

## Test HIV e minori. Tra bisogni e normative.

di Laura Spizzichino\*

L'infezione da HIV, contrariamente a quel che si potrebbe evincere dal silenzio sceso su di essa, continua a diffondersi nel nostro paese tanto che in alcune particolari zone geografiche si osserva un piccolo ma costante aumento delle nuove infezioni che, secondo il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità "potrebbe preludere a una possibile riattivazione dell'epidemia in varie aree (Centro Operativo AIDS-Istituto Superiore di Sanità, 2007). Secondo le stime più aggiornate, in Italia si verificherebbe un contagio ogni due ore. Sul fronte della cura, le terapie farmacologiche oggi a disposizione si stanno dimostrando sempre più efficaci nel bloccare la progressione della malattia, e quindi assicurano una maggiore sopravvivenza, una migliore qualità della vita, una drastica riduzione del numero di decessi e una minore contagiosità delle persone sieropositive.

Questi importantissimi risultati ottenuti portano con sé delle conseguenze da non trascurare. Da una parte si è abbondantemente riscontrato, sia in letteratura che nella prassi quotidiana nei servizi che si occupano precipuamente di questa patologia, un abbassamento della guardia nel mantenere costante l'adozione di misure protettive e preventive, nella falsa convinzione che l'infezione da HIV si possa "curare senza difficoltà": per molti oggi essa viene percepita non più temibile come accadeva una volta. Una seconda conseguenza è rappresentata dall'aumento della prevalenza delle persone sieropositive in vita e sessualmente attive e quindi dalla crescita della probabilità di relazionarsi e avere rapporti sessuali con esse.

A questo si aggiunga che negli ultimi anni l'epidemia è cambiata: la principale via di trasmissione è costituita dai contatti sessuali non protetti (80,1% di tutte le segnalazioni), sia etero che omosessuali, che tuttora non vengono sufficientemente percepiti come rischiosi. Oggi a essere maggiormente colpiti sono dunque gli uomini che hanno rapporti con uomini e gli eterosessuali di entrambi i generi, una fascia di popolazione quest'ultima che si è da sempre ritenuta al sicuro dal contagio, sia per pregiudizi che per scarse conoscenze sull'argomento, e che continua a non adottare le precauzioni raccomandate.

I dati di sorveglianza su infezione da HIV e AIDS (Centro Operativo AIDS-Istituto Superiore di Sanità, 2010) segnalano che nel 2009 sono stati 4,5 i nuovi casi diagnosticati ogni 100.000 residenti, con una maggiore incidenza al Centro-Nord. L'aspetto preoccupante riguarda il fatto che solo un positivo su quattro è a conoscenza del proprio stato sierologico. Inoltre, sempre nel 2009, per il 60% dei nuovi casi di AIDS, cioè la malattia conclamata, la diagnosi di sieropositività è stata troppo tardiva ed è arrivata in concomitanza con la diagnosi di AIDS. Ciò significa che solo un terzo delle persone con AIDS ha avuto la possibilità di usufruire dei benefici delle terapie antiretrovirali prima della diagnosi.

Le persone inconsapevolmente sieropositive rappresentano ovviamente una fonte di contagio rilevante, sia perché la conoscenza della propria condizione conduce

---

\* Psicoterapeuta, psicologa dirigente presso la Unità Operativa Comportamenti a Rischio e Malattie Infettive della ASL Roma E, Roma, Italia. Eventuali comunicazioni possono essere inviate a: lauraspizzichino@gmail.com.

generalmente all'adozione di comportamenti più sicuri, sia perché una persona in terapia, come si è detto, risulta meno contagiosa (Vernazza et al., 2008).

Alla luce di tutto ciò, una delle strategie principali di lotta all'AIDS è oggi la promozione del test in tutta la popolazione.

Gli adolescenti rappresentano uno dei target principali dei programmi di promozione della salute e di prevenzione dell'infezione da HIV e a loro si rivolgono numerosi interventi nelle scuole e nei principali luoghi di aggregazione poiché è dimostrato che corrono rischi in fasi sempre più precoci.

Alla fine del 2008 (Centro Operativo AIDS-Istituto Superiore di Sanità, 2010) in Italia, dei 61.537 casi di AIDS, registrati dall'inizio dell'epidemia, il 18,3% apparteneva alla fascia d'età 25-29 anni: costoro avevano presumibilmente contratto il virus in media 10 anni prima, quindi in piena fase adolescenziale.

Inoltre, nel nostro paese l'età al primo rapporto sessuale tende ad abbassarsi (Signorelli et al., 2006) e, secondo uno studio realizzato nelle nazioni economicamente avanzate dall'UNICEF-Innocenti Research Center (2007), in Italia il 25% dei quindicenni ha già avuto rapporti sessuali completi. Più recentemente, in un rapporto sugli adolescenti italiani stilato dalla Federazione Italiana Medici Pediatri nel 2010 è emerso che hanno fatto l'esordio sessuale a 11 anni lo 0,7% e a 12 l'1,9%; in entrambi i casi si trattava in prevalenza di maschi. Quindi a 13 il 4,9%, a 14 il 7,8%, a 15 il 24,7% e a 16 il 27,0%. Nella fascia d'età 13-16 anni le femmine erano la maggioranza. Infine, a 17-18 anni ha avuto il primo rapporto sessuale il 24,7 degli adolescenti (in maggioranza maschi).

Un ulteriore elemento inquietante testimoniato da un'abbondante letteratura, è che gli adolescenti non sono avvezzi all'uso costante del profilattico: ciò li rende suscettibili a tutte le malattie a trasmissione sessuale (MST) compresa l'infezione da HIV.

I dati italiani di sorveglianza sulle MST (Salfa et al., 2008) mostrano che i giovani (15-24 anni) rappresentano un quinto di tutti i casi di MST segnalate. Il 51,7% è costituito da maschi, il 92,5% da eterosessuali e il 21,0% da non italiani, soprattutto europei e africani. Le patologie più frequenti sono per i maschi i condilomi acuminati ano-genitali e le uretriti gonococciche, per le femmine ugualmente i condilomi acuminati ano-genitali e la chlamydia. La tendenza è l'aumento per la sifilide e le infezioni clamidiali. Per quel che riguarda HIV, quasi il 40% dei giovani cui è stata diagnosticata una MST non è stato sottoposto al test HIV, nonostante le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale di Sanità spingano in quella direzione. Infatti, la presenza di una MST da una parte indica la presenza di comportamenti rischiosi e dall'altra accresce la probabilità di contrarre HIV se esposti a esso. Un terzo dei giovani HIV positivi con una MST ignorava il proprio stato sierologico per HIV.

Oltre alla precocità del primo rapporto, all'uso non costante del profilattico, all'elevata prevalenza di MST la cui presenza, come si è detto, accresce la probabilità di contrarre l'infezione da HIV, gli adolescenti presentano altre condizioni che li pongono a rischi ancora maggiori se confrontati con quelli di individui più adulti. E cioè:

- la tendenza a porsi in situazioni rischiose come transizione verso l'età adulta;
- la convinzione di essere onnipotenti e invulnerabili;
- per i maschi, le pressioni del gruppo di pari che spingono a dimostrare la propria mascolinità;
- l'uso del sesso come rimedio contro la solitudine e la bassa autostima e come mezzo per ottenere rispetto;
- la scarsa capacità di negoziare l'utilizzazione del profilattico;
- la tendenza ad avere rapporti sessuali con persone più adulte (*age mixing*);

- nelle femmine una maggiore suscettibilità alle MST a causa della non completa maturità della cervice e dei traumi nel tessuto vaginale che si possono verificare nei primi rapporti sessuali;
- la tendenza a non ricercare diagnosi e trattamenti precoci per eventuali MST a causa della diffidenza verso i servizi che se ne occupano (Luzi et al., 2005).

Anche le assunzioni di alcool e di sostanze stupefacenti accrescono il pericolo di contrarre HIV o altre MST poiché riducono le inibizioni, interferiscono sulla capacità di giudizio, aumentano la resistenza sessuale e la frequenza dei rapporti e incoraggiano la presa di rischi.

Uno studio inglese (Marston & King, 2006) ha realizzato una meta analisi di 268 studi qualitativi aventi per oggetto i giovani tra i 15 e i 24 anni e ha evidenziato sette temi che influenzano il comportamento sessuale della popolazione di questa fascia di età. Per quel che riguarda specificamente i rischi per HIV, secondo gli autori, i giovani non usano regolarmente il profilattico per i seguenti motivi:

- percepiscono il/la partner come una persona "pulita, sicura" sulla base di indicatori superficiali e non adeguati;
- possono non essere riusciti ad affrontare in anticipo argomenti che hanno a che fare con il sesso e il profilattico con il/la partner ed essere arrivati al rapporto impreparati riguardo le strategie preventive;
- la rilevanza sociale, per i ragazzi, di fare sesso penetrativo, in particolare la prima volta, può portarli a considerare così prioritario il tipo di pratica sessuale da trascurare i rischi in cui possono incorrere;
- le ragazze possono non pretendere l'uso della protezione per timore di apparire troppo esperte;
- le ragazze possono pensare di rafforzare la relazione accondiscendendo al desiderio del partner di non utilizzare la protezione, nell'incuranza dei pericoli che questo può comportare.

A tutto questo si devono aggiungere i prezzi esorbitanti raggiunti dai profilattici, non sempre forse fattore influente nella decisione di non proteggersi.

Un'altra variabile che può esporre a rischi gli adolescenti è la convinzione che un/una partner alla prima esperienza sessuale sia una persona con la quale poter avere rapporti non protetti senza timori di contrarre il virus. In realtà, nell'attuale fase storica dell'epidemia questo non è più vero, poiché i bambini che sono stati contagiati dalla madre sieropositiva durante la gravidanza o il parto o l'allattamento naturale, oggi, grazie alle nuove ed efficaci terapie farmacologiche, raggiungono e superano l'adolescenza senza problemi. Possono dunque essere vergini e avere ugualmente l'infezione da HIV.

Anche i pregiudizi giocano un ruolo centrale nella presa di rischi. Per esempio, uno studio statunitense (Sanders & Reinisch, 1999) ha rilevato che gli adolescenti ritenevano che avere dei rapporti oro-genitali non fosse fare del vero sesso e quindi li preferivano ad altre pratiche considerandoli più accettabili per la loro età e anche non rischiosi (Halpern-Felsher et al., 2005).

Infine, la cultura di appartenenza potrebbe influenzare il livello di rischio, da una parte tenendo lontani gli adolescenti dai servizi che si occupano di salute riproduttiva e di contraccezione per timore di essere considerati attivi sessualmente o promiscui, laddove le norme culturali vietano esplicitamente l'attività sessuale prematrimoniale, dall'altra interferendo sulla percezione del rischio. Per fare un esempio, uno studio (Martini et al., 2004) ha rilevato che tra gli immigrati etiopi in Italia l'AIDS veniva considerata fortemente correlata alla povertà: poiché l'Italia è un paese ricco, vivendo nel nostro paese ritenevano di non correre pericoli e di non dover adottare delle precauzioni.

Quanto fin qui illustrato sottolinea la necessità e l'urgenza di intervenire massicciamente in chiave preventiva a favore degli adolescenti, promuovendo anche tra loro l'effettuazione del test HIV.

Nel nostro paese la procedura vigente nel caso un minore intenda sottoporsi al test prevede l'autorizzazione di un genitore o, in alternativa, di un giudice tutelare. Tale prassi crea in questo gruppo di popolazione una barriera considerevole, spesso insormontabile, che va ad aggiungersi alle numerose altre riferite dagli stessi adolescenti (Spizzichino & Pedone, 2002), cioè la mancanza di informazioni riguardo all'infezione da HIV e all'esistenza dei servizi, il sentire il problema lontano da sé, il timore della mancanza di confidenzialità e riservatezza. La conseguenza è il rischio di scoraggiare, demotivare o dissuadere coloro che vorrebbero sottoporsi al test e, in definitiva, di allontanare dai controlli, dall'eventuale diagnosi di sieropositività e dalla conseguente possibilità di trattamento precoce un numero rilevante di persone appartenenti a questa fascia d'età.

Negli Stati Uniti, le linee guida sul test dei Centers of Disease Control and Prevention (2006) raccomandano che a chiunque tra i 13 e i 64 anni effettui un prelievo di sangue venga aggiunto di routine il test HIV, a meno che non venga espresso un rifiuto esplicito. Inoltre, sono numerosi gli stati della federazione USA ad avere normative che esplicitamente consentono il test ai minori senza il consenso dei genitori, addirittura a partire dai 12 anni. E in sette di essi è prevista anche la possibilità di effettuare il trattamento antiretrovirale con il solo consenso del minore. È interessante il caso del Connecticut, dove l'emendamento su questo aspetto fu approvato nel 1992 grazie a una campagna di mobilitazione generale promossa da un gruppo di adolescenti. Uno studio (Meehan et al., 1998) ha successivamente mostrato che nei dodici mesi successivi alla modifica delle legge il numero dei ragazzi tra i 13 e 17 anni che si recò nei centri pubblici per counselling aumentò del 44%, il numero di coloro che effettuarono il test raddoppiò mentre triplicò tra coloro che avevano riferito un rischio elevato di contagio.

Nell'Unità Operativa Comportamenti a Rischio e Malattie Infettive (CARMI) (già Unità Operativa AIDS) dell'Azienda Sanitaria Roma E, servizio in cui lavoro e che ha tra i suoi compiti istituzionali la prevenzione e la diagnosi dell'infezione da HIV e l'intervento psicoterapeutico nei confronti delle persone con HIV, loro familiari e partner, considerata ogni sfaccettatura della questione, si è scelto ormai da anni di consentire l'effettuazione del test senza consenso dei genitori, in casi di particolare rilevanza e pericolo, esclusivamente ai cosiddetti grandi minori (16-18 anni) e all'interno di regole ben precise esplicitate nel corso del counselling e dunque prima del prelievo di sangue per il test.

Entrando nei dettagli, nel nostro servizio afferiscono abitualmente soggetti minori anche a seguito degli interventi preventivi sistematici realizzati nelle scuole inferiori e superiori dalla nostra stessa U.O., da altri servizi aziendali, nonché da altri centri pubblici, ONLUS e ONG. Quando uno di loro si presenta anche solo per chiedere informazioni, chiarire dubbi e perplessità, si avvia, come da raccomandazioni delle più importanti organizzazioni internazionali, un intervento di counselling (Spizzichino, 2008) durante il quale si agisce sulle lacune nelle conoscenze, sui rischi riferiti e sulla percezione dei rischi mostrata dalla persona che si ha di fronte, negoziando con essa piccoli cambiamenti realistici verso comportamenti più sicuri. Nei casi in cui il soggetto, alla luce di comportamenti che potrebbero averlo esposto a HIV o ad altre MST, esprima la volontà di sottoporsi agli accertamenti necessari per evidenziare la eventuale presenza di MST, compreso il test HIV, gli vengono prospettate le due opzioni, consenso di un genitore o autorizzazione di un giudice tutelare.

Nella nostra esperienza pluriennale, quel che con gran frequenza accade è che il minore, posto di fronte a queste richieste, rinunci al test vanificando la sua consapevolezza, la sua sensibilità al problema e la sua volontà di affrontare la situazione. In queste circostanze, dunque, viene persa un'opportunità, con possibile ritardo della diagnosi e pericolo di ulteriori contagi per la popolazione generale.

Pertanto, per salvaguardare la salute del singolo e della comunità, in alcuni casi selezionati di minori, preferibilmente al di sopra dei 16 anni, i grandi minori, laddove durante la seduta di counselling si evidenzino dei rischi reali, si procede a effettuare il test HIV pur senza il consenso dei genitori, all'interno di regole precise esplicitate ai giovani utenti. In particolare, vengono informati dei motivi che hanno portato alla decisione di far loro effettuare il test senza autorizzazione e viene anticipato che in caso di risultato positivo sarà indispensabile coinvolgere la famiglia, affinché possa fornire loro il sostegno necessario per affrontare le vicissitudini legate all'infezione da HIV. Ovviamente, oltre a questo, nella seduta di counselling si procederà a fornire informazioni sulle vie di trasmissione, sulle strategie preventive e sul significato, sui benefici e sulle implicazioni del test e del suo risultato. Spesso, per molti di loro questa rappresenta la prima vera opportunità per affrontare con un professionista esperto tematiche più vaste attinenti la sfera sessuale, tra cui la contraccezione e le altre malattie a trasmissione sessuale.

Frequentemente, i ragazzi che intendono sottoporsi al test arrivano accompagnati da coetanei, che entrano nella stanza con loro "perché non hanno segreti". Qualcuno degli accompagnatori poi, ascoltando i discorsi che si vanno facendo, comincia a far domande e a volte si risolve per effettuare il test. Alcuni mostrano di aver recepito l'importanza di effettuare il test in coppia, anche in assenza di rischi.

Dalle sedute di counselling con gli adolescenti sono emersi alcuni aspetti prevalenti. Innanzi tutto una errata percezione del rischio: a loro parere si può non usare il profilattico con chi è vergine, o con una persona che "si conosce" o che "non ha avuto molti partner". Per queste lacune nelle conoscenze, come è noto, l'intervento di counselling è utile ed efficace. Far sottoporre al test persone appartenenti a questa fascia di popolazione, dunque, fornisce l'opportunità di intervenire in chiave preventiva, oltre che diagnostica.

Negli ultimi dieci anni si sono sottoposti al test nell'U. O. CARMI 140 minori, per il 65% femmine, età mediana 17,1, età minima 14 anni e 8 mesi, per il 30% stranieri, provenienti soprattutto dall'Europa orientale e dall'America meridionale. Per il 93,6% di tutti loro si trattava del primo test in assoluto e in 21 loro lo hanno effettuato insieme al/alla partner, non necessariamente minore. Alcuni di loro hanno effettuato il *follow-up* quando era stato consigliato e hanno continuato a frequentare il centro anche dopo aver raggiunto la maggiore età. Tutti sono tornati a ritirare il risultato.

Tra tutti i minori che si sono sottoposti ad almeno un test si è riscontrata una positività per HIV. Il ragazzo, un italiano, aveva effettuato un primo controllo molto a ridosso del comportamento rischioso, alcuni rapporti non protetti con una partner più adulta, che era risultato negativo e lo ha ripetuto, come gli era stato indicato, a distanza di sei mesi.

La comunicazione della diagnosi è avvenuta nell'ambito di una seduta di counselling post-test, secondo le indicazioni delle principali organizzazioni internazionali, con particolari attenzioni legate alla giovane età dell'utente.

Al suo arrivo, come da appuntamento convenuto, il ragazzo è stato introdotto senza attese nella stanza e si è comunicato il risultato senza frapporre convenevoli o inutili premesse, utilizzando termini semplici, non tecnici né gergali. Quindi, gli si è lasciato il tempo per esprimere le emozioni, accogliendole e intervenendo solo quando egli formulava delle domande. Pur nella consapevolezza che la diagnosi, come sempre accade, aveva posto il ragazzo in uno stato di shock e che quindi sarebbero state

necessarie una o più sedute di *follow-up* per tornare su alcuni argomenti, si è proceduto, facendo seguito a richieste esplicite, a esplorare i significati da lui attribuiti alla sieropositività, le implicazioni del risultato da ogni punto di vista e le opportunità terapeutiche oggi a disposizione, valutando di volta in volta che cosa egli aveva effettivamente capito di quel che si stava dicendo. Inoltre, si è cercato di evidenziare le risorse personali e la rete familiare su cui poteva contare per affrontare la situazione. Come ci si poteva aspettare, le reazioni sono state molto drammatiche. Il ragazzo ha pianto a lungo, si è disperato ripetendo più volte, quasi a se stesso: “Non è giusto” e “Non sarò più felice”.

La comunicazione della diagnosi a un minore richiede un tempo molto più lungo di quello normalmente necessario con utenti più adulti. Essa tuttavia rappresenta soltanto la prima parte dell'intervento. La seconda inizia con l'illustrazione della necessità e dell'utilità per il minore stesso di informare della sieropositività un genitore, affinché possa essere sostenuto e aiutato in questi frangenti e nelle fasi successive. Anche perché è impensabile permettere a un adolescente che ha appena appreso di essere sieropositivo di lasciare la struttura da solo. Dunque si è chiesto al ragazzo di chiamare uno o entrambi i genitori e di farli venire nell'ambulatorio in tempi brevi. Il raggiungimento di questo obiettivo ha rappresentato uno scoglio notevole, ha richiesto tempo e opera di convincimento. All'arrivo dei genitori si è proceduto nuovamente a comunicare la diagnosi, con le modalità già illustrate, spiegando loro la procedura seguita e le sue motivazioni.

Prima di concludere la seduta si è fissato un incontro di *follow-up* a brevissimo termine con il ragazzo insieme ai genitori e successivamente si è intrapresa una psicoterapia con il ragazzo.

La possibilità di offrire all'interno del servizio pubblico ai minori di età 16-18, in alcuni casi limitati, l'opportunità di effettuare il test all'interno di un percorso di riflessione intorno ai propri comportamenti, rappresenta un servizio prezioso per il giovane che ha scelto di affrontare questi temi delicati, ma anche per la sua famiglia, oltre che per la popolazione generale, in un'ottica di prevenzione. Inoltre, l'effettuazione del test può rappresentare l'atto finale dei programmi preventivi realizzati nelle scuole, che per i motivi su citati ne promuovono l'effettuazione, amplificandone i notevoli benefici che già hanno. Al contrario, le difficoltà a sottoporvisi ne riducono l'efficacia e ne disconfermano i contenuti.

Dall'esperienza di tanti anni, è emerso in questo gruppo un bisogno, legato alla consapevolezza di aver corso dei rischi, di effettuare il test e di sviscerare, spesso per la prima volta, tematiche attinenti la sfera sessuale con professionisti.

Il counselling ha rappresentato un'opportunità di riflessione sull'infezione e sulle proprie convinzioni e abitudini. Ovviamente, la comunicazione della diagnosi ai minori pone problematiche serie che tuttavia possono essere efficacemente affrontate da personale esperto in strutture pubbliche specialistiche.

La procedura adottata dal centro in cui lavoro è, a mio parere, rispettosa, da un lato, delle richieste del minore che si rivolge a un servizio specialistico pubblico, a massima tutela della sua salute, sia prevenendo ulteriori comportamenti a rischio sia, in caso di positività, avviandolo alla terapia in modo tempestivo; rispettosa, dall'altro, del bisogno della famiglia di essere informata in caso di riscontro positivo e di essere immediatamente resa consapevole e responsabile della salute del figlio. Infine, ma non ultimo, la procedura adottata tiene conto delle esigenze di sanità pubblica di intercettare i soggetti positivi il più precocemente possibile, al fine di bloccare la catena di diffusione del virus. Questo obiettivo si può raggiungere, come già sottolineato, attraverso l'assunzione della terapia farmacologica non tardiva e quindi più efficace e

l'adozione di comportamenti sicuri da parte di chi è a conoscenza del proprio stato di sieropositività. Tale procedura, inoltre, è considerata virtuosa da diverse ONLUS e ONG che si occupano di infezione da HIV a vari livelli (Mazzini, 2010).

Il tema del test HIV ai minori è stato lungamente dibattuto tra operatori impegnati sul campo insieme a esperti di materia giuridica in numerosi congressi e seminari. Si è sottolineata la possibilità di far riferimento all'articolo 54 del Codice Penale che chiama in causa lo stato di necessità ("Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile") e al fatto che una parte della letteratura giuridica appare favorevole a riconoscere all'adolescente (il cosiddetto "grande minore") una limitata capacità di agire anticipata nell'esercizio di diritti personalissimi. Come si afferma in un articolo sull'argomento in questione (Brancatella, 2009), "a favore del diritto del minore di autodeterminarsi nella scelta di sottoporsi al test HIV, vi è anzitutto il dato che tale accertamento appare finalizzato alla tutela della salute e dunque di un diritto gerarchicamente sovraordinato rispetto alla "potestà" del genitore: tale potestà, com'è noto, è finalizzata alla tutela del superiore interesse del minore; ove i diritti del genitore e del figlio minore confliggano saranno questi ultimi *ex se* a prevalere in forza del ben noto principio del superiore interesse del minore".

Infine, la direzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma E, "sulla base di una problematica portata alla luce dal servizio Comportamenti a Rischio e Malattie Infettive" ha recentemente richiesto un parere al Comitato Etico "sull'esigenza di procedere in casi molto particolari ad esami su soggetti minorenni al di sopra dei 16 anni senza preventivo consenso dei genitori". In data 30.03.2010 il Comitato Etico ha espresso all'unanimità il seguente parere:

*"La decisione di effettuare il test per HIV su soggetti minori al di sopra dei 16 anni appare eticamente giustificata. Al riguardo, considerati anche i pareri dei giuristi che si sono espressi nel merito, è da ritenere che il benessere del minore sia superiore all'interesse del genitore a conoscere l'esito del test".*

Alla luce di quanto fin qui detto, appare utile una riflessione in merito al test HIV a minori con l'obiettivo di semplificarne la prassi e quindi di aumentare il numero di coloro che vi si sottopongono. Sarebbe auspicabile, inoltre, che all'interno di questa ottica si procedesse a ripensare l'organizzazione dei centri specialistici esistenti al fine di farne dei servizi *adolescent friendly*. Questi, secondo le più importanti organizzazioni internazionali (Henry J. Kaiser Family Foundation, 1999; World Health Organization, 2005), devono avere alcune caratteristiche ben precise:

- non viene richiesto il consenso dei genitori per l'effettuazione del test;
- viene garantita la confidenzialità e la riservatezza e si rassicurano i giovani utenti riguardo il loro timore di essere riconosciuti ed etichettati da amici o familiari;
- il test è gratuito;
- non vengono richiesti documenti e prescrizioni mediche;
- vengono fornite informazioni esaurienti circa le prestazioni che si offrono;
- gli operatori sono stati formati per comunicare in modo efficace con i giovani e comprendere i problemi con cui questi si devono confrontare;
- gli operatori hanno un atteggiamento rispettoso e non giudicante;
- gli operatori fanno poche domande;
- gli orari sono adeguati alle esigenze di questa fascia di popolazione e gli operatori sono disponibili per consultazioni con breve preavviso e anche senza appuntamento;
- la struttura è accogliente, pulita e piacevole a vedersi;

- se possibile, i giovani hanno un ruolo di collaborazione con gli operatori, per esempio nella progettazione e nella realizzazione di programmi preventivi di *peer education* (Spizzichino et al., 2005a);
- la comunità nella consapevolezza della loro utilità sostiene i centri per adolescenti.

### Bibliografia

Brancatella, R. (2009). Problematiche medico legali legate all'infezione da HIV per i minori che si rivolgono ai servizi pubblici. *Minori e Giustizia*, 2.

Centers of Disease Control and Prevention (2006). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in Health-Care Settings. *Morbidity Mortality Weekly Report*; 55 (RR-14), 1-17.

Centro Operativo AIDS-Istituto Superiore di Sanità (2007). Aggiornamento dei casi notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2007. *Notiziario Istituto Superiore di Sanità*, 20 (6 Suppl 1), 1-24.

Centro Operativo AIDS-Istituto Superiore di Sanità (2010b). Giornata Mondiale contro l'AIDS, 2010. Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e AIDS. Retrieved January 07, 2011, from [http://www.iss.it/binary/pres/cont/rezza2\\_1Dic\\_ppt.pdf](http://www.iss.it/binary/pres/cont/rezza2_1Dic_ppt.pdf)

Centro Operativo AIDS-Istituto Superiore di Sanità (2010a). Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2008 e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2009. *Notiziario Istituto Superiore di Sanità* 23 (4 Suppl 1), 1-28.

Halpern-Felsher, B.L., Kropp, R.Y., & Tschann, J.M. (2005). Oral versus vaginal sex among adolescents: perceptions attitudes, and behavior. *Pediatrics* 115 (4), 845-51.

Henry J. Kaiser Family Foundation (1999). HIV testing [Fact Sheet]. Washington D.C., Jun.

Luzi, A.M., Spizzichino, L., Valli, R., Gallo, P., Pedone, G., & Bianconi, M. (2005). Adolescenti e HIV: l'accesso ai servizi. *Rassegna di Psicologia*, 22 (3).

Marston, C., & King, E. (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet* 368 (9547), 1581-6.

Martini, M., Di Pasquale, L., Cohen, G., & Pizzirani, A. (2002). *Responsiveness of Ethiopian community living in Italy to HIV-AIDS prevention material*. Paper presented at 15th International AIDS Conference, Bangkok, Thailand.

Mazzini, D. (2010). Test HIV: consenso ai minori. *Notiziario ANLAIDS* 15, 11-12.

Meehan, T.M., Hansen, H., & Klein, W.C. (1998). The impact of parental consent on the HIV testing of minors. *American Journal of Public Health* 87 (8), 1338-41.

Salfa, M.C., Regine, V., Raimondo, M., Giuliani, M., & Suligoj, B. (2008). Le infezioni sessualmente trasmesse in giovani in Italia. *Contraccezione Sessualità Salute Riproduttiva* 2 (2), 13-5.

Sanders, S.A., & Reinisch, J.M. (1999). Would you say you "Had sex" if...?. *JAMA* 281 (3), 275-7.



Signorelli, C., Pasquarella, C., Limina, R.S., Colzani, E., Fanti, M., Cielo, A., Greco, M. et al. (2006). Third Italian national survey on knowledge, attitudes, and sexual behaviour in relation to HIV/AIDS risk and the role of health education campaigns. *The European Journal of Public Health* 16 (5),498-504.

Spizzichino, L., & Pedone, G. (2002). Accesso ai servizi pubblici e prevenzione dell'infezione da HIV: un'esperienza di progettazione partecipata con gli adolescenti. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 38 (4),367-75.

Spizzichino, L. (2008). *Counselling e psicoterapia nell'infezione da HIV*. Roma: FrancoAngeli.

UNICEF-Innocenti Research Centre. (2007). *Child poverty in perspective: an overview of child well-being in rich countries*. Innocenti Report Card 7, Florence.

Vernazza, P., Hirschel, B., Bernasconi, E., & Flepp, M. (2008). Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des Médecins Suisses* 89 (5),165-9.

World Health Organization. (2005). *Adolescent friendly health services: making it happen*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.