving counselling (tecniche per la soluzione di problemi) o decision-making counselling (tecniche orientate a favorire il processo decisionale)(9).

Il counselling del medico di famiglia: perché?

Date le iniziali premesse sulle caratteristiche professionali del medico di famiglia, è doveroso a questo punto esaminare gli obiettivi dell'attività di HIV-counselling per valutarne la congruenza e la compatibilità reciproca.

Ancora una volta il punto di riferimento sono i documenti internazionali ripresi e sintetizzati da Miller e Bor nel testo citato(8); qui ne ricordiamo qualcuno:

- ascoltare e parlare ai pazienti
- identificare i loro problemi ed aiutare i pazienti a farsene carico
- fornire agli assistiti informazioni accreditate su cui essi possano prendere decisioni
- aiutare i pazienti a riconoscere il loro livello di rischio per infezione da HIV e prendere le dovute decisioni consapevoli dei pro e dei contro
- valutare l'impatto emozionale, le preoccupazioni e le paure dei pazienti
- aiutare pazienti, amici e familiari coinvolti a gestire il processo di adattamento alla malattia ed alle limitazioni da essa imposte

A questo elenco – allo stato delle attuali evidenze – bisogna a nostro parere aggiungere altri punti non meno importanti:

ottenere la costante compliance ad una terapia che implica sovente l'assunzione di grandi quantità di farmaci, non certo privi di effetti collaterali, per periodi molto lunghi e magari "vita natural durante"

- mantenere l'aderenza ai controlli spesso ravvicinati e correlati a delicati vissuti di ambivalenza
- raggiungere o mantenere buone condizioni fisiche seguendo uno stile di vita globalmente sano, spesso molto diverso da quello tenuto in passato dal paziente
- ottenere il controllo di abitudini nocive quali il fumo di tabacco, il consumo di alcolici, le situazioni di stress, l'assunzione di droghe, attività sessuali a rischio
- mantenere una buona attenzione alla cura di sé curando ogni disturbo fonte di disagio o anche di vero e proprio rischio per la salute
- aiutare il paziente HIV+ proveniente dal mondo della tossicodipendenza a ricostruirsi non solo fisicamente, mantenendosi in contatto stretto con le persone e gli ambienti in grado di contribuire ad un suo reale recupero psico-sociale.

Il counselling pre-test

Esiste unanime consenso che un test per la ricerca di anticorpi anti-HIV non andrebbe mai richiesto senza averla fatta precedere – a parte l'irrinunciabile consenso informato – da un fondamentale intervento di counselling rivolto al paziente a cui tale richiesta è diretta, al fine di "aiutare la persona a maturare e ad esprimere una decisione consapevole riguardo all'opportunità sia di sottoporsi o meno al test sia di attuare e mantenere le modificazioni comportamentali necessarie ad evitare di contrarre e/o trasmettere ad altri l'infezione da HIV"(13).

In dettaglio, gli scopi del counselling pre-test possono essere così elencati(13, 14):

1. comprendere le motivazioni che spingono il paziente a richiedere il test;
2. elencare vantaggi e svantaggi del test in modo che il paziente possa decidere in modo consapevole;
3. fornire adeguate informazioni sul test e sul significato di un risultato positivo o negativo;
4. fornire in modo chiaro e comprensibile informazioni sulle modalità di acquisizione o trasmissione dell'infezione;
5. creare nel paziente la consapevolezza e la sensibilità verso le misure preventive in ambito sessuale ed eventualmente tossicomano;
6. discutere sulla presenza di persone a cui si desidera comunicare una eventuale sieropositività.

Pare particolarmente importante richiamare l'attenzione sui punti 3. e 4. in caso di sieronegatività. Sarà infatti fondamentale chiarire che, al di là del risultato, il vero elemento rassicurante deve essere costituito dall'assenza di "comportamenti a rischio", unica condizione in cui paziente (e partner sessuale) possono ritenersi davvero protetti.

Si tratta, in ultima analisi, di costruire un'occasione (o stabilire le premesse) per strutturare una relazione d'aiuto che consenta al paziente di acquisire:

- a) risposte puntuali alle sue richieste ed ai suoi bisogni;
- b) un supporto di fronte alle situazioni contingenti;
- c) un valido aggancio con il mondo sanitario.

Il counselling post-test

Al pari del momento della richiesta, anche la consegna del risultato di un test per l'HIV – indipendentemente dall'esito – deve prevedere un intervento di counselling (CDC, 1990; OMS, 1995).

In caso di positività, sarà indispensabile fornire un adeguato supporto per superare lo shock della diagnosi, per illustrare l'attuale stato della prognosi correlata ai nuovi protocolli terapeutici, per mantenere viva la speranza, per rilevare l'eventuale presenza di situazioni di crisi o di difficoltà ad accettare la diagnosi di sieropositività (non sinonimo di AIDS!) ovvero la necessità di attivare interventi di supporto specialistico, psicologico e/o socio-assistenziale.

In caso di negatività, si dovrà riprendere il discorso (iniziato al momento del counselling pre-test) sui comportamenti a rischio e ribadire concetti quali l'estrema importanza che tali comportamenti, se presenti, vengano modificati; la mancanza di vere "sicurezze" da sieronegatività in costanza di abitudini pericolose; l'eventuale necessità di ripetizione del test.

I pazienti ossessionati dalla paura del contagio

Solo un cenno al possibile incontro, durante la propria pratica professionale, con pazienti che, pur in presenza di test negativi ed in assenza di vere situazioni di rischio, sono costantemente in ansia, ossessionati dall'idea di poter contrarre (o aver contratto) l'infezione da HIV. Green ci fa notare⁽¹⁵⁾ che tali soggetti (cosiddetti "worried well", ossia "sani preoccupati") possono richiedere ripetutamente di sottoporsi al test e che peraltro il sollievo derivante da un esito negativo e dalla rassicurazione del medico è solitamente di breve durata. L'ansia infatti li riporterà alla ricerca di ulteriori rassicurazioni. Si tratta di pazienti "con anamnesi di ipocondria relativa ad altre condizioni... sensi di colpa, in particolare relativa a comportamenti di infedeltà sessuale nei confronti del partner o al mancato rispetto del proprio codice morale" per i quali il successo terapeutico è legato alla coerenza dei messaggi dati dai vari esponenti del mondo sanitario con cui essi vengono a contatto, da valutazioni psichiatriche, da eventuali terapie specifiche sul possibile stato depressivo, ansioso o fobico, dalla presa di coscienza della condizione di "worried well", dal controllo sull'informazione relativa al problema dell'infezione da HIV, ecc.

In conclusione

Pare di poter affermare che anche in un settore complesso e delicato come quello delle problematiche HIV correlate il medico di famiglia possa svolgere il suo ruolo che, come del resto per tutti i campi della sua attività professionale, si presenta di ampio respiro e si estende dall'informazione alla prevenzione ed all'assistenza domiciliare ai pazienti terminali.

Nel rispetto delle raccomandazioni internazionali, tali attività si possono svolgere solo basandole su una continua, efficace e corretta opera di counselling, per la quale il medico di famiglia può operare in un contesto che per molti aspetti è in grado di facilitargli tale compito, pur nella consapevolezza delle difficoltà legate al tipo dei pazienti, ai tempi necessari, alla necessità di formazione continua sugli aspetti scientifici ma specialmente relazionali di questo settore. L'auspicio è che egli venga messo nelle migliori condizioni – istituzionali, organizzative, contrattuali, economiche – che gli consentano di svolgere con impegno e serenità il suo difficile compito.

Bibliografia

1. Pezzolla P., Gatti M., Bellotti G.G. "Il Counselling", in: Il counselling nell'infezione e nella malattia da HIV, Rapporti Istituto Superiore di Sanità, Roma, 1995.
2. Bert G., Quadrino S. Il medico e il counselling, Il pensiero scientifico editore, 1989.
3. Conte di Chesterfield. Lettera al figlio, 29 gennaio 1748.
4. Bert G., Quadrino S., op. cit., pag. 2.
5. Miller W., Rollnick S. Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per problemi di alcol, droga e altre dipendenze, Trieste, Ed. centro studi Erickson, 1994.
6. P.A. Volberding. AIDS: a guide to clinical counselling, Science Press Ltd, 1991.
7. Trotti E., Odobez C., Bellano M.L. "Generalità sul Counselling nell'infezione da HIV", in: Il counselling nell'infezione e nella malattia da HIV, Roma, Rapporti Istituto Superiore di Sanità, 1995.
8. Miller R., Bor R. AIDS: a guide to clinical counselling, Science Press Ltd, 1991.
9. World Health Organization. Global Programme on AIDS, Psychosocial counselling for persons with HIV-infection, AIDS and related diseases, Ginevra, 1989.
10. Gruppo C Network italiano. HIV-AIDS Counselling e Screening. Manuale teorico-pratico, Verona, Leonard Ed. Scientifiche, 1993.
11. Ventriglia G. "Counselling al paziente HIV/AIDS: il ruolo del medico di famiglia", in: HIV/AIDS Counselling, Milano, McGraw-Hill, 1997.
12. Bert G., Quadrino S. L'arte di comunicare. Teoria e pratica del counselling sistemico, Cuen, 1998.
13. Bellani M.L., Trotti E. "Il Counselling pre-test", in: HIV/AIDS Counselling, Milano, McGraw-Hill, 1997.

14. Serpelloni G., Galvan U., Morgante S., Zenari R. "Il counselling pre-test nell'infezione da HIV", in: HIV-AIDS Counselling e Screening. Manuale teorico-pratico, Leonard Ed., 1993.

15. Green J. "Pazienti con ansia relativa all'HIV", in: HIV/AIDS Counselling, Milano, McGraw-Hill, 1997.