CAPITOLO 3

LA TRASMISSIONE DELL'INFEZIONE

INFEZIONE DA HIV E COMUNICAZIONE AL PARTNER

(Report preliminare dell'European Group on Contact Tracing and Partner Notification**)**

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni
Sezione di Screening HIV - Sert 1 - ULSS 20 - Verona

in collaborazione con"European Group on Contact Tracing and Partner Notification"
(Avrom Sherr, Lorraine Sherr, Marie France Nicholas, Nuno Ferro, Anne Bergenstrom)

PREMESSA

Nel settore delle malattie socialmente trasmesse, l'apparato statale di molti paesi incentiva, in varie forme, la persona sieropositiva (denominato in termine convenzionale paziente indice) a ricercare attivamente ed a rintracciare tutti i suoi partner sessuali, al fine di informarli della loro esposizione ad un possibile rischio di contagio. Per Paziente Indice si intende la persona che viene riscontrata sieropositiva al test HIV e che non ha ancora affrontato il problema della comunicazione al partner. Il contatto invece è la persona che è ha avuto contatti a rischio, mediante rapporti sessuali non protetti o scambi di siringhe, con il paziente indice negli anni precedenti.
La procedura di notificazione al partner di persona sieropositiva viene raccomandata se associata ad altre strategie di intervento (couselling, test, utilizzo di profilattici), al fine di interrompere precocemente le catene epidemiche.
In termini più specifici per *Contact Tracing* (CT) si deve intendere l'insieme di procedure che l'operatore sanitario esegue, per rintracciare sistematicamente ed attivamente tutti i soggetti che hanno avuto comportamenti a rischio con il paziente indice.
Per *Partner Notification* (PN) si deve intendere la notifica ad una persona, il cui nominativo è stato fornito da un paziente sieropositivo, che ha avuto contatti a ri-

schio con lui, del pericolo che ha corso e della necessità quindi di sottoporsi al test e di adottare misure profilattiche adeguate.
La partner notification può essere, quindi, il momento finale del contact tracing. Essa mira sia ad interrompere la catena del contagio, nell'interesse dominante della salute pubblica, sia a rendere precocemente disponibili a quei partner ignari, i controlli e le cure eventualmente necessarie nell'interesse della loro salute individuale. Tutto questo al fine di evitare ritardi nella comprensione della presenza dell'infezione e di assumere immediati comportamenti preventivi per evitare il contagio di altre persone.
È da notare, comunque, che la partner notification può avere anche un'importanza autonoma rispetto al contact tracing, in quanto può riflettersi nella più generale esigenza del medico di informare determinati soggetti, che si presume ancora ignari, della loro eventuale esposizione ai rischi di un contagio.
Sin dalla comparsa dell'infezione da HIV, l'uso delle procedure di contact tracing e partner notification sono state oggetto di acceso dibattito tra gli esperti del settore. I contrari alle procedure di contact tracing e partner notification lamentano il non equilibrio nel rapporto costi/benefici (costi troppo elevati delle procedure, benefici limitati nella prevenzione della malattia), obiettando inoltre che nell'applicazione delle procedure, rimangono troppi problemi etici non risolti.
I sostenitori delle procedure, invece, vedono in questa tecnica un'arma per poter attuare un intervento mirato nell'identificazione degli individui infetti, nella prevenzione della trasmissione della malattia, nella creazione di un obbligo etico di informare i partner a rischio.
I recenti sviluppi della ricerca epidemiologica ed una migliore consapevolezza della storia naturale dell'infezione da HIV, hanno fatto propendere il bilanciamento dei benefici in favore della precoce diagnosi e dei precoci trattamenti, accettando di conseguenza favorevolmente tutte le misure preventive in grado di identificare nuovi sieropositivi ed in grado di interrompere nuove catene epidemiche. Anche la partner notification, alla luce di queste nuove tendenze, potrebbe essere rivalutata da un punto di vista completamente diverso.

VI È LA NECESSITÀ DI UN MODELLO DI CONTACT TRACING E PARTNER NOTIFICATION?

Secondo alcuni autori, gli organi sanitari dell'apparato statale sarebbero autorizzati a ricercare attivamente ed a rintracciare tutti i partner sessuali di ciascun individuo

infetto al fine di informarli – senza la necessaria rivelazione dell'identità di quest'ultimo – della loro avvenuta esposizione al rischio di contagio[1].
Il problema della liceità o meno della partner notification non è ancora stato risolto, poiché allo stato attuale in Italia non è ancora intervenuta una legge specifica che disciplini in modo chiaro l'argomento. Le norme su cui possiamo fare affidamento sono contrastanti, alcune delle quali derivanti da retaggi di leggi passate.
Talvolta, quindi, la posizione del medico viene a trovarsi in una situazione conflittuale. Da un lato egli ha l'obbligo di tutelare i diritti della persona sieropositiva e dall'altro, ha l'obbligo di tutelare i diritti della comunità dal diritto di essere difesa da un possibile rischio di contagio.
Insieme a tale contrasto, si riaffaccia anche il problema del valutare se il medico disponga di un potere o, al contrario, abbia un vero e proprio dovere di informare o, per dirla in termini inglesi, un *duty to warn* nei confronti dei terzi[2].
La rivelazione del segreto professionale che compete al medico come pubblico ufficiale è lecita ed, in alcuni frangenti, doverosa, in caso di incombente danno ingiusto, certo e grave ad un terzo, inteso sia come singolo sia come società.
La regola ed il fondamento indiscutibile sul quale tutti i sostenitori anche di teorie diverse concordano è che l'ammalato, come obbligo morale, avrebbe il dovere di informare il partner sessuale soggetto più esposto alla possibilità del contagio, sulle sue reali condizioni di salute.
Ma se questo non avvenisse ed il medico fosse depositario di un simile segreto, quale sarebbe il comportamento che il medico dovrebbe tenere per svolgere fino in fondo la propria funzione di tutela anche della salute pubblica e non incorrere contro possibili azioni sanzionatorie in caso di comportamenti omissivi?
La risposta in questo caso potrebbe essere che il medico dovrebbe avere, per lo meno, l'obbligo di far acquisire all'individuo la consapevolezza che un tale comportamento omissivo potrebbe mettere a rischio la vita del suo partner o di altre persone.
Ma in caso di rifiuto del paziente, subentrerebbe il dovere del medico di informare il/i partner sessuali del soggetto infetto?

---

[1] Camoglio P.L. "Contact Tracing e partner notification condizione di applicabilità nel contesto normativo italiano". "Aids e leggi sull'AIDS" a cura di Cattorini P. Europa Scienze Umane Editrice.
[2] Per l'Italia, sul tema si veda Cattorini P., *Diagnosi di Aids e dovere di segretezza. Riflessioni etiche*, 28-45; De Martino D., *Problematiche giuridiche in ordine all'accertamento dell'infezione da Hiv: il consenso del paziente*; Farneti A., Piga A., *Il dovere di assistere nel codice di deontologia medica. Problematica in tema di Aids*, 124-128; Fineschi V., *Segretezza professionale*, 46-60; Fornari A., *Aids, Problemi di medicina legale*, 2-7; Zanchetti M., *Rischi professionali e dovere di assistere: una prospettiva etico-giuridica*, 130-135; tutti in AA.VV., *Aids e bioetica — Materiali e linee-guida per la formazione del personale sanitario*, a cura di Cattorini P., Milano, 1992.

Secondo alcuni autori, questo dovere esisterebbe e sarebbe avvallato dall'art. 40 del c.p., per il quale "non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo". In questo caso, quindi, il medico avrebbe l'obbligo giuridico di impedire il possibile rischio di contagio, rivelando al partner lo stato di sieropositività del paziente.
A supporto di tale norma, per alcuni giuristi, sarebbe ancora in vigore l'art. 132 del R.D. n. 45 del 1901, nel quale si stabiliva che, "in tutti casi di malattia infettiva o diffusiva, il medico curante dovrà dare alle persone che assistono o avvicinano l'infermo le istruzioni necessarie per impedire la diffusione del contagio".
Dal punto di vista giuridico, quand'anche si accogliesse la tesi dell'abrogazione tacita di questo D.P.R., il medico sarebbe comunque liberato dall'obbligo del segreto professionale, e, quindi esente da ogni responsabilità ex art. 622 del codice penale, poiché troverebbe piena applicazione la scriminante prevista dall'art. 54 del codice penale secondo cui "non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sè od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, nè altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo" e sempre ex art. 622, d'essere in presenza di una giusta causa, cioè di una circostanza in presenza della quale le esigenze di conoscenza della collettività sono in grado di superare l'interesse individuale al rispetto del segreto.[3]
Il medico potrebbe rispondere ex art. 438 c.p. secondo cui "chiunque cagiona un'epidemia mediante la diffusione di germi patogeni è punito con l'ergastolo.
Se dal fatto deriva la morte di più persone, si applica la pena dell'ergastolo".
Secondo alcuni autori[4], però, nel caso della diffusione del virus HIV, vengono a mancare molti requisiti tradizionalmente richiesti per la sussistenza di tale fattispecie delittuosa.
Infatti "epidemia" è il termine che si applica al caso di una particolare malattia infettiva che, sviluppatasi in maniera più o meno brusca, colpisce gruppi rilevanti di popolazione, per poi attenuarsi più o meno rapidamente dopo aver compiuto il suo decorso. Secondo un orientamento restrittivo, epidemia non è qualunque malattia infettiva e contagiosa, ma solo quella suscettibile di diffondersi nella popolazione per la facile propagazione dei suoi germi, in modo da colpire in un unico contesto di tempo un grande numero di persone. In giurisprudenza è stato precisato che elementi dell'epidemia sono:
1) il carattere contagioso del morbo;

---

[3] Spiniello M., "La tutela della riservatezza, in particolare quella delle persone con infezione da HIV. Profili giuridici, etici e deontologici" (comunicazione personale) 1998.
[4] Crespi A., Stella F., Zuccalà G., *Commentario breve al Codice Penale,* Cedam, Padova, 1986.

2) la rapidità della diffusione e la durata limitata del fenomeno;
3) il numero elevato delle persone colpite, tale da destare un notevole allarme sociale e correlativo pericolo per un numero indeterminato e notevole di persone;
4) estensione territoriale di una certa ampiezza, sì che risulti interessato un territorio abbastanza numeroso da meritare il nome di *popolazione.*
Questa definizione di epidemia non sembra andare bene per il caso AIDS, in quanto molte delle caratteristiche suesposte divergono dalle peculiarità dell'AIDS.
L'HIV, infatti, non è facilmente propagabile, nel senso che il virus, secondo quanto afferma la scienza medica, viene trasmesso solo attraverso tre modi:
1) attraverso rapporti sessuali (penetrativi) non protetti;
2) attraverso liquidi o tessuti biologici quali sangue od emoderivati, quindi con trasfusioni non controllate, con l'uso di siringhe ed aghi infetti o non sterilizzati;
3) dalla madre sieropositiva al figlio, durante la gravidanza, il parto o l'allattamento.
Da tali conoscenze di base si deduce che solo attuando questi comportamenti definiti ad alto rischio di contagio, senza adottare le misure profilattiche universalmente riconosciute, il virus si trasmette da un sieropositivo ad un soggetto sano, e questo depone a favore di quanto sopra affermato, ovvero della assoluta non facile trasmissione dell'infezione.
Dal punto di vista deontologico, considerato l'art. 9 del Codice di Deontologia Medica ("...resta comunque al medico la valutazione sull'opportunità della deroga allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di terzi"), molti esperti[5] sembrano essere arrivati alla conclusione della doverosità di una tale comunicazione. Infatti "il dovere al segreto può essere superato solo da un diritto, il diritto di parlare, un dovere così importante come quello di tacere può essere superato a volte solo da un più forte dovere. E cioè non c'è alcun diritto a rivelare, in certi casi, fino a quando non ci sia un vero e proprio dovere a farlo".
La rivelazione, però, potrebbe rappresentare la lesione di quella fiducia che da sempre è condizione fondamentale di un buon rapporto terapeutico tra medico e paziente. Questa è la ragione per cui anche i più convinti sostenitori del dovere del medico di violare il segreto professionale, prevedono tale eventualità solo in ipotesi del tutto eccezionali.

CONTACT TRACING E PARTNER NOTIFICATION:

[5] Cattorini P., *Diagnosi di AIDS e dovere di segretezza. Riflessioni etiche*, in AA.VV., *AIDS - Segretezza professionale*, a cura di Cattorini P., Padova, 1989, 63 ss.

STUDIO E DEFINIZIONE DI UN NUOVO MODELLO ADATTO ALLA REALTÀ EUROPEA

L'Unione Europea all'interno del programma " L'Europa Contro l'AIDS" ha finanziato un progetto "*HIV Infection, Contact Tracing and Partner Notification: Development of a new model which would adapt to the European Realty"* [6] con durata biennale allo scopo di mettere a punto delle linee guida sperimentali europee di riferimento sulle procedure di Contact Tracing e Partner Notification. Tale progetto sta analizzando in maniera sistematica e multidisciplinare (epidemiologica, psicologica e legale) le fasi principali delle procedure di Contact Tracing e Partner Notification ed i possibili problemi che l'operatore si trova a dover risolvere.

Sulla base dell'algoritmo procedurale contenente le varie fasi di azione e le possibili scelte durante il CT e la PN, nella definizione del modello si stanno analizzando e definendo sistematicamente:

- i possibili problemi e rischi collegati alle specifiche fasi
- i vincoli e i prerequisiti individuati per la costruzione di soluzioni che garantiscano il rispetto di principi etici, deontologici, legali e clinici
- le possibili soluzioni per ogni specifico problema o rischio individuato

Con questa metodologia si sta tentando di formulare un'analisi in maniera tabellare e facilmente comprensibile e trasmissibile, che riportiamo qui di seguito.
I dubbi sono ancora molti e vi è la necessità di definire precisamente "se" fare le procedure di Ct e PN; "quando" fare queste procedure e cioè quale è il momento migliore tenuto conto sia della fase epidemica che delle esigenze del paziente; "come" operare nel rispetto della riservatezza, dei diritti del paziente indice, del contatto e della comunità nel suo complesso; "dove" e cioè in quali ambienti e con quali operatori è necessario attivare tali procedure. Risulta chiaro che il "se" attivare le procedure di CT e PN è strettamente correlato al "come" tali procedure vengono eseguite, all'interno quindi di un sistema circolare che mette in discussione la

[6] Agreement N.SOC 97 200877 05F02 (97CVVF2-024-0). Progetto coordinato dal dr. Giovanni Serpelloni, della Sezione di Screening HIV della ULSS 20 di Verona, a cui partecipano: prof. Avrom Sherr docente dell'Institute of Advanced Legal Studies dell'Università di Londra, prof.ssa Lorraine Sherr, psicologa e docente al Royal Free Hospital School of Medicine of London, prof.ssa Marie France Nicholas docente alla Centre d'Etudes Juridiques Comparées, Università di Parigi-Nanterre, dr. Nuno Ferro legale della Liga Portuoguesa Contra A Sida e dr.ssa Elisabetta Simeoni Sezione di Screening HIV ULSS 20 Verona.

stessa possibilità di attivare il CT e PN in caso non vengano rispettate modalità e procedure che garantiscano il rispetto dei diritti dei pazienti.
Le considerazioni qui riportate sono preliminari ed ancora oggetto di discussione all'interno del gruppo di studio europeo.
Le fasi principali delle procedure di CT e PN possono essere così riassunte:

Tabella n. 1 Fasi principali delle procedure di CT e PN

FASE 1	Counselling pre test HIV - Informazione specifica su CT e PN pre test al cliente (possibile paziente indice)
FASE 2	Test HIV
FASE 3	Counselling post test HIV in paziente risultato HIV positivo - proposta di aderire alla procedura
FASE 4	Valutazione e gestione della risposta fornita dal paziente indice
FASE 5	Scelta del tipo di PN con raccolta e gestione delle informazioni fornite dal paziente indice
FASE 6	Ricerca dei partner/contatti (da parte del paziente o del medico su precisa delega del paziente)
FASE 7	Contatto con i partner del paziente indice (con o senza la presenza del paziente ma nel rispetto della sua volontà)
FASE 8	Accoglienza e notificazione al partner del rischio corso, della necessità di diagnosi e dell'adozione di misure preventive
FASE 9	Proposta del test HIV al partner (contatto)
FASE 10	Gestione del ritorno informativo al paziente indice

ALCUNE CONSIDERAZIONI GENERALI

Le diverse prospettive e i diversi aspetti

Le procedure di CT e PN portano in sè una notevole complessità applicativa derivante dagli importanti problemi in ambito medico, psicologico e legale ad esse correlati. Nell'analisi e nella progettazione di queste procedure è importante compren-

dere che è necessario prendere in considerazione ed analizzare le diverse prospettive ed interessi del paziente indice, dei contatti, della comunità nel suo complesso e gli obblighi del medico. Esistono infatti interessi che a volte sono in conflitto fra loro a seconda delle diverse prospettive utilizzate e, di conseguenza, ci si trova in situazioni difficili nell'operare decisioni. Bisogna infatti avere ben chiaro sin dall'inizio quale sia la prospettiva (e quindi gli interessi prevalenti che si vogliono tutelare) da cui si affronta il problema, al fine di evitare continui spostamenti e scivolamenti di piano che porterebbero il modello ad essere incoerente e confuso negli obiettivi e di conseguenza nelle modalità operative.
Nell'analisi del modello vi sono inoltre da considerare i diversi aspetti che vengono investiti da queste procedure ed in particolare quelli strettamente medici-epidemiologici, psicologici e legali. Vi è infatti la necessità di affrontare contemporaneamente queste problematiche al fine di realizzare un modello che sia efficace, che tenga conto del forte impatto emotivo che tali procedure possono creare e rispettoso dei diritti dei pazienti e dei loro contatti ma nel contempo che chiarisca e definisca le varie responsabilità.

LE PROSPETTIVE			
1. del PAZIENTE INDICE Vantaggi Svantaggi	2. dei CONTATTI Vantaggi Svantaggi	3. del MEDICO Vantaggi Svantaggi	4. della COMUNITÀ Vantaggi Svantaggi

GLI ASPETTI		
A. Medico-epidemiologici	B. Psicologici	C. Legali

L'atteggiamento degli operatori

Va inoltre considerato che l'atteggiamento con cui l'operatore si pone verso le procedure può condizionarne fortemente l'efficacia, il grado di adesione ma soprattutto la costruzione dei modelli. Si è potuto notare infatti che atteggiamenti di tipo indagatorio, di controllo e/o moralistici tendono a sviluppare modelli invasivi o addirittura obbligatori di CT e PN con una bassa efficacia in pratica sul contenimento

dell'epidemia in quanto si genera un allontanamento dei pazienti dalle strutture di screening dovuta all'instaurarsi di una estrema diffidenza e timore di essere schedati ed in qualche modo emarginati.
Al contrario atteggiamenti di aiuto al paziente e di rispetto delle sue scelte e della sua privacy tendono a sviluppare modelli che si basano sull'adesione spontanea del paziente stesso alle procedure di CT e PN con una alta efficacia in pratica, derivante da una aumentata afferenza al test HIV di persone con comportamenti ad alto rischio. Inoltre modelli troppo rigidi fanno attivare atteggiamenti trasgressivi anche negli stessi operatori. È usuale infatti che quando una procedura risulta troppo strutturata, magari anche con norme troppo rigide, si instaurano delle prassi di trasgressione con conseguente diminuzione delle qualità dell'outcome, del processo utilizzato ed incontrollabilità delle procedure stesse.

Linee guida o normative?

L'orientamento emergente relativamente al CT e PN è quello di strutturare linee guida di buona pratica clinica, fortemente integrate negli aspetti psicologici, medici e legali, evitando di regolamentare nello specifico le singole fasi operative mediante provvedimenti legislativi. Tali provvedimenti dovrebbero invece essere utilizzati per garantire il rispetto dei diritti del paziente indice, per evitare che tali procedure possano diventare strumenti "repressivi o di controllo" o finalizzati esclusivamente a soddisfare gli interessi del medico anche a scapito di quelli del paziente. La legge quindi dovrebbe intervenire per tutelare soprattutto che le procedure vengano eseguite in maniera opportuna, con perizia ed efficienza a garanzia di una qualità del servizio reso al cliente e dei mezzi usati, escludendo l'uso improprio da parti da parte di enti ed organizzazioni non sanitarie.
Vi è infatti la necessità di prevenire possibili abusi od inadempienze da parte di operatori sanitari poco preparati o che agiscano in malafede ma anche da parte di organizzazioni o enti (sanitari e non) che in qualche modo potrebbero avere interesse a conoscere ed utilizzare le informazioni raccolte durante le procedure di CT e PN.
A questo proposito si ritiene necessario agire con soluzioni sia in ambito "funzionale" che "strutturale" al fine di garantire un modello di CT e PN dotato di un sistema preventivo contro l'uso improprio e "l'intrusione indebita".
Le soluzioni cosiddette funzionali sono da ricercare attraverso la preparazione e la diffusione di specifiche linee guida, mentre le soluzioni strutturali sono da ricercare nella emanazione di precise norme che vincolino in modo preciso gli operatori e le organizzazioni ad operare in maniera che non vi possano essere, anche in futuro, situazioni che possano tornare a scapito del paziente.

Va però ricordato che spesso le modalità con cui nei vari paesi vengono definite e promulgate le leggi risentono di spinte emotive causate dalla necessità di ottenere consenso politico, o sono frutto di pressioni di lobbie o della necessità di creare un immagine al politico proponente. Tutto ciò è in grado di condizionare la produzione di una cattiva legge e pertanto si ritiene che anche in questo caso sia valido il detto "meglio nessuna legge che una cattiva legge".

Le caratteristiche generali delle procedure

Il lavoro di analisi e definizione dei modelli di CT e PN dovrà portare alla definizione di procedure con le seguenti caratteristiche:

1. rispettose della cultura, delle tradizioni, delle consuetudini della persona oggetto dell'intervento (sia del paziente indice che del contatto);
2. centrate sul cliente e/o sul paziente;
3. attivate con il consenso del paziente e con la consapevole condivisione degli obiettivi e delle modalità operative.

Questi principi risultano molto importanti soprattutto se consideriamo le diverse culture esistenti nei diversi gruppi etnici che condizionano fortemente il tipo di utilizzo che queste persone fanno delle strutture sanitarie e il rapporto con gli operatori.
I modelli di CT e PN quindi dovranno contenere una elasticità interna tale da permettere una personalizzazione delle procedure ed un adeguamento alle varie situazioni che richiedono il loro utilizzo, quali per esempio: rapporti tra partner sessuali, scambi di siringa tra tossicodipendenti, incidenti di contaminazione medico-pazienti e paziente-medico, trasmissione madre-bambino, trasmissione tramite trasfusione.

Obiettivi di prevenzione e fasi epidemiche

Va inoltre considerato un altro aspetto relativamente agli obiettivi di prevenzione che si vogliono raggiungere mediante il CT e PN e che possono essere di due tipi:

1. prevenzione primaria - nel momento in cui ci si propone di evitare soprattutto la comparsa di nuove infezioni di persone ignare di essere ad alto rischio in quanto partner di pazienti risultati HIV positivi;
2. prevenzione secondaria - nel momento in cui ci si propone di fornire una diagnosi precoce alle persone HIV positive non a conoscenza del proprio stato, fornendo di conseguenza anche un precoce accesso alle terapie evitando quindi (per quanto possibile) che il paziente scopra tardivamente di essere sieropositivo nel momento in cui l'infezione diventa sintomatica.

Risulta evidente che perseguendo questi due obiettivi si riesce anche a tutelare l'interesse della comunità nel suo insieme in quanto il miglior servizio che si può fare alla comunità stessa lo si fa attuando politiche sanitarie generali che siano realmente di impatto sulla replicazione dell'epidemia. Infatti nell'operare scelte di politiche sanitarie, come ad esempio la PN "obbligatoria", bisognerebbe valutare non solo l'impatto emotivo che tale scelta ha nel tranquillizzare le ansie e nel dare un falso senso di sicurezza sul controllo dell'epidemia in chi propone tale politica, ma soprattutto quali conseguenze tale scelta potrebbe avere sull'accesso al test HIV. È noto infatti che le politiche sanitarie che utilizzano l'obbligatorietà o modelli coattivi hanno come conseguenza l'allontanamento dei pazienti dalle strutture riducendo quindi l'accesso al test e diminuendo la probabilità di un reale e più ampio controllo dell'epidemia.
Inoltre il valore delle azioni di CT e PN varia a seconda della fase epidemica.
Nella fase di espansione epidemica iniziale, dove normalmente si ritrovano bassa prevalenza ed alta incidenza, la finalità prevalente delle procedure di CT e PN, sarà di prevenzione primaria tesa cioè ad evitare nuove infezioni. Questa situazione risulta importante soprattutto nei paesi dell'est dove è da prevedere nei prossimi anni una probabile diffusione dell'infezione da HIV collegata alla diffusione dell'uso di droghe per via endovenosa.
Nella fase endemica dell'infezione, dove si ritrovano normalmente alta prevalenza e bassa incidenza, la finalità prevalente sarà invece di prevenzione secondaria tesa cioè ad assicurare un accesso precoce alle cure ed alle profilassi delle infezioni opportunistiche di pazienti HIV positivi ignari.

Nella definizione dei modelli risulta evidente che essi avranno conformazioni diverse a seconda che essi vengano realizzati sulla base degli interessi prevalenti del medico, del cliente o addirittura dello stato. In ogni caso dovrà essere rispettato il principio per il quale qualsiasi persona prima di essere sottoposta alle procedure di CT e PN deve essere informata in anticipo (ancora prima di fare il test per l'HIV) che, in caso di riscontro di sieropositività, verranno proposte tali procedure. Inoltre sarà compito dell'operatore sanitario quello di fare una descrizione obiettiva al cliente/paziente degli svantaggi e dei vantaggi collegati alle procedure di CT e PN.

La valutazione

Un'ultima considerazione va fatta sulla necessità di procedere ad una valutazione costante di qualità delle azioni di CT e PN osservando contemporaneamente i tre principali aspetti per stabilire la validità di una procedura e cioè:

1. l'efficacia in termini di: a) impatto sull'epidemia mediante la capacità di ridurre l'incidenza; b) grado di salute aggiunta e di patologia evitata per singolo individuo, anche tramite la valutazione comparata con altri metodi;
2. i costi in relazione ai benefici (diretti, indiretti) e quindi il grado di risparmio economico generabile dall'attivazione delle procedure;
3. l'utilità per il paziente indice ed i contatti espressa sia in termini di tempo (aumento del tempo di sopravvivenza) che della qualità di vita.

La valutazione dei "costi" derivanti dall'attivazione delle procedure di CT e PN dovrà prevedere non solo i costi finanziari ma anche quelli emotivi, e quelli derivanti dal fatto di inserire degli elementi deterrenti in grado di ridurre l'accesso alle strutture sanitarie di futuri clienti.

CT e PN e l'accesso alle cure

Molti sono i problemi che restano ancora aperti e probabilmente alcuni sono irrisolvibili soprattutto se si considera che a volte, come già ribadito, possono esistere interessi altamente conflittuali a seconda che si prenda in considerazione la situazione dalla prospettiva del paziente indice, del contatto o del medico.
Vi è tuttavia un principio unificatore che deve essere rispettato come vincolo indispensabile al fine di poter attivare procedure di CT e PN e cioè che la struttura sanitaria preposta, indipendentemente dalla prospettiva da cui si affronta il problema, deve garantire sia per i pazienti indice che per gli eventuali contatti sieropositivi la possibilità di accesso precoce alla diagnosi, alle terapie, alle informazioni di prevenzione ed al supporto psicologico.

Il Personale

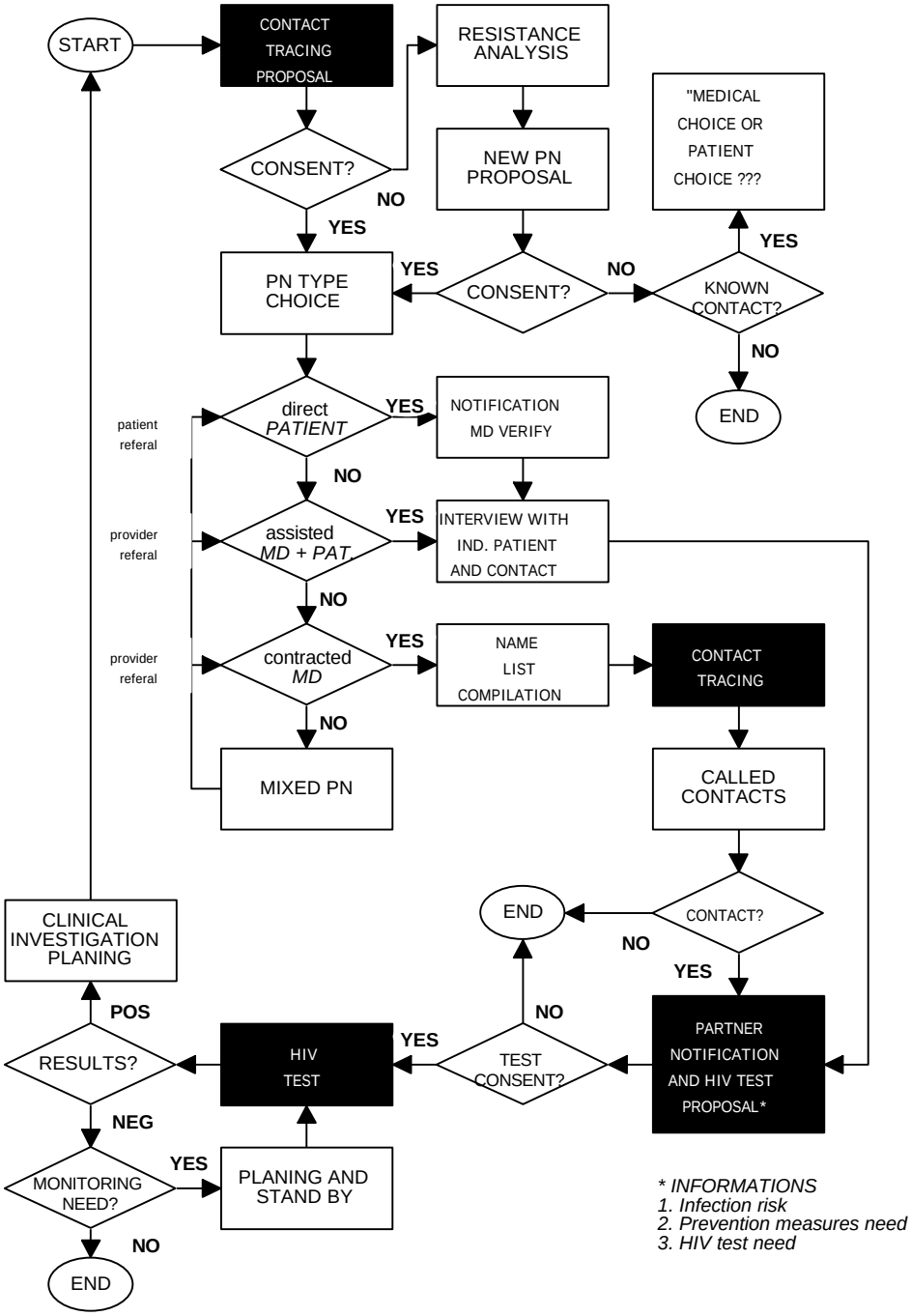
Queste procedure per essere correttamente applicate, al fine di evitare una lunga serie di problemi (riportati in seguito), necessitano di personale qualificato. Con questo termine si deve intendere che detto personale dovrà essere stato precedentemente e specificatamente addestrato ad utilizzare tecniche di counselling, di CT e PN con competenza ed esperienza, ed inoltre a far riferimento alle specifiche linee guida di CT e PN. Esso inoltre dovrà essere scevro da atteggiamenti moralistici e di giudizio nei confronti delle persone con comportamenti a rischio ed essere necessariamente abilitato, secondo il proprio ruolo e mansione, rispondendo quindi direttamente delle proprie azioni od eventuali omissioni.
Risulta evidente che la caratteristica di base per assicurare una corretta ed efficiente conduzione di procedure così particolari dovrà essere inoltre l'esistenza di

una onesta e forte motivazione professionale dell'operatore a svolgere tali mansioni, contestualmente alla convinzione dell'utilità di tali metodi.
Viene qui presentata una check list per il rilevamento dei criteri minimi per poter attivare le procedure di CT e PN. La procedura potrà essere attivata se tutti i criteri di "GO" saranno presenti.

Check list di attivazione CT e PN

N.	DOMANDA	GO	STOP
1	Il paziente indice è stato informato dell'esistenza del CT e PN, dei suoi vantaggi e svantaggi nel counselilng pre - test?	SI	NO
2	Il paziente indice è a rischio psicologico/suicidiario?	NO	SI
3	La struttura può garantire adeguato counselilng, affidabilità dei risultati, personale idoneo e riservatezza secondo le linee guida?	SI	NO
4	Il paziente è HIV positivo?	SI	NO
5	Vi è un consenso informato, liberamente formato e specifico per CT e PN rilevato al counselling post test?	SI	NO
6	Sono rispettate le condizioni poste dal paziente al consenso?	SI	NO
7	È stata data la possibilità al paziente di revocare o modificare il consenso sino a prima dell'inizio le procedure di CT e PN?	SI	NO
8	È stata verificata ed è presente una reale consapevolezza e volontarietà del paziente concedendo un "periodo di ripensamento"?	SI	NO
9	È stata data la possibilità al paziente di avvisare i propri partner in maniera differenziata in base alle sue esigenze?	SI	NO
10	È stato informato il paziente sulle specifiche modalità che saranno seguite dagli operatori che attueranno il CT e PN?	SI	NO
11	È stato informato il paziente sui rischi legali connessi alla compilazione di una "Lista contatti" ed ottenuto il suo assenso a procedere?	SI	NO
12	È stato informato il paziente sulla possibilità di essere identificato da qualche contatto che lui ha scelto di avvisare in maniera "differita", ed ottenuto il consenso a procedere?	SI	NO
13	È stato valutato con il paziente il rischio psicologico di ogni singolo contatto segnalato?	SI	NO

14	È stato avvisato il paziente che l'unico ritorno informativo che avrà sugli esiti delle procedure di CT e PN sarà esclusivamente sul numero di partner contattati e la data del contatto?	SI	NO
15	Vi sono contatti da avvisare?	SI	NO


START
CONTACT TRACING PROPOSAL
RESISTANCE ANALYSIS
"MEDICAL CHOICE OR PATIENT CHOICE ???
CONSENT?
NO
NEW PN PROPOSAL
YES
PN TYPE CHOICE
YES
CONSENT?
NO
KNOWN CONTACT?
YES
NO
END
patient referal
direct PATIENT
YES
NOTIFICATION MD VERIFY
NO
provider referal
assisted MD + PAT.
YES
INTERVIEW WITH IND. PATIENT AND CONTACT
NO
provider referal
contracted MD
YES
NAME LIST COMPILATION
CONTACT TRACING
NO
MIXED PN
CALLED CONTACTS
CLINICAL INVESTIGATION PLANING
END
CONTACT?
NO
YES
POS
NO
RESULTS?
HIV TEST
YES
TEST CONSENT?
PARTNER NOTIFICATION AND HIV TEST PROPOSAL*
NEG
MONITORING NEED?
YES
PLANING AND STAND BY
NO
END
* INFORMATIONS
1. Infection risk
2. Prevention measures need
3. HIV test need

ANALISI PRELIMINARE PER LA COSTRUZIONE DEL MODELLO DI CT E PN (definizioni delle fasi, problemi, vincoli di costruzione, possibili soluzioni)

Viene qui presentata in maniera tabellare l'analisi preliminare per la costruzione del modello di CT e PN con le definizioni delle fasi, dei problemi e dei possibili rischi, i vincoli di costruzione ed i criteri da rispettare e le possibili soluzioni pratiche.

FASE 1		
COUNSELLING PRE TEST HIV - INFORMAZIONE SPECIFICA SU CT E PN PRE TEST AL CLIENTE (possibile paziente indice)		
VINCOLI		
1. Informare il paziente già nella fase del counselling pre test che se verrà riscontrata una sieropositività, verranno proposte le procedure di CT e PN. 2. Preparare psicologicamente in anticipo il paziente a dover affrontare le procedure di CT e PN, indipendentemente dall'esito del test. 3. Consentire l'esecuzione del test HIV anche in presenza di accettazione condizionata o di rifiuto da parte del paziente di attivare CT e PN in caso di sieropositività. 4. Preselezione dei pazienti con proposta delle procedure a persone a "ridotto rischio psicologico" (suicidiario). La proposta di CT e PN sarà da eseguirsi solo a pazienti in grado di gestire la situazione.		
N.	**1. PROBLEMI E RISCHI POSSIBILI**	**2. POSSIBILI SOLUZIONI**
1	Cliente psicologicamente labile o a rischio suicidario che potrebbe scompensarsi in seguito alla comunicazione di sieropositività	Valutazione accurata della personalità del paziente durante il counselling pre-test utilizzando macroindicatori STD di tipo anamnestico per il rilevamento del rischio psicologico (uso di farmaci specifici, ospedalizzazioni, precedenti tentati suicidi, depressione, ecc.)
2	Cliente psicologicamente impreparato ad affrontare il problema di comunicare al partner il suo stato di infezione	La possibilità di utilizzare le procedure di CT e PN da parte del paziente deve essere resa nota già al momento del counselling pre-test ed il medico deve offrire il suo aiuto a compiere tali operazioni in maniera assistita o diretta. Questo ridurrà l'ansia derivante dalla preoccupazione di dover avvisare i/o il partner

FASE 2		
TEST HIV		
VINCOLI		
1. Eseguire il test solo in un contesto di counselling con adeguato setting 2. Ottenere il consenso informato del cliente 3. Garantire l'affidabilità dei risultati		
N.	**1. PROBLEMI E RISCHI POSSIBILI**	**2. POSSIBILI SOLUZIONI**
1	Metodiche laboratoristiche poco affidabili	Eseguire primo test con metodiche ad alta sensibilità con doppio controllo su campione.
2	Rischio di falsi positivi o scambi di provetta	Se positivo eseguire nuovo prelievo e ricontrollare con metodiche ad alta specificità.

FASE 3
COUNSELLING POST TEST HIV IN PAZIENTE RISULTATO HIV POSITIVO - PROPOSTA DI ADERIRE ALLA PROCEDURA
VINCOLI
1. Porsi come priorità in seguito alla comunicazione di sieropositività, nel breve termine, il contenimento psicologico e la creazione di una relazione fiduciaria. 2. Fornire la possibilità di revocare o modificare il consenso in qualsiasi momento. 3. La richiesta di attivazione della procedura dovrà essere sostenuta da una specifica esigenza del paziente maturata su una base motivazionale corretta e responsabile. 4. Offerta della procedura da parte del medico indotta dal bisogno del paziente che può essere stimolato opportunamente ma non intrusivamente. 5. L'offerta di CT e PN deve essere considerata dal medico una "azione dovuta" e prevista costantemente nella sua attività di counselling e testing (in forma non intrusiva) al pari di informare sulle norme profilattiche, ma condizionata alle situazioni e alla volontà del paziente. 6. Far ricorso alle procedure di CT e PTN solo se esiste adesione volontaria (e non coattiva) ed informata alle procedure da parte del paziente.

N.	1. PROBLEMI E RISCHI POSSIBILI	2. POSSIBILI SOLUZIONI
1	Contestuale comunicazione della sieropositività al paziente indice: ed offerta/richiesta di attivazione delle procedure di CT e PTN	Se il paziente ha esigenze e bisogni diversi valutare la possibilità di attendere un periodo di tempo per la offerta delle procedure (cosiddetto periodo di raffreddamento emotivo) avendo cura però di informare da subito della necessità di utilizzare misure di prevenzione e di avvisare i partner.
2	Volontà del paziente di cambiare gli accordi ed il consenso dato nella fase di counselling pre test, abbandonando la struttura	Dare al paziente la concreta possibilità di poter interrompere in ogni momento il rapporto con gli operatori e la struttura senza poter essere successivamente rintracciati (anonimato). La continuità della relazione dipende solo dalla scelta fatta dal paziente.
3	Creazione di pressioni non congrue da parte del medico sul paziente per fargli accettare le procedure	Ricercare ed ottenere il consenso informato specifico per il CT e PN elencando i vantaggi e gli svantaggi di tali procedure. Ricordare al paziente che è "buona norma di prevenzione" da parte sua e del medico, di operare al meglio per evitare il contagio di altre persone. Va inoltre ricomunicato che il medico è disponibile, se necessario e gradito, ad aiutare attivamente o supportare il paziente ad avvisare i propri partner.
4	Procedure di CT e PN proposte saltuariamente o non sistematicamente a tutti i pazienti risultati sieropositivi. Non riconoscimento da parte di alcuni medici che eseguono il test HIV, della necessità di proporre tali procedure per tutti i pazienti HIV positivi in maniera sistematica	Strutturare nella procedura operativa di counselling post-test un momento specifico e di "passaggio obbligato" di offerta del CT e PN. Evidenziare al medico la responsabilità diretta a lui derivante in caso di non aver operato al meglio nell'interruzione delle catene epidemiche e di non conoscere le linee guida.
5	Paziente indeciso e/o non convinto sulla opportunità di attivare CT e PN	La proposta del medico al paziente di aderire alle procedure dovrà essere solo una proposta indirizzata ma scevra da atteggiamenti indagatori, di controllo o stigmatizzanti accettando anche un eventuale rifiuto che non potrà compromettere la continuazione del rapporto terapeutico ed avendo cura di riproporre il CT e la PN dopo un periodo di attesa o ripensamento.

FASE 4
VALUTAZIONE E GESTIONE DELLA RISPOSTA FORNITA DAL PAZIENTE INDICE

VINCOLI

1. La violazione del segreto professionale (se ipotizzabile) potrà essere fatta solo in presenza di:
   - rifiuto del paziente HIV positivo di avvisare il partner con la presenza di reale rischio infettivo ;
   - esplicitazione al paziente indice della necessità di avvisare i partner/contatti del rischio di infezione in caso di sieropositività, prima del test fornendo al paziente, in caso di rifiuto, la possibilità di rivolgersi ad un altro medico;
   - conoscenza diretta dei contatti del paziente indice da parte del medico;
   - presenza di giusta causa dimostrabile;
   - assenza di altre possibili modalità per informare il contatto del rischio corso;
   - aver esperito tutti i possibili tentativi di convincimento del paziente indice;
   - presenza di una regolamentazione esplicita in ambito deontologico o legale che preveda la necessità di attivare tali procedure;
   - aver ottenuto l'assenso dal proprio Ordine Professionale.

2. L'adesione del paziente va valutata nel suo grado di consapevolezza e reale volontarietà .
3. L'adesione delle procedure da parte del paziente può essere parziale, il paziente potrà porre delle condizioni e revocare il consenso in ogni momento prima dell'inizio del CT.
4. Ottenimento di un consenso "reale", liberamente formato, anche formale.

N.	1. PROBLEMI E RISCHI POSSIBILI	2. POSSIBILI SOLUZIONI
1	Paziente totalmente non collaborante con presenza di contatto conosciuto dal medico	Problema irrisolto, soluzioni non univocamente accettate ed attualmente secondo alcuni lasciate alla libera scelta del medico in scienza e coscienza secondo altri non si dovrebbe intervenire. Le azioni dovrebbero avvenire nel rispetto del vincolo n.1
2	Paziente accetta le procedure ma la sua risposta potrebbe essere stata data solo per compiacere il medico e non realmente condivisa	Valutazione in due momenti successivi della risposta positiva del paziente. Lasciare un breve tempo di ripensamento alla prima risposta di adesione.
3	Paziente accetta le procedure con riserva (il paziente vuole che vengano avvisati solo alcuni contatti escludendone altri)	Il medico deve accettare condizioni da parte del paziente.
4	Bassa attendibilità informazioni e/o non spontaneità dell'assenso del paziente	Acquisizione di un consenso realmente informato e scritto di adesione alle procedure.

FASE 5

SCELTA DEL TIPO DI PN CON RACCOLTA E GESTIONE DELLE INFORMAZIONI FORNITE DAL PAZIENTE INDICE

VINCOLI

1. Non adottare un unico tipo di procedura e non scegliere a priori il tipo ma valutare caso per caso quella più adatta al singolo paziente ed al tipo di partner da contattare in base al tipo di relazione interpersonale esistente ed alle indicazioni del paziente.
2. Analizzare sempre il tipo di relazione che il paziente indice ha ed ha avuto con i contatti (conflittuale, di fiducia, con possibili pericoli di violenze ecc.) al fine di evitare effetti negativi al paziente indice derivanti da reazioni inopportune dei contatti avvisati.
3. Assicurare le seguenti caratteristiche:
   - Informazione preventiva al paziente dei rischi collegati alla compilazione di una lista con ottenimento della sua autorizzazione alla conservazione temporanea ed esclusivamente finalizzata al CT e PN.
   - L'esistenza della lista deve essere temporanea ed esclusivamente finalizzata all'interruzione delle catene epidemiche.
   - La lista andrà distrutta immediatamente e nel più breve tempo possibile dopo aver eseguito le procedure di CT (anche se con esito negativo).
   - La custodia della lista deve avvenire in una sede differenziata da quella della cartella clinica del paziente (da un lato la documentazione del paziente indice, da un altro nominativi dei contatti) senza possibilità di aggancio.
4. La lista non potrà assolutamente essere utilizzata per fini legali

Valutare sempre la possibilità di esistenza di rischio psicologico e/o suicidario dei contatti mediante la ricercare di informazioni ed indicatori in indiretti attraverso il racconto del paziente indice (dove possibile).

NOTA: Spesso nelle procedure di CT e PN vi è la necessità da parte dell'operatore clinico di fare una mappatura del network epidemico del paziente indice, al fine di ricostruire (con la sua collaborazione) tutti i suoi contatti a rischio di infezione che necessiterebbero dell'informativa preventiva.
L'essere in possesso di una lista formale di nominativi di contatti pone una serie di importanti problemi non ancora risolti, sia di ordine legale che pratico, legati alla sua legittimità, conservazione, uso e protezione. Il "linking" di queste liste potrebbe portare ad evidenziare una serie di rapporti molto personali tra vari individui con una palese violazione della loro privacy anche per scopi tutt'altro che legali o di esclusivo interesse sanitario. Si comprende facilmente come informazioni di questo tipo possano essere considerate altamente pericolose per i diritti dei clienti e dei pazienti anche se risultano strumenti indispensabili di lavoro per gli operatori sanitari.
La questione pertanto dovrà essere affrontata in maniera estremamente seria e rigorosa.

Alcuni ricercatori ritengono che per garantire la massima tutela, non dovrebbe essere compilata alcuna lista, altri invece (pur condividendo la preoccupazione di una sua corretta conservazione ed utilizzo), ritengono che se il paziente viene adeguatamente informato prima di compilare la lista, dei possibili rischi legati alla conservazione della lista stessa , al suo utilizzo, al mantenimento e alla sua modalità di distruzione, sia possibile attuare formalmente tale mappatura. Una soluzione, anche se non esauriente, potrebbe essere quella, al pari del paziente indice, di rendere anonimi mediante affidamento di un numero di codice tutti i contatti subito dopo aver effettuato le procedure di CT e PN. Resta comunque aperto il problema della trasmissione di queste liste per esempio ad altri operatori in caso di cessazione dell'incarico del primo operatore preposto. La diffusione a più persone di elenchi così conformati potrebbe dare origine a notevoli problemi. Qualche autore ha proposto che per evitare problemi la lista potesse essere conservata esclusivamente dal paziente stesso. Le proposte qui riportate sono da considerarsi preliminari ed ancora in discussione.

N.	1. PROBLEMI E RISCHI POSSIBILI	2. POSSIBILI SOLUZIONI
1	Spesso non è possibile adottare la stessa procedura di comunicazione per tutti i partner	Accettare anche il rifiuto del paziente in caso non voglia aderire alle procedure.

	in quanto possono esistere relazioni interpersonali molto diversificate ed a volte conflittuali che potrebbero causare reazioni avverse al paziente e compromettere la riservatezza o lo stesso rapporto affettivo	In caso di risposta positiva, offrire tre tipi di possibili procedure: • DIRETTA - è il paziente stesso ad avvisare i partner ed il medico interviene solo in un secondo momento come "consulente" offrendo il suo aiuto; • ASSISTITA - il paziente durante la comunicazione viene direttamente assistito dal medico; • DIFFERITA - il paziente fornisce i nominativi dei suoi contatti al medico che provvede (tutelando l'anonimato del paziente indice) a contattare i partner. Il primo caso viene definito "patient referral", il secondo e il terzo "provider referral".
2	Necessità di disporre di informazioni relative al tipo di relazioni esistenti tra paziente indice e contatti con creazione di una lista dei partner del paziente	Creazione di una "mappa contatti" contenente anche il tipo di relazione esistente con il paziente indice e il conseguente tipo di CT scelto.
3	Come tutelare e mantenere la riservatezza legata alla custodia della lista dei contatti. La conservazione della lista potrebbe essere illegale o altamente a rischio	Netta separazione della documentazione del paziente indice e dei contatti. Archivi dei contatti differenziati e sganciati anche dai codici numerici del paziente indice. Accesso contemporaneo alla lista ed al codice del paziente molto controllato e non più consentito neppure al medico che ha ricevuto le informazioni del paziente indice. Gli operatori che eseguono i rilevamenti sul paziente indice devono essere diversi da quelli che eseguono il CT e PN.
4	Rischio che la magistratura proceda al sequestro della lista La lista contenente i nominativi dei contatti dei pazienti può avere conseguenze legali molto importanti (prove documentali, documenti ufficiali scritti dal paziente che potrebbero costituire prove di possibili reati, ammissione di colpevolezza indiretta del paziente)	Prevedere con un atto normativo specifico, che tutta la documentazione relativa alle procedure di CT e PN non possa essere utilizzata ai fini legali e quindi richiesta dal magistrato.
5	Eventuali rischi psicologici e/o suicidari dei contatti al momento della individuazione e comunicazione nelle procedure di CT	Raccogliere informazioni dal paziente indice sui contatti con domande orientate a valutare quanto più possibile le loro macrocaratteristiche da un punto di vista psicologico (situazioni di rischio evidente). Se possibile ed opportuno, utilizzare anche la collaborazione del medico curante dei contatti per avere informazioni più precise. Tale azione in alcuni paesi non è possibile in quanto vietata della legislazione vigente.
NOTA: Anche se è una eventualità rara, il paziente potrebbe fornire una lista di nomi falsi o di persone conosciute con le quali però non ha avuto rapporti sessuali a rischio (possibile desiderio di "vendetta" o mitomania del paziente indice).		

Come comportarsi se il paziente indice fornisce al medico nominativi di contatti falsi o che non hanno avuto alcun rapporto a rischio con lui?
A questo proposito potrebbe essere eseguita una valutazione in ambito psicologico delle caratteristiche generali del paziente per comprendere se vi è la possibilità di atteggiamenti di questo tipo. La lista deve essere controllata con il paziente più volte prima di iniziare le procedure di CT. Resta comunque un problema irrisolto anche se a bassissima prevalenza ma, se presente, con gravi conseguenze. Il paziente andrà informato che in caso di fornitura di notizie false e finalizzate a procurare danni a terzi, il medico non sarebbe più tenuto al segreto professionale ed egli potrebbe perdere il diritto alla riservatezza in quanto, oltre a commettere un reato, renderebbe complice anche di tale azione lo stesso medico (soluzione non univocamente condivisa).

FASE 6

RICERCA DEI PARTNER/CONTATTI (da parte del paziente o del medico su precisa delega del paziente)

VINCOLI

1. Deve essere certa l'identificazione del partner/ contatto prima di fornire qualsiasi informazione relativa al rischio HIV e al motivo del contatto.
2. Utilizzare metodi di ricerca a bassa probabilità di errore

N.	1. PROBLEMI E RISCHI POSSIBILI	2. POSSIBILI SOLUZIONI
1	Identificazione non corretta dei partner /contatti segnalati dal paziente indice con coinvolgimento di una persona estranea	Operatore al domicilio del paziente con lettera di convocazione (solo) contenente: • nome del medico a cui riferirsi • numero di codice riservato della sua pratica • nessuna informazione su problemi HIV Da valutare la possibile utilizzazione dei medici di medicina generale. Alcuni problemi aperti dipendenti dai costi, dall'intrusività dell'azione e dalle diverse legislazioni.

NOTA: L'opinione comune degli operatori che eseguono CT e PN, tende ad orientarsi verso l'utilizzo del telefono come mezzo di primo contatto. L'informativa per il cliente/contatto dovrà però riguardare solo la necessità di afferire ad una struttura sanitaria (non etichettata come "struttura HIV") al fine di ritirare informazioni sanitarie personali che lo riguardano (di cui l'operatore al telefono ignora la natura). Il cliente/contatto dovrà poi essere accolto da personale specializzato che avrà il compito di spiegare molto chiaramente e direttamente il motivo e lo scopo informativo dell'incontro (rischio corso e bisogni conseguenti).

FASE 7

CONTATTO CON I PARTNER DEL PAZIENTE INDICE (con o senza la presenza del paziente ma nel rispetto della sua volontà)

VINCOLI		
1. Se il paziente sceglie la PN differita, tutte le procedure ed il test dovranno essere effettuati garantendo il più completo anonimato e non fornendo alcuna indicazione ai contatti sul paziente indice e sulle informazioni ricevute da lui. 2. La riservatezza dovrà essere mantenuta anche per i paziente indice nei confronti delle informazioni ricevute successivamente dai contatti e dell'esito del loro eventuale test HIV.		
N.	**1. PROBLEMI E RISCHI POSSIBILI**	**2. POSSIBILI SOLUZIONI**
1	Se il paziente sceglie di avvisare i sui partner/contatti con la PN differita, a volte è possibile che venga identificato da parte dei contatti al momento della comunicazione del medico	Tutte le procedure di PN differita saranno nel più completo anonimato sia del paziente indice che dei contatti tramite l'utilizzazione di un codice numerico al fine di ridurre la probabilità di identificazione. Resta tuttavia alto, in caso di persone oligopartner, il rischio di identificazione indiretta del paziente indice. Questa eventualità è da esplicitare prima del test al paziente che dovrà essere consapevole di questo problema prima di dare l'assenso al CT e PN.

FASE 8
ACCOGLIENZA E NOTIFICAZIONE AL PARTNER DEL RISCHIO CORSO, DELLA NECESSITÀ DI DIAGNOSI E DELL'ADOZIONE DI MISURE PREVENTIVE
VINCOLI
1. Presenza di un setting idoneo che consenta counselling e riservatezza del contatto. 2. I dati anagrafici del contatto, al momento del suo arrivo in struttura, dovranno essere distrutti e so-

stituiti da codici numerici, rendendo consapevole il contatto di questa operazione e fornendo a lui formale garanzia che tali dati non sono residenti in altre parti.

3. Non rivelare mai al contatto alcuna informazione sul paziente indice nè fornire elementi utili per la sua identificazione.

N.	1. PROBLEMI E RISCHI POSSIBILI	2. POSSIBILI SOLUZIONI
1	Forte impatto psicologico delle procedure con necessità di contenimento emotivo e gestione dei contatti	Operatori opportunamente formati sulle tecniche di counselling, esperti nel CT e PN, rispettosi delle linee guida specifiche, abilitati legalmente e scevri da atteggiamenti moralistici o di giudizio.
2	Intrusione della privacy del contatto. Esistenza di un "diritto a non voler sapere" il rischio corso e lo stato sierologico	L'operatore terminerà il suo compito dinanzi alla persona che manifesta un rifiuto a ricevere informazioni o a sottoporsi al test.
3	Il contatto solleva problemi relativamente alla residenza presso la struttura dei suoi dati anagrafici nominativi forniti dal paziente indice	Distruggere i dati anagrafici nominativi alla presenza del contatto/cliente. Utilizzare un codice numerico per la scheda clinica del contatto. Garantire per iscritto al contatto/cliente la corretta esecuzione delle procedure di "anonimizzazione" dei suoi dati.
4	Pericolo di incontro del paziente indice e del contatto durante l'accesso alla struttura	Problema a volte di difficile soluzione. Il luogo di accesso del contatto dovrà essere diverso dal luogo di accesso del paziente indice o perlomeno programmato in orari diversi.
5	Richiesta da parte del contatto di conoscere l'identità del paziente indice	L'operatore che eseguirà la comunicazione al contatto dovrà essere diverso dall'operatore che ha precedentemente intervistato il paziente indice e non possiederà nessun elemento riguardante le generalità del paziente indice.
6	Possibilità che il contatto sia HIV positivo e che quindi possa diventare a sua volta un paziente indice	La comunicazione del rischio corso e della necessità di eseguire il test dovrà essere eseguita in un contesto di counselling ed in anonimato. Informare fin da subito che se l'esito sarà positivo il paziente potrà avvalersi a sua volta della procedura di CT e PN.

FASE 9

PROPOSTA ED ESECUZIONE DEL TEST HIV AL PARTNER/CONTATTO

VINCOLI

1. Test HIV eseguito solo se è assicurato contemporaneamente un setting idoneo e counselling
2. Ottenimento del consenso informato prima del prelievo
3. Assicurare brevi tempi di attesa per ricevere l'esito del test
4. Utilizzare test e procedure idonee a garantire al paziente un a bassa probabilità di errore

N.	1. PROBLEMI E RISCHI POSSIBILI	2. POSSIBILI SOLUZIONI
1	Alti livelli di ansia nell'attesa del risultato	Riduzione dei tempi di attesa post-prelievo, fornendo la possibilità di supporto psicologico nel frattempo.
2	Falsa positività o errore per scambio di provetta	A) Utilizzare test Elisa +Western Blot con doppio controllo su campione (diagnosi "probabile") B) Eseguire un secondo prelievo prima di consegnare la diagnosi "certa" ed in caso di ulteriore dubbio eseguire PCR.

FASE 10

GESTIONE DEL RITORNO INFORMATIVO AL PAZIENTE INDICE

VINCOLI

1. Mantenimento del segreto professionale sulle condizioni di salute dei contatti al pari di quelle del paziente indice (segreto professionale bidirezionale)

N.	1. PROBLEMI E RISCHI POSSIBILI	2. POSSIBILI SOLUZIONI
1	Possibile indebita divulgazione (anche indiretta) al paziente indice di notizie relative allo stato di salute dei contatti	L'unico ritorno informativo che potrà essere fatto al paziente indice sarà quello di comunicare esclusivamente il numero dei contatti che è stato possibile raggiungere grazie alla sua collaborazione e la data. Tutto questo al fine di poterlo mettere nella migliore condizione psicologica di gestire eventuali reazioni. Questa informazione sulla limitazione del "ritorno informativo" dovrà essere fornita al paziente indice prima della compilazione della lista dei contatti.
2	Ansia del paziente derivante dal non sapere l'efficacia delle azioni di Contact Tracing con pressioni sull'operatore	Attivare supporto psicologico specifico, mantenendo il segreto professionale evitando che vi sia anche la minima trasmissione di notizie, relativamente allo stato sierologico dei contatti esaminati, tra gli operatori di counselling e quelli di CT e PN.

COMPORTAMENTO PRATICO ALLO STATO ATTUALE

In conclusione in via preliminare potremmo affermare che, secondo questa analisi e quanto indicato dalla maggior parte degli esperti nelle procedure di contact tracing e partner notification, il medico, prima di informare il partner della persona sieropositiva, ha il dovere di mettere in atto ogni tentativo per ottenere il consenso del paziente e solo dopo, nel caso di pazienti non consenzienti e che sicuramente stanno esponendo a gravi rischi di infezione terze persone presumibilmente e ragionevolmente ignare di tale situazione, potrà decidere secondo scienza e coscienza la via percorribile (potrà decidere di non informare i contatti, dopo aver spiegato al paziente le sue responsabilità etiche, penali, civili, oppure potrà decidere di informare i contatti ignari di persone sieropositive appellandosi alle norme sopraesposte).
Qualora il medico, secondo scienza e coscienza, decida di informare sarà opportuno prima di intraprendere le procedure accertare che:

- la necessità di rivelare il segreto nasca effettivamente dall'esigenza di tutelare un diritto pari o superiore a quello (fondamentale) della riservatezza: in pratica solo la vita o l'integrità fisica di terzi;
- si sia effettivamente esperito ogni tentativo per convincere il paziente a rivelare personalmente al partner il rischio di infezione derivante dal suo stato di sieropositività;
- che non ci sia altro modo di tutelare la salute del terzo.

In ogni caso la proposta che ci sentiamo di porre alla discussione è quella riportata nella fase n. 4 (vincolo n. 1).

CONCLUSIONI

Va ricordato che la finalità generale delle procedure di CT e PN deve essere quella di mettere il partner nella condizione di poter godere precocemente del diritto di accesso precoce alla diagnosi ed alle eventuali cure, esattamente al pari del diritto di diagnosi e cura precoce del paziente indice che non vuole comunicare al suo partner lo stato di sieropositività.
A nostro avviso le motivazioni personali di questo paziente indice non possono essere (per quanto legittime) fatte valere più dei diritti sopramenzionati dei suoi partner. Come medici però, in questo caso, bisogna essere ben consapevoli che la violazione del segreto professione è un "mezzo" (e tale deve restare in tutte le sue sfumature) e non un "fine" o un'azione in qualche modo "punitiva" che il medico potrebbe consciamente od inconsciamente attuare sulla sola base di un inidoneo

giudizio morale nei confronti di un paziente indice refrattario alla comunicazione al partner.

Bibliografia

1. Serpelloni G., Carli L. "HIV e rischio sessuale", Leonard Edizioni, 1995, 28 Winfield I. Latif AS: Tracing contacts of persons with sexually transmetted disease in developing country. Sex Transm Dis 1985, 12: 5-7.
2. Mardh PA: Notes on currently used public health measures for sexually transmitted diseases. Sex Transm Dis 1994, 21 (suppl. 2) 590-592.
3. Cleary PD, Van Devanter N. Rogers TF, et al Behaviour changes after notification of HIV. Am I Public Health 1991, 81 1686-1590.
4. Zanchetti M., Rischi professionali e dovere di assistere: una prospettiva etico-giuridica, 130-135; tutti in AA.VV., Aids e bioetica - Materiali e linee-guida per la formazione del personale sanitario, a cura di Cattorini P., Milano, 1992.
5. Adler MW, Johnson AM: Contact Tracing for HIV infection. BMJ 1988, 296; 1420-1421.
6. Peterman TA, Toomey KE., Dicker LW, Zaidi AA, Carolina J: HIV partner notification: cost and effectiveness data from a multicentre randomised contolled trial. XI Internationl Conference on AIDS, Vancouver, July 1996 (adstract thC 4626).
7. Rothenberg KH, Paskey SJ, Reuland MM, Zimmerman SI, North RL: Domestic violence and partner notification: implications for treatment and counselling of women with HIV. J Am Med Wom Assoc 1995, 50: 87-93.
8. Holtgrave DR. Valsinski RO : HIV counselling, testing, referral and partner notification services. A cost benefit analysis. Arch Intern Med 1993, 153: 1225-1230.
9. Camoglio P.L. “Contact Tracing e partner notification: condizione di applicabilità nel contesto normativo italiano”. “Aids e leggi sull’AIDS” a cura di Cattorini P., Europa Scienze Umane Editrice. 1993.
10. Cattorini P., Diagnosi di AIDS e dovere di segretezza. Riflessioni etiche, in AA.VV., AIDS - Segretezza professionale, a cura di Cattorini P., Padova, 1989, 63 ss.