

IL COUNSELLING PER LE DONNE

IL COUNSELLING NELLE DONNE CON INFEZIONE DA HIV

Lorraine Sherr

Royal Free and University College Medical School, London

31

*Questo capitolo è dedicato a Margie Smith e Cynthia Salten,
grandi donne che hanno lasciato un segno nell'umanità.*

Introduzione

I pregiudizi sessuali hanno spesso determinato una situazione per cui le donne non sono completamente rappresentate negli studi e nelle sperimentazioni cliniche. Ciò, forse, nel tentativo di tutelarle, o in virtù di una discriminazione istituzionalizzata o, ancora, a causa del mancato apprezzamento degli specifici bisogni dell'universo femminile. Troppo spesso nel campo della medicina e della salute, i risultati basati sulla popolazione maschile vengono semplicemente "innestati" nelle problematiche femminili (Sherr, in stampa). Ciò appare evidente in relazione a diverse patologie quali: coronaropatie, artrite reumatoide, asma e cancro. Stewart (1997) ha riscontrato, infatti, che le donne rappresentano il 5% dei soggetti negli studi canadesi e il 15% in quelli condotti in Usa. Questa ricercatrice richiama l'attenzione sul fatto che gli approcci volti ad escludere la presenza delle donne nel tentativo di "tutelarle" dai rischi della ricerca, in realtà le espongono a rischi maggiori, considerato che i risultati degli studi condotti sui maschi vengono semplicemente trasferiti alle donne, riservando scarsa attenzione agli effetti specifici del sesso femminile. La prevalenza del cancro ai polmoni nelle donne supera ora quella del cancro al seno e, ciononostante, come riporta la Stewart (1997), negli uomini la probabilità di prescrizione dell'analisi dell'espettorato è 1,6 volte maggiore. In tema di disuguaglianze, ella pone inoltre l'accento sul fatto che negli Usa, in Canada, in Scandinavia e in Italia, le probabilità che una donna dializzata riceva un trapianto sono inferiori di almeno il 30%. Dalla letteratura emerge la consapevolezza di un simile stato di cose. È curioso notare che l'insorgere di una nuova malattia, specificamente la malattia da HIV e l'AIDS, ha seguito dall'inizio un modello molto simile. La prima fase dell'epidemia dell'AIDS è stata, infatti, caratterizzata da un'attenzione incentrata sul modello maschile, con successiva applicazione dei risultati degli studi condotti sui maschi alle femmine, piuttosto che da un'attenzione iniziale sulle donne, rappresentate nell'epidemia fin dai suoi esordi. Tuttavia, la situazione è sen-

sibilmente mutata nel breve corso dell'epidemia stessa.

Alla prima fase, caratterizzata dalla mancanza di considerazione, è seguita una fase di recupero, in cui le questioni specificamente femminili sono state identificate con clamore nella letteratura scientifica, solitamente da ricercatrici (si vedano ad esempio Hankins - ricercatrice canadese che opera nel campo dell'ostetricia e della ginecologia, Sherr - ricercatrice britannica che opera nel settore della salute mentale e della riproduzione, Amaro - ricercatrice americana che opera nel campo dei diritti delle donne, Scott - ostetrica americana che opera nel settore della trasmissione verticale, Peckham - epidemiologa britannica che opera nel settore dell'HIV a livello pediatrico ed ostetrico, St Lawrence - ricercatrice americana che opera nel campo della prevenzione, Gibb - pediatra britannica che opera con i bambini, Newell - ricercatrice anglo-olandese che opera con i bambini, Miller - ricercatrice britannica che opera con le famiglie, Patten - ricercatrice sociale americana che opera nel campo dei diritti delle donne, Lamping - ricercatrice anglo-canadese che opera nel campo della qualità della vita delle donne, Rogers, ricercatrice americana che opera con le donne, Green - ricercatrice britannica che opera nel settore della sociologia femminile, Mercey - ricercatrice britannica che lavora nel campo dell'infezione da HIV nelle donne, Ankrah - ricercatrice ugandese che opera nel campo della diffusione eterosessuale dell'HIV e con le famiglie africane, Klee - ricercatrice britannica che opera nel campo dell'HIV e dell'uso di sostanze stupefacenti, Levine - ricercatrice americana che opera con gli orfani, Reid - ricercatrice americana che opera nell'ambito dei problemi dello sviluppo, per menzionarne solo alcune). Alla fase di recupero è seguita poi una fase di azione in cui sono stati avviati ampi studi specificamente rivolti alle donne, tra cui coorti femminili negli Usa e in Europa, studi specifici sulla popolazione femminile in Canada, e più lentamente, ma in crescita, studi sulle donne nei Paesi in via di sviluppo. Un numero cospicuo di questi studi si è focalizzato sulle questioni legate alla riproduzione, ma non tutti. Secondo alcuni approcci alla salute delle donne, si tratterebbe di un punto di vista miope, in quanto la preoccupazione principale degli studi precedenti si riferiva al bambino, a spese della madre, o nonostante la madre. Tale tesi può in effetti trovare delle giustificazioni. Ad esempio, nell'*European Collaborative Study* sulla riproduzione, sono state effettuate valutazioni dettagliate degli esiti per il feto, mentre in un primo momento non è stato rilevato alcun dato relativamente al travaglio, alla soddisfazione o allo stato d'animo della madre. Ancora una volta, la situazione è cambiata: un numero maggiore di studi, infatti, è ora incentrato su donne e HIV e sulle tematiche della riproduzione analizzate dal punto di vista femminile. Un altro problema tuttora prevalente è la mancata considerazione delle implicazioni, per la madre, della terapia con AZT, volta a ridurre la trasmissione verticale durante la gravidanza. Sebbene tale trattamento si sia rivelato molto efficace (Connor et al., 1994), e studi sempre più approfonditi dimostrino che una dose singola o dosi ridotte presentano i medesimi vantaggi (Moffenson, 1999), si discute poco sulla sua implicazione a lungo termine nelle madri sottoposte a monoterapia con AZT, un tipo di trattamento considerato non efficace rispetto alle terapie combinate e tale da aumentare, nel lungo periodo, le possibilità di resistenza virale e della conseguente inefficacia delle combinazioni terapeutiche nella donna. I medici potrebbero affrontare il problema istituendo una terapia combinata in gravidanza, ma finora non sono stati riportati i risultati di alcuno studio

controllato randomizzato. Possiamo dunque parlare di moderato progresso. Alla fine del XX secolo, sarebbe irresponsabile da parte del medico non essere informato delle tematiche specificatamente femminili dell'infezione da HIV e non fornire un tipo di cura mirato per la donna. Le basi scientifiche, per quanto preliminari, esistono in letteratura e molte delle procedure e dei protocolli relativi agli uomini devono essere rivisti nella loro applicazione alle donne.

In questo capitolo verranno riassunte le principali aree di counselling rivolto alle donne, gli ambiti in cui nascono le sfide, nonché i percorsi per affrontarle con successo.

Prevenzione

In molte donne, l'HIV è associato ad altri rischi, solitamente legati alle condizioni socio-economiche precarie o di indigenza. Queste donne spesso sono tossicodipendenti, partner di tossicodipendenti, appartenenti a minoranze etniche, immigrate o persone che vivono in condizioni di povertà (Fournier e Carmichael, 1998). L'uso di sostanze stupefacenti predispone le donne ad un notevole rischio, soprattutto negli Usa (Finelli et al., 1993), in Europa e in Asia. L'approccio di counselling, nell'ambito delle tossicodipendenze, è volto alla riduzione o limitazione dei danni, e deve andare di pari passo con le misure di ordine pratico, quali ad esempio i programmi di scambio di siringhe e i programmi di riabilitazione per tossicodipendenti. Questo effetto combinato può avere enormi risvolti. Ad esempio, nel Regno Unito è stato possibile evitare la diffusione dell'epidemia di HIV nella comunità dei tossicodipendenti, mentre negli Usa, dove non sono previsti programmi di scambio di siringhe, la diffusione in questo gruppo è continuata, spesso in maniera incontrollata. L'uso di sostanze stupefacenti è spesso associato al rischio diretto derivante dalla condivisione delle siringhe infette, ma anche al rischio indiretto derivante dalla prostituzione, a cui la donna ricorre per procurarsi le droghe, o dal sesso non protetto. È possibile ottenere delle modificazioni comportamentali da parte di questo gruppo, come ha dimostrato l'introduzione della candeggina per la disinfezione delle siringhe, e gli interventi articolati di counselling possono rivelarsi fruttuosi in queste persone, spesso difficilmente raggiungibili e difficili da trattare all'interno dei Servizi. Gli approcci innovativi, soprattutto i programmi "tra pari" e i programmi "di strada", si sono rivelati un utile contributo nell'assistenza per queste donne.

A tutto il 1997, Rogers (1997) aveva riscontrato 70.000 casi accertati di donne affette da HIV; l'AIDS era la quarta causa di morte fra le donne di età compresa fra i 25 e i 44 anni. Al fine di rispondere alle esigenze delle donne sono necessarie risorse adeguate per gli interventi di assistenza sanitaria, programmi "di strada" per le madri che non si rivolgono al Sistema Sanitario durante la gravidanza, la formazione del personale sanitario e l'attenzione alle molteplici esigenze sociali e psicologiche delle donne sieropositive e dei loro bambini, fattori chiave per favorire l'ulteriore riduzione dell'infezione da HIV nella popolazione infantile. L'uso del profilattico in queste coorti è spesso scarso (St Lawrence et al., 1998), mentre gli studi psicologici sui comportamenti a rischio e sulla percezione del rischio dimostrano che le donne tendono a sottovalutare il rischio (Eldridge et al., 1995) esibendo

un atteggiamento ottimista nella valutazione del rischio stesso (Weinstein, 1982). Gli interventi di counselling volti alla riduzione del rischio sono fattibili; alcuni studi hanno fornito risultati incoraggianti per quel che riguarda gli esiti a breve e lungo termine (Kamb et al., 1998, Belcher et al., 1998), di una serie di tecniche di counselling, quali il rinforzo motivazionale e lo sviluppo di abilità di negoziazione. Estesi interventi americani hanno inoltre prodotto effetti significativi (Ickovics et al., 1997; NIMH, 1998). I dati paiono dunque suggerire che gli interventi di counselling, laddove sistematici, possono rivelarsi efficaci, per quanto essi siano raramente valutati appieno e molti studi siano stati condotti in America del Nord, con un grado di generalizzabilità all'Europa, Africa e Asia ancora poco chiaro.

La prevenzione può collocarsi al momento del test, ed è un vero peccato che molte attività prenatali di testing per l'HIV non sfruttino l'occasione per un counselling di prevenzione. Gli studi hanno dimostrato che il counselling fornito in tale occasione alle donne, (la gran parte delle quali si rivela sieronegativa) si limita spesso a delle brevi informazioni ed alla raccolta del consenso piuttosto che ad una completa analisi del rischio e alla prevenzione in tema di HIV (Sherr et al., 1999). L'attenzione posta sulla prevenzione nella popolazione infantile mostra un atteggiamento miope e ciò può trovare conferma nel fatto che le donne che scelgono di interrompere la gravidanza siano raramente oggetto di coerenti progetti e offerte di procedure di screening per l'HIV, nonostante sia noto che l'incidenza dell'HIV è sensibilmente maggiore fra le donne che scelgono di abortire rispetto a quelle che portano a termine la gravidanza (Bergengstrom e Sherr, 1999).

Riproduzione

La trasmissione dell'infezione da HIV rappresenta una questione chiave in relazione alla riproduzione, vista la trasmissione verticale del virus. Ciò determina una serie di dilemmi nelle donne gravide (Hudson et al., 1999) e presenta profonde implicazioni politiche per quanto riguarda il test prenatale dell'HIV. La maggior parte dei Paesi ha optato per un approccio teso a portare tutte le donne gravide a conoscenza delle tematiche legate all'infezione da HIV. Un ulteriore approccio dovrebbe tuttavia consistere nell'informare tutte le donne sieropositive delle problematiche legate alla gravidanza. Tale principio è particolarmente pertinente, dato che la maggior parte delle donne gravide affette da HIV era consapevole della sua condizione, prima della gravidanza.

Lo screening in gravidanza è una procedura ben consolidata e basata su una serie di presupposti e di protocolli. I presupposti si riferiscono alla disponibilità sia di interventi terapeutici che di test diagnostici per definire accuratamente le condizioni di salute. Oggi entrambi sembrano disponibili ed è probabilmente esatto asserire che ogni donna gravida dovrebbe avere la possibilità di sottoporsi ad un test per l'HIV, se lo desidera. Al fine di consentire che tale scelta diventi parte integrante di una decisione informata, dev'essere disponibile un intervento di counselling, appropriato al livello del *"decision-making"* e collegato all'erogazione di servizi adeguati per un'esecuzione rapida ed accurata del test e alla comunicazione dell'esito, nonché alle cure cliniche per le donne risultate sieropositive. Se

questi aspetti vengono a mancare, il test prenatale diviene discutibile. Il counselling specialistico ha un ruolo chiaro nella gestione dell'infezione da HIV durante la gravidanza; invece il counselling semplice, o una discussione nell'ambito della decisione sul testing dell'HIV, necessitano di competenze meno specialistiche e la formazione degli operatori sanitari non è complessa. La disponibilità di tempo e di risorse riveste un'importanza cruciale. L'avvento delle nuove terapie ha influito sulle politiche internazionali di disponibilità e di esecuzione del test dell'HIV nelle donne gravide. Rey et al. (1998) hanno riferito i cambiamenti nel tempo dell'offerta del test prenatale in Francia, dove peraltro questo è obbligatorio. Sebbene col tempo l'offerta non sia cambiata, relativamente alla frequenza, si sono registrati invece dei cambiamenti nell'offerta alle donne intenzionate a interrompere la gravidanza (dal 16.4% al 38.1%) e si è inoltre rilevata una maggiore ricerca del consenso (il 38.2% contro il 65.5%). Thorne et al. (1995) hanno studiato 1.754 parti in 21 Centri Europei dimostrando che con il passare del tempo aumenta la probabilità di diagnosi di HIV prima della gravidanza, che passa dal 7 al 65%.

Questi ricercatori hanno stimato che entro i cinque anni successivi al parto, il 14% delle donne sarà deceduto e il 24% sarà giunto allo stadio IV della malattia secondo la classificazione dei CDC. L'avvento delle nuove terapie dovrebbe migliorare queste previsioni.

Le fasi per l'introduzione di questo tipo di counselling dovrebbero comprendere:

Procedura	Commento
1. <i>Informazione e formazione del personale</i>	Essa dovrebbe procedere l'introduzione del test dell'HIV, dovrebbe includere informazioni concrete e lo sviluppo di abilità e dovrebbe essere regolarmente aggiornata, visto il mutare delle informazioni.
2. <i>Servizi di laboratorio e servizi clinici disponibili</i>	L'ambulatorio dovrebbe essere coadiuvato da servizi di laboratorio affidabili e veloci. All'interno dell'ambulatorio dovrebbero essere disponibili ausili informativi come ad esempio opuscoli o cassette audio per le donne analfabete, corredati di relativa traduzione. Dovrebbero essere predisposti spazi riservati e privati per la discussione dei rischi, l'ottenimento del consenso, la garanzia di riservatezza.
3. <i>Introduzione delle tematiche legate all'infezione da HIV nei primi mesi di gravidanza (counselling pre-test)</i>	L'introduzione delle tematiche legate all'infezione da HIV dovrebbe comprendere: <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione e discussione dei rischi • Informazioni sulla prevenzione • Informazioni procedurali • Consenso e tempo di riflessione (senza coercizione) • Eventuale coinvolgimento del partner • Preparazione emotiva • Informazione preventiva
4. <i>Test dell'HIV</i>	Il test può essere effettuato all'interno della struttura prenatale o in luoghi specializzati. Prima del prelievo di sangue, si dovrebbe aver cura di fornire alla donna, ed eventualmente al suo partner, una chiara consulenza sulla preparazione al test e sulla comunicazione dell'esito.

Procedura	Commento
5. <i>Counselling post-test</i>	La comunicazione del risultato costituisce un elemento importante del processo e i risultati negativi non dovrebbero essere dati per scontati. Le donne dovrebbero avere l'opportunità di riflettere, di pensare alla protezione futura e di esprimere ogni emozione legata alla procedura.
6. <i>Risultati positivi</i>	<p>Per le donne positive al test i seguenti punti sono di vitale importanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Counselling immediato • Accesso immediato alle cure specializzate, possibilmente nel corso dello stesso appuntamento • Sostegno emotivo • Informazioni scritte di supporto desunte dal counselling pre-test relativamente alla conduzione e agli interventi (in questa fase le donne riceveranno un numero limitato di informazioni concrete). • Strumenti di sostegno immediato, soprattutto gruppi di auto-aiuto • Appuntamenti di controllo • Piano terapeutico • Counselling durante questo processo
7. <i>Gravidanza in presenza dell'infezione da HIV</i>	<p>Alle donne dovrebbero essere assicurate cure di elevata qualità in gravidanza. Si dovrebbe riservare ampio spazio alla discussione di interventi quali: terapia antiretrovirale, esclusione dell'allattamento al seno, e possibilità di parto cesareo elettivo.</p> <p>Si dovrebbe provvedere a designare una persona per garantire la continuità delle cure ostetriche e la donna dovrebbe essere rassicurata sul parto.</p> <p>L'incontro con i servizi pediatrici dovrebbe iniziare durante la gravidanza al fine di rassicurare la donna.</p> <p>Si dovrebbero affrontare le problematiche legate allo svelare la propria sieropositività e alla riservatezza delle informazioni.</p> <p>Lo stato di salute psichica dovrebbe essere tenuto sotto controllo, soprattutto relativamente alla possibilità di atti di autolesionismo (sebbene rari in gravidanza).</p>
8. <i>Travaglio e parto in presenza di infezione da HIV</i>	<p>Molto prima del travaglio e del parto le donne devono affrontare innumerevoli decisioni. Le sperimentazioni cliniche hanno posto in luce l'efficacia di alcuni interventi nella riduzione della trasmissione verticale, purtroppo ancora associati a fattori sconosciuti. Essi comprendono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia antiretrovirale <ul style="list-style-type: none"> • effetti a lungo termine; • possibili effetti teratogeni sul bambino, implicazioni relative al trattamento farmacologico e alla farmacoresistenza nella madre; • futura gestione della malattia da parte della madre; • effetti del trattamento sui bambini che comunque sarebbero nati non infetti. 2. Parto cesareo

Non tutte le donne vengono diagnosticate come sieropositive durante la gravidanza. Per le donne sieropositive le problematiche legate alla riproduzione dovrebbero costituire un tema centrale nella loro cura per l'HIV. Questi gli aspetti del counselling da affrontare:

- concepimento e sicurezza;
- decisione di concepire in presenza di infezione da HIV;
- sostegno ai percorsi decisionali;
- conoscenza completa ed aggiornata dei progressi e dei passi avanti nel trattamento e nella comprensione, con particolare riferimento alla riduzione della trasmissione verticale;
- pianificazione del futuro e ruolo del bambino nella loro vita;
- provvedere al bambino;
- adeguamento dello stile di vita alla riproduzione;
- maternità e paternità;
- l'HIV nella famiglia.

Per alcune donne, l'HIV può rappresentare un ostacolo alla riproduzione e il counselling dovrebbe affrontare le emozioni legate alla delusione o all'adattamento a tale decisione. La riproduzione riveste un ruolo chiave in molte società e per tante donne la gravidanza costituisce un aspetto fondamentale del proprio sé e dell'espressione relazionale. Adeguarsi alle decisioni prese in merito all'idea di procedere o viceversa di astenersi da una gravidanza è un compito arduo. Si dovrà concedere alle donne il tempo e lo spazio necessario, in un'atmosfera scevra di giudizio, per poter valutare le loro esigenze personali, stimolare le loro decisioni, rivalutare il ragionamento che le sottende e adeguarsi ad eventuali scelte diverse. Alcune donne potrebbero desiderare il coinvolgimento del loro partner nel counselling mentre altre potrebbero volere un'informazione solo personale. Si dovrebbe pertanto ipotizzare un insieme delle due soluzioni. Tuttavia, in alcune donne, l'infezione da HIV non influenza né i desideri né i comportamenti in tema di riproduzione, e si dovrà prevedere quindi un aiuto per le loro esigenze particolari e specifiche fra cui: consigli sul concepimento, rassicurazioni sulla mancanza di prove in merito a presunti effetti negativi della gravidanza sul decorso della malattia, la gamma di interventi disponibili per loro e i loro bambini, il tipo di cure disponibili e le possibilità realistiche di affrontare i potenziali esiti negativi. Le donne hanno bisogno di sondare gli effetti che situazioni quali la malattia del bambino, la genitorialità "troncata", la separazione o la malattia possono esercitare sulla loro capacità di adattarsi e di affrontare la situazione. Olaitan et al. (1997) hanno rilevato una crescente richiesta di consulenza in tema di fertilità da parte di donne sieropositive. Delle 183 donne esaminate, 9 si sono sottoposte ad esami e/o trattamenti anti-sterilità prima della diagnosi di sieropositività e 8 successivamente ad essa. Per tre di esse la diagnosi di infezione da HIV è stata formulata durante il test che precede precedente la terapia IVF, anti-sterilità. Sei donne hanno rifiutato ulteriori trattamenti antisterilità, dopo aver scoperto il loro stato di sieropositività. Nessuna delle donne che ha richiesto cure antisterilità è rimasta incinta. Gli autori sollevano i dilemmi etici che il personale si trova a dover affrontare in questi casi. Il counselling e il sostegno a lungo termine forniti alle donne rivestono un ruolo centrale nel loro adattamento alla malattia. Molte di esse hanno trovato nei gruppi di auto-aiuto e auto-sostegno una fonte di supporto e di espressione. L'espe-

rienza in alcuni centri ha dimostrato che spesso le donne ricorrono alle attività di counselling, tuttavia alcune le hanno trovate di difficile accesso e utilizzo. Alcuni ostacoli possono essere riferiti al ruolo delle donne, a fattori correlati all'infezione, come l'uso di sostanze stupefacenti o l'appartenenza etnica, ed al frequente riscontro che le donne considerano prioritaria la cura dei loro cari a spese della propria. Questo sacrificio può essere controbilanciato soltanto se gli operatori tengono conto delle esigenze delle donne, adattando i Servizi di conseguenza.

Donne sieropositive

L'infezione da HIV nelle donne scatena un ampio spettro di reazioni, sia a livello emotivo che fisico. L'avvento delle nuove terapie combinate e le nuove speranze che esse portano con sé devono essere mitigate dalle conoscenze ancora incerte, dai risultati a breve termine attualmente disponibili su tali terapie, dal fatto che non tutte le donne rispondono ai trattamenti e dalla sfida di dover affrontare repentini cambiamenti per quelle che invece danno una risposta positiva.

I cambiamenti sono legati al riadattamento ad una vita senza malattia. Ciò può trasformarsi in una sfida emotiva per molte donne, soprattutto per quelle che hanno modificato il loro stile di vita per adattarsi alla malattia, presente o futura, e che ora scoprono di dover pensare alla vita sotto una nuova luce. Il regime richiesto dalla terapia combinata può interferire notevolmente sulla loro vita quotidiana. L'assunzione sistematica dei farmaci rimanda costantemente alla malattia o alla potenziale malattia e le preoccupazioni legate all'osservanza del piano terapeutico e alle eventuali dimenticanze possono esacerbare i timori, piuttosto che garantire una totale aderenza.

Thorne et al. (1996) hanno riferito sulle modalità di acquisizione dell'infezione in 1.690 donne di 7 Paesi registrate nell'*European Collaborative Study*. Essi hanno rilevato che nella maggior parte dei casi le donne erano di razza bianca, primipare, sposate o conviventi e nate in Europa. I due terzi avevano trascorsi di tossicodipendenza per via endovenosa (IDU), il più delle volte da eroina. Sebbene i modelli di trasmissione variassero da centro a centro, è stato riscontrato un relativo aumento della trasmissione eterosessuale nel periodo dello studio. Un passato caratterizzato dallo scambio di siringhe infette fra donne che facevano uso di droghe per via endovenosa si è rivelato un'esperienza piuttosto comune, ma è stato registrato un significativo calo di tale comportamento durante la gravidanza nel periodo 1987-1994.

Molte donne riportano una serie di fattori specificamente femminili correlati all'infezione da HIV. La seguente tabella (Tab. 2) riassume alcuni studi recenti da cui emergono le principali aree di interesse relative alle donne sieropositive, di cui si dovrebbe tener conto nel dispensare le cure.

Tab. 2: Selezione di studi che descrivono i problemi psicosessuali, relazionali e di salute mentale nelle donne con infezione da HIV.

Studio	Dettagli del campione	Risultati
Meyer-Bahlburg et al., 1993	Tossicodipendenti che fanno uso di droghe per via endovenosa	Calo del desiderio sessuale
Brown e Rundell, 1990	Infezione eterosessuale	Minore impulso sessuale e calo dell'attività sessuale
Brown et al., 1991	Studio prospettico in donne HIV positive	Un terzo delle donne riportava un disturbo ipoattivo del desiderio sessuale
Hankins et al., 1997	161 donne sieropositive	Nell'84% dei casi è stato rilevato un periodo di adattamento sessuale. Le donne che facevano uso di droghe per via endovenosa, con una maggiore probabilità di rapporti sessuali frequenti, erano invece anorgasmiche e desideravano rapporti meno frequenti. In generale, l'utilizzo del preservativo da parte del partner era sporadico.
Hankins et al., 1998	392 donne sieropositive	Il 71.2%, donne con CD4+ > 200/microl presentava maggiori probabilità rispetto alle donne con CD4+ < 200/microl di condurre una vita sessualmente attiva. Il 90.3% delle 279 donne sessualmente attive utilizzava dei metodi contraccettivi. I casi di gravidanza nell'anno precedente la diagnosi sono stati 24.5 e sono scesi a 8.3 dopo la diagnosi. Il TOP nelle 20 settimane precedenti la diagnosi era di oltre tre volte superiore rispetto al periodo successivo alla diagnosi. L'intervento terapeutico con AZT non ha influito sulla percentuale delle gravidanze, mentre il "TOP-rate" è calato in maniera significativa.
Irwin, 1996	240.000 donne adulte americane	Irwin et al. (1997) hanno rilevato che l'accettazione del test dell'HIV e del counselling era collegata alla conoscenza personale del rischio, dei comportamenti a rischio e della valutazione costo-beneficio da parte della paziente.
Sherr et al., 1997	100 donne sieropositive londinesi	Rivelazione dello stato di malattia, problematiche con il partner, casi multipli di infezione all'interno della famiglia, tematiche etniche e relazionali significative per le donne che convivono con l'HIV. Il peso in termini di salute mentale risultava significativo, con presenza sistematica di idee suicidarie.

In uno studio condotto su 161 donne HIV positive, Hankins ha riscontrato che, sebbene l'attività sessuale inizialmente risentisse della diagnosi, essa cresceva nel tempo, soprattutto in presenza di un intervento di counselling focalizzato sul sesso sicuro, su una attività sessuale soddisfacente e sugli strumenti atti a promuovere il *"decision-making"* nella sfera sessuale. Gli effetti indiretti della cura della tossicodipendenza potrebbero ottenere il risultato di ridurre l'attività di prostituzione nelle tossicodipendenti che se ne avvalgono quale mezzo per procurarsi un reddito.

Molte donne si trovano in coppie "discordanti". In questi casi, o la donna è sieropositiva e il suo partner (occasionale o stabile) è negativo o le donne sono partner sieronegative di uomini sieropositivi per l'HIV. La discordanza riveste un ruolo emotivamente molto pesante, e la direzione della discordanza pare influire sul comportamento. Alcuni studi hanno dimostrato che quando le donne sono vulnerabili all'infezione da HIV, esse si trovano spesso nella posizione di godere di minori diritti, minore capacità di negoziazione e maggiore vulnerabilità in termini di dipendenza finanziaria e sociale. McKenna et al. (1997) hanno riportato i dati relativi ad un programma volto a fornire il test dell'HIV e il counselling di coppia a favore di 3.500 persone nello Zambia. Nel 23% dei casi si trattava di partner "concordanti" relativamente all'infezione da HIV, nel 57% erano sieronegativi e nel 20% erano "discordanti", con un partner positivo ed uno negativo. La rapida comunicazione dei risultati è stata accolta con favore dai pazienti. Questi programmi devono essere realizzati unitamente ad un percorso di counselling rivolto alle coppie sieropositive e alle coppie "discordanti".

Madge et al. (1997) hanno riscontrato che solo il 65% di donne sieropositive, si è rivolto al medico di base nell'anno precedente la diagnosi di infezione da HIV, e solo il 14% ha discusso di tale argomento con il proprio medico. Perciò le donne, spesso, presentano la malattia in fase sintomatica, in quei casi in cui le strutture di assistenza sanitaria di base non si assumono appieno il ruolo di cura dell'HIV nelle donne.

Sherr et al. (1997) hanno esaminato i fattori etnici, relazionali, quelli legati alla salute fisica ed alla salute mentale, di una coorte di donne sieropositive che si sono rivolte ad un consultorio di Londra (n=100). Il 49% apparteneva a una minoranza etnica. Il test per l'HIV è stato spesso effettuato per la presenza di sintomi o per la malattia del partner. Una donna su cinque ha rivelato il suo stato soltanto ad una persona o non l'ha comunicato affatto. Le donne appartenenti a minoranze etniche erano quelle che, con maggiori probabilità, non intendevano rivelare il loro stato di malattia. Il 47% delle donne aveva complessivamente 100 bambini ed una maggiore natalità è stata riscontrata nelle famiglie appartenenti a minoranze etniche; il 28% dei bambini è stato sottoposto al test per HIV e in cinque di essi è stata riscontrata una sieropositività; il 9% dei bambini era nato successivamente alla diagnosi di HIV. Diciannove donne avevano interrotto una o più gravidanze, la maggior parte prima della diagnosi di sieropositività. I tre-quarti del campione avevano un partner e 56 casi erano a conoscenza del suo stato sierologico. Maggiore probabilità di avere figli è stata riscontrata nelle donne con partner sieropositivi. Le donne appartenenti alle minoranze etniche erano più spesso tenute all'oscuro della sieropositività del partner. Il 32% presentava una diagnosi di AIDS, formulata per lo più nel Regno Unito. L'uso degli interventi medici e di counselling era elevato. I problemi ginecologici erano co-

muni (il 49% presentava uno o più problemi) e il 34% era stato ricoverato almeno una volta in ospedale. Sono state registrate molte tematiche di counselling, con variazioni nel tempo. Le problematiche legate al suicidio riguardavano il 13% delle donne (69% ideazione suicidaria, 31% tentativi di suicidio). Molte donne hanno vissuto episodi di vita stressanti, con tutte le relative esigenze di dover far fronte alla situazione. Lo studio pone attenzione all'ampia gamma di problematiche nelle donne con infezione da HIV ed alle differenze sistematiche fra le donne appartenenti o non appartenenti a gruppi etnici e tra quelle con o senza figli. L'intervento di counselling dovrebbe quindi essere flessibile, al fine di potersi adattare alle precipue situazioni delle donne interessate. Sono dunque numerosi gli aspetti del counselling da prendere in considerazione nella pianificazione e nell'erogazione dell'assistenza alle donne. Questi gli aspetti chiave:

- *Salute mentale* - Principalmente cambiamenti d'umore, depressione, ansia, uso di sostanze e dipendenza, condizioni legate allo stress ed intensità emotiva.
- *Uso di sostanze stupefacenti* - L'abuso di sostanze stupefacenti riveste un ruolo importante non solo nella suscettibilità a contrarre l'infezione da HIV, ma anche nell'adattamento e nella capacità di far fronte alla situazione. Si dovrebbero mettere a disposizione forme di aiuto specifiche per la tossicodipendenza, tenendo conto delle particolari esigenze che l'infezione da HIV comporta.
- *Storia naturale* - L'aumento dei dati a disposizione sulla storia naturale dell'infezione da HIV nelle donne dovrebbe continuare e questi dati dovrebbero caratterizzarsi per comunicazione e counselling rivolti alle donne sieropositive. Ciò implica il dover affrontare gli specifici effetti sulla popolazione femminile della replicazione del virus, del trattamento e della risposta. I dosaggi e le considerazioni da fare potrebbero essere molto diverse per le donne.
- *Sopravvivenza a lungo termine* - Solo in pochi si sono occupati degli effetti sulla salute mentale della sopravvivenza a lungo termine, per non parlare dei dati specifici per la popolazione femminile. Gli aspetti rilevanti riscontrati sono quelli legati all'adattamento, alla capacità di affrontare la situazione, alla reazione e, talvolta, al senso di colpa. Queste problematiche devono essere enfatizzate nella nuova era terapeutica.
- *Considerazioni familiari* - Nelle donne, l'infezione da HIV è molto spesso legata in maniera complessa a considerazioni di tipo familiare, che ruotano intorno a questioni come la rivelazione, il sostegno, gli interventi, la riproduzione, la maternità, la separazione e l'assistenza. I Servizi dovrebbero coinvolgere la famiglia e un Servizio che non si prendesse cura delle esigenze del nucleo familiare molto probabilmente metterebbe a repentaglio più le donne che gli uomini o i bambini, considerato che esse spesso mettono la loro cura all'ultimo posto delle loro priorità.
- *Suicidio e fase terminale della vita* - Il suicidio e l'autolesionismo sono comunemente associati alla fase terminale della malattia e tale associazione risulta ben consolidata nell'infezione da HIV (Starace e Sherr, 1998). Si evidenzia una distribuzione bimodale nel tempo, con due picchi, al momento della diagnosi e al momento della malattia o nella fase terminale. In letteratura, si riscontra un numero maggiore di casi di suicidio nella popolazione maschile rispetto a quella femminile, nella quale si registra, invece,

un maggior numero di tentati suicidi. Nessuno studio ha prodotto simili raffronti fra i due sessi per quanto riguarda l'AIDS e l'infezione da HIV, probabilmente perché le percentuali di incidenza sono troppo modeste per studi di una certa consistenza. Tuttavia, le idee suicidarie sono certamente prevalenti nelle donne, come pure gli atti di autolesionismo.

- *Perdita* - Gli effetti della perdita costituiscono un elemento chiave del counselling, resi ancora più difficili dal peso di più perdite che caratterizza l'infezione da HIV. Il peso dell'assistenza e dell'elaborazione del lutto sono dei carichi pesanti. Le perdite sono collegate alla morte, ma anche le molte opportunità perdute e il deterioramento della qualità della vita possono tradursi in altrettante perdite. Il counselling nella reazione al lutto e al dolore deve rivestire un ruolo centrale negli interventi rivolti alle donne.
- *Futuro* - Il futuro in presenza delle terapie combinate rappresenta una sfida per tutti. Le questioni propriamente femminili restano oscure, ma l'esistenza di grandi coorti di donne può consentire di produrre risultati specifici sul mondo femminile a partire dai nuovi dati e conoscenze oltre che dall'avvento di provvedimenti mirati alle donne.

Conclusioni

Come rileva Sherr (1995), l'AIDS e l'infezione da HIV possono minare i progressi già realizzati dalle donne. Nel prossimo decennio assisteremo ad una crescente sfida all'AIDS. Si dovranno trovare modi innovativi di assistenza sanitaria rivolti alle donne. Il XX secolo ha assistito a molti sconvolgimenti e cambiamenti dell'universo femminile. È in tale contesto che si innesta l'HIV. Un buon counselling affronta sia costi e benefici del test HIV per le donne, sia la gravidanza e la decisione riproduttiva, così come l'adattamento emotivo alla malattia. È importante ricordare che molte donne continuano a condurre una vita fruttuosa e significativa pur con il virus HIV e molte di esse, inoltre, intraprendono e mantengono relazioni durevoli in presenza della malattia. Sebbene il futuro sia carico di speranze, le promesse non mantenute nei riguardi delle donne non possono essere ignorate. Nel Regno Unito il calo complessivo del 23% dei nuovi casi di AIDS registrato negli ultimi anni, cela in realtà un effettivo calo del 27% nella popolazione maschile ed un reale aumento del 4% in quella femminile. Non è questo il momento di riposare sugli allori.

Bibliografia

1. Amaro H., " *Love, sex, and power. Considering women's realities in HIV prevention* ", [Review] [80 refs], *American Psychologist*, 50(6):437-47, 1995 Jun.
2. Belcher L., Kalichman, S., Topping M., Smith S., Emshoff J., Norris F., & Nurss J., " *A randomized trial of a brief HIV risk reduction counselling intervention for women* ", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 856-86, 1, 1998.
3. Bergenstrom A., Sherr L., " *HIV testing and prevention issues for women attending termination clinics* ", *The British Journal of Family Planning*, in press July 1999.
4. Brown G., Rundell J., " *Prospective study of psychiatric morbidity in HIV seropositive women* "

- without AIDS General Hospital Psychiatry* , 12 p 30-5, 1990.
5. Brown G., Rundell J., Pace J., Zachary R., and Kendal S., " *Psychiatric morbidity in early HIV infection in women results of a 4 year prospective study* ", Biopsychosocial aspects of HIV, Amsterdam 1991, Abstract p 21.
 6. Eldridge G., St. Lawrence J., Little C., Shelby M., & Brasfield T., " *Barriers to condoms use and barrier method preferences among low-income African-American women* ", Women and Health, 23, 73-89, 1995.
 7. Eldridge G., St. Lawrence J., Little C., Shelby M., & Brasfield T., Service J., & Sly K., " *Evaluation of an HIV risk reduction intervention for women entering inpatient substance abuse treatment* ", AIDS Education and Prevention, 9 (A), 62-76, 1997.
 8. Finelli L., Budd J., Spitalny K., " *Early syphilis relationship to sex, drugs, and high risk behavior from 1987-1990* ", Sexually Transmitted Disease, 20, 89-95, 1993.
 9. Fournier A., & Carmichael C., " *Socioeconomic influences on the transmission of human immunodeficiency virus infection: The hidden risk* ", Archives of Family Medicine, 7, 214-217, 1998.
 10. Hankins C., Gendron S., Tran T., Lamping D., Lapointe N., " *Sexuality in Montreal women living with HIV* ", AIDS Care. 9(3):261-71, 1997 Jun.
 11. Hankins C., Tran T., Lapointe N., " *Sexual behavior and pregnancy outcome in HIV-infected women* ", Canadian Women's HIV Study, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology, 18(5):479-87, 1998.
 12. Hankins C., Gendron S., Tran T., Lamping D., Lapointe N., " *Sexuality in Montreal women living with HIV* ", AIDS Care vol 9 no 3 p 261-271, 1997.
 13. Ickovics J. & Yoshikaw H., " *Preventive interventions to reduce heterosexual HIV risk for women: Current perspectives, future directions* ", AIDS, 12 (suppl A), 197-208, 1998.
 14. Kamb, M., Fishbein, M., Douglas J., Rhodes F., Rogers J., Bolan G., Zenilman J., Hoxworth T., Malotte D., Latesta M., Kent C., Lentz A., Graziano S., Byers R., Peterman T. and the Project Respect Study Group, " *HIV /STD prevention counselling reduces high risk behaviors and sexually transmitted diseases: Results from a multi-center, randomized controlled trial (Project RESPECT)* ", Journal of the American Medical Association, 280, 1161. (1998).
 15. Meyer Bahlburg H., Nostlinger C., Exner T., Ehrhardt A., Gruen R., Lorenz G., Gorman J., El Dadr W., Sorrell S., " *Sexual function in HIV + and HIV- injected drug using women Jnl of Sex and Marital therapy* ", 19 p 56-68, 1993.
 16. Newell ML., Parazzini F., Mandelbrot L., Peckham C., Semprini A., Bazin B., Darbyshire J., Sanchez E., Pardi G., " *A randomised trial of mode of delivery in women infected with the human immunodeficiency virus* ", British Journal of Obstetrics & Gynaecology. 105(3):281-5, 1998 Mar.
 17. NIMH Multisite HIV Prevention Trial, " *The NIMH Multisite HIV Prevention Trial: Reducing sexual HIV risk behavior* ", Science, 280, 1889-1894, 1998.
 18. Ratnam S., Hogan K., Hankins C., " *Prevalence of HIV infection among pregnant women in Newfoundland* ", CMAJ. 154(7):1027-32, 1996 Apr 1.
 19. Sherr L., Bergenstrom A., Bell E., McCann E., Hudson C., " *Ante-natal HIV screening and ethnic minority women Health Trends* ", Vol 30 no 4 p 115-120, 1999.
 20. Stewart DE., " *Women's health comes of age* ", CMAJ. 157(12):1711-2, 1997.
 21. St. Lawrence JS., Eldridge GD. Brasfield TL., " *Behavioral and psychosocial consequences of HIV antibody counselling and testing with African American women* ", Womens Health. 4(2):135-53, 1998 Summer.
 22. St. Lawrence J., Eldridge G., Reitman D., Little C., Shelby M., & Brasfield T., " *Factors influencing condom use among African-American women: Implications for risk reduction interventions* ", American Journal of Community Psychology, 26, 7-28, 1998.

23. Thorne C., Newell ML., Dunn D., Peckham C., "Characteristics of pregnant HIV-1 infected women in Europe", *European Collaborative Study, AIDS Care*, 8(1):33-42, 1996 Feb.
24. Weinstein N., "Unrealistic optimism about susceptibility to health problems", *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 441-460, 1982.
25. Stewart D., "The case for including women in health research", Paper presented at The International Congress of Women in the Health Care System, Vienna March 1997.
26. Ratnam S., Hogan K., Hankins C., "Prevalence of HIV infection among pregnant women in Newfoundland", *CMAJ*, 154(7):1027-32, 1996 Apr 1.
27. Newell ML., Parazzini F., Mandelbrot L., Peckham C., Semprini A., Bazin B., Darbyshire J., Sanchez E., Pardi G., "A randomised trial of mode of delivery in women infected with the human immunodeficiency virus", *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 105(3):281-5, 1998 Mar.
28. Thorne C., Newell ML., Dunn D., Peckham C., "Characteristics of pregnant HIV-1 infected women in Europe. European Collaborative Study", *AIDS Care* 8(1):33-42, 1996 Feb.
29. Thorne C., Newell ML., Dunn D., Peckham C., "The European Collaborative Study: clinical and immunological characteristics of HIV 1-infected pregnant women", *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 102(11):869-75, 1995 Nov.
30. St. Lawrence JS., Eldridge GD., Brasfield TL., "Behavioral and psychosocial consequences of HIV antibody counselling and testing with African American women", *Women's Health*, 4(2):135-53, 1998 Summer.
31. Rey D., Obadia Y., Carrieri MP., Moatti JP., "HIV screening for pregnant women in south eastern France: evolution 1992-1994-1996", *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 76(1):5-9, 1998 Jan.
32. McKenna SL., Muyinda GK., Roth D., Mwali M., Ng'andu N., Myrick A., Luo C., Priddy FH., Hall VM., Von Lieven AA., Sabatino JR., Mark K., Allen SA., "Rapid HIV testing and counselling for voluntary testing centers in Africa", *AIDS*, 11 Suppl 1:S103-10, 1997 Sep.
33. Rogers MF., "Epidemiology of HIV/AIDS in women and children in the USA", *Acta Paediatrica*, Supplement, 421:15-6, 1997 Jun.
34. Irwin KL., Valdiserri RO., Holmberg SD., "The acceptability of voluntary HIV antibody testing in the United States: a decade of lessons learned", *AIDS*, 10(14):1707-17, 1996 Dec.
35. Madge S., Olaitan A., Mocroft A., Phillips A., Johnson M., "Access to medical care one year prior to diagnosis in 100 HIV-positive women", *Family Practice*, 14(3):255-7, 1997 Jun.
36. Olaitan A., Reid W., Mocroft A., McCarthy K., Madge S., Johnson M., "Infertility among human immunodeficiency virus-positive women: incidence and treatment dilemma", *Human Reproduction*, 11(12):2793-6, 1996 Dec.
37. Sherr L., Barnes J., Elford J., Olaitan A., Miller R., Johnson M., "Women with HIV disease attending a London clinic", *Genitourinary Medicine*, 73(4):274-9, 1997 Aug.
38. Starace and Sherr, "Suicidal behaviours euthanasia and AIDS", *AIDS*, vol. 12 no 4 p 1998.
39. Sherr L., "AIDS and the Heterosexual Population", Harwood Academic Publishers, Switzerland, 1995.
40. Sherr L., "Women and Power: Issues Surrounding HIV/AIDS and Pregnancy", in *AIDS Education, Interventions in Multi-Cultural Societies* pp. 103-112, Ed. Inon I Schenker, Galia Sabar-Friedman and Francisco S. Sy, 1996.
41. Sherr L. (in press), "Women Health and the Mind", John Wiley and Sons Chichester.

LEGISLAZIONE, COUNSELLING E ASSISTENZA SANITARIA PER PROSTITUTE IMMIGRATE



Camillo Smacchia, Paola Paon

Unità Operativa BDS, SER.T. A.S.L. n. 22, Bussolengo (Verona)
Progetto Regionale: Iniziative Sanitarie in materia di Immigrazione
(DGR n° 5105 del 28/12/98)

La legislazione regionale in materia di immigrazione

Questo *excursus* legislativo si propone di evidenziare alcuni dei “paletti” che danno confini, ma conferiscono significato, al nostro intervento a favore delle persone prostitute immigrate. Nell’ambito di un argomento alquanto vasto e strettamente collegato a quanto definito dalla legislazione nazionale, verranno trattati quasi esclusivamente gli elementi relativi all’assistenza sanitaria e all’integrazione sociale degli immigrati extracomunitari. Con il proposito di agganciarvi i “perché” di un Servizio per prostitute immigrate e di stimolare una riflessione su come siano state “messe a frutto” le opportunità legislative date dalla Regione Veneto in sintonia con le risorse degli operatori.

LEGGE REGIONALE 30 GENNAIO 1990, N. 9 “INTERVENTI NEL SETTORE DELL’IMMIGRAZIONE”

Anticipando di circa un mese la conversione del D.L. 943/86 nella legge “Martelli”¹, la Regione del Veneto promulga la legge n. 9 del 30 gennaio 1990, che segue le direttive del decreto nazionale, con conseguente abrogazione della precedente normativa regionale relativa agli extracomunitari².

Nello spirito di apertura e di possibile integrazione degli immigrati, in particolare extracomunitari, nel nostro tessuto sociale, essa specifica accuratamente le modalità di costituzione, gli obiettivi ed il funzionamento della Consulta Regionale per i problemi dei lavoratori extracomunitari e delle loro famiglie. Stanzia inoltre contributi per la strutturazione dei centri di prima accoglienza (art. 5) e per il reperimento di alloggi da destinare agli immigrati (art. 6).

¹ L. 28 febbraio 1990, n. 39: “*Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini extracomunitari ed apolidi già presenti nel territorio dello Stato*”.

² L.R. 28/84 e successiva L.R. 18/89.

Non altrettanto esaustive le disposizioni sull'assistenza sanitaria (art. 4), che confermano la parità di condizioni con i cittadini italiani per gli immigrati "che dimorano nel territorio regionale", ovvero regolarizzati a tutti gli effetti. Gli immigrati entrati clandestinamente, o caduti nella posizione di irregolarità per lo scadere del permesso di soggiorno, restano affidati anche per questo aspetto alle iniziative del volontariato.

CIRCOLARE 11 AGOSTO 1994, N. 27

"PROGETTO REGIONALE BENESSERE DONNA E INDIRIZZI APPLICATIVI"

L'input alla costituzione di un'équipe di operatori Ser.T. – Consultorio Familiare, e quindi alla definizione delle prostitute immigrate come nuovo target dell'assistenza sanitaria, è senz'altro dato da questa circolare, con la quale la Regione veneta attua gli obiettivi della Campagna Nazionale "Benessere Donna".

I tre progetti nei quali è articolato il progetto regionale ("Benessere Donna Straniera", "Prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza" e "Percorso - nascita") vengono recepiti dall'allora ULSS n. 26 con delibera dello stesso 1994 e resi operativi negli anni 1995 e 1996. Il target del nostro intervento ci porta ad esaminare, in particolare, il primo di essi.

Progetto Benessere Donna Straniera (BDS)

La formulazione di un progetto rivolto specificatamente alla popolazione femminile straniera testimonia un'attenta osservazione dei mutamenti sociali determinati dal flusso migratorio e della loro interconnessione con l'assistenza sanitaria.

Il "BDS" evidenzia nel Veneto un tasso di abortività elevato e in crescendo ³ presso le donne immigrate (dal 21.07% del 1990 al 32.55% del 1992), a fronte di cifre assai più basse e in diminuzione presso le italiane (dal 5.58% al 5.09% nel medesimo arco di tempo). A ciò si aggiunge l'esiguità dei contatti con i Consultori Familiari sia durante la gravidanza sia nei primi tre anni di vita del bambino.

Il progetto si prefigge, di conseguenza, di ridurre le interruzioni volontarie di gravidanza (lvg) nella popolazione femminile extracomunitaria, mediante l'offerta di adeguate modalità di educazione sanitaria e di facilitarne l'accesso alle strutture pubbliche, in primo luogo ai Consultori.

La circolare 27/94 fornisce strumenti concreti a tale scopo: l'articolo 2, comma 7 introduce alcune "precisazioni" alla legge regionale 9/90 (art. 4), definisce cioè esplicitamente "la gratuità" di tutte le prestazioni sanitarie erogate nel settore della prevenzione, diagnosi e cura delle malattie infettive per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

³ Art. 2,1.

A tutela della maternità, viene stabilito l'accesso gratuito alle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, equiparando le donne immigrate alle italiane.

Alcune note:

* Assieme al successivo DGR 3264/96, la circolare 27/94 costituisce nella Regione Veneto il fondamento per l'assistenza sanitaria agli immigrati non iscritti al SSN, anche se, per il momento, si parla di trattamenti gratuiti solo in campo di medicina preventiva (oltre che di tutela della gravidanza).

* Il progetto " Benessere Donna Straniera " ha, come si diceva, reso possibile la progressiva strutturazione del nostro Servizio che si occupa di un target, quello delle donne prostitute, perlopiù appartenente al " sommerso " degli immigrati. Si tratta infatti di persone entrate o fatte entrare clandestinamente, in parte costrette a cedere forzatamente i propri documenti agli sfruttatori.

DGR N. 3264 DEL 22.07.1996

" PROGETTO SANITARIO IN MATERIA DI ASSISTENZA AGLI IMMIGRATI E AGLI EMARGINATI "

L'opportunità di fornire anche agli stranieri " temporaneamente presenti sul territorio nazionale ", ovvero non in regola con il permesso di soggiorno, i trattamenti relativi alle malattie infettive e diffuse, enunciata nel 1995 con il Decreto Dini ⁴, viene resa esecutiva a livello centrale nel 1996 ⁵.

A seguire la Regione veneta, nella quale queste opportunità erano state anticipate con la circolare 27/94, nel DGR 3264 del 1996, specifica il protocollo sanitario preventivo secondo l'OMS, cioè la serie di trattamenti e di farmaci da erogare gratuitamente agli extracomunitari non iscritti al SSN.

Viene istituita una specifica " tessera sanitaria regionale ", con validità annuale, che reca la dicitura " valida solamente per l'assistenza preventiva e la tutela della maternità responsabile e della gravidanza " (estesa per equità ai cittadini italiani emarginati). Tale tessera viene rilasciata pertanto anche agli immigrati privi di documento di identità, con la " raccomandazione " di preferire ad indirizzi presumibilmente inventati quelli di associazioni o di Servizi ai quali essi fanno riferimento. Il documento è rinnovabile e consente a ciascuna U.L.S.S. di ricevere dalla Regione un contributo di L. 90.000 (per tessera), pari alla valutazione del costo del protocollo in questione, farmaci essenziali inclusi, sempre secondo le stime dell'OMS. La fornitura di tessere, da incentivare al massimo, è finalizzata anche al censimento della popolazione immigrata ed emarginata non registrata ufficialmente.

⁴ D.L. 18 novembre 1995, n. 489: " Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione dell'ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'U.E. "

⁵ Telegramma del ministero della Sanità n. 262 del 3.1.96, che dispone l'attuazione di una parte dell'art. 13 del D.L. 489/95.

La Regione completa l'opera con l'emissione della "CARD sanitaria" tascabile, destinata a sostituire, (o comunque ad affiancare), la tessera sanitaria leggera, nelle quali sono riportate le prestazioni sanitarie gratuite, alcuni elementi di educazione sanitaria ed il "percorso", ovvero le cure già ricevute dal paziente immigrato nelle varie strutture del Veneto.

DGR N. 5105 DEL 28 DICEMBRE 1998 **" INIZIATIVE SANITARIE IN MATERIA DI IMMIGRAZIONE "**

Di recente emanazione, questo documento prosegue ed amplia gli interventi previsti dal precedente DGR 3264/96, confermato dalla linee direttive del " Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" (D.L. n. 286/98) e dal recepimento, nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, della tutela della salute degli immigrati come obiettivo fondamentale. Rispetto al precedente decreto regionale, centrato sulla prevenzione delle malattie infettive e sulla tutela della maternità, con fornitura agli immigrati irregolari della tessera sanitaria " leggera ", il DGR 5105/98 individua una più ampia serie di interventi prioritari. A testimonianza dell'attenta osservazione dei cambiamenti del fenomeno migratorio e nell'ottica di valorizzare iniziative sorte anche nei servizi pubblici, sulla base non solo di quanto previsto dalla legge, ma soprattutto di spirito d'iniziativa e di volontà di canalizzare in questa direzione le proprie risorse. Tra le nuove priorità, citiamo: la formazione del personale socio-sanitario, la valorizzazione del ruolo dei mediatori culturali, la prevenzione delle dipendenze (soprattutto alcool) negli immigrati, l'assistenza alle persone prostitute.

Il Servizio per prostitute immigrate pazientemente costituito dalla nostra équipe, attraverso un non facile percorso di avvicinamento a persone di culture diverse e di organizzazione di risorse umane e materiali non certo sovrabbondanti, entra a questo punto nella storia delle politiche sanitarie sull'immigrazione. Oltre all'ampliamento dei servizi offerti, con il presente decreto, in linea con la vigente legislazione nazionale, pone le basi per un eventuale aumento delle prestazioni sanitarie e dei medicinali fornibili gratuitamente agli irregolari, in particolare quelli indispensabili nel trattamento di patologie importanti (es. diabete, ipertensione). Questa decisione rientrerebbe, a nostro parere, in un intento di alto valore etico, segnando il passaggio da interventi volti prevalentemente a tutelare la popolazione italiana (quelli di medicina preventiva), ad una più attenta risposta ai bisogni di salute degli immigrati. Il nuovo protocollo verrà riportato sulla nuova edizione della " CARD Sanitaria ", di prossima diffusione da parte della Regione, per facilitarne l'applicazione da parte dei Servizi e degli Uffici cui afferiscono gli extracomunitari.

Il fenomeno della prostituzione immigrata

IL MUTAMENTO DELLO SCENARIO DELLA PROSTITUZIONE IN ITALIA E IN EUROPA

Il mutamento verificatosi a livello del fenomeno della prostituzione nel nostro Paese, compresi ovviamente i territori di competenza dei nostri Servizi, riflette quanto verificatosi in

precedenza nel resto dell'Europa. L'ingente migrazione di *sex worker*, dai Paesi del Terzo Mondo e dell'Est europeo, iniziata negli anni '80, ha reso la prostituzione nel nostro continente un fenomeno internazionale e, per l'appunto, "migrante". Termine che non si riferisce solo alla provenienza estera di chi presta la propria opera, come dicono gli addetti ai lavori, nell'industria del sesso dell'Europa del nord, dell'ovest e del sud. Sottolinea infatti anche il carattere di estrema mobilità dei gruppi di prostitute, che compiono vere e proprie migrazioni periodiche o "a catena", sia transeuropee che all'interno dei singoli Paesi. Si può dire che questa ridefinizione dell'universo prostituzione in Italia sia iniziata più di quindici anni fa, con la comparsa, non di certo passata inosservata sulle strade, dei travestiti e dei transessuali, brasiliani. Le prostitute italiane, che oggi esercitano il mestiere per lo più in casa, sono state progressivamente sostituite *on the road* da donne tossicodipendenti, travestiti, transessuali e quindi uomini, ma soprattutto donne, di origine extracomunitaria. L'input al cambiamento è ascrivibile principalmente a due fattori:

1. Il connotarsi dell'Italia come luogo di nuova immigrazione e la scelta di adottare le medesime politiche di forte limitazione dei flussi attuate dai Paesi nordeuropei vent'anni prima. Le richieste d'ingresso a scopo lavorativo sono quindi cadute nelle mani di organizzazioni criminali internazionali, che hanno avuto buon gioco nel "dirottare" verso la prostituzione parte delle donne fatte entrare clandestinamente.
2. Le conseguenze della Legge Merlin ⁶ che, decretando la fine delle case di prostituzione, (art. 1), ha orientato, prima sulla strada e quindi nelle abitazioni, le prostitute italiane.

LE PROSTITUTE IMMIGRATE COME NUOVO TARGET DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE

Immigrazione e clandestinità

Fino a non molti anni fa un intervento sanitario e sociale rivolto ad un target così particolare, qual è quello delle prostitute immigrate, sarebbe stato pressoché impensabile.

Ciò in ordine al fatto che l'immigrazione extracomunitaria in Italia, come si diceva, si è manifestata come rilevante dalla fine degli anni '80. Tale fenomeno ha presentato, soprattutto all'inizio, alcune rilevanti problematiche:

- l'impreparazione della popolazione italiana ad un confronto interetnico diretto, con conseguenti episodi di razzismo o, quantomeno, di emarginazione;
- uno stato di pre-allarme sanitario destato dalla possibilità di importazione di malattie ormai tipiche del Terzo Mondo e dell'infezione da HIV (e di altre MTS) da zone in cui essa è endemica;

⁶ L. 20 febbraio 1958, n. 75: " Abolizione della regolamentazione della prostituzione e lotta contro lo sfruttamento della prostituzione altrui" .

- l'elevato numero di clandestini e di "irregolari", destinati in parte a confluire nel sommerso della devianza e, per quanto ci riguarda, non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale.

La prostituzione immigrata lungo la Statale 11

L'U.L.S.S. n° 22 è interessata (qualcuno direbbe colpita) dal fenomeno prostituzione relativamente ad alcuni paesi del lago di Garda e, soprattutto alla "famosa" strada statale n° 11 che, costeggiando il lato sud-ovest di questo lago, collega Verona e Brescia. L'elevata concentrazione di *sex worker* provenienti soprattutto da Nigeria, Albania e dai Paesi dell'Est europeo, ha periodicamente sollevato non poche questioni sia relative all'ordine pubblico, sia alla loro assistenza sanitaria e sociale. L'indiscutibile visibilità delle prostitute, dei clienti e del clima malavitoso che gravita attorno ad esse, ha creato nella cittadinanza locale un'evidente intolleranza, sfociata in manifestazioni di piazza e, di riflesso, in proposte di regolamentazione al limite della repressione da parte di alcuni Sindaci. All'aspetto di controllo portato avanti, per ovi motivi di mandato istituzionale, dalle Forze dell'Ordine, si sono dall'inizio affiancati interventi di tutela della salute e di promozione dei diritti civili delle prostitute, sia da parte di associazioni di volontariato religiose e non, sia da parte di Servizi pubblici come il nostro.

L'intervento sanitario

MATERIALI E METODI

Dopo adeguata formazione, inizialmente sostenuta da operatori socio-sanitari del Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute, alcuni operatori del Ser.T. e del Consultorio Familiare di Villafranca (Verona) hanno dato la propria disponibilità ad attivare a livello locale il progetto Benessere Donna Straniera (BDS), così come denominato e promosso dal Ministero della Sanità, a garanzia della gratuità delle prestazioni sanitarie di base erogate. Il reclutamento di queste particolari utenti è avvenuto grazie all'attività informativa di unità mobili a bordo delle quali alcune "mediatrici culturali" informano e stimolano le prostitute ad avvicinarsi al Servizio. Una volta avviato il processo, l'arrivo delle utenti al Servizio si è successivamente mantenuto ed incrementato attraverso il "passa parola" o il consiglio tra le stesse colleghe di lavoro. L'attività ambulatoriale si svolge tuttora presso il Distretto di Villafranca ogni martedì pomeriggio, dalle ore 13 alle ore 17, e usufruisce di tre stanze: una sala d'aspetto, una stanza per la compilazione della cartella e per prelievi ematici ed un gabinetto medico-ginecologico; vi operano sei figure professionali: un medico internista, un medico ginecologo, un'ostetrica, due infermiere professionali e un'educatrice. Per ogni paziente viene compilata una cartella (oggi informatizzata) concernente dati personali, anagrafici, demografici e migratori, sessuologici e medici. A tutte viene proposta un'indagine sierologica riguardante la ricerca di eventuali patologie diffusibili e sono offerte:

visita medica, visita ginecologica con Pap test, vaccinazione contro l'epatite B. Si effettuano prescrizioni o distribuzione mirata dei prodotti farmacologici necessari, l'eventuale prescrizione di ulteriori indagini di laboratorio o strumentali, medicazioni e piccola chirurgia, la fornitura delle tessere sanitarie con validità annuale (in accordo con le normative regionali). È attiva inoltre, come verrà poi descritto, una consulenza specifica per gestire correttamente le gravidanze, le interruzioni volontarie di gravidanza e per la contraccezione. Durante il periodo di attività compreso tra il maggio '96 e il giugno '98 sono state accolte 156 pazienti, e per tutte è stata aperta una cartella di accoglienza. Esponiamo, di seguito, il risultato dei dati raccolti sotto forma di analisi descrittiva.

RISULTATI

156 sono state le prostitute giunte alla nostra osservazione in due anni circa di attività (maggio 1996-giugno 1998). La loro età è compresa tra i 17 e i 36 anni, ma l'85% di queste ha un'età compresa tra i 17 e i 27 anni. 114 sono nubili, 18 coniugate, 19 separate o vedove. La provenienza si è così distribuita. 96 provengono dall'Est europeo, 50 dall'Africa, 7 dai Paesi UE e 3 dal Sud America.

Dall'indagine condotta è emerso che 59 delle intervistate sono in Italia da un periodo compreso tra "qualche giorno" fino a "6 mesi"; 47 da circa 1 anno e 50 da più di un anno. Rispetto al campione complessivo, 100 di esse hanno dichiarato di risiedere a Verona, 40 in paesi della riviera gardesana e 15 in altre province. Per quanto attiene alla scolarità, solo 1 di esse risulta essere analfabeta, 10 hanno la scolarità elementare, 63 sono in possesso di licenza media, 49 di diploma di scuola media superiore, mentre 14 hanno frequentato una scuola professionale e 5 sono laureate.

La maggior parte di loro (112) sceglie l'auto come luogo di lavoro, mentre 14 sono in grado di esercitare in albergo, 9 in appartamento e 6 non hanno specificato il luogo. Il numero dei rapporti mercenari settimanali è risultato essere compreso tra i 61 e i 100 per 27 di esse; tra 31 e 60 per 39, mentre 45 dichiarano dalle 10 alle 30 prestazioni settimanali. Le utenti dichiarano inoltre che circa il 51,2% dei loro clienti chiede rapporti sessuali non protetti (specificamente riferito al condom) essendo disposti ad un aumento della tariffa. L'uso di contraccettivi diversi dal preservativo viene dichiarato solo da 9 di esse.

Il 46% delle utenti, infine, riferisce di lavorare anche durante le mestruazioni. Per quanto attiene agli aspetti strettamente sanitari, delle 156 pazienti osservate, 114 hanno accettato di sottoporsi a prelievo ematico, mentre 95 sono state le richieste di visita internistica o di medicina generale. All'ingresso 131 hanno richiesto la visita ginecologica, 53 per flogosi vulvo-vaginale, 46 per richiesta di IVG, 22 per contraccezione, 31 per un controllo in assenza di patologie dichiarate, 8 per patologie che hanno portato ad un ricovero ospedaliero. Sei donne gravide sono state seguite fino al parto. Delle 52 donne gravide, ben il 75% proveniva dall'Est europeo. 63 sono stati i Pap test eseguiti, di cui 22 negativi, 34 flogistici e 7 displasici; 48 Pap test non sono stati eseguiti per gravidanza in atto, 35 per evidente flogosi vaginale. Le indagini sierologiche hanno dato i seguenti risultati: 116 (80.5%) pazienti sono risultate positive per anticorpi anti virus dell'epatite A, 73 (50.7%) di esse

hanno mostrato pregresso contatto con il virus dell'epatite B (6 di esse erano in fase attiva), 5 (3.4%) sono risultate positive per anticorpi dell'epatite C (ma una di esse ha denunciato pregresso uso di sostanze per via iniettiva). 7 sono stati i casi diagnosticati positivi per HIV, tutti registrati in donne africane.

A questo proposito si segnala che nessuna di loro si è dichiarata tossicodipendente, né ha riferito precedenti trasfusioni di sangue. 9 pazienti (6.3%) sono risultate positive per VDRL, TPHA e a successivi test di conferma (FTA-ABS, IgM anti-treponema) e in un unico caso era presente lesione luetica in fase attiva. Di queste 9 pazienti, 2 sono nigeriane, 5 ucraine, 1 rumena e 1 della ex Jugoslavia. 3 sono state le diagnosi di scabbia.

Da rilevare infine che più dell'80% delle prostitute afferenti al nostro Servizio successivamente si è ripresentata per ulteriori controlli, il ritiro degli esami, e per consulenze varie.

DISCUSSIONE

I dati emersi evidenziano che circa il 70% delle prostitute afferenti al nostro Servizio proviene dall'Est europeo e di queste quasi il 40% solo dall'Albania. Questo aspetto appare in linea con il trend dei recenti flussi migratori nel nostro Paese. Pur tenendo conto della loro condizione di clandestinità, il fatto che l'80% circa delle persone esaminate si ripresenti ai controlli successivi, ci fa ipotizzare che, nella medesima percentuale, esse abbiano stabilito il loro domicilio a Verona, così come, peraltro, è confermato dalle dichiarazioni sul loro domicilio. Sembra quindi disegnarsi una certa qual stanzialità. Tutto ciò appare importante anche per una progettazione futura di piani e progetti articolati di educazione sanitaria.

Colpisce la discrepanza tra il buon livello culturale medio e la scarsa propensione ad attuare misure precauzionali sia relativamente alla contraccezione, sia dal punto di vista sanitario generale. Tutto ciò potrebbe essere la conseguenza di una condizione di subordinazione anche psicologica o di mera rassegnazione, nonché essere un fenomeno legato alla perdita dei fondamentali legami etnico-culturali che, in situazioni come queste, sono bruscamente e drammaticamente stravolti.

È questo che ci fa immaginare perché, nonostante si supponga una certa conoscenza dei metodi contraccettivi, vista la politica di controllo delle nascite attuata dai paesi ex-comunisti, ci sia stato un così alto numero di richieste di lvg.

A questo corrisponde un altro dato altrettanto sconcertante, concernente la percentuale della clientela maschile che chiede di non usare il profilattico. Se questo è vero, nonostante le campagne informative attuate dai mass-media nel nostro Paese, si può legittimamente supporre che esse abbiano un'incisività limitata, almeno così come concepite finora. Per quanto riguarda i risultati delle indagini sierologiche, spicca l'alta percentuale d'infezione luetica (6.3%) tra le utenti; il dato atteso è sicuramente superiore alla prevalenza di questa patologia nella media della popolazione generale italiana (0.0008 %, così come riportato sulle tabelle stimate dell'I.S.S.) e nei tossicodipendenti (2-3%); ciò nonostante questa percentuale appare francamente elevata. Se si considerano solamente le pazienti provenienti da Stati dell'ex Unione Sovietica, la percentuale sale al 20.8%; mentre

nelle donne africane complessivamente è del 3.9%.

È altresì significativo il tasso di positività per contatto col virus dell'epatite B, anche se di difficile comparazione in rapporto con il nostro Paese, vista la campagna vaccinale in atto da alcuni anni. Di converso l'alta prevalenza di anticorpi anti-virus dell'epatite A è in linea con la prevalenza di tale patologia nelle regioni depresse dell'Europa. Sorprende che i 7 casi di infezione da HIV registrati, siano a carico esclusivamente della popolazione africana (6 nigeriane), mentre nessun caso di sieropositività per HIV è stato diagnosticato nella popolazione rimanente. La bassa prevalenza di epatite C, di poco superiore ai dati stimati per la popolazione generale, confermerebbe la scarsa infettività della via di trasmissione sessuale. Da registrare inoltre l'alta percentuale di displasia della cervice (circa l'11.1%) evidenziata dall'esecuzione del Pap test.

Vorremmo, in ultima analisi, esporre i possibili fattori che hanno facilitato la compliance del Servizio istituito, visto che l'80% circa delle utenti si sono spontaneamente ripresentate per ulteriori controlli:

- fruibilità del Servizio, dovuta alla compatibilità dell'orario di accesso con i loro tempi di lavoro, alla sua collocazione all'interno di un Distretto (luogo frequentato da chiunque);
- presenza di personale preparato all'accoglienza e al non pregiudizio;
- iniziale intervento di mediatrici culturali per allontanare paure e diffidenze. Anche in ambulatorio è indispensabile il ruolo della mediatrice culturale, ovvero di una persona della stessa nazionalità delle prostitute, non solo per la traduzione delle informazioni, ma anche per rendere comprensibili e quindi accettabili ad altre culture i modelli di intervento tipici della nostra società;
- buona integrazione tra gli operatori del Ser.T e del Consultorio Familiare.

In conclusione possiamo affermare, per esperienza diretta, la fattibilità ed utilità, nel senso dell'Igiene Pubblica, di un tipo di assistenza ambulatoriale così concepito. Pensiamo infine che i dati esposti rappresentino solo una fase preliminare e ci proponiamo di continuare non solo l'arruolamento di nuove pazienti, ma di proseguire il follow-up dei soggetti in carico, per arrivare ad un'analisi statistico-epidemiologica del fenomeno.

Il counselling e l'intervento di educazione alla salute

PROSTITUTE IMMIGRATE: DIFFICOLTÀ E LIMITI NELL'ASSISTENZA SANITARIA

Le persone prostitute immigrate costituiscono, a tutt'oggi, un gruppo di difficile approccio anche dal punto di vista sanitario. Descriviamo alcuni dei fattori che, in base alla nostra esperienza, concorrono a determinare ciò.

- *I limiti imposti dalla legislazione nazionale:* la vigente normativa ⁷ in materia di assi-

⁷ D.L. 25 luglio 1998, n. 286: " *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*".

stenza sanitaria agli immigrati "irregolari" conferma la gratuità per le prestazioni relative alla tutela della gravidanza e della maternità, alla prevenzione e cura delle malattie infettive, alla tutela della salute del minore. Gli altri trattamenti, che il soggetto può peraltro ricevere presso i servizi pubblici, sono a carico dell'utente (salvo accordi internazionali), il che di certo non ne facilita la fruizione.

Questi ostacoli sono in parte stati superati dalla Regione Veneto, che, con le recenti disposizioni già illustrate, ha ampliato la gamma degli interventi erogabili gratuitamente.

- *Le limitazioni alla libertà personale.* Non poche prostitute, soprattutto quelle di immigrazione recente, vivono in condizioni di segregazione, sono cioè costrette a prostituirsi contro la propria volontà e a consegnare il denaro agli sfruttatori, sino al saldo dell'ingente "debito" contratto per entrare in Italia. Ogni loro spostamento è controllato dal "protettore" o dalla collega "passata di grado", sono impediti rapporti sessuali con i clienti, ogni tentativo di sottrarsi alla strada viene punito con violenze fisiche, talora efferate. Tre anni di esperienza nel nostro ambulatorio, unitamente a voci accreditate, ci hanno tolto la benda dagli occhi, cioè l'illusione che la prostituzione immigrata sia qualcosa di meno crudo di un mercato di schiave che prospera nelle nostre società occidentali, opulente e libere.
- *Il timore di provvedimenti (l'espulsione).* La promulgazione della recente sanatoria, che sta consentendo la regolarizzazione di migliaia di immigrati, ha senz'altro ridotto questo rischio nella realtà e, soprattutto, nella loro percezione. In precedenza l'effetto delle frequenti retate da parte delle forze dell'Ordine, con relativi controlli e perquisizioni nelle Questure, ha non di poco ostacolato l'accesso ai Servizi.
- *Le differenze culturali e i loro risvolti nella tutela della salute.* Non è questa la sede per analizzare in modo approfondito il pur affascinante tema delle diversità culturali, né, tantomeno, per azzardare ipotesi sul modello d'integrazione che si affermerà nella nostra società. Ciò che peraltro possiamo notare è che, com'è tipico di un sistema culturale *biancocentrico*⁸, l'orientamento è quello di far assimilare alle persone di colore le norme sociali e, ovviamente, legislative, dell'etnia dominante (la nostra). Sul piano sanitario, l'offerta di alcuni trattamenti si scontra comunque con concezioni relative alla salute e alla cura che si discostano alquanto da quella occidentale. Concretamente ciò si traduce nell'opportunità di far precedere da *counselling* le più elementari pratiche sanitarie (ad esempio un prelievo) per permettere alla persona di sentirsi partecipe, anziché passiva, rispetto ad un intervento fatto su di essa.

QUALE COUNSELLING AL GRUPPO TARGET

Quanto esposto nel precedente paragrafo, nel dare un'idea delle difficoltà che un qualsiasi intervento sanitario o sociale incontra nel rapporto con culture diverse e con situazioni di

⁸ Balbo L., Manconi L., "I razzismi possibili", Idee, pag. 29-31, Feltrinelli, Milano, 1990.

particolare disagio, fornisce altresì la misura di quanto un'attività di counselling sia opportuna.

Non è stato immediato, per noi operatori, rendersi conto che il nostro bagaglio di conoscenze e di risorse, pur collaudato da varie esperienze, mancava di qualcosa nell'incontro con persone appartenenti, come direbbero gli antropologi, a culture "altre". È altrettanto vero che l'incontro col diverso, oltre alle paure e ai dubbi più disparati, suscita sempre scintille di curiosità e di stimolo alla crescita, in quanto si riflette nelle nostre parti più nascoste. L'équipe ha quindi intrapreso un percorso di conoscenza degli aspetti salienti dei gruppi etnici afferenti all'ambulatorio e di formazione ad adeguate modalità di approccio. Training che ci ha permesso di acquisire le competenze per svolgere una "funzione di mediazione culturale" nell'ambito dei nostri ruoli specifici, che va ad affiancare e, in qualche caso, a sostituire, l'intervento delle mediatrici culturali. Il particolare tipo di lavoro delle nostre utenti ci ha portato ad orientare il counselling principalmente in due settori: la prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg) e quella delle malattie a trasmissione sessuale (MTS), in primo luogo l'infezione da HIV. Preferiamo in questa sede affrontare dettagliatamente il counselling relativo alla prevenzione delle Ivg, dal quale si possono comunque dedurre alcuni elementi fondamentali per il secondo aspetto.

LE INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA NELLE PROSTITUTE IMMIGRATE

L'interruzione volontaria di gravidanza, soprattutto per la rilevanza della richiesta, ha costituito un nodo problematico sin dall'apertura del nostro ambulatorio. Ciò ha attivato un percorso, come si diceva, di analisi sulle modalità di counselling da adottare e di riflessione sui significati diversi che fenomeni universali quali la fertilità, la maternità, la sessualità hanno nelle varie etnie di appartenenza delle utenti.

Approfondimenti opportuni soprattutto relativamente alle culture africane (nigeriana e ghanese), fondate su consuetudini e valori che, specie in questi ambiti, si discostano alquanto dai nostri.

Evidenziamo alcuni punti focali.

1. *Attività sessuale e rottura del profilattico.*

I dati raccolti evidenziano che le prostitute di strada sostengono in media un ritmo di rapporti sessuali alquanto elevato, nonché in condizioni spesso precarie (automobile). A fronte di un uso pressoché sistematico del profilattico, come protezione da malattie peraltro non sempre ben conosciute dalle utenti, si verifica pertanto un incremento delle rotture accidentali ed una diminuzione dell'efficacia dello stesso anche come contraccettivo. La quasi totalità delle gravidanze indesiderate è infatti imputabile a questo fattore, anche se l'utilizzo del condom non è un dato pienamente verificabile, essendo una forte richiesta dei clienti di rapporti non protetti in cambio di più denaro.

2. *Uso inadeguato della pillola contraccettiva.*

La maggior parte delle prostitute che si presentano per la prima volta al Servizio non sembra curarsi di prevenire gravidanze che poi, al 99% dei casi, chiede di interrompere. L'alto numero di rapporti sessuali, assieme ad altri motivi, ci ha portato ad iden-

tificare nella pillola il contraccettivo più adatto per loro, l'oggetto, cioè, dei nostri interventi di educazione sanitaria. Si sono peraltro presentati, soprattutto nei primi tempi, alcuni problemi: dall'uso non corretto, nonostante un counselling dettagliato e, ovviamente, nella loro lingua, a posizioni di rifiuto più o meno esplicito.

Quali i motivi di questa diffidenza e quali le cause di fallimento?

Nel corso di questi tre anni ne abbiamo individuati alcuni, cui accenniamo di seguito.

- *L'aborto come mezzo di prevenzione della gravidanza.* In alcune zone dell'Africa nera, presso le popolazioni che vivono nell'indigenza e nella mancanza di istruzione, l'aborto è tuttora un metodo comunemente praticato per evitare le gravidanze non volute.
- *Il bisogno di conferma della propria fertilità.* Tale motivazione vale quasi esclusivamente per le donne africane, per le quali, soprattutto a livello dei ceti più bassi, la maternità costituisce l'unico mezzo per avere un ruolo riconosciuto nella società.
- *La diversa concezione del proprio corpo.* Elementi che, dal nostro punto di vista, potrebbero essere interpretati come mancanza di cura del proprio corpo, sottendono in realtà significati più complessi. La diversa concezione della salute, della malattia e l'abitudine alla medicina tradizionale africana possono spiegare il non ricorso ad interventi sanitari, sia di prevenzione che di cura, per noi scontati.
- *La condizione di sottocultura.* Alcune prostitute di colore, provenienti soprattutto dai villaggi, sono in situazione di analfabetismo o, comunque, a livelli di istruzione molto bassi.
- *La mancanza di libertà.* Questo aspetto, la totale dipendenza di alcune prostitute dagli sfruttatori, le limita inizialmente nel dare fiducia anche a chi offre loro una relazione di sostegno ed un aiuto concreto.

"UNA PILLOLA PER AMICA": PROGETTO DI EDUCAZIONE ALL'USO DEL CONTRACCETTIVO

La conoscenza dei fattori che ostacolano l'utilizzo consapevole e corretto della pillola contraccettiva, ci ha fatto rivedere le modalità di counselling iniziali, nell'ottica di una più attenta considerazione delle diversità culturali. Considerando poi altri elementi, quali la necessità di fornire materiale nelle varie lingue e, come accennato, la condizione di sottocultura in cui versano alcune prostitute, abbiamo progettato un intervento articolato in più fasi, in modo da rispondere nel modo più esaustivo possibile ai bisogni di un target così eterogeneo. In questo progetto, gli obiettivi di educazione sanitaria, in primo luogo di educazione alla contraccezione, costituiscono non solo un mezzo per raggiungere un livello di maggior benessere psico-fisico, ma anche un'opportunità per una prima, seppur parziale, integrazione con persone italiane. Il contatto con gli operatori del Servizio permette, cioè, alle persone prostitute di sperimentare modalità relazionali alternative allo sfruttamento, o comunque ai rapporti mercenari cui sono sottoposte, e l'acquisizione di conoscenze, non solo a carattere sanitario, relative alla nostra cultura. Sono stati poi definiti, nella prospettiva di migliorare il Servizio, obiettivi di formazione per gli operatori dell'équipe. Tracciamo di seguito una sintesi degli obiettivi, delle modalità e degli strumenti individuati.

Obiettivi rivolti al target prostitute immigrate:

- diminuzione delle richieste di interruzioni volontarie di gravidanza;
- incremento della conoscenza del proprio corpo, con riguardo all'anatomia e alla fisiologia dell'apparato riproduttivo;
- approfondimento dei vissuti relativi alla sessualità, alla maternità, al ruolo sociale della donna ;
- acquisizione della corretta modalità d'uso della pillola contraccettiva;
- informazioni sulle leggi italiane relative alla tutela della maternità responsabile e all'Ivg.

Metodologie e strumenti:

- a. produzione di materiale informativo in lingua, tra cui
 - un'*agenda*, in veste grafica appetibile, recante le istruzioni per l'uso della pillola;
 - *videocassette* sulla contraccezione e sull'anatomia e fisiologia dell'apparato riproduttivo;
- b. organizzazione di *gruppi* selezionati in base all'etnia, per approfondimenti delle tematiche in questione;
- c. intervento di *mediatrici culturali* e di utenti coinvolte " alla pari" .

Obiettivi rivolti agli operatori:

- acquisizione della capacità di svolgere funzioni di mediazione culturale per facilitare la riuscita e la compliance degli interventi sanitari e sociali;
- incremento della conoscenza delle culture d'appartenenza delle prostitute afferenti al Servizio, relativamente alle concezioni di salute-malattia, agli atteggiamenti verso la maternità e la sessualità;
- instaurazione di relazioni significative con le utenti, nell'ottica di favorirne una più adeguata integrazione nella nostra società.

Metodologie e strumenti:

- partecipazione a seminari tenuti da esperti nella comunicazione transculturale;
- realizzazione di una rete con le associazioni di volontariato e con altri Servizi impegnati a favore degli immigrati;
- incontri periodici di verifica con mediatrici culturali.

Il tutto nella consapevolezza che il nostro Servizio è solo uno dei tasselli necessari a riscattare le persone prostitute immigrate e con l'intento di dare comunque un messaggio forte di solidarietà.

Non solo una pillola, dunque, per amica.

Ringraziamo il Dott. Antonio Parolin, senza la cui tenacia ed entusiasmo non sarebbe potuto nascere e svilupparsi questo lavoro.

Ringraziamo inoltre i colleghi che hanno contribuito alla nascita e alla prosecuzione dell'ambulatorio: Dott.ssa Paola Tommasi, Dott.ssa Margherita Residori, ostetrica M. Lucia Gios, I.I.P.P. Candida Arzillo e M. Lorena Cordioli e, per la consulenza tecnica, il Dott. Massimo Giacomini.

Bibliografia

1. Arzillo C., Cordioli M. L., " *Prostituzione e immigrazione clandestina: l'organizzazione e l'assistenza di un ambulatorio pubblico* ", Relazione al Congresso UICEMP, Milano, nov. 1998. Atti del Convegno.
2. Balbo L., Manconi L., " *I razzismi possibili* ", Milano, Feltrinelli, 1990.
3. Berger P.L., Luckmann T., " *La realtà come costruzione sociale* ", Bologna, Il Mulino, 1969.
4. Bergher R.E., " *Malattie trasmesse sessualmente* ", Il Pensiero Scientifico Editore, 1994.
5. Caritas di Roma (a cura di), " *Immigrazione – Dossier Statistico '98* ", Roma, Anterem, 1997.
6. Caritas di Verona, " *Maddalena libera* ", Atti del Convegno sul problema prostituzione a Verona, novembre 1998.
7. Coluccia A., Ferretti F., " *Immigrazione–nuove realtà e nuovi cittadini* ", Milano, FrancoAngeli, 1998.
8. Corbin A., " *Donne di piacere* ", Milano, Mondadori, 1985.
9. Dianzani F., Ippolito G., Moroni M., " *Il libro italiano dell'AIDS* ", Mc Graw-Hill Libri Italia, 1994.
10. Geddes M., Berlinguer G., " *La salute in Italia – Rapporto 1996: immigrazione e salute* ", EDS, 1997.
11. Gennari M., D'Andrea M. S., " *Assistenza sanitaria agli extracomunitari irregolari e clandestini. Obblighi del medico* ", Federazione Medica n. 13, 1995.
12. Geraci S., " *Argomenti di medicina delle migrazioni* ", Busseto, Ed. Peritecnes, 1995.
13. Geraci S. (a cura di), " *Immigrazione e salute: un diritto di carta* ", Roma, Anterem Ed., 1996.
14. Geraci S. (a cura di), " *Medicina e Migrazioni. Atti del II Congresso Internazionale* ", Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per l'editoria, Roma, 1992.
15. Gibson M., " *Stato e prostituzione in Italia* ", Milano, Il Saggiatore, 1995.
16. Gios M. L., Cordioli M. L., Arzillo C., " *Prostituzione e immigrazione clandestina: il punto di vista di alcune operatrici sanitarie* ", Relazione al III Convegno Nazionale SIMM, Palermo, giugno 1998. Atti del Convegno.
17. Joppi S., " *Lucciole a Verona* ", Verona, Bonato & Castagna, 1996.
18. Levi-Strauss C., " *Razza e storia e altri studi di antropologia* ", Torino, Einaudi, 1967.
19. Ministero della Sanità – I.S.S., " *Trasmissione sessuale, prostituzione, infezione da HIV* ", COA – Commissione Nazionale AIDS, 1995.
20. Montagna F., Rezza G., Squarcone S., " *Epidemiologia delle principali patologie infettive* " in Prevenzione delle infezioni in odontoiatria: epatiti e AIDS, Ed. Promoas, 1997.
21. Miller E., D'Acquisto L., " *Contraccezione – Aspetti biologici e psicologici* ", Milano, Pythagora Press, 1998.
22. Paon P., " *Immigrati: analisi per un'integrazione possibile* ", Tesi di diploma, Scuola per Educatori professionali- Animatori, Regione del Veneto, Verona, 1991.
23. Paon P., Gios M. L., " *Progetto di prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza in un gruppo di prostitute immigrate. Una pillola per amica* ". Relazione al Congresso UICEMP, Milano, novembre 1998. Atti del Convegno.
24. Perucca P. (a cura di), " *Prostituzione – 100 domande per capire* ", Monza, DEMOS, 1998.
25. Pini G., " *Le leggi sulla prostituzione. Note* ", in Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1875.
26. Smacchia C., " *Profilo preliminare di una popolazione di prostitute clandestine operanti nell'area peri-urbana di Verona* " in Giornale Italiano di Malattie Infettive, Vol .4, n. 5, sett. - ott. '98, UTET Periodici.
27. Smacchia C., et al., " *Immigration, HIV infection and sexually-transmitted diseases in Europe* ",

AIDS Patient Care. In press.

28. Smacchia C. et al., " *Prostituzione, immigrazione, clandestinità* ", STD News, n. 5, settembre 1998, pag. 11-14.
29. Smacchia C., Paon P., Tommasi P., Parolin A., Di Perri G., Concia E., " *Prostituzione, immigrazione, clandestinità: i risultati di due anni di assistenza sanitaria e le prospettive di intervento sociale di un ambulatorio dell'ULSS 22 del Veneto* ". Relazione al III Congresso Nazionale SIMM, Palermo, giugno 1998, Atti del Convegno.
30. Smacchia C., Parolin A., Di Perri G., Vento S., Concia E., " *Syphilis in prostitutes from Eastern Europe* ", The Lancet, February 1999, 21 Vol., 351:572.
31. TAMPEP – " *Transnational STD/AIDS Prevention among Migrant Prostitutes in the European Union* ", Amsterdam, 1994.
32. ULSS N. 22 – Servizio di coordinamento Stranieri, " *Il fenomeno immigratorio nei Comuni dell'ULSS N. 22* ", Bussolengo, 1998.
33. Zampa R., " *I regolamenti sulla prostituzione e la profilassi delle malattie veneree* ", Bologna, Zanichelli, 1883.

**IL COUNSELLING
IN ALCUNE SITUAZIONI PARTICOLARI**

