

L'informazione nella lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS: risultati di un'indagine conoscitiva tra medici di medicina generale, giornalisti e utenti del Telefono Verde AIDS

*Équipe del Progetto:
"Valutazione della comunicazione sociale
nella lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS" (*)*

Riassunto. - Il presente lavoro è il risultato di uno studio dal titolo "Valutazione della comunicazione sociale nella lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS", presentato da ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e finanziato nell'ambito del secondo Progetto di ricerca AIDS-Sociale. Tale studio ha voluto sondare, attraverso un'accurata indagine, il livello di conoscenza sull'infezione da HIV e sull'AIDS di due delle principali fonti di informazione alle quali i cittadini fanno spesso riferimento: i medici di medicina generale e i giornalisti, nonché di un campione scelto a caso fra gli utenti del Telefono Verde AIDS (TVA) dell'ISS. Dall'elaborazione dei dati si riscontra, in generale, un basso livello di conoscenza sulle tematiche relative all'infezione da HIV e all'AIDS da parte dei giornalisti. Per quanto riguarda i medici di medicina generale si rileva una diversità del livello di conoscenza che risulta inversamente proporzionale all'età e al numero di pazienti. Un discreto livello di conoscenza emerge dai dati relativi agli utenti del TVA. Questi ultimi risultati non possono, ovviamente, essere estesi alla popolazione generale. Possono essere, invece, generalizzabili i risultati relativi al campione dei medici di medicina generale e dei giornalisti. Le informazioni raccolte potrebbero consentire di progettare interventi mirati e stilare linee guida specifiche.

Parole chiave: infezione da HIV, AIDS, counselling, prevenzione, informazione.

Summary (*The role of information in the fight against HIV/AIDS: outcomes of a cognitive survey carried out among general practitioners, journalists and AIDS Help-Line users*). - This work presents the outcomes of the study "Evaluation of the role of social communication in the fight against HIV infection and AIDS" carried out by some researchers of the Istituto Superiore di Sanità (ISS) and financed within the 2nd Social Research Project on AIDS. Through an accurate survey, the study aimed to evaluate the standard of knowledge on HIV/AIDS in two most important sources of information frequently contacted by citizens: general practitioners and journalists. It also sounded out the knowledge in a random sample of users of the AIDS Help-Line of the ISS. We could find out a generally low standard of knowledge on HIV/AIDS among journalists. As far as general practitioners are concerned, the differences found in the standard of knowledge are inversely proportioned to age and number of patients. A fairly good standard of knowledge is found out among the users the AIDS Help-Line. Of course, the same outcomes cannot be valid also for the general population; on the contrary, the outcomes concerning general practitioners and journalists could be generalized. Information gathered from data collection could make easier the planning of more specific interventions and the drawing up of appropriate guidelines.

Key words: HIV infection, AIDS, counselling, prevention, information.

Introduzione

Storia e dimensioni dell'epidemia dell'infezione da HIV in Italia

Alla fine del 2000 sono state stimate più di 36 milioni di persone sieropositive e malate di AIDS nel mondo. La World Health Organization (WHO), tuttavia, prevede che all'inizio del terzo millennio ci saranno circa 40 milioni di persone sieropositive e 12-18 milioni di malati di AIDS.

Nel nostro paese l'epidemia dell'infezione da HIV è comparsa nei primi anni '80 e ha interessato particolarmente le aree urbane del Nord.

I primi casi sono stati, infatti, diagnosticati nel 1982, un anno dopo le prime segnalazioni negli Stati Uniti di sarcoma di Kaposi e di polmonite da *Pneumocystis carinii*; si trattava di casi sporadici riscontrati in individui omosessuali che avevano soggiornato in altri paesi dove, molto probabilmente, avevano contratto l'HIV.

Nello stesso anno, in Italia iniziava la raccolta dei dati sui casi di AIDS, formalizzata nel giugno 1984 con l'istituzione del Sistema di Sorveglianza Nazionale.

A partire dal 1987 la notifica dei casi di AIDS è divenuta obbligatoria (DM 28/11/86) e da allora l'AIDS viene classificata tra le patologie infettive di Classe III (DM 15/12/90), cioè a notifica speciale e la raccolta dei dati viene effettuata dal Centro Operativo AIDS (COA), attualmente denominato Reparto AIDS e Malattie Sessualmente Trasmesse (RAMST), del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (LEB) dell'Istituto

(*) I componenti dell'équipe del Progetto sono elencati prima della Bibliografia.

Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con le Regioni. Il RAMST provvede ad effettuare l'analisi periodica dei dati, la pubblicazione e la diffusione di un rapporto semestrale sull'andamento dell'epidemia in Italia.

Dal 1982 al primo semestre del 2000 sono stati notificati al RAMST 46 534 casi di AIDS, di cui 36 308 (78%) di sesso maschile e 10 226 (22%) di sesso femminile, 688 (1,5%) casi pediatrici (età <13 anni) e 2231 (4,8%) stranieri. L'età mediana della diagnosi per gli adulti è 33 anni per i maschi e 31 per le femmine.

Per quanto riguarda la distribuzione geografica dei casi di AIDS, si evidenzia, nei primi sei mesi del 2000, una riduzione dei casi di incidenza regionali e provinciali più marcata nelle regioni del Nord Italia.

Il 73,6% dei casi è concentrato nella fascia di età compresa tra 25 e 39 anni, ciò testimonia un innalzamento dell'età alla diagnosi, in entrambi i sessi; in particolare, è aumentata la quota dei casi nella fascia d'età 35-39 anni.

L'età mediana alla diagnosi dei casi di AIDS mostra un aumento nel tempo sia tra i maschi che tra le femmine. Infatti, se nel 1985 l'età mediana era di 29 anni per i maschi e 24 per le femmine, nel primo semestre del 2000 le età mediane sono salite rispettivamente a 37 e 35 anni. Nell'ultimo decennio la percentuale di pazienti adulti di sesso femminile è andata progressivamente aumentando, passando dal 16% del 1985 al 23,6% del primo semestre del 2000.

Per quanto riguarda i casi pediatrici, nel biennio 1997-98 si è registrata una rilevante diminuzione, nel 1999 sono stati notificati soltanto 6 casi di AIDS e nel primo semestre del 2000 non è stato notificato alcun caso, tendenza questa parzialmente attribuibile all'efficacia delle campagne di prevenzione e all'applicazione delle linee guida sul trattamento antiretrovirale per le donne in gravidanza. La maggioranza dei bambini malati aveva, infatti, contratto l'infezione dalla madre durante la gravidanza (*trasmissione verticale*).

La proporzione di casi legati a ciascun comportamento a rischio è andata, nel tempo, leggermente cambiando. La modifica dei comportamenti ha portato a una riduzione nel numero di nuove diagnosi di AIDS tra i tossicodipendenti, passando dal 67,4% del totale dei casi diagnosticati fino al 1991, al 38,9% nel primo semestre del 2000. L'infezione tende ora a diffondersi lentamente al di fuori dei gruppi sociali ad elevata frequenza di comportamenti a rischio, diventando sempre più una malattia a trasmissione sessuale; i contatti eterosessuali nello stesso periodo sono, infatti, passati dal 10,7% al 33,3%.

Nel nostro paese il picco di maggiore incidenza dell'infezione si è verificato tra il 1986 e il 1987. A partire dagli anni '90 l'AIDS è diventata una delle principali cause di morte fra le giovani donne e la più importante causa di morte fra i giovani adulti di sesso maschile,

determinando, nei maschi di età compresa tra 25 e 29 anni, un'inversione del trend di mortalità generale che, sino ad allora in costante diminuzione, ha mostrato un aumento imprevisto.

I tossicodipendenti hanno rappresentato e rappresentano tuttora la fascia della popolazione maggiormente colpita, anche se nel tempo le dinamiche epidemiche si sono sempre più racchiuse nel nodo delle interazioni tra tossicodipendenza e sessualità.

Ad oggi si stima che oltre 130 000 infezioni siano avvenute in Italia e circa 100 000 siano le persone sieropositive attualmente viventi.

Strategie d'intervento nella lotta contro l'infezione da HIV/AIDS in Italia

Fin dall'inizio l'epidemia da HIV/AIDS ha costituito un problema emergente di sanità pubblica, sia dal punto di vista epidemiologico, sia per le profonde ripercussioni sul contesto sociale.

Agli aspetti biologici, clinici e assistenziali legati all'infezione sono andati ad aggiungersi una serie di problemi psicologici, sociali, legali ed economici determinando una situazione complessa e critica non solo per le singole persone colpite dal virus ma per tutta la società.

Per questo motivo nel 1987 il Ministro della Sanità ha istituito una Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS (CNLA), da lui stesso presieduta, con il compito di fornire indicazioni e proposte, di svolgere un'azione di coordinamento delle iniziative regionali e di avviare rapporti di collaborazione tra le diverse strutture interessate.

La CNLA, dopo aver svolto un lungo lavoro preparatorio, ha stilato una serie di documenti e raccomandazioni che hanno costituito la base del primo "Progetto-Obiettivo AIDS" per il triennio 1990-1992, presupposto per la definizione di una specifica normativa sull'AIDS: la Legge n.135 del 5 giugno 1990.

La stessa Legge sottolinea, inoltre, l'importanza di interventi riguardanti l'informazione, la formazione, la ricerca, la sorveglianza epidemiologica, il sostegno alle attività di volontariato, l'assistenza psicologica e socio-sanitaria.

Solo una strategia di lotta unitaria, basata su criteri di coordinamento e collaborazione, poteva efficacemente contrastare la diffusione e l'incremento dell'infezione.

Anche la WHO conferma nei suoi rapporti l'importanza di tale strategia, integrandola con i presupposti e i principi di un'informazione "personalizzata" quale strumento efficace di lotta contro l'infezione.

Un'informazione corretta e "individualizzata" è, infatti, fondamentale in presenza di fenomeni che interessino la collettività e risulta determinante per combattere la diffusione di patologie epidemiche. Inoltre, poiché l'infezione da HIV si trasmette con l'adozione

di specifici comportamenti che dipendono dalla volontà e da scelte individuali e non, quindi, da contagio casuale (come per altre patologie), le attività informativo-educative costituiscono i mezzi più efficaci di prevenzione. A tale proposito nel giugno 1987 la CNLA ha istituito il Telefono Verde AIDS (TVA).

Il Telefono Verde AIDS: un'esperienza di counselling telefonico

Il Telefono Verde AIDS (TVA - 800-861061) del RAMST del LEB dell'ISS, è un servizio nazionale che svolge attività di prevenzione primaria e secondaria sull'infezione da HIV e sull'AIDS rivolta alla popolazione generale, attraverso un'informazione scientifica, aggiornata e "personalizzata" erogata con la tecnica del "counselling telefonico", attività di studio e di ricerca a livello nazionale e internazionale, attività di educazione sanitaria rivolta a studenti delle scuole medie inferiori e superiori e attività di formazione teorico-pratica sul counselling *vis à vis* e telefonico per operatori psico-socio-sanitari.

La conoscenza di informazioni scientifiche, aggiornate e il più possibile omogenee è condizione necessaria, anche se non sufficiente, per un intervento efficace di prevenzione e di educazione alla salute; la sola conoscenza, infatti, non basta a far sì che il soggetto possa decidere di adottare un comportamento più sicuro.

Per un'efficace opera di prevenzione dell'HIV/AIDS occorre agire, quindi, sui comportamenti, cioè aiutare la persona a trovare le basi motivazionali per non sviluppare comportamenti a rischio e/o per modificare quelli già adottati, attraverso interventi informativi "personalizzati" che si inseriscano negli schemi cognitivi della persona, nel suo vissuto, nella concretezza dei suoi problemi (counselling *vis à vis* e counselling telefonico).

L'intervento di counselling telefonico, erogato dal TVA, si basa sui principi e sulle tecniche del counselling *vis à vis*. Tale metodo, che permette di strutturare la "relazione di aiuto" secondo uno schema processuale diviso in fasi (iniziale, intermedia, finale), coinvolge un consulente e un consultante, è caratterizzato dall'applicazione di conoscenze specifiche, di qualità personali, di abilità e di strategie comunicative del consulente, finalizzate all'attivazione e alla riorganizzazione delle risorse individuali della persona (utente), per rendere possibili scelte e cambiamenti in situazioni percepite come difficili dall'individuo stesso. E' un processo intenso, focalizzato, limitato nel tempo, specifico, attivo e integrato.

Il TVA, anonimo e gratuito per l'utente, dispone di sei linee telefoniche ed è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 13.00 alle ore 18.00.

L'équipe del TVA è composta da una coordinatrice (psicologa), sei ricercatori (psicologi e medici infettivologi) e un tecnico di segreteria. Gli operatori rispondono agli utenti anche in francese e inglese.

Il Servizio dispone di un software di data-entry e gestione archivi online.

I dati statistici raccolti durante l'attività telefonica riguardanti la provincia, il sesso, l'età, l'eventuale comportamento a rischio e il tipo di domanda, vengono immessi dall'operatore in personal computer.

Tale sistema permette un'elaborazione giornaliera, settimanale e mensile dei dati e, quindi, una puntuale elaborazione del processo informativo svolto.

Nella prevenzione dell'infezione da HIV e dell'AIDS, il mezzo telefonico si è rivelato uno strumento particolarmente utile non solo per la rapidità d'accesso, ma anche perché, consentendo una comunicazione in forma anonima, permette il superamento di alcune difficoltà di tipo psicologico e sociale, dovute alla visione della malattia e al disagio legato agli argomenti che riguardano la sfera sessuale.

Progetto "Valutazione della comunicazione sociale nella lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS"

Razionale

Durante l'attività di counselling telefonico svolta, l'équipe del TVA ha constatato una larga diffusione di notizie disomogenee e/o inesatte.

L'empiricità e la causalità dei dati acquisiti ha indotto a svolgere una specifica ricerca conoscitiva per individuare potenziali motivazioni.

Tale indagine ha l'obiettivo di valutare il livello di conoscenza sull'infezione da HIV e sull'AIDS sia degli utenti del TVA, sia di due delle fonti più autorevoli dell'informazione: medici di medicina generale (MG) e giornalisti.

La scelta di tali fonti è dovuta alla capacità e alla possibilità di entrambe di raggiungere un campione vasto ed eterogeneo della popolazione.

I medici di MG, per il particolare rapporto che hanno con i loro pazienti, possono dare un grande contributo per orientare le iniziative informativo-educative sull'AIDS.

I giornalisti (cronaca e stampa specializzata) rappresentano un elemento di fondamentale importanza per la diffusione dell'informazione nel nostro paese, per la possibilità di influenzare l'immaginario collettivo e per creare pregiudizi.

Tuttavia, queste due categorie erogano, a volte, messaggi generalizzati spesso contrastanti e/o ambigui che creano confusione, ansia e allarmismo.

L'esperienza sociologica dimostra, infatti, che una corretta informazione è fondamentale in presenza di fenomeni che interessino la collettività e risulta determinante per combattere la diffusione di patologie epidemiche. L'infezione da HIV e l'AIDS hanno, inoltre, evidenziato quanto una malattia possa diventare terribile a causa della sua incomprensibilità ed incontrollabilità.

Anche se la tensione ideologica rispetto a questa infezione appare oggi minore, tuttavia la rappresentazione sociale prevalente è ancora legata alla sfera dei comportamenti sessuali, dell'aggressività e della paura della morte. Un servizio di counselling telefonico, per "ridefinire" la domanda, fornire risposte corrette all'utenza e, quindi, svolgere un'efficace opera di prevenzione e di educazione alla salute, deve tenere conto delle "interpretazioni distorte del messaggio", dovute in alcuni casi a una ricezione selettiva influenzata da fattori psicologici e/o culturali dell'utente; in altri la distorsione può avvenire attraverso l'erogazione di messaggi ambigui e/o contraddittori, diffusi da varie fonti informative e alla molteplicità dei riferimenti culturali delle stesse.

Stato dell'arte

In Italia e all'estero non risulterebbero essere stati realizzati studi simili relativi alla valutazione del livello di conoscenza dei *giornalisti* sull'infezione da HIV e sull'AIDS. Dalle verifiche effettuate con sistemi di ricerca bibliografica e dalle indagini svolte presso l'Ordine dei Giornalisti di Roma, infatti, non sembrano esserci pubblicazioni sull'argomento né esistono riferimenti bibliografici in merito.

Per quanto riguarda il livello di conoscenza dei *medici*, invece, sia a livello internazionale che nazionale sono stati realizzati alcuni studi che mettono a confronto diversi gruppi professionali e prendono in considerazione variabili quali l'età, lo stato civile, la religione, l'orientamento politico, il numero di ore lavorative e le fonti di informazione.

La maggior parte delle ricerche effettuate non evidenzia differenze significative del livello di conoscenza in relazione a tali variabili, mentre differenze significative emergono dal confronto tra i vari gruppi professionali.

In una ricerca condotta presso il Department of Health of the University of Leicester (GB), i giovani medici appaiono più informati dei medici anziani e i medici di sesso maschile mostrano un atteggiamento più positivo verso i pazienti rispetto ai medici di sesso femminile, sposati e che hanno studiato all'estero [1]. *Ricerche* basate su indagini mirate a confrontare il livello di conoscenza dei medici di base con quello dei medici ospedalieri evidenziano che un livello più elevato di conoscenza sull'infezione da HIV è caratteristico in quei medici che hanno avuto un contatto quotidiano con pazienti sieropositivi [2]; inoltre, sono contrari al test sulla ricerca degli anticorpi per l'HIV senza un colloquio [2].

Presso il Dipartimento di medicina preventiva della scuola medica del New Jersey (USA) è stata condotta una ricerca su tre gruppi di operatori sanitari: medici, dentisti e infermieri [3]. I medici hanno dimostrato un livello più elevato di conoscenza delle altre categorie nelle domande riguardanti l'aspetto epidemiologico

dell'HIV [4], la trasmissione del virus, la diagnosi dell'infezione e della malattia e la valutazione dei rischi associati all'infezione da HIV [3].

In generale, le ricerche italiane [5] e estere [6] evidenziano un livello inadeguato di conoscenza tra i medici per quanto concerne le informazioni riguardanti il test, la prevenzione e la trasmissione dell'infezione da HIV. Le ricerche sono altresì concordi nell'evidenziare livelli bassi di informazione sull'epidemiologia e nel sottolineare una difficoltà da parte dei medici nel trattare i pazienti sieropositivi. L'ansia e il disagio sembrano essere prevalentemente associati alla paura del contagio ed emerge un atteggiamento negativo nei confronti di alcuni pazienti come tossicodipendenti ed omosessuali.

In generale si evidenzia la necessità di una più ampia e corretta informazione da parte dei medici su un ricorso appropriato al test per lo screening dell'HIV, su alcune modalità specifiche di trasmissione e sulla prevenzione [6] e di linee guida per un approccio adeguato alla cura e per un efficace counselling preventivo [7].

Infine, per quanto riguarda il livello di informazione sull'infezione da HIV e sull'AIDS degli *utenti di un servizio di counselling telefonico*, non risulterebbero studi simili sull'argomento.

Nel 1996 una società di marketing ha realizzato, per conto del Ministero della Sanità, un'indagine volta a valutare il livello di informazione della popolazione generale prima e dopo la Quinta Campagna informativa AIDS. Dai risultati ottenuti è emersa una diffusa conoscenza sull'esistenza dell'AIDS, una sufficiente informazione sulle modalità di trasmissione del virus HIV, sull'importanza delle misure preventive e l'esigenza di una maggiore e più dettagliata informazione sui risultati raggiunti dalla ricerca e sulle strategie attuate per fronteggiare l'epidemia [8].

Obiettivi del Progetto

Gli obiettivi della ricerca sono: la valutazione del livello di conoscenza sull'infezione da HIV/AIDS, delle modalità di acquisizione e dei sistemi di verifica dei dati tra i giornalisti che in Italia si occupano di tematiche sanitarie; la valutazione del livello di conoscenza e delle modalità di relazione con l'utenza di un campione randomizzato di medici di MG; la valutazione del livello di informazione di un campione randomizzato di utenti del TVA e l'individuazione delle loro fonti informative.

Al termine dell'indagine, i risultati ottenuti potrebbero consentire di progettare ricerche più esaustive e, eventualmente, stilare progetti-obiettivo e linee guida adeguatamente mirati.

Metodologia del Progetto

Campionamento.- Si è innanzitutto proceduto all'identificazione dei tre campioni selezionati tra i giornalisti delle reti televisive e delle testate

giornalistiche locali e nazionali, tra i medici di MG presenti sul territorio nazionale e, infine, tra gli utenti del TVA.

Per quanto riguarda i giornalisti, è stata considerata l'intera popolazione di coloro che si sono occupati dell'infezione da HIV/AIDS negli ultimi anni (172 professionisti). Le testate giornalistiche scelte sono state selezionate sia avvalendosi dell'ausilio di pubblicazioni quali *Medias* e *l'Agenda del Giornalista*, sia telefonando direttamente alle singole redazioni per individuare il referente esperto in tematiche sanitarie.

Successivamente sono stati contattati, per via telefonica, i giornalisti interessati, con l'intento di presentare la ricerca e coinvolgerli nell'iniziativa.

La numerosità del campione dei medici di MG (500 professionisti) è stata calcolata in base al numero totale dei medici di MG presenti sul territorio italiano. Il campione è stato stratificato per regione; successivamente, in base alla popolazione regionale, è stata calcolata la numerosità del campione, sono quindi state estratte in maniera random le ASL (1 o 2 per regione, in base alla popolazione residente) e, infine, alle ASL selezionate sono stati chiesti gli elenchi dei medici di MG presenti sul loro territorio dai quali sono stati estratti, in maniera random, i nominativi dei professionisti.

La numerosità del campione degli utenti del TVA (434 soggetti) è stata calcolata sulla base del numero di telefonate annue ricevute; tale campione è stato scelto in maniera random. La somministrazione del questionario agli utenti si è svolta in modo casuale nell'abituale fascia oraria di attività telefonica del servizio (dal lunedì al venerdì dalle ore 13.00 alle ore 18.00). Ai fini della realizzazione di un campionamento random, si è ritenuto opportuno selezionare un utente ogni cinque telefonate.

Descrizione e somministrazione dei questionari. - Per la raccolta delle informazioni sono stati redatti tre questionari differenziati in base al target: giornalisti, medici di medicina generale e utenti del TVA. Per ogni questionario sono stati fissati dei criteri specifici per quanto riguarda i contenuti, le modalità di somministrazione e il linguaggio utilizzato.

I questionari validati da uno studio pilota e somministrati con la garanzia del più assoluto anonimato, sono composti da item con quattro possibili alternative poste l'una al di sotto dell'altra e fornite di una casella da contrassegnare per i giornalisti e per i medici di MG e item a cui è possibile rispondere vero o falso per gli utenti del TVA. Gli item contenuti nei questionari sono specifici per ciascuno dei target in studio.

I questionari utilizzati per la valutazione delle conoscenze sull'infezione da HIV/AIDS tra i giornalisti e i medici di MG sono del tipo ad alternative chiuse con risposte fattuali, le modalità di risposta sono specificate e l'intervistato può scegliere quella che gli sembra più

adeguata; le domande non richiedono, quindi, opinioni e sono ad alternativa prefissata.

Si è optato per questo tipo di questionario perché presenta alcuni vantaggi importanti: le domande con alternative fisse consentono una risposta più rapida e necessitano di minori istruzioni per la compilazione; i dati sono più facili da codificare e trattare, permettendo un risparmio di tempi, di costi, una riduzione della possibilità di errore; all'intervistato è più chiaro il significato della domanda e si limita al minimo il numero delle risposte irrilevanti.

Il *questionario per i giornalisti* è diviso in due sezioni: una scheda notizie a scopo statistico e descrittivo (costituita da 17 domande comprendenti informazioni personali quali: sesso, età, titolo di studio, qualifica professionale, testata giornalistica di appartenenza, anzianità di servizio, esperienze professionali sul tema specifico, lavoro di ricerca sulle fonti dell'informazione, strumenti di diffusione dell'informazione) e una sezione relativa alle conoscenze specifiche sull'argomento (costituita da 13 domande riguardanti: modalità di contagio, attendibilità del test anti-HIV, sicurezza del profilattico, ecc.).

Il questionario che è stato loro somministrato ha avuto lo scopo di raccogliere informazioni sulle conoscenze in materia di infezione da HIV e di AIDS e sulla comunicazione di queste alla popolazione generale. I risultati delle schede sono rimasti riservati e strettamente vincolati agli obiettivi della ricerca e l'elaborazione dei dati è avvenuta esclusivamente in forma aggregata, in modo da rendere impossibile l'identificazione del singolo intervistato.

Il questionario, inviato via fax, ha avuto inizialmente una scarsa risposta, è stato allora effettuato un sollecito telefonico a distanza di un mese circa ed un ulteriore sollecito con reinvio dei questionari dopo un altro mese. Al termine risultavano pervenute 92 su 172 richieste pari al 53,5%. La scheda riassuntiva delle domande con le frequenze delle risposte esatte è riportata in Tab. 1.

Il *questionario per i medici di MG*, costituito da 18 domande raggruppate in quattro argomenti principali riguardanti: la trasmissione e la patogenesi dell'infezione da HIV (4 domande); gli aspetti clinici (4 domande); gli aspetti di tipo epidemiologico (3 domande) e gli aspetti di carattere psico-sociale (7 domande), è stato somministrato ai medici di MG da una società specializzata che ha provveduto alla consegna e al ritiro, in busta chiusa, degli elaborati.

I medici inseriti nel campione sono stati 759, di cui 56 nominativi sono risultati inutilizzabili per errata trascrizione dei recapiti e 114 (16,2%) non rintracciabili; quelli realmente contattati sono stati 589 e le interviste effettuate sono state 461 (65,6%), a fronte di 128 rifiuti (18,2%). La scheda riassuntiva delle domande con le frequenze delle risposte esatte è riportata in Tab. 2.

Tabella 1. - Scheda riassuntiva delle domande e delle risposte con le relative percentuali del campione dei giornalisti intervistati

Domande rivolte ai giornalisti	Risposte	(%)
1. In Italia qual è l'aumento trimestrale di AIDS	1000-1600 < 500 2000-3000 > 3000 Non valida	29,3 43,2 15,5 8,6 3,4
2. Quali persone sono più colpite in Italia	Tossicodipendenti Omosessuali Eterosessuali Area prostituzione Non valida	59,6 24,7 7,9 5,6 2,2
3. Cos'è il periodo finestra	Contagio/comparsa anticorpi Incubazione Contagio/virus nel sangue Latenza Non valida	19,0 22,4 39,6 19,0 0
4. Si rischia nello stesso ambiente con HIV+	No Sì con bicchieri Sì con baci Sì con servizi igienici Non valida	90,9 1,1 1,1 4,6 2,3
5. Chi deve fare il test	Chi ha comportamenti a rischio Tutta la popolazione Chi sta in coppia Chi vive con HIV+ Non valida	67,9 21,4 0 9,5 1,2
6. Qual'è il rischio per i donatori	Nulla Medio Alto Basso Non valida	72,5 10,3 1,1 16,1 0
7. Qual è il rischio per i trasfusi	1/100 000-500 000 1/40 000-80 000 1/800 000-1 200 000 1/1 400 000-1 800 000 Non valida	25,6 27,9 23,3 20,9 2,3
8. Quale causa è più importante per trasfusioni	Periodo finestra Scarsi controlli Donazioni occasionali Importazione sangue Non valida	12,5 39,7 9,1 36,4 2,3
9. Quanto è sicuro il profilattico	Alto Nulla Medio Basso Non valida	70,8 6,7 14,6 7,9 0
10. Qual è il liquido che trasmette l'HIV	Sperma Sudore Saliva Urina Non valida	96,4 0 2,4 0 1,2
11. Il counselling è	Processo relazionale Intervento psicologi Arte di dare consigli Processo formativo Non valida	20,0 26,7 40,0 13,3 0
12. E' legittimo rivelare la sieropositività	A nessuno Ai parenti Al partner sessuali A tutti i conviventi Non valida	63,3 6,9 19,5 10,3 0
13. Attualmente qual è il numero di HIV+ in Italia	80 000-120 000 10 000-50 000 210 000-270 000 320 000-410 000 Non valida	19,2 28,8 21,2 21,2 9,6

Tabella 2. - Scheda riassuntiva delle domande e delle risposte con le relative percentuali del campione dei medici intervistati

Domande rivolte ai medici	Risposte	(%)
1. Nel corso dell'infezione da HIV gli anticorpi antivirali	Compaiono generalmente dopo 3-8 settimane dall'esposizione	38,5
	Compaiono solo dopo 6 mesi dall'esposizione	49,8
	Compaiono solo quando l'infezione si avvia alla cronicizzazione	5,5
	Si sviluppano solo nei soggetti con buona risposta immunitaria	5,3
	Non risponde/risposta non valida	0,9
2. Il virus dell'immunodeficienza umana (HIV) infetta	Linfociti helper e monociti/macrofagi	38,9
	Solo granulociti	49,2
	Solo linfociti citotossici	7,8
	Solo linfociti t-helper	0,2
	Non risponde/risposta non valida	3,9
3. La fase asintomatica dell'infezione da HIV è caratterizzata da	Alterazioni immunoematologiche possibili	64,7
	Febbre, calo ponderale	25,6
	Sintomi e segni neurologici	5,8
	Scomparsa degli anticorpi anti-HIV	1,8
	Non risponde/risposta non valida	2,1
4. Per fase finestra si intende	Il periodo di tempo in cui il soggetto, pur essendo infetto, risulta negativo alla ricerca di anticorpi nel siero	80,2
	Il periodo di tempo necessario alla comparsa della malattia acuta da HIV	10,4
	Il periodo di tempo necessario alla comparsa dell'antigene p24	4,8
	L'emivita biologica degli anticorpi anti-HIV nel siero	2,1
	Non risponde/risposta non valida	2,5
5. La % di casi di AIDS segnalati nel nostro paese in soggetti adulti attribuibile a comportamenti correlati all'uso di droga per via endovenosa è	Circa il 60%	48,0
	Circa il 40%	20,3
	Circa il 50%	18,4
	Circa il 30%	12,2
	Non risponde/risposta non valida	1,1
6. In seguito ad esposizione nosocomiale con ago contaminato da sangue di paziente con infezione da HIV (puntura accidentale), la probabilità di contrarre l'infezione è approssimativamente	1/1000-1/100	27,6
	10%-50%	32,0
	1%-10%	24,2
	1/10000-1/1000	13,4
	Non risponde/risposta non valida	2,8
7. In un rapporto sessuale non protetto da profilattico il rischio di trasmissione esiste	Per entrambi	97,7
	Solo per la donna	1,6
	Non c'è rischio	0,7
	Solo per l'uomo	0
	Non risponde/risposta non valida	0
8. E' consentito richiedere un test sierologico per HIV anche senza il consenso del paziente	In nessun caso	71,9
	Nell'ambito di programmi di screening di popolazione rendendo anonimo il campione	16,1
	In presenza di comportamenti a rischio in anamnesi	6,9
	In presenza di altre malattie a potenziale contagio sessuale (comprese HBV, HCV)	3,9
	Non risponde/risposta non valida	1,2
9. Nel nostro paese, secondo la legislazione vigente, è legittimo rivelare lo stato di sieropositività da HIV di una persona	A nessuno	81,8
	Al partner sessuale, se si è a conoscenza che il paziente non usa precauzioni	12,2
	A tutti i conviventi	2,5
	Ai parenti	2,1
	Non risponde/risposta non valida	1,4
10. Il meccanismo di azione della terapia con zidovudina (azt) è	Inibire la replicazione dell'HIV	81,8
	Potenziare le difese immunitarie	11,1
	Produrre gli anticorpi neutralizzanti	4,1
	Controllare le infezioni opportunistiche	1,4
	Non risponde/risposta non valida	1,6

Tabella 2. - (Continua)

11. In corso di terapia con azt è possibile l'instaurarsi di effetti tossici, i principali dei quali a livello	Midollare	41,9
	Epatico	35,5
	Renale	8,3
	Muscolare	2,3
	Non risponde/risposta non valida	12,0
12. Selezionare tra le seguenti patologie in pazienti HIV positivi quella la cui presenza non è indicativa di AIDS	Polmonite da clamidia	24,7
	Tubercolosi polmonare	50,6
	Criptococcosi extrapolmonare	18,0
	Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	4,1
	Non risponde/risposta non valida	2,6
13. E' obbligatorio che tutti i soggetti a rischio siano sottoposti a test sierologico per HIV	Falso	71,4
	Vero	12,0
	Vero solo per i detenuti tossicodipendenti	11,5
	Vero solo per i detenuti	3,5
	Non risponde/risposta non valida	1,6
14. Attualmente il numero di persone HIV positive incluse quelle con AIDS conclamata, viventi in Italia è	80 000-120 000	33,6
	210 000-270 000	30,9
	320 000-410 000	19,6
	10 000-50 000	10,8
	Non risponde/risposta non valida	5,1
15. Di fronte ad un paziente con comportamenti a rischio, il medico deve	Coinvolgere il paziente nella formulazione di ipotesi di soluzione	27,6
	Indicare il comportamento da adottare	58,8
	Sottolineare al paziente che di consigli ne ha già ricevuti e farlo riflettere sul perché non gli siano serviti	6,7
	Centrare il colloquio sull'incapacità del paziente a trovare una soluzione adeguata	2,5
	Non risponde/risposta non valida	4,4
16. Nell'intervento di counselling il medico deve saper fornire	Chiarificazioni	46,1
	Consigli	40,8
	Interpretazioni	2,5
	Giudizi	0,9
	Non risponde/risposta non valida	9,7
17. Un adeguato livello informativo	Costituisce la base per la modifica dei comportamenti a rischio	69,6
	Sicuramente modifica i comportamenti a rischio	26,7
	Può essere trascurato nella modifica dei comportamenti a rischio	0,7
	E' completamente inutile in riferimento alla modifica dei comportamenti a rischio	0,5
	Non risponde/risposta non valida	2,5
18. Si reca in ambulatorio un paziente il quale riferisce di aver avuto un rapporto extraconiugale protetto correttamente con profilattico, è in ansia per l'accaduto, scegliete di adottare uno dei seguenti comportamenti	Ascoltate ciò che il paziente vi racconta,	52,5
	Lo informate su quali sono i comportamenti a rischio	
	Lo rassicurate, ma comunque consigliate di fare il test	27,9
	Lo rassicurate, dicendogli però di evitare rapporti extraconiugali	10,6
	Prescrivete il test	3,5
	Non risponde/risposta non valida	5,5

Per gli utenti del TVA la scelta sulla modalità di somministrazione del questionario è caduta necessariamente sull'intervista telefonica strutturata che tende ad avere un tasso di risposta più elevato, permette di controllare la successione delle domande, registrare le risposte spontanee e garantire una risposta a tutte le domande ed assicura tempi e costi notevolmente inferiori.

Il questionario è composto da due sezioni: la prima raccoglie informazioni anagrafiche sull'utente; la seconda sonda le conoscenze dell'utente sull'argomento ed è costituita da 25 affermazioni alle quali deve rispondere vero o falso. La scheda riassuntiva delle domande con le frequenze delle risposte esatte è riportata in Tab. 3.

Tabella 3. - Scheda riassuntiva delle domande e delle risposte con le relative percentuali del campione degli utenti del Telefono Verde AIDS (TVA)

Domande rivolte agli utenti TVA	Risposte	(%)
1. La saliva trasmette il virus HIV	No Sì Non risponde	86,3 5,9 7,8
2. Il profilattico è sicuro se usato correttamente e non si rompe	Sì No Non risponde	89,5 3,2 7,3
3. Chi dona il sangue corre rischio di contrarre l'infezione da HIV	No Sì Non risponde	80,7 12,0 7,3
4. Il rapporto anale tra persone sieronegative è a rischio	No Sì Non risponde	72,7 20,2 7,1
5. I sieropositivi senza sintomi possono trasmettere l'infezione da HIV	Sì No Non risponde	88,6 4,1 7,3
6. Il rapporto sessuale penetrativo è a rischio solo se ci sono lesioni sui genitali	No Sì Non risponde	64,9 27,8 7,3
7. E' sufficiente un test dopo sei mesi dall'ultimo comportamento a rischio	Sì No Non risponde	77,3 13,7 9,0
8. La masturbazione con una persona sieropositiva è a rischio	No Sì Non risponde	68,3 22,2 9,5
9. Solo chi ha rapporti con omosessuali e tossicodipendenti rischia l'infezione da HIV	No Sì Non risponde	80,7 12,0 7,3
10. Secrezioni vaginali e sperma possono trasmettere l'infezione da HIV	Sì No Non risponde	89,8 2,9 7,3
11. Solo nei rapporti con persone sconosciute si rischia l'infezione da HIV	No Sì Non risponde	74,2 18,5 7,3
12. Il periodo finestra è la fase dell'infezione in cui non è possibile trasmettere l'infezione da HIV	No Sì Non risponde	67,5 11,0 21,5
13. Il rapporto di penetrazione senza eiaculazione non è a rischio	No Sì Non risponde	74,7 16,8 8,5
14. Una donna HIV positiva in gravidanza trasmette sicuramente il virus al figlio	No Sì Non risponde	51,5 40,2 8,3
15. Il virus si trasmette solo nella fase di AIDS	No Sì Non risponde	85,1 7,3 7,6
16. Vivere nello stesso ambiente con persone HIV positive è a rischio	No Sì Non risponde	81,5 11,2 7,3

Tabella 3. - (Continua)

17. L'incubazione è il periodo che intercorre tra il contagio e la malattia	Si	74,4
	No	15,6
	Non risponde	10,0
18. L'infezione da HIV si può contrarre dagli animali	No	79,5
	Si	11,7
	Non risponde	8,8
19. I rapporti vaginali senza profilattico sono a rischio	Si	89,5
	No	3,2
	Non risponde	7,3
20. Sono necessari più rapporti sessuali per contagiarsi	No	80,7
	Si	11,7
	Non risponde	7,6
21. Il virus HIV passa anche attraverso la pelle integra	No	86,1
	Si	5,6
	Non risponde	8,3
22. E' necessario ripetere il test più volte dopo un comportamento a rischio	No	29,8
	Si	61,4
	Non risponde	8,8
23. I sieropositivi in Italia sono più di 500 000	No	36,1
	Si	51,7
	Non risponde	12,2
24. Urina, sudore, lacrime possono trasmettere l'infezione da HIV	No	85,6
	Si	6,6
	Non risponde	7,8
25. Le informazioni sull'infezione da HIV e sull'AIDS le ricevo da	Giornali	30,7
	Televisione	25,6
	Libri	11,7
	Medici	9,3
	Depliant	8,5
	Amici	2,9
	Famiglia	0,7
	Scuola	0,7
	Radio	0,2
	Altro	2,2
	Non risponde	7,3

Risultati

Descrittiva generale dei giornalisti. - Il campione è composto da 92 giornalisti: di questi 67 maschi (72,8%), 24 femmine (26,1%), mentre per 1 soggetto (1,1%) l'informazione sul sesso è mancante; l'età media è di 46,1 anni (range: 26-77), rispettivamente 46,6 anni per i maschi (range: 26-77) e 44,2 anni per le femmine (range: 28-70). Solo 49 intervistati (53,3%) dichiarano di aver già scritto articoli sull'argomento: 16 di essi (32,7%) ne hanno scritti meno di 10, mentre 13 (26,5%) hanno dichiarato di averne scritti tra 10 e 20 e solo 6 (12,2%) ne hanno scritti tra 20 e 50; i rimanenti 14 intervistati (28,6%) hanno scritto più di 50 articoli. Un dato interessante è che solo il 71,4% degli intervistati, che ha scritto articoli sull'AIDS, dichiara di verificare costantemente l'attendibilità delle fonti informative.

Relativamente al titolo di studio posseduto, 40 soggetti (43,5%) possiedono un diploma di scuola media superiore, 49 (53,2%) una laurea, mentre per 3 soggetti (3,3%) tale informazione è mancante. Per quanto riguarda la qualifica professionale, 19 soggetti (20,7%) hanno dichiarato di essere giornalisti, 10 redattori (10,9%), 24 caporedattori (26,1%), 13 direttori o vicedirettori (14,1%), 5 collaboratori (5,4%); per 21 soggetti (22,9%) tale informazione non è utilizzabile (altro/non indicato). Il maggior numero di risposte esatte è stato fornito da soggetti diplomati rispetto ai laureati, da soggetti con età compresa tra 26 e 50 anni (con minore anzianità professionale) rispetto a quelli di età compresa tra 51 e 77 anni (con maggiore anzianità professionale, >24 anni) e da giornalisti che dichiarano di aver già scritto articoli sull'AIDS rispetto a quelli che invece non ne hanno mai scritti (Tab. 4).

Tabella 4. - Scheda riassuntiva delle caratteristiche socio-demografiche del campione dei giornalisti intervistati

Caratteristiche	Popolazione totale n. = 92 (%)	Score	Range
Sesso			
Maschi	67 (72,8)	5,0	0-10
Femmine	24 (26,1)	6,0	4-10
Non indicato	1 (1,1)	4,0	4-4
Età Media	46,4		26-77
Età media maschi	46,6		26-77
Età media femmine	44,2		28-70
Classi d'età			
26-50 anni	61 (66,3)	6,0	0-10
51-77 anni	28 (30,4)	4,5	0-9
Non indicato	3 (3,3)	4,0	4-7
Titolo di studio			
Diploma scuola media superiore	40 (43,5)	6,0	0-10
Laurea	49 (53,2)	5,0	0-9
Non indicato	3 (3,3)	6,0	5-7
Qualifica professionale			
Giornalisti	19 (20,7)	5,0	0-8
Redattori	10 (10,9)	7,5	3-10
Caporedattori	24 (26,1)	6,0	2-10
Direttori o vicedirettore	13 (14,1)	4,0	0-8
Collaboratori	5 (5,4)	7,0	0-7
Altro/Non indicato	21 (22,8)	6,0	3-7
Anzianità professionale			
01-24 anni	62 (67,4)	6,0	0-10
25-40 anni	18 (19,6)	4,5	0-9
Non indicato	2 (13,0)	6,5	0-9

Descrittiva generale dei medici. - Il campione è composto da 461 medici di MG: di questi 354 sono maschi (76,8%), 82 sono femmine (17,8%), mentre per 25 soggetti l'informazione è mancante (5,4%).

Non si riscontrano nell'analisi dei dati, differenze significative nella frequenza delle risposte esatte relativamente al sesso.

La distribuzione del campione per area geografica risulta essere la seguente: 180 soggetti dal Nord (39,1%), 91 soggetti dal Centro (19,7%), 135 soggetti dal Sud (29,3%) e 55 soggetti dalle Isole (11,9%).

L'analisi dei dati non mostra differenze significative nella frequenza delle risposte esatte relativamente alla provenienza geografica del campione.

Per quanto riguarda il numero dei pazienti il 47,2% degli intervistati ha dichiarato di assistere un numero di pazienti compreso tra 1001 e 1500; il 18,0% assiste tra 501 e 1000 pazienti; il 15,8% assiste tra 1 e 500 pazienti; il 5,6% ha dichiarato un numero di assistiti superiore a 1500, mentre per il 13,4% tale informazione è mancante.

La distribuzione del maggior numero di risposte esatte risulta essere pervenuta dai medici che hanno un numero di pazienti compreso tra 1 e 500.

Per quanto riguarda le specializzazioni sono stati suddivisi tre gruppi principali, all'interno dei quali il campione risulta essere composto nel modo seguente: 66 soggetti possiedono specializzazione di tipo chirurgico (14,3%), 185 soggetti hanno specializzazioni di tipo clinico (40,2%) e 31 soggetti sono specialisti in igiene (6,7%); i rimanenti 179 soggetti non hanno dichiarato alcun tipo di specializzazione (38,8%). Per quanto riguarda la distribuzione del maggior numero di risposte esatte relative al tipo di specializzazione non si evidenziano differenze significative. L'età media del campione è di 46,4 anni (range: 31-81), rispettivamente 47,2 anni per i maschi (range: 32-81) e 42,6 per le femmine (range: 31-68); per 29 soggetti tale informazione è mancante (6,3%). Per quanto riguarda l'età, la frequenza delle risposte esatte è inversamente proporzionale all'età (Tab. 5).

Descrittiva generale degli utenti del TVA. - Il campione è composto da 410 utenti del Telefono Verde AIDS (TVA); di questi 311 maschi (75,9%) e 99 femmine (24,1%). L'età media è di 28,8 anni (range: 13-65), rispettivamente 29,2 anni per i maschi (range: 13-65) e 27,8 anni per le femmine (range: 15-59).

Tabella 5. - Scheda riassuntiva delle caratteristiche socio-demografiche del campione dei medici intervistati

Caratteristiche	Popolazione totale n. = 461 (%)	Score	Range
Sesso			
Maschi	354 (76,8)	10,0	0-18
Femmine	82 (17,8)	10,0	0-18
Non indicato	25 (5,4)	7,0	0-18
Età Media	46,4		31-81
Età media maschi	47,2		32-81
Età media femmine	42,6		31-68
Classi d'età			
31-40 anni	88 (19,1)	11,0	5-18
41-50 anni	261 (56,6)	10,0	0-18
> 50 anni	83 (18,0)	9,0	0-16
Non indicato	29 (6,3)	8,0	0-18
Specializzazioni			
Chirurgiche	66 (14,3)	10,0	0-18
Cliniche	185 (40,2)	10,0	0-17
Igiene	31 (6,7)	9,0	4-15
Non specializzati	179 (38,8)	10,0	0-18
Area geografica			
Nord	180 (39,1)	10,5	0-16
Centro	91 (19,7)	10,0	4-18
Sud	135 (29,3)	9,0	0-18
Isole	55 (11,9)	10,0	0-16
n. assistiti			
1-500	73 (15,8)	11,0	3-16
501-1000	83 (18,0)	10,0	2-18
1001-1500	217 (47,2)	10,0	0-18
>1500	26 (5,6)	8,5	2-14
Non indicato	62 (13,4)	9,0	0-18
Gruppi quesiti			
Trasmissione e patogenesi (4)		2,0	0-4
Clinica (4)		2,0	0-4
Epidemiologia (3)		1,0	0-3
Psico-sociale (7)		4,0	0-7

Non si riscontrano dall'analisi dei dati, differenze significative nella frequenza delle risposte esatte relativamente al sesso.

Nella scheda notizie del questionario somministrato agli utenti del TVA, viene richiesto il tipo di comportamento a rischio eventualmente presente e l'area geografica di provenienza. Per quanto riguarda l'area geografica: il 45,2% delle telefonate proviene dal Nord, il 30,0% dal Centro, il 18,0% dal Sud e il 6,8% dalle Isole.

L'analisi dei dati non mostra differenze significative nella frequenza delle risposte esatte relativamente alla provenienza geografica del campione.

Per quanto riguarda gli utenti: 249 sono eterosessuali (60,8%), 107 sono persone che non hanno corso alcun rischio di contagio (NFDR) (26,1%), 25 sono omo/bisessuali (6,1%), 21 sono HIV-positivi o malati di AIDS

(5,1%), 3 sono emotrasfusi (0,7%), 3 sono operatori sanitari (0,7%) e 2 sono tossicodipendenti (0,5%).

Non si riscontrano differenze significative nella frequenza delle risposte esatte relativamente al tipo di comportamento adottato dagli utenti del TVA (Tab. 6).

Considerazioni

Dall'elaborazione dei dati si riscontra un basso livello di conoscenza sulle tematiche relative all'infezione da HIV e all'AIDS dei giornalisti, in particolare di quelli più anziani.

Per quanto riguarda i medici di MG si rileva una diversità del livello di conoscenza inversamente proporzionale all'età e al numero di pazienti. Non

Tabella 6. - Scheda riassuntiva delle caratteristiche socio-demografiche del campione utenti del Telefono Verde AIDS

Caratteristiche	Popolazione totale n. = 410 (%)	Score	Range
Sesso			
Maschi	311 (75,9)	19,0	0-24
Femmine	99 (24,1)	19,0	0-23
Età Media	28,9		13-65
Età media maschi	29,2		13-65
Età media femmine	27,8		15-59
Classi d'età			
< 21 anni	48 (11,7)	19,0	0-24
21-40 anni	324 (79,0)	20,0	0-24
> 40 anni	38 (9,3)	18,0	0-23
Area geografica			
Nord	185 (45,2)	19,0	0-24
Centro	123 (30,0)	20,0	0-24
Sud	74 (18,0)	19,0	0-23
Isole	28 (6,8)	19,5	0-24
Tipologia utenti			
Eterosessuali	249 (60,8)	20,0	0-24
NFDR	107 (26,1)	19,0	0-24
Omo/bisessuali	25 (6,1)	20,0	0-24
HIV+/AIDS	21 (5,1)	18,0	0-23
Emotrasfusi	3 (0,7)	21,0	16-23
Operatori	3 (0,7)	17,0	0-20
Tossicodipendenti	2 (0,5)	0,0	0,0

risultano, invece, differenze statisticamente significative correlate all'area geografica e al tipo di specializzazione conseguita.

Un discreto livello di conoscenza emerge dai dati relativi agli utenti del TVA; non sembrano esserci particolari caratteristiche degli utenti associabili alla più alta o più bassa percentuale di risposte corrette. Tali risultati non possono, ovviamente, essere estesi alla popolazione generale. Possono essere, invece, generalizzabili i risultati relativi al campione dei medici di MG e dei giornalisti (sebbene per i giornalisti il tasso di partecipazione sia stato basso rispetto al numero totale dei giornalisti contattati).

Il basso livello di conoscenza sull'infezione da HIV e sull'AIDS riscontrato in medici di MG e giornalisti non è, quindi, un buon indicatore di qualità nella diffusione di una corretta informazione.

I giornalisti sembrano non essere particolarmente interessati a una informazione scientificamente corretta probabilmente perché più orientati verso notizie di tipo "sensazionalistico" relative all'infezione da HIV e all'AIDS. Per quanto riguarda i medici di MG questi risultati potrebbero essere dovuti ad un relativo interesse per tali problematiche cliniche, probabilmente perché il paziente sieropositivo o malato di AIDS è generalmente seguito da strutture specialistiche territoriali.

Gli autori del presente lavoro, componenti dell'équipe del Progetto "Valutazione della comunicazione sociale nella lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS" sono in ordine alfabetico:

- Anna D'AGOSTINI, responsabile segreteria scientifica del Progetto, Telefono Verde AIDS, RAMST, LEB, Istituto Superiore di Sanità;
- Barbara DE MEI, ricercatore RMI, LEB, Istituto Superiore di Sanità;
- Anna Rosa FRATI, funzionario ISS - Dip. Prev. Uff.VI, Ministero della Sanità;
- Pietro GALLO, ricercatore Telefono Verde AIDS, RAMST, LEB, Istituto Superiore di Sanità;
- Anna Maria LUZI, ricercatore e coordinatore Telefono Verde AIDS, RAMST, LEB, Istituto Superiore di Sanità;
- Patrizio PEZZOTTI, responsabile scientifico del Progetto, ricercatore RAMST, LEB, Istituto Superiore di Sanità;
- Enrica ROSA, ricercatore RAMST, LEB, ISS, Dipartimento Prev. Uff.VI, Ministero della Sanità;
- Angela SANTORO, ricercatore Telefono Verde AIDS, RAMST, LEB, Istituto Superiore di Sanità;
- Luigi TOMA, ricercatore RAMST, LEB, Istituto Superiore di Sanità;
- Rudi VALLI, ricercatore Telefono Verde AIDS, RAMST, LEB, Istituto Superiore di Sanità.

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento a Rossella Di Pietro † presentatrice del Progetto che ricordiamo sempre con grande stima e infinito rimpianto. Un particolare ringraziamento a Federica Napolitani Cheyne del Servizio Attività Editoriali dell'Istituto Superiore di Sanità per i suoi suggerimenti in fase di preparazione del manoscritto. Si ringrazia, inoltre, per la collaborazione Patrizia Martucci, Segreteria RAMST - LEB, Istituto Superiore di Sanità. Il presente studio è stato finanziato nell'ambito del *Secondo Progetto di Ricerca sugli aspetti etici, psico-sociali, giuridici, comportamentali, assistenziali e della prevenzione nel campo dell'AIDS (1996)* relativamente all'argomento "Prevenzione".

Ricevuto l'8 febbraio 2001.

Accettato il 7 giugno 2001.

BIBLIOGRAFIA

1. Arici C, Rizzi M, Gavazzeni G, Salmoiraghi M *et al.* Conoscenza sull'HIV degli operatori sanitari dell'ospedale di Bergamo. *GIAIDS* 1992;12(3):224-9.
2. Atsushi A. HIV and the primary care physician. *Japan Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1997;14:(Suppl. 2).
3. Bellotti GG, Bellani ML. *Il counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS: il counselling telefonico*. Milano: Mc Graw-Hill; 1997.
4. Centro Operativo AIDS. Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia. *Notiz Ist Super Sanità* 1999;12(6):1-16.
5. Dautiat H. *Il questionario*. Milano: Franco Angeli; 1990.
6. De Mei B, Luzi AM, Gallo P. Proposta di un percorso formativo sul counselling integrato. *Ann Ist Super Sanità* 1998;4 (34):529-39.
7. Equipe Telefono Verde AIDS. *Il Telefono Verde AIDS: dieci anni di attività*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1999. (Serie Relazioni 99/1).
8. Equipe del Progetto per la valutazione del ruolo della comunicazione sociale nella lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS. *Notiz Ist Super Sanità* 1999;12(4):6.
9. Golding SM, McEvoy M. Knowledge, attitudes and beliefs of physicians regarding HIV infection in a London health district. Montreal, June 4-9 1989. *Int Conf AIDS*; 5:795 (abstract no. D.625).
10. Luzi AM, De Mei B, Gallo P. Il counselling integrato telefonico: l'esperienza del Telefono Verde AIDS dell'ISS. In: Bravi E, Serpelloni G. *HIV e counselling manuale per operatori*. Verona: La Grafica, 1. ed.;1999. p.169-77.
11. Ministero della Sanità. *Valutazione V campagna informativa AIDS*. Roma: Ministero della Sanità; 1996. (Report di ricerca).
12. Ministero della Sanità e CNLA. *Campagne informative per la prevenzione dell'AIDS dal 1988 al 1992*. Roma: Ministero della Sanità.
13. Ministero della Sanità. *Interventi di comunicazione per la lotta contro l'AIDS 1996-1997*. Roma: Ministero della Sanità.
14. Ministero della Sanità. *Quarta campagna informativa per la prevenzione dell'AIDS 1992/93*. Roma: Ministero della Sanità.
15. Ministero della Sanità. *Quinta campagna informativa per la prevenzione dell'AIDS 1995/96*. Roma: Ministero della Sanità.
16. Ministero della Sanità. *Campagna informativo-educativa per la lotta contro l'AIDS 1998/99*. Roma: Ministero della Sanità.
17. Organizzazione Mondiale della Sanità. Linee guida per il counselling in materia di infezione e malattia da HIV. *Not Ist Super Sanità* 1994;7(4):Suppl. 1.
18. Passannante MR, French J, Louria DB. How much do health care providers know about AIDS? *Am J Prev Med* 1993;9(1):6-14.
19. Perucci CA, Borgia P, Arca M, Soscia F, Rezza G, Abeni D. A survey of AIDS related knowledge among Italian medical doctors. June 4-9 1989; *Int Conf AIDS* 5: 906 (abstract no. E.622)
20. Rezza G, Pezzotti P, Balducci M. Attualità sull'andamento dell'epidemia di AIDS/HIV in Italia. *G Ital Mal Inf* 1998;4:133-6.
21. Risi G, Fitzgerald A, Wright E, Pejsach M, Marier R. *Diagnosing the doctors: HIV related knowledge, attitudes, and resource needs of physicians in the South Central US*. June 4-9 1989. *Int Conf AIDS* 5:903 (abstract no. E. 608).
22. Shapiro JA. General practitioners' attitudes towards AIDS and their perceived information needs. *Br Med J* 1989;298(6687): 1563-6.
23. Worm AM, Smith E, Sorensen H, Haxholdt H. Contact tracing as a part of HIV infection prevention. Current practice and attitudes of general practitioners and hospital physicians: preliminary results. *Ugeskr-Laeger* 1998;160 (8):1174-8.