



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

Corso di Laurea Magistrale  
In Lavoro, cittadinanza sociale,  
interculturalità

Tesi di Laurea

—  
Ca' Foscari  
Dorsoduro 3246  
30123 Venezia

Uno studio pilota sulla conoscenza  
dell'HIV/AIDS tra gli immigrati.

**Relatore**

Prof. Alessandro Battistella

**Correlatore**

Prof. Fabio Perocco

**Laureanda**

Cristina Morettin

Matricola 837248

**Anno Accademico**

2012/2013

## **INDICE**

<b>INTRODUZIONE</b> .....	2
<b>CAPITOLO 1</b> .....	8
<b>CONTESTO, METODI, CAMPIONAMENTO</b> .....	8
1.1 METODO DI INDAGINE.....	8
1.2 IL CAMPIONE .....	9
1.2 RILEVAZIONE ED ELABORAZIONE DATI.....	13
<b>CAPITOLO 2</b>	
<b>QUADRO EPIDEMIOLOGICO ATTUALE DELLA DIFFUSIONE DELL' HIV/AIDS</b> .....	19
<b>CAPITOLO 3</b>	
<b>ESITI DEL QUESTIONARIO PILOTA. ANALISI DEI DATI E CONSIDERAZIONI</b> .....	27
3.1 SEZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA.....	28
3.2 ETA'.....	31
3.3 GENERE.....	32
3.4 PAESE DI PROVENIENZA.....	34
3.5 LE DOMANDE DEL QUESTIONARIO.....	35
<b>CAPITOLO 4</b>	
<b>IMMIGRAZIONE, STIGMA E SIEROPOSITIVITA'...</b> .....	80
4.1 STEREOTIPI, STIGMA, DISCRIMINAZIONE.....	83
4.2 LA CONDIZIONE DELL' IMMIGRATO AFFETTO DA HIV... ..	88
<b>CAPITOLO 5</b>	
<b>TRA MULTICULTURALITA' E PREVENZIONE</b> .....	98
<b>CONCLUSIONI</b> .....	109
<b>RINGRAZIAMENTI</b> .....	113
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	114
<b>SITOGRAFIA</b> .....	118

## INTRODUZIONE

Il rapporto tra immigrazione e AIDS risulta essere un tema ancora poco trattato, probabilmente perché appare ancora alquanto complesso affrontare una materia già di per sé considerata una sorta di tabù.

Le malattie infettive sessualmente trasmissibili, unitamente alle problematiche legate ai fenomeni migratori, rappresentano un aspetto critico, soprattutto considerando il permanere di consolidati pregiudizi rispetto alle cosiddette categorie a rischio d'infezione: immigrati, omosessuali, prostitute/i e tossicodipendenti.

Nonostante la complessità della materia, tuttavia, i movimenti migratori in atto, la grande diffusione dell'AIDS in molti paesi di provenienza, le previsioni di un continuo aumento dell'incidenza di tale malattia tra la popolazione immigrata, richiedono di ripensare alla prevenzione in una prospettiva prima di tutto multiculturale, configurandosi come una vera e propria sfida per il futuro.

In un contesto in cui l'immigrazione e la circolazione di persone provenienti da sempre più realtà stanno acquisendo un'importanza e una visibilità così pregnanti, gli stranieri affetti da AIDS sembrano essere in consistente aumento e ciò dovuto soprattutto all'incremento della popolazione straniera regolare e irregolare in Italia e alle condizioni in cui spesso questi soggetti vengono a trovarsi (difficoltà di comprensione linguistica, mancanza di un'occupazione, mancanza di servizi, mancata scolarità, particolari usanze delle culture di appartenenza).

Avvengono sempre più situazioni in cui gli individui realizzano di essere sieropositivi a ridosso della diagnosi di malattia conclamata e tale fenomeno rappresenta il chiaro segnale di una bassa percezione del rischio, soprattutto fra chi si infetta per via sessuale, nonché una scarsa conoscenza dei metodi di trasmissione

e una pratica diffusa di sesso non protetto.

Il Centro operativo Aids(COA) riporta ogni anno i dati aggiornati sulle nuove diagnosi di infezione da HIV e sui casi di AIDS riportati in Italia.

La sorveglianza delle nuove diagnosi, che riporta i dati concernenti le persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stata attivata in tutte le Regioni italiane.

Per avere un'idea sui numeri basta osservare come nel periodo che va dal 1985 al 2012(i dati più recenti di cui disponiamo) siano stati diagnosticati 56.952 nuovi casi di infezione da HIV(4260 in più del 2011).

Nel complesso la percentuale di diagnosi da HIV nella popolazione straniera è passata dall'11% nel 1992 al 32,9 nel 2006 e il 2012 ha registrato un trend inferiore di infezioni rispetto al 2012(25,7%).

La distribuzione per aree di provenienza riferisce in scala come il 47,2% degli stranieri con nuova infezione proviene dall'Africa, il 25,6% dall'Europa Centrale e Orientale, il 20,2% dall'America meridionale, il 4,8% dall'Asia(il campione da me analizzato è stato, infatti, reclutato anche tenendo conto dei dati soprastanti).

Nel 2012 si registra un'incidenza del 22,3% di nuovi casi di infezione per 100.000 stranieri residenti in Italia in confronto ad un'incidenza negli italiani di 5,0 casi per 100.000.

Il veicolo di trasmissione più diffuso riguarda i rapporti eterosessuali (29,7% maschi e 33,0% femmine) e del 18,2% rispetto al totale in percentuale dei nuovi casi per gli omosessuali.

La fascia di età più rappresentata è quella che va dai 30 ai 34 anni per gli uomini e dai 25 ai 29 anni per le donne.

Rispetto alle zone d'incidenza della malattia, i dati dimostrano che gli stranieri con il virus siano stati registrati maggiormente al Sud rispetto agli italiani che restano presenti in maggior misura nelle regioni del Centro-Nord, soprattutto Lombardia (9,5 nuovi casi per 100.000 residenti).

La sola presenza tali pochi dati indica la necessità di

sensibilizzare alla prevenzione sia a livello di persone/utenti sia a livello di sistema sanitario italiano per un accesso gratuito allo screening e alla presa in carico, in particolare per le comunità a potenziale rischio elevato.

Partendo da queste informazioni, mi sono proposta di capire se esistono dei possibili collegamenti tra la diffusione del virus e la scarsa conoscenza della malattia.

L'obiettivo del mio contributo era principalmente quello di compiere un'indagine pilota, una sorta di pre-ricerca, con lo scopo primario di verificare la validità dello strumento di cui si sarebbe servita l'Università Ca'Foscari nella ricerca "Cosa ne sai?", che ha avuto il suo momento attuativo da Settembre 2013.

Lo scopo del progetto era di ricostruire il livello di conoscenza dell'infezione da HIV nella popolazione di 6 Regioni italiane (Veneto, Sicilia, Lombardia, Campania, Toscana, Emilia) e in particolar modo riguardante alcune fasce della popolazione residenti in Italia (popolazione generale, fascia adolescenziale dai 14 ai 18 anni, comunità LGBT e popolazione immigrata), l'ultima delle quali ha costituito il focus del mio intervento.

Il progetto nasceva dalla consapevolezza, da parte del Ministero della Salute, di una mancanza di dati riguardanti la conoscenza della popolazione rispetto all'HIV/AIDS.

Le azioni successive da intraprendere riguardo alla prevenzione avrebbero richiesto dati per fornire maggiore consapevolezza sui punti focali cui porre attenzione.

Ai fini della costruzione degli strumenti di ricerca definitivi, le azioni pensate dal progetto prevedevano incontri con le popolazioni immigrate di diverse nazionalità finalizzati non solo a comprendere il livello di conoscenza e/o consapevolezza sui rischi legati all'infezione da HIV, ma anche a ricostruire gli aspetti culturali legati alla sessualità al fine di indirizzare in miglior misura i successivi interventi di prevenzione.

Il progetto prevedeva inoltre una completa e continua collaborazione tra le associazioni che già operavano nel settore, e

uno degli strumenti principali sarebbe stato quello di sviluppare un linguaggio e delle metodologie comuni ai fini di creare una consolidata prospettiva di rete, dove l'Università Ca' Foscari ha potuto operare nelle vesti di Ente Coordinatore.

Per quanto concerne la ricerca nell'ambito della popolazione immigrata, la metodologia adeguata consisteva in un percorso di ricerca-azione condotta dalle associazioni di volontariato presenti a livello locale operanti con le popolazioni immigrate, e dove sarebbe stato necessario il ricorso a mediatori culturali.

Uno dei passi iniziali sarebbe stato trovare almeno due gruppi di persone di due diverse nazionalità (minimi 20) immigrate in ogni Regione.

Per quanto riguarda il mio contributo alla ricerca, posso cominciare dicendo che nella primavera del 2013 sono stata avvicinata, assieme ad altri colleghi, dal Professor Battistella con cui avevo avuto a che fare in occasione di alcuni insegnamenti ed esami relativi al mio piano di studi.

Dopo essere stati messi a conoscenza di tutto ciò che riguardava il progetto, ci è stato chiesto di collaborare nella ricerca preventiva, occupandoci della conduzione pilota.

Il nostro compito sarebbe stato quello di provare l'efficacia e la compattezza del questionario pilota predisposto e convalidato dal professor Battistella, in collaborazione con un'equipe di medici del Centro di infettivologia dell'Ospedale Sacco di Milano, e ciò al fine di analizzarne alcuni aspetti e facilitare la ricerca vera e propria.

Le azioni che mi sono proposte nella realizzazione del mio compito consistevano per l'appunto nella sottoposizione di un questionario a una quota ristretta di popolazione immigrata ai fini della conseguente riformulazione dello stesso in base ai dati e alle osservazioni proposte per migliorare il questionario e renderlo maggiormente efficace e in grado di produrre risultati utili piuttosto che distorsioni.

Nello specifico ho cercato di capire se e in quale misura tale

questionario potesse definirsi adatto ed efficace a verificare la conoscenza e gli eventuali punti d'ombra che il tema avrebbe eventualmente fatto emergere.

Inoltre è stato rilevante capire se e quali fossero gli aspetti culturali che influenzavano lo status di tabù della malattia e quali fossero i falsi miti e i comportamenti sessuali eventualmente errati nei confronti della trasmissione del virus.

Essendo l'obiettivo di un'indagine pilota la verifica e la validazione degli strumenti che sono stati in seguito utilizzati nell'indagine principale, l'individuazione e definizione di tutti i processi che si attivano sul campo e il monitoraggio delle singole fasi di lavoro, la mia indagine aveva come obiettivo una facilitazione dal punto di vista metodologico.

L'analisi del percorso seguito durante l'indagine e l'accurata lettura dei dati raccolti, hanno consentito quindi di procedere a una prima sintesi interpretativa attraverso la costruzione di uno schema capace di identificare a dovere l'oggetto di studio, individuare e descrivere i contesti di ricerca, ed evidenziare linee di tendenza e processi significativi.

In sintesi l'elaborato consiste nell'analisi critica dei risultati di uno studio pilota inserito all'interno del progetto "Cosa ne sai" finanziato dal Ministero della Salute, attuato da parte dell'Università Ca' Foscari, e finalizzato a fornire informazioni circa il livello di conoscenza dell'AIDS e delle MST tra le popolazioni immigrate presenti in Italia, attraverso l'utilizzo di un questionario.

La parte della tesi concernente la sperimentazione del questionario è consistita nella raccolta e analisi dei dati riferiti alla somministrazione pilota, ed è stata finalizzata a verificare l'efficacia, la validità e l'applicabilità dello strumento, attraverso l'analisi della comprensibilità dei termini utilizzati, del livello di comprensione del questionario e dell'eshaustività dello stesso.

Il mio elaborato affronta inoltre, più in generale, la problematica della prevenzione dell'AIDS, partendo dai più recenti dati epidemiologici per sviluppare una riflessione sulla condizione dell'immigrato e sul permanere di uno stigma nei confronti della malattia e di chi la contrae.

Il tema della prevenzione è quindi affrontato nella logica di una società multiculturale, chiamata a tenere in considerazione l'esistenza di una molteplicità di variabili culturali e comportamentali.



# CAPITOLO 1

## CONTESTO, METODI, CAMPIONAMENTO

### 1.1 METODI DI INDAGINE

Ritengo opportuno ricordare la ragione della scelta dello studio pilota come metodo di indagine ai fini di un'efficace valutazione di partenza riguardo alla consapevolezza e conoscenza dell'HIV/AIDS in un campione casuale di popolazione immigrata e precedente alla ricerca più impegnativa e di maggior durata che sarà in futuro svolta.

Il questionario pilota ha dato la possibilità di identificare gli eventuali aspetti critici che potrebbero non essere considerati in fase di progettazione, semplificando così la correzione entro tempi utili degli eventuali problemi.

Lo strumento di indagine è stato, in seguito a tale attuazione, opportunamente modificato e perfezionato al fine di evitare l'incontro con ostacoli metodologici in fase di ricerca.

Il fine ultimo era pertanto quello di verificare l'efficacia strutturale del questionario, il quale è stato formulato e validato da una serie di docenti esperti e figure autorevoli nel campo della medicina e composto di 24 quesiti stilati in lingua italiana.

La struttura del questionario era di tipo quantitativo e gli *item* seguivano un ordine volutamente casuale, alternandosi tra quesiti propriamente cognitivi e di tipo comportamentale.

Gli *item* sono stati organizzati secondo modalità a risposta multipla singola, poiché essendo prevalentemente un'indagine di tipo cognitivo, la risposta esatta risultava unica per le domande riguardanti conoscenze specifiche, mentre per le domande che indagavano comportamenti la necessità era quella di facilitare la risposta.

Inoltre, le domande erano a risposta dicotomica(si/no), poiché ritenute poco utili rispetto all'obiettivo di rilevare credenze e

comportamenti ben definibili.

La versione definitiva dello strumento è stata rivista, corretta e ultimata conseguentemente alla somministrazione preliminare di tale questionario a un gruppo ridotto di soggetti con caratteristiche simili al campione dell'indagine.

Tale fase preliminare di ricerca, in altre parole, lo studio pilota, si è rivelata pressoché fondamentale al fine di adattare lo strumento ai caratteri e requisiti del campione, cui in seguito è stata destinata l'indagine.

Ciò si è rivelato utile per capire quali fossero le conoscenze ritenute corrette e date per scontate dal campione, le quali perciò non sarebbero più state sondate nella ricerca vera e propria.

L'indagine principale ha visto in sé il vantaggio di essersi depurata di quegli elementi che erano stati in precedenza messi al vaglio come non fondamentali per l'identificazione dei nodi focali, e perciò avrebbe direttamente proceduto nel sondare i temi di scarsa o dubbia conoscenza, in questo caso da parte della popolazione immigrata in Italia.

Come già menzionato in precedenza, il questionario ha assunto il fondamentale ruolo al fine di verificarne l'efficacia di alcuni aspetti, come ad esempio, l'eshaustività e la chiarezza della parte introduttiva e la comprensibilità delle istruzioni per la compilazione. Inoltre c'è stata la possibilità di verificarne la struttura e relativa efficacia dei quesiti, l'analisi dei termini utilizzati e la loro valenza all'interno del contesto, la chiarezza o meno delle strutture sintattiche utilizzate qualora presentassero particolari ambiguità.

## **1.2 IL CAMPIONE**

Il campione da me reclutato e selezionato in maniera casuale si componeva di 63 soggetti, con l'intento di includere almeno 2 paesi di provenienza e fasce d'età dai 18 a circa 65 anni.

Mi sono proposta inoltre di reperire soggetti che comprendessero una numerosità equilibrata tra genere maschile e femminile, in modo da avere dati abbastanza variegati anche in base alla nazionalità.

I Paesi di provenienza riguardanti il mio campione potevano essere raggruppati grossomodo in 4 aree: l'area dell'Africa subsahariana che includeva Costa D'Avorio, Burkina Faso, Niger, Mali, Senegal; l'area che possiamo ricondurre alla zona dell'Europa Orientale e Balcani che comprende Romania, Moldavia, Ucraina e in minor numerosità Macedonia, Bosnia, Russia, Croazia, Polonia.

Infine, con un'altra numerosità elevata reperita è stato il Marocco, associato all'Africa settentrionale.

Per avviare la mia ricerca, ho preso contatti con diverse associazioni nella zona della provincia di Venezia, Treviso e Padova chiedendo se e come fosse stato possibile compiere le attività che mi ero preposta.

Ho inoltre avuto incontri con diverse figure come assistenti sociali, Caritas (le quali si sono dimostrate le più disponibili in assoluto), uffici comunali e regionali che si occupano di accoglienza e assistenza agli immigrati e infine consultori familiari.

La ricerca ha suscitato in me sin dall'inizio un singolare stimolo nell'affrontare un'esperienza così nuova e riguardante quel tema in particolare.

Tutto è partito dalla riflessione secondo cui il compito al quale ero stata chiamata assieme ad altri colleghi studenti sarebbe stato un contributo, anche se esiguo, che sarebbe servito a raggiungere un nobile obiettivo, cioè quello di migliorare qualche aspetto dell'esistenza umana.

Inoltre, la consapevolezza e l'iniziale difficoltà nel reperire materiale specifico riguardo al rapporto tra AIDS e fenomeni migratori, mi ha reso consapevole di quanto poco si parli di tale argomento, rendendo forse il tabù come una ferita, che invece di

essere abbandonata a se stessa dovrebbe essere curata.

Nonostante la ricerca fosse indirizzata a tutta la popolazione, il mio interesse per quest'aspetto legato alla figura dell'immigrato mi ha permesso di fare esperienza ed esplorare aspetti e variabili sui quali la mia attenzione non si era mai posta prima.

Questa in sintesi è stata la mia motivazione nel considerare il compito assegnatomi come parte di qualcosa di cui sentirmi onorata nel parteciparvi.

La mia ricerca si è rivelata inizialmente parecchio difficoltosa, soprattutto come accennavo prima dal punto di vista bibliografico e di materiali, aspetto che poi nella ricerca si è in parte risolto nel momento in cui ho deciso di affidarmi a report contenenti dati e informazioni ufficiali, decidendo di analizzarli e interpretarli nell'orizzonte dei dati da me reperiti.

Per quanto riguarda la parte attiva della somministrazione dei questionari, ho riscontrato qualche resistenza alle interviste, vista la delicatezza dell'argomento, una situazione che avevo preventivato considerando le difficoltà linguistica e le eventuali barriere sociali e culturali.

Ciò che ho osservato verificarsi talvolta è stato come le persone intervistate si sentissero sotto esame temendo che le sarebbero state richieste informazioni riguardo a un loro presunto stato di malattia.

In molte occasioni mi sono scontrata con frasi come "non so niente di questa malattia", oppure "non conosco bene la lingua italiana" o altre volte ancora "io so già tutto".

Alla luce di episodi come questi, il ruolo di "pilota" mi ha permesso di riformulare *in itinere* le mie azioni, cercando di porre in atto strategie relazionali sempre più efficaci al fine di evitare situazioni di disagio o diffidenza.

In molti contesti, ho infatti riscontrato una buona disponibilità da parte degli intervistati, la quale mi ha permesso creare una sorta di *focus group*, in cui i soggetti hanno avuto modo di esprimere se stessi e chiarire dubbi e perplessità.

La positività di tali attività può essere riscontrata nel fatto che mi è stato chiesto in seguito di poter tornare per creare dei gruppi di informazione e discussione sul tema, al fine di coinvolgere anche altri soggetti che non potevano essere presenti in quell'unica occasione.

Per quanto riguarda, ad esempio, la comunità proveniente dalla Costa D'avorio, il contesto mi ha permesso di creare un clima di fiducia e contatto umano, avendo avuto modo peraltro di instaurare un positivo dialogo di apertura e confronto.

In altri momenti, in cui le condizioni non si erano rivelate così ottimali, è stato difficile creare tale tipo di clima, ad esempio quando ho frequentato le Caritas oppure i luoghi dove i migranti si recavano per chiudere pratiche riguardanti la cittadinanza o per dedicarsi alla ricerca di lavoro.

In suddetti contesti definibili più "di strada", attirare l'attenzione su argomenti sanitari è stato complesso, in quanto le persone essendo coinvolte in problemi più concreti o realmente più importanti non avevano molta attenzione da prestare.

E' così che ho cominciato a convincermi maggiormente dell'importanza del contesto di ricerca, che tuttavia ho potuto sviluppare sufficientemente nel rispetto delle mie aspettative, ma che altre volte non ho potuto realizzare, sia per motivi dovuti al reperimento del campione, al periodo estivo in cui ho svolto la ricerca e molte volte al rifiuto di collaborazione da parte di enti e servizi a causa delle barriere burocratiche.

Tuttavia, nonostante queste difficoltà, ho prodotto buoni risultati in collaborazione con il campione reperito e in tal caso sono stata facilitata dal fatto che non avendo la necessità di risultati e dati generalizzabili, e quindi dovendo fare il solo ma fondamentale lavoro del "testare il test", ho potuto disporre criteri non troppo limitativi per il reperimento del campione.

### 1.3 RILEVAZIONE ED ELABORAZIONE DATI

La raccolta dati è stata compiuta mediante la somministrazione di un questionario stilato in lingua unicamente italiana.

Il questionario di partenza, come menzionato in precedenza, era stato predisposto dal professor Battistella in collaborazione con l'equipe del Centro di Infettivologia dell'Ospedale Sacco di Milano.

La struttura comprendeva una parte iniziale definibile come "anagrafica", dove era richiesto di rispondere a domande che identificavano fascia d'età, genere, paese di provenienza (cui poi strada facendo ho proposto di aggiungere altre voci).

In seguito altre due sezioni, di cui una parte che potremmo definire "cognitiva", volta a verificare la conoscenza su cosa fosse l'HIV, sulle modalità di trasmissione del virus, sulla prevenzione e su alcune opinioni personali.

L'ultima sezione mirava invece a sondare alcune credenze e opinioni dei soggetti riguardo allo status di una persona sieropositiva, al test HIV, ai metodi maggiormente diffusi ai fini di non contrarre malattie sessualmente trasmissibili, riguardo alla maternità e lo stato di malattia, alla percezione del rischio e agli atteggiamenti rispetto all'uso del profilattico.

Come prima detto, gli *item* delle diverse sezioni, sono stati volontariamente disposti disordinatamente all'interno del questionario per non dare la percezione di essere sottoposti a un rigido test e poiché, oltre alle informazioni cognitive e ai fini della prevenzione risultava di considerevole importanza conoscere i comportamenti sessuali e le credenze stratificate.

Il questionario somministrato era di tipo qualitativo e le domande strutturate a risposta multipla con risposte predefinite.

La versione definitiva di tale strumento è stata ultimata solo dopo aver compiuto questa specifica fase, e quindi la somministrazione preliminare a una porzione ridotta del campione.

Lo scopo finale era quindi quello di ridurre gli errori e adattare di

conseguenza lo strumento ai caratteri del campione cui sarebbe stato poi destinato.

A ogni questionario è stato attribuito un numero identificativo in scala progressiva e al fine di rendere più semplice l'analisi dei dati.

La somministrazione del questionario è avvenuta per la maggior parte a gruppi in cui, senza confrontarsi, ognuno rimaneva focalizzato sul proprio, facendo all'occorrenza domande all'intervistatore in caso di incomprendimento di termini italiani, fatta eccezione per soggetti con cui ho lavorato singolarmente faccia a faccia o con chi aveva rilevanti problemi con l'italiano.

Con alcuni gruppi ho avuto modo di svolgere incontri più duraturi dove ho affrontato alcuni temi e ho risposto ad alcune domande e dubbi da loro posti.

L'intervista con questionario è stata preceduta da dettagliate spiegazioni riguardo agli specifici obiettivi e riguardo alle istruzioni di risposta.

Per chi ha presentato difficoltà rispetto alla lingua, non avevo a disposizione un mediatore culturale, e perciò ho cercato di far intendere il significato delle domande e delle relative possibilità di risposta nella maniera più efficace ma neutra possibile.

Per facilitarne l'adesione è stata comunicata preventivamente agli intervistati la natura assolutamente anonima del questionario (nonostante fosse scritto nello stesso), il che ha giocato a favore di una maggiore adesione.

E' necessario dire tuttavia che anche per chi aveva una buona comprensione della lingua italiana, alcune domande si sono rivelate complesse e anche ciò si è rivelato uno spunto per quanto riguarda l'analisi della chiarezza di domande e risposte, di cui però parlerò abbondantemente in seguito.

L'elaborazione dei dati è stata eseguita mediante il programma Excel, e gli stessi sono stati rappresentati in forma tabellare e diagrammatica e in seguito discussi osservandone attentamente l'andamento.

Antecedente alla lettura del questionario vorrei presentare un sintetico schema al fine di facilitare la comprensione, tematizzazione dei quesiti.

Sezione anagrafica	INTESTAZIONE
Conoscenza generica HIV/AIDS	1,4,6,7,8,11,18,19,20
Forme di contagio	2,3,5,12,13,15,16,17,21,22
Test diagnostico HIV	10,23
Opinioni personali	9,14,24

### **Questionario cui è stato sottoposto il campione.**

#### **Cosa ne sai?**

Questo questionario è stato ideato per sondare il livello di conoscenza delle persone sul problema HIV/AIDS.

**Il questionario è assolutamente anonimo.**

Barra con una X la lettera della risposta scelta. In caso di errore cerchia la lettera della risposta sbagliata e segna con una X quella giusta.

1) **Età:** 16/18 - 19/25 – 26/35 – 36/45 – 46/55 – 56/65 -66 e oltre

2) **Genere**      a)      maschio    b)      femmina

3) **Paese di provenienza:** .....

#### **1- L'AIDS è:**

- a) una malattia genetica
- b) una malattia che colpisce chi è debole
- c) una malattia infettiva
- d) una malattia ereditaria

#### **2- L'AIDS si può prendere:**

- a) vivendo in ambienti poco sani
- b) facendo sesso non protetto con una persona sieropositiva
- c) con qualsiasi contatto fisico con una persona malata
- d) vivendo insieme a una persona malata

#### **3- Il metodo per evitare di ammalarsi è:**

- a) fare una vita regolare
- b) avere rapporti sessuali solo con persone sane e pulite
- c) evitare rapporti o contatti con omosessuali
- d) usare il preservativo



**4- L'HIV è:**

- a) il germe che fa venire l'AIDS
- b) il virus che, se non curato, porta ad ammalarsi di AIDS
- c) è il nome scientifico dell'AIDS
- d) è la malattia che ti porta a prendere l'AIDS

**5- L'HIV non si può trasmettere con:**

- a) sangue
- b) sperma
- c) liquidi seminali
- d) saliva
- e) latte materno

**6- L'HIV:**

- a) colpisce i tossicodipendenti
- b) colpisce gli omosessuali
- c) colpisce le prostitute
- d) colpisce chi è debole perché mangia male o è malato
- e) colpisce chi fa sesso non protetto

**7- Una persona sieropositiva:**

- a) è sempre malata di AIDS
- b) è una persona che si è infettata con il virus dell'HIV
- c) è un portatore sano di AIDS
- d) è una persona che ha tenuto comportamenti sbagliati

**8- Una persona sieropositiva:**

- a) si riconosce perché è magra e sciupata
- b) è difficile da riconoscere perché ha pochi sintomi evidenti
- c) solo un medico è in grado di capirlo osservandola
- d) lo si capisce solo al momento del rapporto per segni nella parte genitale
- e) non è affatto riconoscibile

**9- Se scoprissi di essere sieropositivo/a:**

- a) non lo direi a nessuno
- b) lo direi solo al/la mio/a migliore amico/a
- c) lo direi solo a mio/a marito/moglie o al/alla mio/a partner
- d) lo direi solo ai miei familiari /parenti
- e) non avrei problemi a dirlo a tutti
- f) non uscirei più di casa per la vergogna
- g) non uscirei più di casa per paura di infettare qualcuno

**10- Il Test dell'HIV:**

- a) serve a sapere se si morirà di AIDS
- b) serve a capire se si sono tenuti comportamenti sbagliati e pericolosi
- c) serve a capire se si è predisposti ad ammalarsi di AIDS
- d) serve a capire per tempo se ci si è infettati con il virus dell'HIV
- e) serve a capire se si è immuni dall'AIDS

**11- Quale delle seguenti affermazioni è vera:**

- a) dall'AIDS si può guarire, basta curarsi bene
- b) l'AIDS si cura ma non si può guarire
- c) di AIDS si muore e non c'è cura
- d) di AIDS si muore se si conduce una vita senza regole corrette

e) curare l'AIDS è semplice ma costa molto

**12- Una persona sieropositiva può sempre infettare il partner?**

- a) no, solo quando entra in AIDS conclamato
- b) nei primi anni no, solo quando la malattia avanza
- c) no se è un portatore sano
- d) sì, sempre

**13- E' possibile contrarre l'infezione durante un solo rapporto sessuale non protetto?**

- a) assolutamente no
- b) solo se si è già deboli per qualche malattia
- c) solo se si è tossicodipendenti
- d) è quasi impossibile
- e) teoricamente sì ma non è mai successo
- f) sì

**14- Quali metodi di prevenzione delle MTS usi/useresti:**

- a) uso del preservativo in rapporti sessuali con persone che non conosco
- b) uso del preservativo sempre e comunque
- c) astinenza sessuale
- d) coito interrotto
- e) pillola
- f) spirale
- g) solo pratiche sessuali complete
- h) dipende da con chi ho rapporti sessuali

**15- Una persona sieropositiva può sempre infettare le persone che frequenta?**

- a) nei primi anni no, solo quando la malattia avanza
- b) no se è un portatore sano
- c) se si sta attenti a evitare contatti troppo stretti no
- d) no, mai
- e) se si puliscono bene gli oggetti usati in comune no
- f) sì, sempre

**16- Il rapporto orale presenta il rischio d'infezione?**

- a) assolutamente no
- b) teoricamente sì ma non è mai successo
- c) sì, soprattutto se lo sperma entra in contatto con le mucose orali
- d) sì ed è la pratica più rischiosa

**17- Quali dei seguenti rapporti non protetti è più a rischio:**

- a) rapporto orale con eiaculazione
- b) rapporto vaginale
- c) rapporto anale omosessuale o eterosessuale
- d) in tutti i rapporti sessuali il rischio è il medesimo

**18- Che cosa è il "periodo finestra"?**

- a) è il tempo tra il contagio e l'effettiva comparsa degli anticorpi contro l'HIV nel sangue
- b) è il tempo tra quando ci si infetta e quando si comincia a poter trasmettere la malattia
- c) è il tempo tra quando ci si infetta e quando si comincia a stare male
- d) è il tempo tra quando ci si comincia a curare e quando la malattia guarisce
- e) è il tempo tra quando ci si comincia a curare e quando la malattia comincia a regredire

**19- Il periodo d'incubazione, il tempo trascorso tra il contagio e le manifestazioni evidenti della malattia:**

- a) dura circa 3 mesi
- b) è molto variabile, dipende se si è maschi o femmine
- c) è molto variabile da persona a persona, dura da pochi giorni a 3/6 mesi
- d) è molto variabile da persona a persona, dura in media diversi anni

**20- Il virus HIV fuori dall'organismo umano:**

- a) vive molto a lungo e resiste a quasi a tutti i normali disinfettanti
- b) vive molto a lungo ma si elimina facilmente
- c) vive solo pochi giorni, ma è difficile da eliminare
- d) è un virus poco resistente, esposto all'aria aperta muore in 20-30 minuti

**21- Quando si frequenta una persona sieropositiva è pericoloso:**

- a) bere dallo stesso bicchiere o mangiare dallo stesso piatto
- b) bere dallo stesso bicchiere, mangiare dallo stesso piatto e scambiarsi indumenti o asciugamani
- c) usare gli stessi servizi igienici
- d) toccare qualsiasi oggetto che ha usato di recente e poi mettersi le mani in bocca
- e) starle vicino se è raffreddata o tossisce
- f) non bisogna esagerare con le paure, il rischio di contagio è sempre piuttosto basso
- g) non esiste nessun pericolo
- h) le palestre e le piscine sono a rischio, per il resto si può stare tranquilli

**22- Le zanzare possono trasmettere il virus dell'HIV?**

- a) no
- b) ovviamente sì, scambiano sangue tra le persone
- c) le zanzare europee è difficile trasmettano l'AIDS
- d) solo la zanzara tigre

**23- Una mamma che aspetta un bambino deve fare il test dell'HIV?**

- a) no, durante la gravidanza non dà risultati utili
- b) no, durante la gravidanza è immune dall'AIDS
- c) no, l'importante è che non faccia sesso
- d) sì

**24- A scuola un ragazzo sieropositivo ha diritto che non si sappia della sua situazione:**

- a) e' assurdo, mette tutti a rischio
- b) dovrebbe essere vietato tenerlo nascosto
- c) almeno i compagni di classe dovrebbero essere informati
- d) e' giusto, così si evitano allarmismi idioti
- e) ognuno deve poter essere libero di comunicare il proprio stato di sieropositività
- f) e' inutile tenerlo nascosto, tanto prima o poi comincia a vedersi

Grazie

## **CAPITOLO 2**

### **QUADRO EPIDEMIOLOGICO ATTUALE DELLA DIFFUSIONE DELL' HIV/AIDS.**

Il tema degli andamenti migratori sta divenendo sempre più un momento di discussione centrale per quanto riguarda le politiche interne e internazionali. I dati rilevano come i migranti costituiscano circa il 3% della popolazione mondiale.

In tale situazione si trovano a essere coinvolti sia i Paesi industrializzati, sia quelli a medio e basso sviluppo.

I fenomeni migratori possono essere, infatti, di molteplici tipologie, coinvolgendo i Paesi su diversi piani, come luoghi di provenienza, collegamento o come mete ultime.

Al fine di cogliere la complessità dell'intero sistema di fenomeni si rende doverosa un'analisi multidisciplinare.

Si rivela, infatti, di rilevante complessità affrontare il discorso sulla salute del soggetto immigrato tralasciando gli aspetti socio-culturali, demografici e legislativi.

Dal punto di vista di una realtà così eterogenea, all'interno della quale la struttura della popolazione si modifica in maniera così rapida, si rendono necessarie politiche di sostegno attivo all'integrazione e al rispetto della diversità, che considerino dovutamente la molteplicità di bisogni espressi da questo particolare target.

In Italia, il fenomeno migratorio, per quanto non si generi da antiche radici storiche, ma sia piuttosto un prodotto di una modernità globalizzata, non può più essere considerato un fenomeno nuovo, un'emergenza.

Al contrario di quanto si possa pensare, la migrazione costituisce ormai una solida e consolidata realtà nella nostra struttura sociale e richiede, pertanto, risposte tempestive ed efficaci, con particolare attenzione per quanto riguarda la prevenzione e diagnosi precoce delle malattie infettive, tra cui l'infezione da

HIV<sup>1</sup>.

Secondo i recenti dati ISTAT, al 1° gennaio 2013, gli stranieri residenti in Italia erano 334 mila in più rispetto all'anno precedente (+8,2%) e con una quota sul totale dei cittadini italiani dello 0,6% rispetto al 2012.

L'aumentare dei residenti stranieri in Italia nel corso dell'ultimo biennio sarebbe dato sia dall'immigrazione dall'esterno, sia dall'incremento delle nuove nascite, le quali costituivano nel 2012 il 15% del totale dei nati da residenti nel territorio italiano.

La distribuzione degli stranieri residenti sul territorio italiano sembra avere un andamento non uniforme, infatti, l'86% risiede nel Nord e nel Centro del Paese, mentre il restante 14% nel Mezzogiorno, confermando un nuovo aumento nel Sud (+12%) e nelle Isole (+10,9%).

Si è tuttavia registrata nel 2012 una diminuzione dei nuovi ingressi per quanto riguarda i cittadini non comunitari, con un 27% in meno rispetto all'anno precedente.

Ha visto, inoltre, una notevole riduzione(-43%) il rilascio di nuovi permessi lavorativi, e del 17% le nuove concessioni per famiglia, mentre, per quanto riguarda i permessi di asilo, essi hanno osservato una diminuzione nel 2012 rispetto al 2011<sup>2</sup>.

A tale proposito i dati forniti dal Dossier Caritas-Migrantes, ci informano di come nel 2011 milioni di persone siano state costrette alla fuga in altri paesi(15,2 milioni di rifugiati e 26,4 di sfollati).

Nel medesimo anno, infatti, sono state presentate molte domande di asilo di cui 51mila in Francia e 37.350 in Italia, che ha visto dal 1950 al 1989 188mila le domande d'asilo e dal 1990 fino al 2011 se ne sono aggiunte circa 326mila per un totale, dal dopoguerra ad oggi, di oltre mezzo milione.

Nel 2011 la media delle domande è stata superata di 4 volte rispetto alla media regolare di circa 8000 domande, e in

---

<sup>1</sup> Counseling transculturale

<sup>2</sup> [http://www.istat.it/it/archivio/96694.](http://www.istat.it/it/archivio/96694)

prevalenza presentate da migranti provenienti dall'Europa dell'Est e Africa.

I noti e recenti sbarchi dall'Africa settentrionale, avvenuti principalmente nell'isola di Lampedusa, hanno coinvolto migliaia di rifugiati, per lo più libici e tunisini.

Il nostro paese, in vista delle esigenze in cui imperversano questi soggetti in posizione di svantaggio, si avvale della collaborazione con gli Enti locali, le Regioni e l'ambito associativo o in generale del volontariato, al fine di dare accoglienza almeno per un primo periodo.

L'Italia, trovandosi in una condizione di limitazione di risorse, oltre al bisogno di una maggiore assistenza da parte della Comunità Europea, ha preso atto della necessità di un sistema di reti e servizi unificato e ben stabilizzato, basato sul solido coordinamento tra le varie strutture, sia sociali, sia sanitarie.

Ciò servirebbe innanzitutto a garantire maggiore attenzione alle categorie più a rischio di marginalità, e a evitare l'aggravarsi delle condizioni che il migrante si trova a vivere.

Al fine di fornire un quadro generale dello stato di diffusione di HIV E AIDS si è ritenuta necessaria una presa di visione dei dati epidemiologici più aggiornati impiegandoli per la comprensione delle situazioni dei paesi di partenza dei soggetti da me intervistati.

L'obiettivo non è certo quello di trarne delle conclusioni, quanto piuttosto di avere una base informativa al fine di proporre qualche ipotesi sensata sulla prevenzione da farsi in futuro<sup>3</sup>.

Facendo riferimento ai dati epidemiologici riguardanti la diffusione dell'AIDS, i più aggiornati forniti dall'UNAIDS registrano 2,3 milioni di nuove diagnosi di HIV nel corso del 2012, e ciò in aggiunta ai 35,3 milioni di soggetti già affetti.

---

<sup>3</sup> Dossier Statistico 2010. XX Rapporto sull'immigrazione – Caritas/Migrantes. Idos, 2010; pp. 227-232.

Parliamo di un valore in abbassamento, poiché, tra il 2001 e il 2012 si è assistito a una riduzione del 50% in 26 Paesi e di un calo tra il 25% e il 49% in altri 17 Paesi.

Per quanto concerne i decessi legati alla malattia è possibile dedurre che il numero dei morti causati ogni anno dall'AIDS ha subito una diminuzione, passando da 2,3 milioni nel 2005 a 1,6 milioni nel 2012 e ciò poiché l'utilizzo combinato delle terapie antiretrovirali mantiene una qualità della vita sufficientemente sostenibile. Inoltre, dal 2004 i decessi per AIDS correlati alla tubercolosi risultano aver subito una diminuzione del 36%.

La tubercolosi è, infatti, la principale causa di morte tra i soggetti sieropositivi.

Essa tende a interagire in modo piuttosto brutale con il virus HIV, rendendo l'associazione delle due infezioni fatale, poiché una malattia accelera il decorso dell'altra. L'HIV indebolendo il sistema immunitario, rende chi è sieropositivo maggiormente contagiabile di chi è malato di tubercolosi, ma non affetto da HIV. In Africa, l'HIV è il fattore che ha appunto determinato l'incremento d'incidenza della Tubercolosi negli scorsi 10 anni<sup>4</sup>.

Vedremo ora di confrontare le nuove diagnosi con i decessi.

I numeri sulla diffusione dei decessi correlati all'Aids nel 2012 registrano l'Africa Subsahariana come Paese di maggior mortalità con 1,2 milioni di decessi, ma con una diminuzione del 220% dal 2001.

Lo stato in questione, nonostante sia uno tra i più colpiti in assoluto presenta un milione di nuove diagnosi, diminuite tuttavia del 40% dal 2001 al 2012.

Troviamo poi i Caraibi con 11.000 decessi e con una diminuzione del 52% e l'America Latina con 52 mila casi e un decremento delle morti del 37% dal 2001.

Sebbene alla presenza di dati sconcertanti, troviamo in ogni caso una diminuzione di più della metà dei nuovi casi di malattia a

---

<sup>4</sup> <http://www.epicentro.iss.it/problemi/Tubercolosi/tubercolosi.asp>

tutt'oggi (12.000 casi)per quanto riguarda i Caraibi, mentre per l'America Latina si presentano 86mila nuove diagnosi, 11% in meno dal 2001.

Diversa è la situazione nell'Africa settentrionale e Medio Oriente, dove si registra una quota di 17.000 decessi, il doppio rispetto al 2001.

Anche l'Est Asiatico è in aumento con 41 mila decessi, e contemporaneamente sono in aumento le nuove diagnosi, con 81 mila casi, che rappresentano dati per nulla confortanti.

L'Europa Orientale e l'Asia Centrale manifestano invece un incremento dal 2001 con 91 mila casi morte e anche delle nuove diagnosi, con un 13% in più dal 2006.

Per quanto riguarda invece l'accesso alle cure, il 2012 denota in paesi a medio reddito una considerevole diminuzione dei costi delle terapie e ciò in seguito ad un accostamento di fattori sia politici che di programmazione sanitaria ed economica.

Al termine del 2012, 9,7 milioni di persone residenti in Paesi a basso e medio reddito hanno avuto accesso alle terapie antiretrovirali grazie a una combinazione di fattori politici, economici, alla programmazione degli interventi e alla riduzione del costo dei trattamenti (passati dai circa 10 mila dollari annui, per persona, degli anni 90 ai circa 140 dollari attuali).

Un ulteriore elemento rilevante è rappresentato dalla scarsa conoscenza sulla propria sieropositività. Si stima che nel mondo solo la metà delle persone infette sia a conoscenza del proprio stato.

I dati ci rivelano che sono circa 3,6 milioni le persone affette dal virus di età superiore a 50 anni. La maggior parte (2,9 milioni) risiede in Paesi a basso e medio reddito, mentre tra i Paesi in via di sviluppo e quelli classificabili come ricchi, si stima che 1 adulto su 3 con il virus abbia oltre 50 anni.

Nonostante la diminuzione dell'incidenza su scala globale, il contagio tra gli omosessuali è in aumento soprattutto negli Stati asiatici.



Infine, per quanto riguarda le persone che fanno uso di sostanze per via iniettiva, esse costituiscono percentuale tra il 5 e il 10% di tutte le persone affette da HIV<sup>5</sup>.

Ora vedremo più da vicino la situazione dell'Europa, per mezzo dei dati fornitici dall'ECDC e rivisti dal COA (European Centre of Disease and Control Prevention).

I dati più aggiornati rilevano in generale un aumento considerevole delle nuove infezioni, con un focus su alcune particolari categorie come i soggetti che hanno rapporti omosessuali, i soggetti che utilizzano sostanze per via iniettiva e infine i provenienti da paesi ad alta incidenza della malattia (Africa subsahariana).

Nel 2012, quasi il 99% dei Paesi appartenenti all'OMS Europa ha registrato 131.202 nuove diagnosi di HIV, mentre sono state prodotte 1.496.201 diagnosi di infezione fino al 31 dicembre 2012.

Esistono delle differenze tra le nuove infezioni nei paesi europei appartenenti all'OMS e quelli appartenenti all'UE, i primi con un'incidenza di 7,8 nuove infezioni per 100.000 soggetti, mentre i secondi con un 5,8% per 100.000 abitanti, con particolare concentrazione tra i paesi dell'Est Europa.

I dati indicano un'incidenza di 7,8 nuove diagnosi di infezione per 100.000 abitanti nelle regioni appartenenti all'OMS, e di 5,8 ogni 100.000 abitanti per i Paesi Ue, con un'incidenza maggiore tra i Paesi dell'Est Europa.

Esiste una rilevante variabilità geografica per quanto riguarda le vie di trasmissione. Infatti, al primo posto troviamo i rapporti sessuali non protetti, i quali costituiscono la causa principale nei Paesi dell'Oms Europa, mentre la trasmissione tramite rapporti omosessuali è la principale nei Paesi dell'Unione Europea.

---

<sup>5</sup>UNAIDS, *AIDS by the numbers*, [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571\\_AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_en.pdf), 2013

La trasmissione per via iniettiva rappresenta il veicolo principale nei Paesi dell'Est.

Nel complesso la percentuale di infezione nel totale è del 7% negli Stati Centrali, mentre i Paesi dell'Est rappresentano il 44% delle nuove diagnosi con un'incidenza di 22 casi per 100.000 abitanti, 3 volte superiore a quella registrata nei paesi dell'Ovest, la quale è di 6,6 per 100.000 abitanti (nonostante la percentuale del totale delle diagnosi sia superiore a quella dei Paesi dell'Est). La fascia d'età più rappresentativa delle nuove infezioni è quella tra i 30 e i 39 anni (37%), mentre la percentuale tra i 15 ai 24 anni è del 10%. I dati rilevano che il contagio attraverso rapporti sessuali non protetti rappresenta la più diffusa, con a seguire la trasmissione per via omosessuale, quella tramite l'uso di sostanze per via iniettiva, e infine la trasmissione verticale<sup>6</sup>.

Per quanto riguarda l'Italia nello specifico, il COA (Centro operativo AIDS), mantiene aggiornato l'andamento delle nuove diagnosi, servendosi di alcuni strumenti per monitorare il fenomeno nelle regioni.

I dati riferiti dal sistema di sorveglianza del COA, indicano un'incidenza nel 2012 di 6,5 nuove infezioni ogni 100.000 residenti, rilevando l'andamento più bassa in Calabria e il più alto in Lombardia e con una percentuale del 79% delle infezioni riscontrate nei soggetti di sesso maschile (età mediana 38 anni).

E' in continuo aumento il contagio attraverso rapporti sessuali non protetti, i quali rappresentano l'80,7% di tutte le segnalazioni, tra cui un 42,7% tramite rapporti eterosessuali e un 38% con rapporti omosessuali.

Per quanto riguarda lo specifico tema trattato, i dati rivelano che il 26% delle persone diagnosticate positive nel 2012 era di nazionalità straniera, di cui la metà diagnosticata in fase avanzata. Nel 2012, infatti, il 25 % dei nuovi infetti ha eseguito il

---

<sup>6</sup> <http://www.epicentro.iss.it/problemi/aids/epidEuropa.asp>

test per la presenza di sintomi sospetti, il 16,5% in seguito a un comportamento a rischio presunto e il 15% in seguito a rapporti sessuali non protetti.

L'incidenza è di 22,3 nuovi casi di infezione da HIV per 100.000 stranieri, mentre per gli italiani è di 5 nuovi casi per 100.000 residenti.

Durante il 2012, i maschi stranieri sieropositivi dai 30 ai 34 anni rappresentavano il 59,9%, mentre la classe più rappresentativa per le femmine andava dai 25-29 anni.

Rispetto alle diverse aree di provenienza, i dati rilevano per la maggior parte la presenza di soggetti stranieri affetti da HIV dall'Africa(47,2%), dall'Europa Centrale e Orientale(25,6%), dal Sud America(30,2%) e infine dall'Asia(4,8%).

Nel 2012, tra gli stranieri, i rapporti eterosessuali rappresentavano la modalità di trasmissione più frequente: il 29,7% erano maschi eterosessuali e il 33,0% erano femmine eterosessuali. La percentuale riguardante gli omosessuali ammontava invece al 18,2% e chi faceva uso di droghe per endovena il 3,3% del totale delle nuove diagnosi di infezione da HIV negli stranieri.

L'incidenza dell'infezione si rivela distribuita tra gli italiani e gli stranieri nelle diverse zone d'Italia, infatti, gli italiani hanno maggiore incidenza nella Provincia Autonoma di Trento, Lombardia e Lazio, mentre gli stranieri sono maggiormente concentrati in Abruzzo, Campania, Lazio<sup>7</sup>.

Alla luce di tale inquadramento epidemiologico procederò con l'espone quanto emerso dal questionario pilota.

---

<sup>7</sup> Centro operativo Aids(COA), "Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da Hiv e dei casi di Aids in Italia al 31 dicembre 2012", notiziario ISS vol.26, numero 9, [http://www.iss.it/binary/ccoa/cont/Dicembre\\_2013.pdf](http://www.iss.it/binary/ccoa/cont/Dicembre_2013.pdf) (pp 5-11)

### **CAPITOLO 3**

#### **ESITI DEL QUESTIONARIO PILOTA.**

#### **ANALISI DEI DATI E CONSIDERAZIONI.**

Il presente capitolo riguarda i dati raccolti durante lo svolgimento della ricerca pilota.

Le attività svolte mi hanno permesso di fare luce sulle criticità e i punti di forza concernenti contenuti e metodologia.

Ho riscontrato, infatti, qualche difficoltà sia sul versante della comprensione da parte degli intervistati sia nel mio ruolo di codificazione e interpretazione dei dati.

Le difficoltà, ma anche gli aspetti positivi della ricerca saranno esposti nel corso del capitolo, analizzando per ogni quesito le risposte date e gli spunti ritenuti rilevanti.

In base all'esperienza fatta, sono state da me proposte delle modifiche al questionario, alcune delle quali sono state raccolte positivamente e hanno contribuito alla modifica dello stesso.

Il questionario è stato costruito per essere rivolto a soggetti sia di sesso maschile sia femminile riguardanti fasce d'età comprese tra i 16/18 e i 56/66 anni e provenienti da diverse aree geografiche del mondo.

Come ho ricordato più volte, l'obiettivo principale dello studio era di valutare il grado di conoscenza sull'HIV/AIDS da parte delle popolazioni immigrate in Italia.

Quello che rappresenta tuttavia il valore aggiunto dello studio consiste nel capire in quale misura la conoscenza e consapevolezza dell'intervistato riguardo alla prevenzione dal contrarre malattie a trasmissione sessuale influenza il suo modo di vivere e i comportamenti sessuali, ma soprattutto quanto la cultura di appartenenza e altre variabili agiscano da fattori decisivi.

Intendo inoltre ricapitolare che la composizione del questionario consisteva in 24 domande a risposta chiusa e multipla con una sola

possibilità di risposta, cosa che come approfondirò esaustivamente in seguito, mi ha creato qualche difficoltà nella comprensione e analisi dei dati e che a mio parere rappresenta un dato importante, un ottimo spunto di riflessione.

### **3.1 Sezione socio-demografica**

La sezione iniziale del questionario, che potremmo denominare “socio-demografica”, ha presentato qualche elemento interno di limitazione, poiché a mio parere poco in grado di offrire dati indicativi, i quali se fossero stati a disposizione avrebbero a mio avviso permesso di interpretare in maniera maggiormente dettagliata i restanti *item* del questionario.

L'intestazione si componeva di qualche riga che aveva la funzione di spiegare le motivazioni per cui si sottoponevano gli intervistati alla compilazione e in seguito conteneva le istruzioni pratiche e utili alla compilazione dello stesso.

La sola compilazione di questa parte ha permesso di individuare le prime criticità, perché nonostante fosse indicato in caratteri spessi e sottolineati che doveva necessariamente essere data una sola risposta, a più della metà dei soggetti intervistati, ho dovuto far nuovamente compilare seduta stante il test, essendo stata barrata più di una risposta.

I casi suddetti, alcuni dei quali non ho avuto modo di controllare e assistere, mi hanno costretto a segnalare le risposte come “nulle”, non avendo avuto la possibilità di monitorare i soggetti in ogni momento.

Tornando all'intestazione, in seguito alle istruzioni pratiche possiamo trovare gli item preliminari, dove erano richieste informazioni riguardo a età, genere e paese di provenienza.

Ciò che ho riscontrato nella maggior parte dei casi è stato uno sbarramento errato sulla fascia d'età e ciò poiché non era stata trovata menzionata nel foglio l'età effettiva.

Ad esempio, se l'intervistato era trentaduenne, aveva difficoltà a ritrovarsi compreso nella fascia denominata come 26/35 o in altri casi, riscontrati soprattutto nella numerosità proveniente dal Marocco, al posto di segnare la fascia d'età era scritta la data di nascita.

L'ipotesi che tali fenomeni potessero essere associati a difficoltà di ordine linguistico è un fatto, ho perciò ritenuto opportuno proporre un'impostazione grafica alternativa, posticipando alla conclusione del questionario i dati anagrafici, evitando così di concentrare l'attenzione su di essi nella parte iniziale e rendendo la sensazione di anonimato ulteriormente presente.

Alla luce di quanto appena detto la mia proposta è stata quella di rendere più esaustiva l'intestazione del questionario, menzionando oltre che l'obiettivo specifico di raccogliere informazioni sulla conoscenza dell'HIV/AIDS, anche lo scopo ultimo della ricerca e cioè quello di proporre delle soluzioni efficaci al fine di contenere il propagarsi delle nuove infezioni.

In tal modo, l'intervistato avrebbe compreso in maniera maggiormente approfondita il fine ultimo della ricerca e si sarebbe sentito utile nel contribuire a un progetto così rilevante.

Facendo attenzione al contenuto e alla qualità delle domande anagrafiche, ritenendo di fondamentale importanza un certo tipo di variabili ai fini dell'analisi, ho suggerito di aggiungere oltre che l'età, genere e paese di provenienza anche nazionalità, professione, titolo di studio e da quanto si è soggiornanti nel territorio italiano.

Per quanto riguarda le domande presenti nel pilota, riguardanti genere e paese di provenienza, non ci sono state particolari difficoltà poiché probabilmente riscontrate di pressoché facile comprensione.

Riguardo alla forma di stesura, nonostante credessi nella necessità di presentare il test in diverse lingue, mi è stato ricordato che nella ricerca principale sarebbe stato proposto principalmente a chi avesse una comprensione sufficiente dell'italiano e quindi il problema sarebbe venuto meno.

Inoltre, la mancanza di un quesito che verificasse da quanto l'intervistato risiedeva in Italia, avrebbe così permesso di fornire una spiegazione in primo luogo sulle difficoltà linguistiche, e in seguito sullo status di primo migrante o meno dell'intervistato. Ciò avrebbe portato a una modificazione generale dell'assetto e dei criteri di ragionamento rispetto al tema trattato, omettendo spiegazioni in ragione alle difficoltà linguistiche e allo stato psicologico, sociale ed economico di un primo migrante rispetto a un lungo migrante.

La differenza tra lungo migrante e primo migrante permette di far emergere importanti variabili culturali, che nella seconda categoria sarebbero molto differenti rispetto agli immigrati presenti in Italia da più tempo.

La distinzione tra queste variabili, sarebbe di fondamentale importanza riguardo alle malattie sessualmente trasmissibili, poiché lo scopo era per l'appunto quello di capire quale fosse la prevenzione interculturale migliore possibile, la quale avverrebbe solo comprendendo le dinamiche culturali che determinano certi comportamenti sessuali piuttosto che altri.

Inoltre, al fine di ottenere dati indicativi alla codificazione dei vari aspetti socio-culturali dei soggetti, un mio ulteriore suggerimento è stato quello di proporre l'inserimento di una domanda rispetto alla religione di appartenenza.

E' innegabile che una variabile come la religione agisca da vettore di atteggiamenti e credenze rispetto a eventi quotidiani non dipendenti dalla religione. Essa influenza in maniera molto efficace i soggetti nelle loro azioni e ognuna lo fa secondo i suoi precetti.

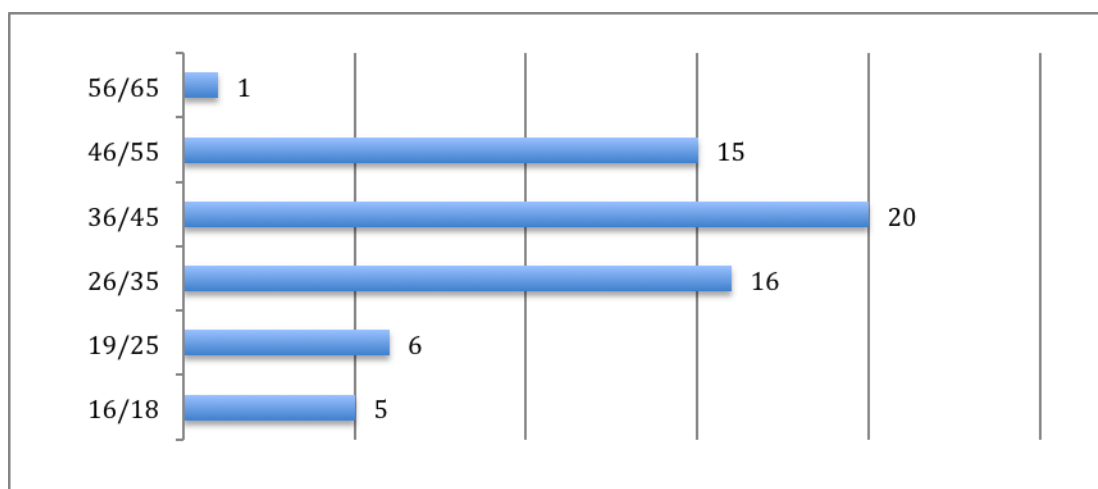
Essere a conoscenza della religione d'appartenenza dei soggetti intervistati, avrebbe permesso, a mio avviso, di fare delle considerazioni rilevanti rispetto ai risultati della ricerca su larga scala, facendo luce su tendenze e credenze su alcuni comportamenti ritenuti corretti nel praticare una religione piuttosto che un'altra.

Ho ritenuto inoltre utile proporre, per le medesime ragioni, l'inserimento di quesiti riguardanti lo status socio-economico dei soggetti, come la professione e il titolo di studio.

Auspico la presenza di una domanda che accerti la percezione della consapevolezza dell'intervistato riguardo ai temi trattati e una su quanto avverta attiva o meno la prevenzione rispetto al proprio paese di provenienza.

Rispetto all'esperienza da pilota vissuta, tali informazioni hanno e avrebbero rappresentato in futuro una consistente base d'appoggio per costruire programmi informativi di prevenzione e intervento, soprattutto essendo i dati raccolti nell'indagine vera e propria generalizzabili.

### 3.2 Età



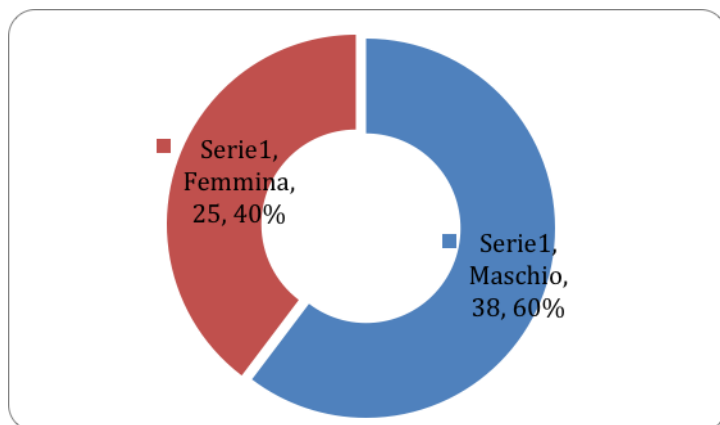
Come si può evincere dal grafico il campione analizzato è composto di 63 persone, di età compresa tra i 16 e 65 anni.



Osservando le proporzioni notiamo che le fasce d'età maggiormente presenti sono state 26/35(n.16), 36/45(n.20) e 46/55(n.15), questo perché rappresentavano un bacino d'utenza più facilmente reperibile in servizi e ambiti ai quali mi sono affacciata per reclutare il mio campione.

Riprendendo quanto già detto nel capitolo precedente, il mio campione è stato reperito in servizi come il C.a.f., dove gli immigrati di solito si recano per pratiche riguardo alla cittadinanza o per la ricerca di lavoro, Caritas dove ci si recano spesso per trovare lavoro o ricevere degli aiuti economici, e inoltre luoghi di culto che molti immigrati sono soliti frequentare. Non ho potuto reclutare in gran numero la fascia adolescenziale (5 per le fasce 16/18 e 6 per la fascia 19/25) e questo perché erano spesso accompagnati dai genitori, i quali non ne acconsentivano alla sottoposizione al test.

### 3.3 Genere



Rispetto alla variabile di genere il campione evidenzia una maggioranza maschile, e ciò dovuto al fatto che durante la ricerca sul campo ho avuto una nettamente minore difficoltà a trovarne la presenza.

Dati cui avuto accesso per via informale, colloquiando liberamente con gli intervistati, mi hanno fatto giungere a

conoscenza sull'appartenenza religiosa musulmana della maggior parte di loro.

Tale informazione mi ha fatto riflettere sul motivo per cui non avessi trovato donne musulmane da intervistare (ad eccezione delle donne africane) e per un ritorno dagli operatori dei vari servizi mi era stato riferito che era un fatto normale non trovare donne musulmane, poiché era di normale uso che fosse il marito a cercare lavoro.

Le uniche donne che ho appunto potuto intervistare sono state donne africane (Africa Sub-Sahariana) e provenienti dagli Stati dell'Europa dell'Est, durante la continuativa ricerca di lavoro come badanti.

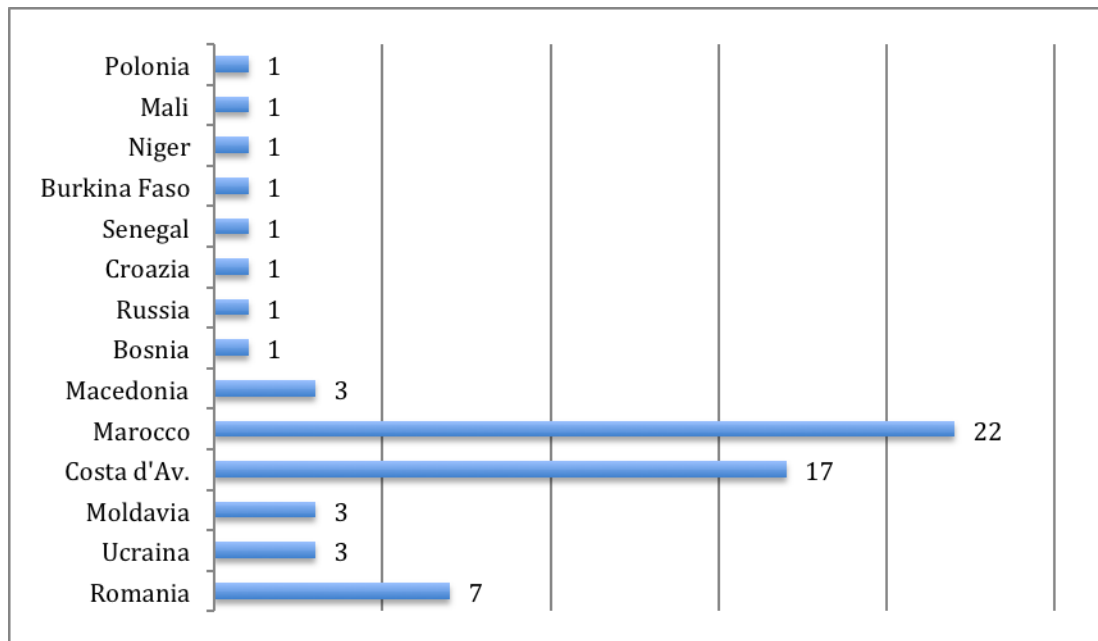
Non ho avuto la possibilità di avvicinare le donne di provenienza marocchina, dopoché ho trovato numerose resistenze e una sorta di chiusura nei confronti di un tema di cui probabilmente avevano timore di parlare.

Ho riscontrato una migliore disponibilità da parte degli immigrati marocchini maschi a ma con poco spazio per la discussione, cosa che invece non ho riscontrato sia per il genere maschile e femminile di origine africana.

Anche quest'altro mi ha imposto di riflettere sulle differenze culturali e su quanto si rilevante essere a conoscenza della percezione che una popolazione ha di un fenomeno piuttosto che un'altra.

Alla sezione sociodemografica seguirà la serie centrale di 24 domande, le quali saranno una a una analizzate e ne saranno messe in evidenza le criticità e le adeguate riflessioni e proposte alla luce dell'esperienza di ricerca svoltasi alcuni mesi fa.

### 3.4 Paese di provenienza



Come prima detto, ai fini di facilitare l'analisi dei dati sono stati da me proposti dei raggruppamenti ideali riguardanti le diverse aree di provenienza degli intervistati.

Osservando il grafico notiamo come i principali Paesi di provenienza sono Marocco, Costa d'Avorio e paesi dell'Est europeo.

Per vicinanza geografica e con assoluta cautela la mia idea è stata quella di raggruppare stati come Niger, Mali, Burkina Faso e Senegal nell'area che rappresentava idealmente l'Africa sub sahariana assieme a Costa D'avorio.

Riguardo a un'altra zona geografica, mi sono proposta invece di associare Romania, Moldavia, Bulgaria, Ucraina, Polonia, Bosnia, Croazia e Russia in quella zona che potremo identificare come dell'Est europeo e Balcani.

Infine il Marocco è stato riferito al nord dell'Africa.

Tale impostazione non ha avuto alcuna funzione interpretativa, quanto piuttosto è servita da filtro nel momento in cui si sarebbero presentati all'attenzione dati con peculiarità notevoli o evidenti differenze nelle risposte riscontrate tra le diverse zone di provenienza.

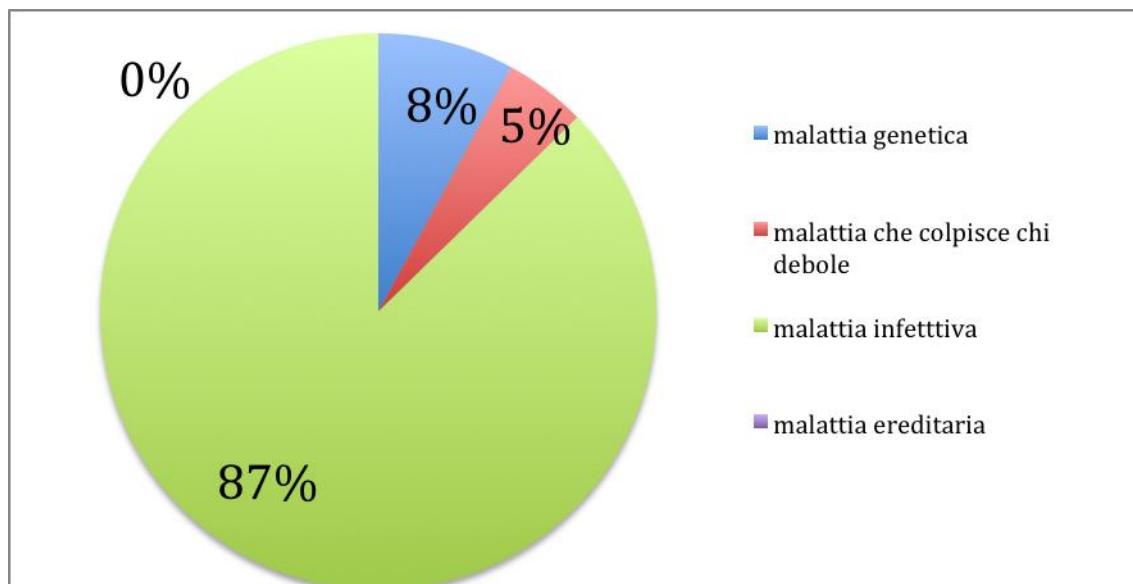
Essendo i dati e il campione non generalizzabili, i criteri d'analisi durante l'attività di pilota si sono rivelati del tutto differenti da una ricerca rappresentativa, la quale, al contrario mira a interpretare i dati e trovare spiegazioni conclusive e plausibili.

A essere analizzate sono state, infatti, non tanto le risposte, quanto le domande.

Le risposte hanno assunto significato unicamente in relazione all'efficacia della domanda, perciò il raggruppamento geografico prima presentato ha avuto funzione solo ed esclusivamente riguardo ad alcuni aspetti di cui poi si è proceduto alla pura e semplice analisi, come variabili culturali, prevenzione ed eventuale stigma rispetto all'infezione da HIV.

### 3.5 Le domande del questionario

#### 1) L'AIDS è:



Alla domanda su cosa sia l'AIDS, la maggioranza degli intervistati l'ha definita correttamente come malattia infettiva.

La sigla AIDS indica la “sindrome da Immunodeficienza Acquisita” (dall’inglese *Acquired Immune Deficiency Syndrome-AIDS*), ed è un’infezione virale diffusa in tutto il mondo causata dal virus dell’HIV (dall’inglese *Human Immunodeficiency Virus*), che rappresenta appunto lo stadio clinico terminale dell’infezione da HIV.

Il virus causa danni progressivi al sistema immunitario e ad altri apparati e organi, come il sistema nervoso centrale.

A causa del deficit del sistema immunitario, avviene una notevole riduzione delle difese del soggetto contro le infezioni, che si manifestano in modo sempre più frequente e grave, e il malato risulta essere facilmente soggetto a particolari forme tumorali<sup>8</sup>.

Nessuna preferenza è stata invece data alla scelta “malattia ereditaria”, ma qualche risposta invece è stata data come “malattia genetica”, il che risulta interessante in quanto derivando da un virus, non potrebbe in alcun modo esserne la causa.

Mi sono inoltre chiesta quale fosse l’eventuale correlazione tra la scelta di un’opzione genetica e la risposta nello stesso tempo a domande sulle modalità di contagio di una malattia che si è ritenuta essere possibilmente trasmissibile per via genetica.

Tali risposte si sono rivelate poco coerenti con le risposte seguenti.

Inoltre un 5% del campione sosteneva che la malattia si diffondesse in maggior misura in soggetti considerati “deboli”.

Altro aspetto interessante è stato osservare la distribuzione delle risposte rispetto alle zone di provenienza.

Le scelte che riguardavano l’origine genetica e derivata dalla presunta “debolezza fisica” rispetto alla malattia, in totale un 13%, sono state per lo più scelte da soggetti provenienti dai paesi dell’Est Europa e dal Marocco e da nessuno dell’Africa.

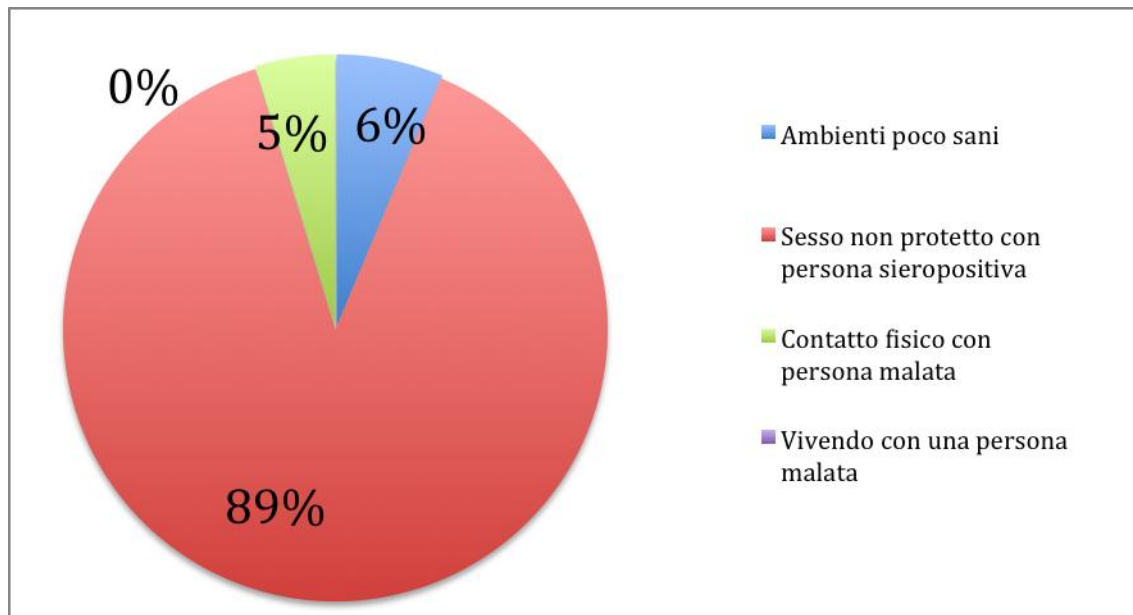
Durante i focus group con gli intervistati provenienti dall’Africa, mi era stato più volte ripetuto quanto nonostante la diffusione

---

<sup>8</sup> <http://www.sceglitu.it/sexo-e-salute/principali-mst/aids/art-133>

della malattia nei loro territori ci sia tuttora molta informazione e campagne di prevenzione, il che rappresenterebbe una sorta di contraddizione tra la conoscenza della malattia e la frequenza della sua diffusione.

## 2) L'AIDS si può prendere:



L'andamento delle risposte, almeno per quanto riguarda tale domanda non ha lasciato spazio a dubbi.

La maggior parte del campione (89%) ha, infatti, barrato la risposta corretta, sostenendo che fondamentalmente l'AIDS si può contrarre avendo rapporti non protetti con una persona sieropositiva.

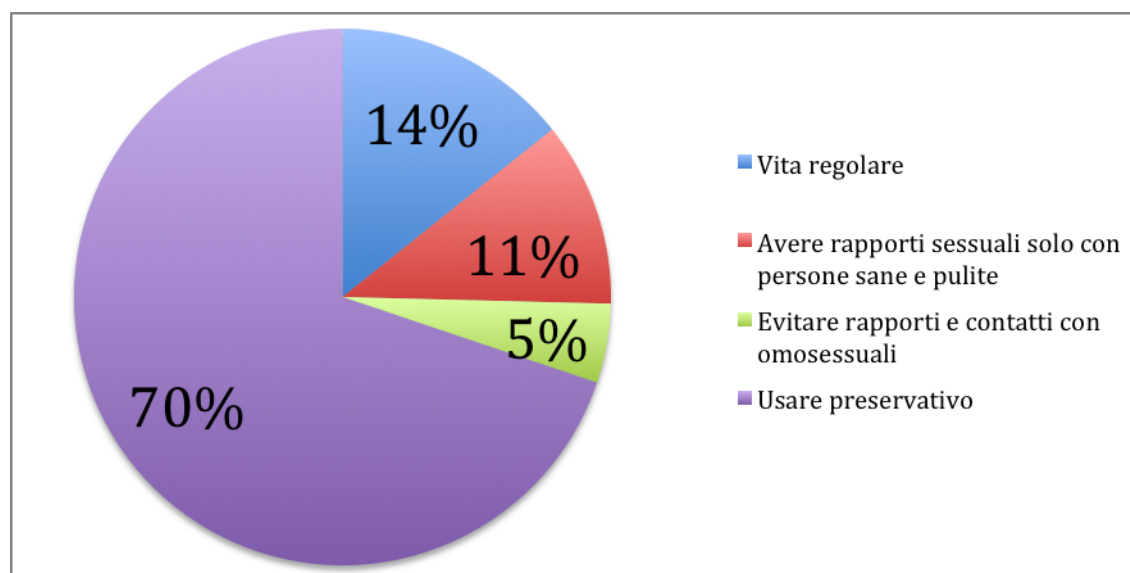
Tale risposta è stata preferita in maniera omogenea dal campione, escluso un 5% che ha sostenuto un qualsiasi contatto fisico con una persona malata come maggiore veicolo di contagio e un 6% ha invece sostenuto che gli ambienti poco sani rappresentano la causa della diffusione del virus.

Tale visione dei dati potrebbe dare inizialmente da percezione che per quanto riguarda la conoscenza di base qualcosa di certo ci sia, aspetto in ogni caso da verificarsi per tutto l'andamento del test.

In conformità a tali dati ho auspicato la presenza di una domanda che si ponesse l'obiettivo di verificare la consapevolezza dei metodi di trasmissione (sesso non protetto, liquidi biologici, sangue etc.) oltre che ai metodi di non trasmissione, e ciò poiché si sarebbe potuto pervenire a informazioni più precise ed esaustivo a riguardo.

Vedremo, infatti, come i metodi di trasmissione siano di dubbia conoscenza.

### 3) Il metodo per evitare di ammalarsi è:



La maggioranza degli intervistati (70%) ha risposto correttamente a questa domanda dimostrando come da una consistente parte del campione, il metodo contraccettivo del profilattico è stato percepito in maniera pressoché corretta.

Delle altre possibilità di risposta 9 persone su 63 (3 Marocco e 2 Est Europeo) hanno risposto che per evitare di ammalarsi bisogna condurre una vita regolare, tralasciando completamente l'importanza del preservativo.

Forse in questo in caso potrebbe essere stato inteso che il condurre una vita regolare non consiste nell'evitare rapporti omosessuali, quanto piuttosto averne solo con persone sane e pulite.

Già in questi termini tale risposta ha rappresentato a mio avviso una sorte di stigma al contrario, per cui il virus dell'HIV non riguarderebbe assolutamente le persone sane e pulite.

La scelta secondo la quale per 7 intervistati su 63 l'aver rapporti sessuali con sole persone conosciute e credute sane e pulite sia sufficiente condizione a escludere il rischio di contagio potrebbe essersi basata su una piuttosto diffusa percezione che tra i propri conoscenti o tra gli appartenenti alla propria stessa etnia non vi siano casi di sieropositività.

Un 5% del campione (2 Marocco, 1 Est e nessuno proveniente dall'Africa) ha risposto che il metodo per evitare contagi è dato dall'evitare il contatto con omosessuali.

Anche in questa domanda possiamo osservare come la maggior parte del campione avesse dato la risposta esatta.

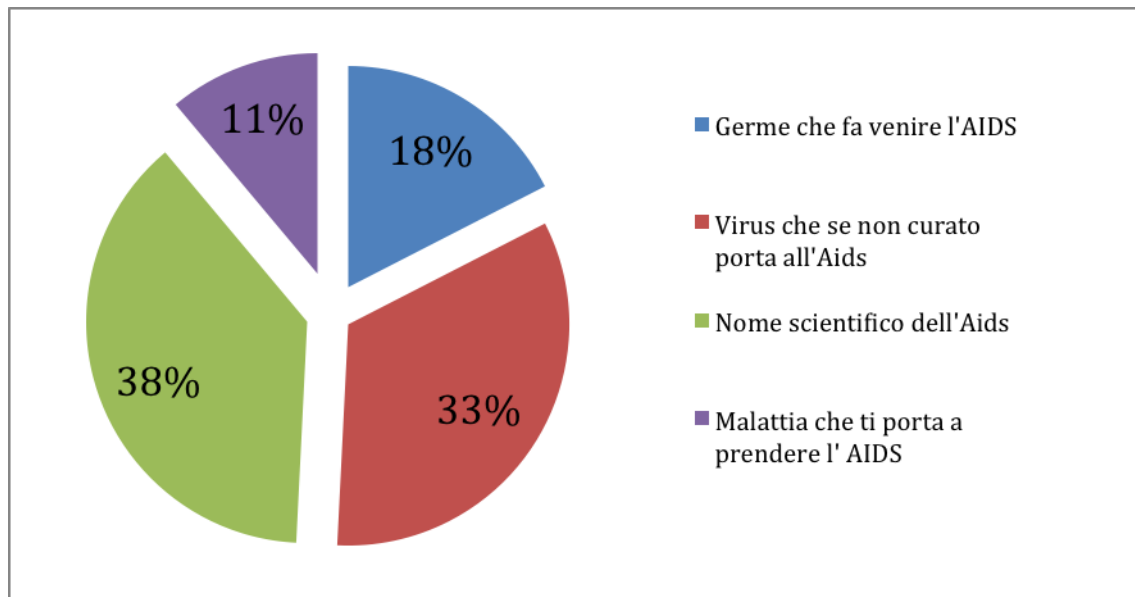
Le risposte errate tuttavia danno uno spunto di riflessione sulle domande successive riguardanti i pregiudizi sulla diffusione del virus e il frequentare una persona sieropositiva.

A tale proposito ho ritenuto importante suggerire l'aggiunta nel questionario definitivo di almeno una domanda sul tema dell'HIV a proposito dell'omosessualità, sia per quanto riguarda i rischi generici legati al contagio sia sulla percezione dell'omosessualità da parte degli altri.

Per quanto riguarda invece il versante della forma e della sintassi, mi sono proposta di sostituire il termine "ammalarsi" con un termine che menzionasse il contagio. In tal modo si sarebbero evitate incomprensioni non solo sul significato malattia, ma anche sulle sue diverse fasi di sviluppo (contagio HIV, AIDS conclamato).



#### 4) L'HIV è:



Tale domanda ha indotto a numerosi spunti interessanti, non solo per l'andamento delle risposte visibilmente differenti tra loro, quanto piuttosto sulla difficoltà che ho riscontrato negli intervistati durante questa fase del questionario.

Come possiamo osservare la risposta esatta è stata data solo dal 33% distribuito in maniera sufficientemente equilibrata tra le diverse aree geografiche. Infatti, di questi, 3 su 20 provenienti indicativamente dall'Est Europeo, 8 su 21 provenienti dall'Africa Sub Sahariana e infine solo 3 su 22 provenienti dal Marocco hanno dato la risposta corretta.

Il dato interessante è che 15 su 22 provenienti dal Marocco ritenevano l'HIV come il nome scientifico dell'AIDS, 7 su 21 per l'Africa e solo 2 per l'Est.

Durante la compilazione del test mi è spesso stato chiesto il significato del termine HIV, facendomi intendere di non averne mai sentito parlare.

Nel totale, infatti, una parte consistente del campione (38%) ha identificato l'HIV essere il nome scientifico dell'AIDS, e perciò la stessa cosa.

Dall'analisi è emerso che l'opzione "germe che fa venire l'AIDS" è stata motivo di non poca confusione, essendo stato probabilmente confuso con l'opzione "virus che se non curato porta ad ammalarsi di AIDS".

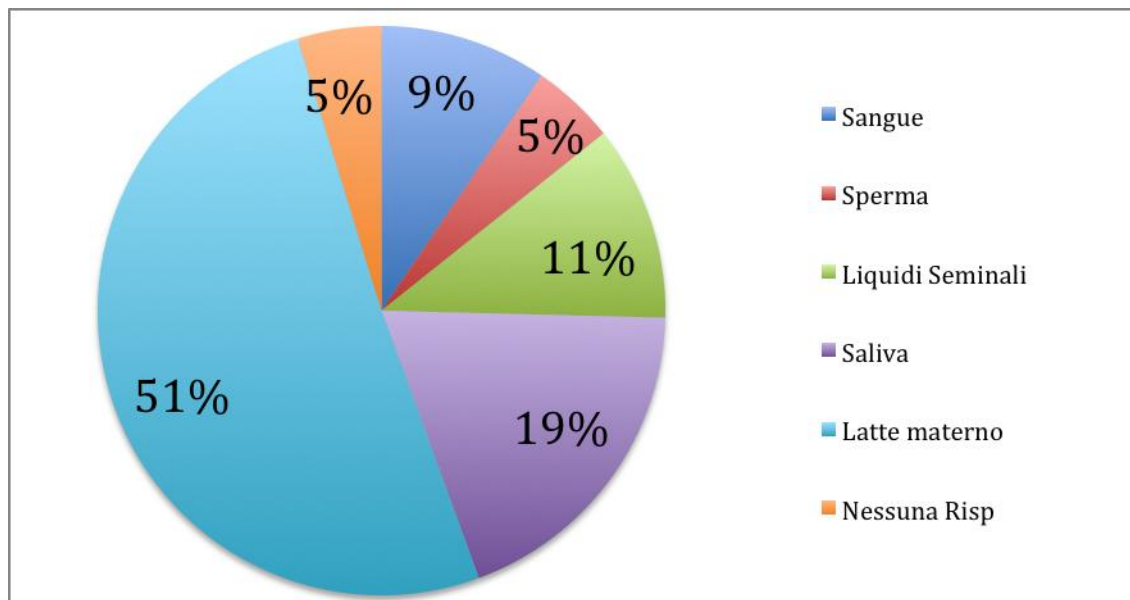
In sostanza il termine "germe" sarebbe poco chiaro.

Infine una percentuale dell'11% sosteneva come l'HIV come la malattia che causa l'AIDS, risposta errata che non definisce con precisione cosa sia l'HIV.

In definitiva tale domanda ha messo di certo in rilevanza uno scarso grado di coscienza sull'effettiva correlazione tra HIV e AIDS e propriamente tra la causa e l'effetto, e inoltre ha rilevato le difficoltà che i vari termini hanno creato nel rispondere alla domanda in aggiunta ad una scarsa conoscenza.

Di certo la scelta di una risposta non presente nel questionario come "non so" sarebbe stata di fondamentale importanza al fine di depurare i dati delle risposte insicure o scelte casuali.

##### 5) L'HIV non si può trasmettere con:



A prima vista il grafico dell'andamento delle risposte risulta già di rilevante interesse.

Per prima cosa notiamo come la percentuale più alta si riferisca a una scelta di risposta errata.

Il 51% dei rispondenti sosteneva, infatti, come l'unico modo possibile per trasmettere il virus fosse il latte materno.

Il fatto che sia il latte materno un fattore di contagio superiore alla saliva, denota una maggiore paura dei contatti quotidiani con un soggetto sieropositivo piuttosto che per mezzo del latte materno, che è invece un metodo di contagio non meno rilevante rispetto ai più noti.

E' dimostrato che l'allattamento rappresenta un alto fattore di contagio, il 14% in più rispetto al contagio durante la gravidanza, infatti, alle donne con HIV è consigliato di non allattare al seno.

Ciò dimostra come sarebbe notevolmente più importante educare alla prevenzione con l'obiettivo principale di fornire poche ma fondamentali informazioni, e ciò con la condizione di diminuire sensibilmente paure e pregiudizi riguardo a forme di contagio inesistenti ma ben presenti nell'immaginario comune, con il fine ultimo di prevenire fenomeni di stigma e discriminazione.

Ricapitolando la risposta errata è stata data da una parte consistente, e ciò è un dato indicativo.

La risposta è stata data da 17 su 22 provenienti dal Marocco, 8 su 20 provenienti dalle zone dell'Est e da 7 su 21 provenienti dall'Africa.

Spostando l'attenzione sulla risposta corretta possiamo notare come solo un 19% del campione di cui nessuna risposta data dai soggetti provenienti dal Marocco, 9 su 21 dei provenienti dall'Africa e solo 3 su 20 provenienti dall'Est.

L'HIV, infatti, non può essere trasmessa attraverso baci, abbracci, contatti sociali (bar, ristoranti o altri locali pubblici), colpi di tosse, strette di mano, contatto telefonico, vestiti, liquidi biologici come urina, saliva e lacrime e punture di insetti o animali<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> <http://www.sceglitu.it/sexo-e-salute/principali-mst/aids/art-133>

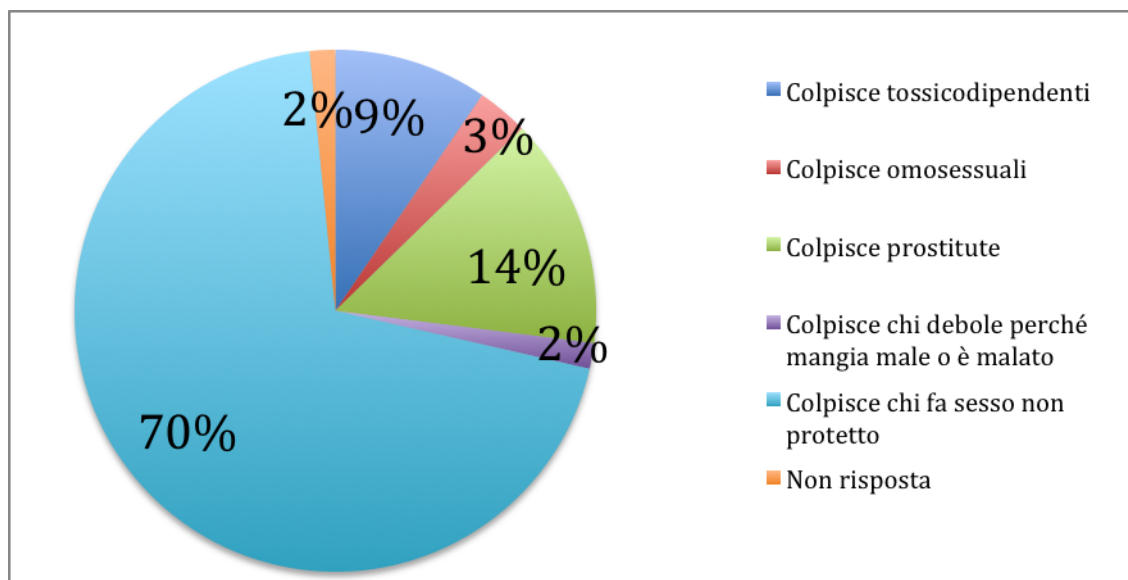
In conformità a tali dati, e cioè essendo stata dimostrata una conoscenza alquanto confusa dei metodi di non trasmissione, ho suggerito la presenza di una domanda che si ponesse l'obiettivo di verificare la consapevolezza dei metodi di trasmissione (sesso non protetto, liquidi biologici, sangue etc.) oltre che ai metodi di non trasmissione, e ciò poiché si sarebbe potuto pervenire a informazioni più precise ed esaustive.

Vedremo, infatti, come i metodi di trasmissione siano risultati di dubbia conoscenza.

Per quanto riguarda la struttura della domanda, a causa di quanto riscontrato durante la ricerca, credo ci siano state delle distorsioni legate alla formula di negazione presente all'interno della domanda, nonostante essa fosse stata evidenziata a dovere.

E' vero che la sola presenza di doppie negazioni renderebbe la domanda metodologicamente distorta, tuttavia in questo caso le maggiori difficoltà sono state determinate dall'aspetto linguistico.

## 6) L'HIV:



Prima di commentare i dati ritengo utile fare una premessa.

Questa domanda a mio avviso ha generato per la propria struttura sintattica numerosi problemi di comprensione.

La struttura della stessa avrebbe creato dubbi in qualsiasi soggetto e a maggior ragione a chi non comprendeva o poco l'italiano.

Le difficoltà percepite nell'analizzare i dati sono state principalmente una forte ambiguità di significati e in secondo luogo sintattica.

Non è chiaro, infatti, se la domanda richieda chi sia più soggetto fisicamente a contrarre il virus o chi maggiormente riguardi il virus, rispetto ai ruoli sociali e sulle valutazioni morali che ne dà l'intervistato.

Ciò che si evince dall'andamento di tali risposte è un vero e proprio atteggiamento di stigmatizzazione verso alcune categorie. Nel periodo storico a seguito della scoperta del virus si è verificato un mutamento di direzione del target d'infezione da HIV;

Sembrano non essere più principalmente omosessuali, prostitute e tossicodipendenti a contrarre il virus, infatti, oggi è la popolazione eterosessuale a essere la più colpita dal virus.

La credenza di essere esclusi dalle categorie stigmatizzate e colpite dal virus porta a una perdita di attenzione per se stessi, ed ecco che questo tipo di atteggiamento essendo in forte aumento ha comportato un frequente ritardo nella diagnosi, la quale fa sì che la persona che non ne è a conoscenza continui a non utilizzare precauzioni con i successivi partner.

Non è dunque stata superata la convinzione che l'HIV sia un virus riservato a una nicchia ristretta, tuttavia ora la categoria considerata a rischio è proprio quella degli immigrati<sup>10</sup>. Osservando i dati possiamo dedurre come il 70% del campione abbia risposto in maniera corretta alla domanda, in altre parole che l'HIV colpisce chi fa sesso non protetto.

---

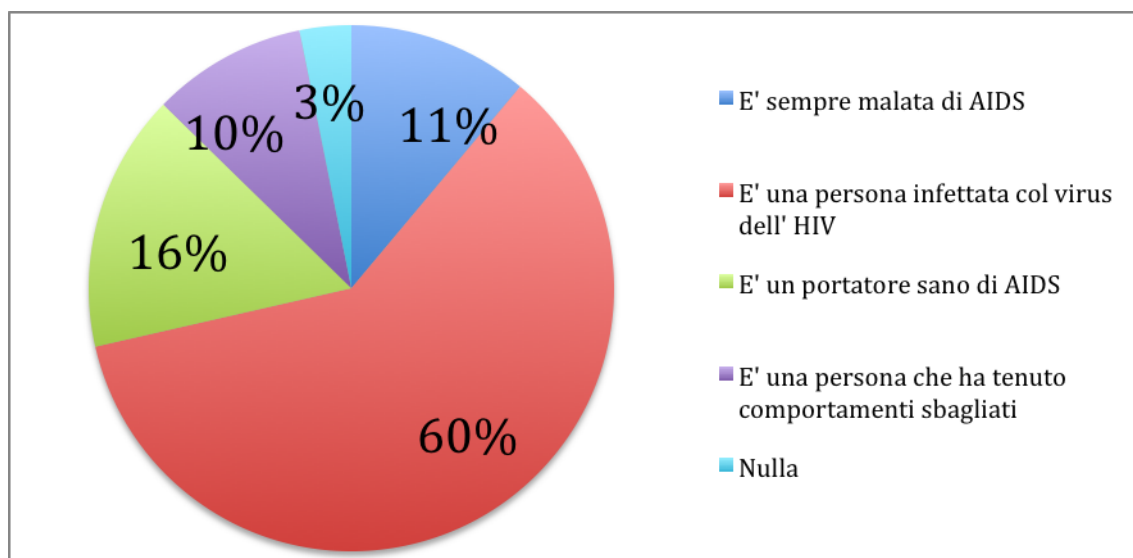
<sup>10</sup> Condoleo G., *Virus senza permesso di soggiorno*. Delta : rivista di informazione sull'HIV, n. 50 (2010), pp. 14-15.

E' un dato di fatto questa risposta, fermo restando che il virus potrebbe colpire sia tossicodipendenti sia prostitute e sia chi è omosessuale.

Durante la ricerca ho avuto coscienza che la domanda non era stata correttamente compresa, soprattutto dall'intenzione di doppia risposta.

Da quel momento ho avuto una maggiore attenzione nel chiarire il significato della domanda.

## 7) Una persona sieropositiva



Durante la mia ricerca ho notato come le persone confondevano HIV e AIDS e spesso non erano per nulla a conoscenza di chi fosse il sieropositivo, e ciò dato dal fatto che manca probabilmente una almeno sufficiente conoscenza di cosa significa contrarre tale infezione e i suoi sviluppi.

Osservando questa prima domanda che cercava di far luce sulle caratteristiche del sieropositivo per gli intervistati, notiamo una dubbia sicurezza su cosa rappresenta tal espressione.

A un primo sguardo notiamo come un 60% degli intervistati abbia interpretato correttamente la sieropositività come una conseguenza dell'infezione con il virus dell'HIV.

Ciò significa che nel test dell'HIV sono stati cercati e trovati gli anticorpi contro il virus detti "anti-HIV", che in caso di sieropositività sono appunto prodotti dall'organismo per contrastare il progredire del virus.

Per sieropositività s'intende quindi la presenza nel sangue degli anticorpi contro l'HIV.

Il 16% degli intervistati ha sostenuto invece come la persona sieropositiva sia un portatore sano di AIDS, e credere ciò determinerebbe una situazione di non conoscenza del fatto che l'AIDS è la sindrome dell'immunodeficienza acquisita, cioè uno stato patologico in cui si ha una riduzione delle funzioni del sistema immunitario.

Il 10% degli intervistati ha sostenuto come il sieropositivo sia una persona che ha tenuto comportamenti sbagliati e il 12% che sia un soggetto sempre malato di AIDS.

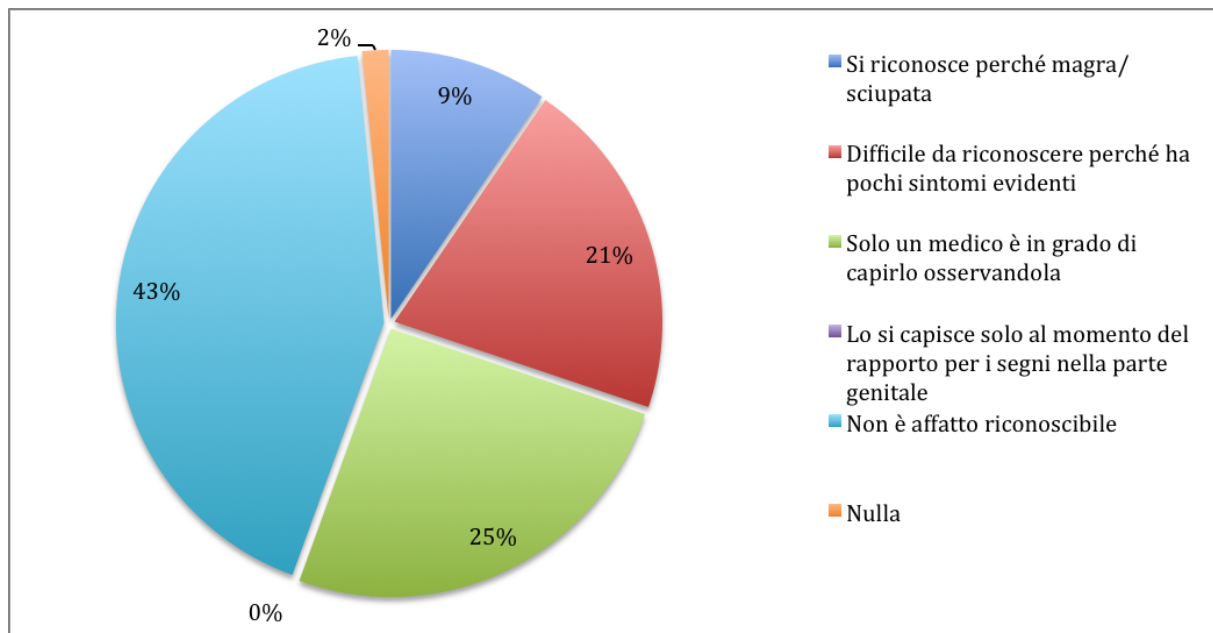
Questo tipo di risposte mi ha reso consapevole della scarsa conoscenza da parte degli intervistati del meccanismo della sieropositività.

La sieroconversione avviene quando una persona in precedenza sieronegativa è riscontrata positiva a un secondo esame per la ricerca degli anticorpi contro l'HIV.

Essa indica il passaggio da uno stato di non infezione a quello di infezione e avviene, in genere, dopo un periodo variabile di tempo necessario all'organismo per maturare la produzione di anticorpi.

Dal momento in cui la persona acquisisce il virus al momento in cui troviamo gli anticorpi nel suo organismo, può trascorrere un tempo medio di 4-6 settimane, che in alcuni casi può prolungarsi anche fino a 6 mesi.

## 8) Una persona sieropositiva



Ponendo uno sguardo sui dati qui sopra presentati, possiamo notare che il 43% dei soggetti intervistati ha ritenuto giustamente come una persona sieropositiva non sia per niente riconoscibile, mentre un buon 21% ha ritenuto invece che esistono dei sintomi evidenti difficili da riconoscere.

Un'ulteriore buona fetta del campione rappresentata dal 25% ha ritenuto che solo un medico sia in grado di notarne i segni, credendo così che esistano delle evidenze, che per quanto esistenti, siano riconoscibili da un universo circoscritto di persone.

La medicina ci dice come lo stato d'infezione possa mantenersi per lungo tempo latente, senza mostrare alcun sintomo, senza contare che qualunque persona in stato di sieropositività è in grado di trasmettere il virus, pur non essendo ancora del tutto considerata "malata".

Ciò che rende considerevole il problema è proprio il fatto che il virus prima di passare alla fase conclamata, in cui sintomi e molteplici infezioni fanno la loro comparsa, potrebbe attendere

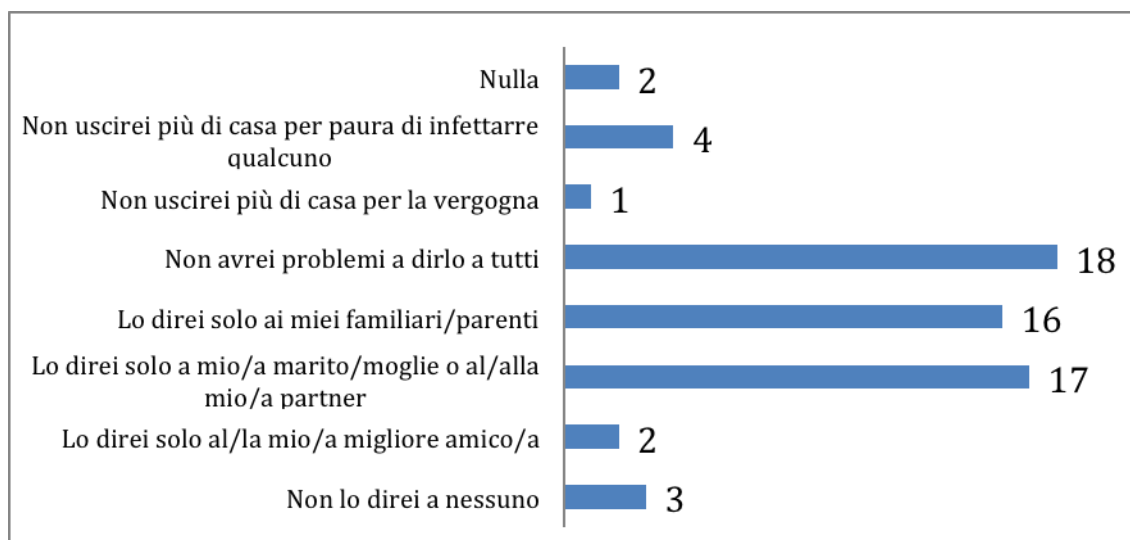


anche 10-12 anni, perciò chi non fa il test ed è positivo, nel frattempo potrebbe infettare molte altre persone se non utilizza le precauzioni adatte.

Si rende perciò importante per una buona prevenzione sensibilizzare sul non farsi ingannare (se si sono messi in atto comportamenti a rischio) dal fatto che non esistono ancora sintomi evidenti della malattia nonostante una possibile contrazione del virus.

L'unica arma di prevenzione in questo caso sarebbe senza dubbio il test HIV somministrato su larga scala.

### 9) Se scoprissi di essere sieropositivo/a:



Tale domanda era stata pensata per sondare le opinioni personali dell'intervistato riguardo alla malattia e più precisamente in relazione ad un ipotetico stato di sieropositività.

Come possiamo vedere dal grafico le risposte si sono concentrate in 3 scelte, infatti, 18 intervistati su 63 hanno sostenuto come non avrebbero problemi a dirlo a nessuno, 17 pensano che lo direbbero solo al partner e 16 lo direbbero solo ai familiari/parenti.

La quarta risposta più data e la più interessante è stata "non uscirei più da casa per paura di infettare qualcuno", e ciò

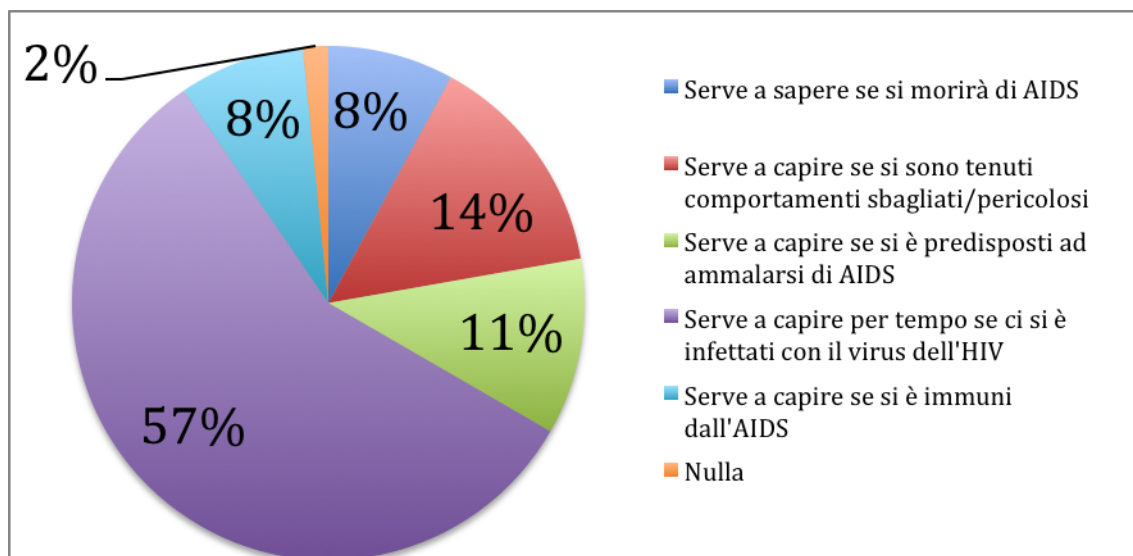
dimostra come sia questo un sintomo di auto discriminazione, oltre che di non conoscenza di come si trasmette la malattia.

Analizzando meglio i dati notiamo come ad esempio tale risposta sia stata data da 3 intervistati provenienti dal Marocco e 1 indicativamente dalla zona dell' Est europeo.

3 persone non lo direbbero a nessuno e 2 persone lo direbbero solo al migliore amico/a.

Una sola persona non uscirebbe più da casa dalla vergogna e due risposte sono state considerate nulle, poiché era scelta più di una risposta.

## 10) Il Test dell'HIV:



Tale domanda, come possiamo osservare, ha prodotto dati interessanti.

Solo il 57% dei soggetti ha risposto correttamente, e cioè che il test serve a capire se ci si è infettati con il virus dell'HIV.

Prima di iniziare la ricerca avevo un'attesa positiva su questa domanda, mentre invece sono state registrate diverse risposte e oltretutto ben distribuite.

Il 14% ha sostenuto che il test HIV serve a capire se si sono ottenuti dei comportamenti sbagliati, il che indicherebbe in

maniera esplicita che se si ricorre al test è perché si sono tenuti dei comportamenti a rischio. Questa potrebbe essere un'ipotesi di interpretazione.

Tuttavia il test serve a rilevare se si è contratta un'infezione che riscontrata nel sangue, perciò l'esito del test non dà informazioni sui comportamenti.

L'11% ha sostenuto invece che il test serve per capire se si è predisposti ad ammalarsi di AIDS, il che risulta ulteriormente improbabile, poiché la malattia è infettiva e non ereditaria. I risultati di tale risposta fanno intendere che esistono delle contraddizioni rispetto alla domanda in cui la maggior parte sostiene essere l'AIDS una malattia infettiva.

In seguito un 8% ha risposto che il test serve a capire se si morirà di AIDS, e ciò è da mettersi in relazione con la domanda successiva sul tema della cura per la malattia.

Vedremo come una buona percentuale abbia ancora la credenza che di AIDS si muoia.

L'8%, invece, ha invece sostenuto che il test abbia la funzione di mettere i soggetti a conoscenza della loro immunità nei confronti della malattia.

La risposta è risultata interessante, poiché nessuno è immune alla malattia, ma esistono solo più o meno rischi in base alla modalità di trasmissione e ad alcuni variabili legate a situazioni particolari.

Tale risposta informa sull'importanza della diffusione dei test HIV, soprattutto a livello di servizi a bassa soglia.

Se le persone non sono a conoscenza di cosa sia il test HIV, ciò indica quanto ne siano profondamente lontane, quanto il test sia poco utilizzato e ciò non è fonte del fatto che tali soggetti siano esenti da comportamenti a rischio.

In conformità con ciò che si sa fino ad ora riguardo ai meccanismi di funzionamento della malattia, il test è bene che sia effettuato nei successivi 3 mesi (coincidenti con il periodo finestra)

dall'ultimo comportamento sessuale a rischio e ciò per dare tempo all'organismo di sviluppare gli anticorpi anti-HIV.

In Italia l'accesso al test HIV è regolato dalla legge 135/1990<sup>11</sup>, la quale garantisce la non obbligatorietà del test e perciò la necessità del consenso dell'interessato.

La legge menzionata stabilisce alcuni principi fondamentali, primo dei quali l'anonimato e l'assistenza nelle cure a cui deve attenersi il personale sanitario nel momento in cui viene a conoscenza di un caso di infezione da HIV.

Inoltre viene è proibito che qualcuno sia sottoposto al test senza il suo consenso e quindi volontario, se non per motivi di necessità clinica.

Il test è gratuito, anonimo e non è necessaria la ricetta medica e inoltre è permesso usufruire di tali servizi anche ai cittadini stranieri, qualora non abbiano il permesso di soggiorno.

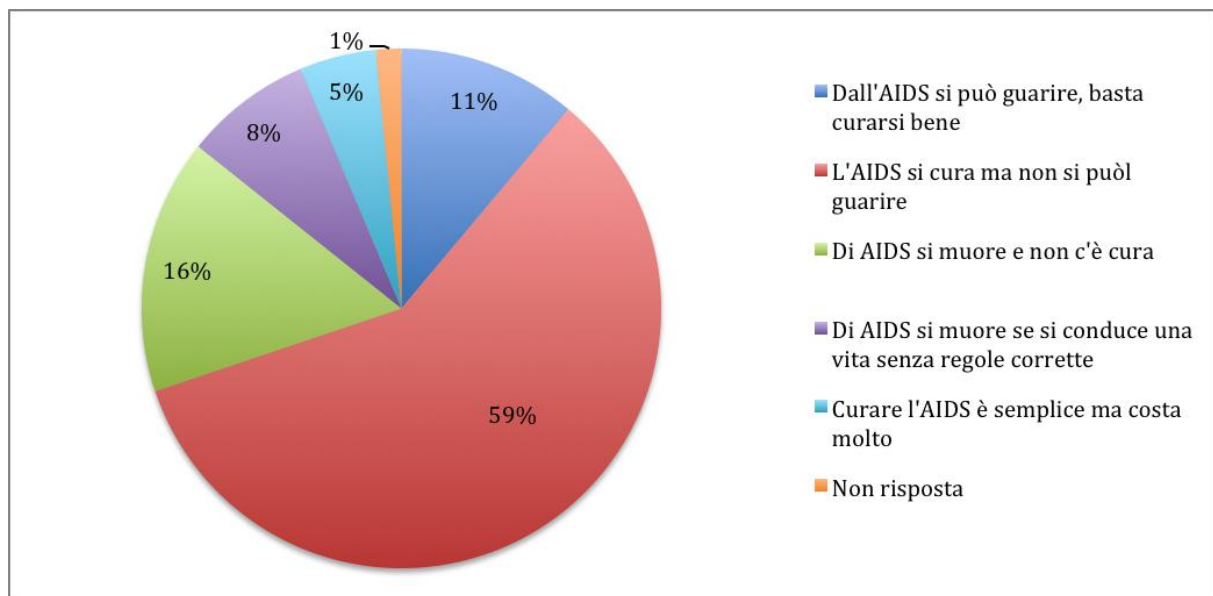
La ricerca degli anticorpi anti HIV ha quindi l'utilità di bloccare in prima battuta il progredire dell'infezione, a far sì che la carica virale si abbassi e sebbene la terapia non possa guarire l'infezione, permetterà al malato di essere consapevole del proprio stato, potendo condurre la propria vita nel migliore dei modi possibili<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Legge 135/90. Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta contro l'AIDS, pubblicata sulla gazzetta ufficiale n. 32, 8 Giugno 1990).

<sup>12</sup> Ministero della Salute, *DOCUMENTO DI CONSENSO SULLE POLITICHE DI OFFERTA E LE MODALITA' DI ESECUZIONE DEL TEST PER HIV IN ITALIA*.  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1647\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1647_allegato.pdf)

## 11) Quale delle seguenti affermazioni è vera:



Osservando i dati notiamo come il 59% degli intervistati ha sostenuto che di AIDS non si può guarire ma ci si può curare, e tale dato ha fornito interessanti spunti per quanto riguarda la distribuzione per area geografica.

20 su 21 soggetti provenienti dall'Africa sub-sahariana ha compiuto la scelta corretta, il che è in linea con le informazioni da loro ricevute riguardo alle frequenti campagne preventive attuate nei loro Paesi.

Resta il fatto però che l'Africa è ancora il paese più colpito dalla malattia e ciò rappresenterebbe una contraddizione.

Solo 8 su 20 persone provenienti dai paesi dell'Est europeo ha risposto correttamente e 9 su 22 soggetti provenienti dal Marocco. L'Aids è ritenuta una patologia per la quale non è prevista la guarigione e ciò a causa della sua azione di indebolimento del sistema immunitario.

In passato la malattia causava la morte nei pazienti, tuttavia oggi la mortalità collegata si è notevolmente ridotta con l'introduzione (in Italia dal 1996) delle terapie combinate HAART (High Aggressive Antiretroviral Therapy) che permettono con

l'associazione di più farmaci di abbassare sensibilmente la carica virale.

Ciò consente al paziente di avere una prospettiva di vita prolungata, e una migliorata qualità del vivere.

C'è da puntualizzare, tuttavia, che la totale guarigione non è possibile che avvenga, poiché il virus, anche se a bassa concentrazione, prosegue indefinitamente la sua esistenza soprattutto durante il suo stato di latenza.

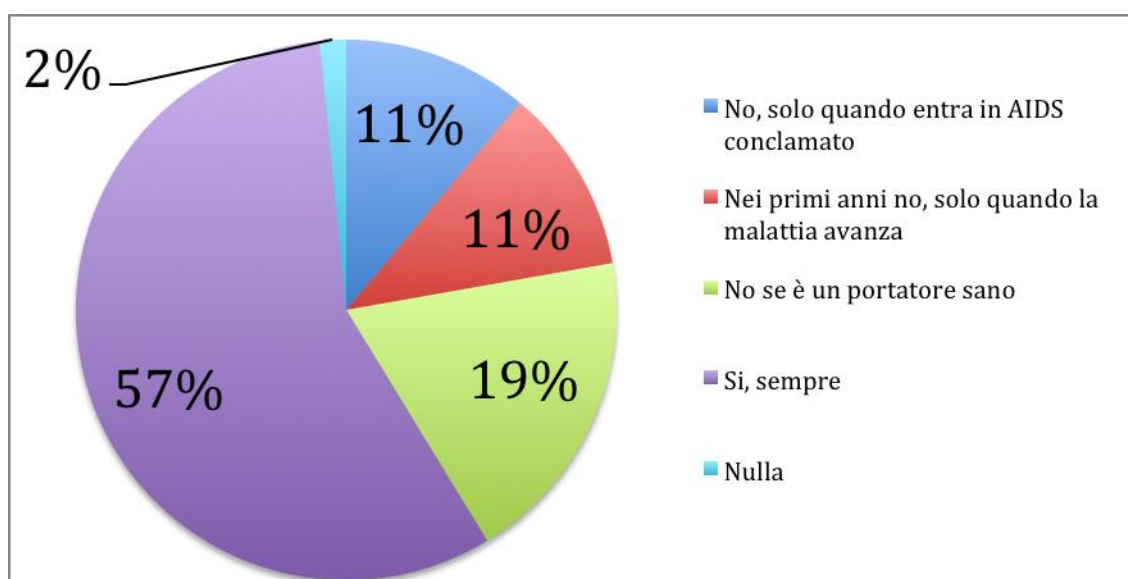
Proseguendo nell'analizzare i dati osserviamo come il 16% abbia risposto che di AIDS si muore e non c'è cura.

Un 11% ha invece sostenuto che si guarisce, alle condizioni di curarsi nella maniera giusta.

L'8% ha barrato la risposta secondo cui di AIDS si muore se si conduce una vita senza regole corrette.

Infine per un 5% degli intervistati curare l'AIDS sarebbe semplice, solo se non costasse troppo.

## 12) Una persona sieropositiva può sempre infettare il partner?



Alla domanda in questione il 57% del mio campione ha risposto in maniera esatta.

Un soggetto sieropositivo può, infatti, contagiare il virus da subito, e ciò è più rischioso quando non si avverte alcun sintomo della malattia.

Nelle successive 6-12 settimane dal contagio denominate “intervallo finestra”, esiste una semplice sieropositività e un’assenza di sintomi di particolare rilievo.

L’aspetto da tenere in considerazione è che tale periodo può durare per parecchi anni, senza che il soggetto si accorga e inoltre, senza saperlo è appunto nel potere di infettare gli altri.

L’11% dei soggetti, a tal proposito, ha risposto in maniera errata che una persona sieropositiva può infettare il partner solo in situazione di virus conclamato, e un altro 11% ha sostenuto che nei primi anni non si possa trasmettere, ma solo quando la malattia avanza.

Una risposta interessante è rappresentata da chi ha scelto l’opzione secondo cui il soggetto sieropositivo non può contagiare un partner se è portatore sano.

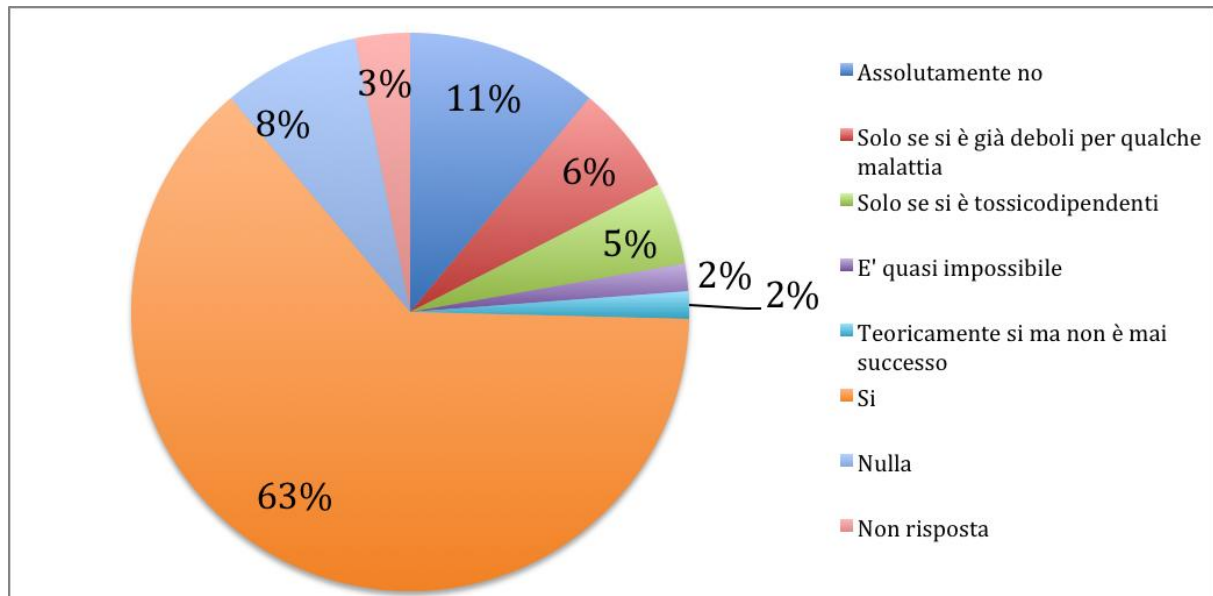
Innanzitutto resta il dubbio che chi ha barrato tale scelta non sappia cosa s’intende con “portatore sano di HIV”.

Un “portatore sano” è un individuo contaminato da un agente patogeno che causa una malattia, della quale però non manifesta i sintomi.

Benché non sia colpito dalla malattia un portatore sano può trasmetterla ad altri individui, se infettiva, o ai discendenti se di origine genetica.

Il soggetto affetto da HIV è sieropositivo e può tranquillamente vivere senza mai sviluppare la malattia AIDS ma può sempre trasmettere il virus a un'altra persona che a sua volta diventa sieropositiva e può sviluppare, o meno, l'AIDS.

### 13) E' possibile contrarre l'infezione durante un solo rapporto sessuale non protetto?



La modalità di trasmissione che risulta essere più favorevole all'insediamento del virus è quella tramite sangue infetto, infatti, una persona che sia trasyusa con una singola unità di sangue contaminato, ha circa il 95% di probabilità di essere infettata.

Le possibilità di contagiarsi mediante comportamenti inerenti alla tossicodipendenza o mediante un singolo rapporto sessuale sono invece più basse.

Il rischio di trasmissione per un singolo scambio di stringa infetta risulta essere dello 0,67%, mentre il rischio di contaminazione cutanea è stimato dello 0,3/0,4%.

I dati riguardanti la trasmissione in seguito ad un singolo rapporto anale indicano lo 0,1-3%, mentre un singolo rapporto recettivo vaginale è dello 0,1-2%.

Siamo quasi in assenza di stime per quanto riguarda il rischio di trasmissione attraverso il rapporto orale<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> <http://npsitalia.net/faq-13-Prevenzione+e+informazioni+sulla+trasmissione+del+virus++hiv.html#36>



Tralasciando i dati riguardanti le risposte non date e quelle nulle (tot 11%), possiamo notare come il campione sembrasse trovarsi diviso nell'individuare la risposta corretta.

Possiamo osservare come una maggioranza del 63% abbia risposto correttamente che è possibile contrarre il virus durante un solo rapporto non protetto.

Abbiamo poi un 11% sulla risposta "assolutamente no", un 6% sulla scelta "solo se si è già deboli per qualche malattia", e infine un 5% per "solo se si è tossicodipendenti".

In realtà non abbiamo a disposizione dati certi circa il rischio di infettarsi in seguito ad un singolo rapporto sessuale.

Tuttavia è possibile compiere un'analisi dei vari fattori che potrebbero incrementare questo rischio, in primo luogo in numero dei diversi partner sessuali.

In seguito, altre variabili possono essere la presenza o meno del virus nei diversi partner sessuali e infine la probabilità minore o maggiore in base al tipo di rapporto e quindi di contagio.

Esistono tuttavia fattori biologici e di origine virologica che influenzano la probabilità di trasmissione, ma che non sono ancora noti.<sup>14</sup>

Per questo motivo, infatti, il consiglio da parte delle strutture specialistiche è di utilizzare il profilattico sin dal primo rapporto. La parte più interessante è stata nuovamente la distribuzione delle risposte per aree di provenienza.

Del 63% che hanno dato la risposta corretta solo 6 intervistati su 40 erano provenienti dal Marocco, e inoltre le altre risposte errate sono state date in maggioranza dai provenienti dal medesimo paese.

In sostanza 3 su 21 provenienti dai paesi dell'Est hanno dato la risposta errata e solo 1 non risposta, 2 su 20 dei soggetti provenienti dall'Africa hanno dato barrato la risposta sbagliata e una nulla(doppia risposta). Infine Per quanto riguarda il Marocco

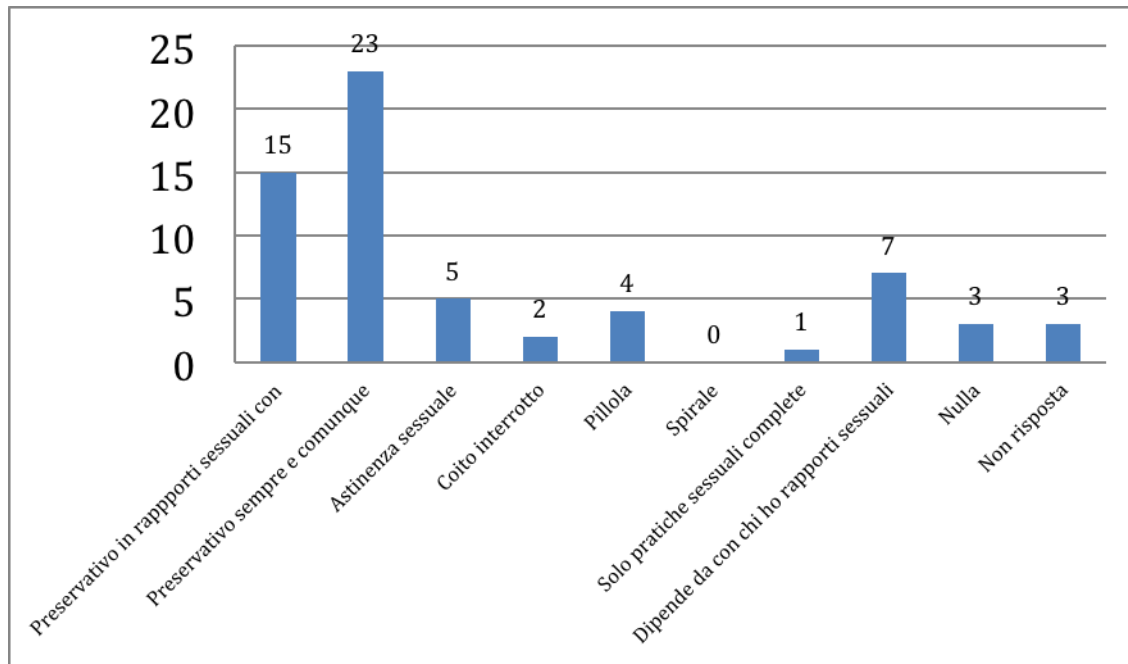
---

<sup>14</sup> <http://npsitalia.net/faq-13/Prevenzione+e+informazioni+sulla+trasmissione+del+virus++hiv.html#36>

ci sono state le risposte più incerte, 5 nulle, 11 errate e solo 6 corrette.

Ciò ci fa capire l'andamento interno alle risposte, evidenziando una consistente disparità di conoscenza rispetto al tema trattato.

#### 14) Quali metodi di prevenzione delle MTS usi/useresti:



La domanda verteva sui comportamenti sessuali degli intervistati. Nemmeno la loro metà, 23 persone su 63 ha risposto alla domanda sostenendo che per quanto riguarda la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili prediligono l'uso del preservativo sempre e comunque.

Dei rispondenti hanno scelto questa stessa scelta di risposta 10 su 21 provenienti dall'Est, 12 su 20 dall'area dell'Africa sub sahariana, e il dato interessante è dato dal fatto che solo 2 su 22 provenienti da Marocco l'abbiano scelta.

Tale scelta è evidente che ha presentato un certo grado di ambiguità poiché il "sempre e comunque" potrebbe valere per chi è coniugato e non per chi non lo è o viceversa, o ancora per chi è impegnato stabilmente e non per chi ha rapporti con più partner.

Un altro elemento di ambiguità è stato rappresentato, a mio avviso, dal fatto che l'espressione nella domanda "usi o useresti" indicherebbe sia i comportamenti effettivi sia quelli potenziali.

In altre parole potrebbe verificarsi che l'intenzione sia di fare uso del preservativo in ogni occasione e con ogni partner possibile senza però che ci sia un reale utilizzo.

Procedendo nell'osservare i dati emerge che 15 persone su 63 hanno risposto che utilizzerebbero il preservativo solo con persone che non conoscono, il che porta già ulteriori numerose riflessioni.

Cosa si intende per "persone che non si conoscono"? Quanto abbastanza si pensa di conoscere chi si crede di conoscere?

Negli ultimissimi decenni si è osservato come già detto un'inversione di tendenza nei modi di contagio del virus: prima il ciò avveniva maggiormente attraverso il sangue mentre oggi avviene principalmente tramite rapporti sessuali senza contare che l'età di contagio ha subito un consistente abbassamento, e ciò provoca una diminuzione, con l'età, anche della percezione del rischio.

Spesso accade che chi sia infetto non sia a conoscenza del proprio stato ma ancora di più non è consapevole dei rischi che l'hanno portato a contrarre il virus proprio perché al momento del comportamento a rischio riteneva che la persona con cui stavano avendo un contatto sessuale fosse conosciuta e perciò sana.

L'opzione "dipende da con chi ho rapporti" risulta legata alle precedenti appena menzionate, poiché si potrebbe credere di avere rapporti con una persona con cui si ha una relazione cosiddetta stabile non conoscendo nel frattempo del tutto la sua storia in quanto a rapporti sessuali con i partner precedenti o a comportamenti a rischio di altra natura.

In quanto alle risposte su contraccettivi, come astinenza sessuale(5/63), pillola(4/63), coito interrotto(2/63) hanno denotato una quasi del tutto assente percezione del rischio, in

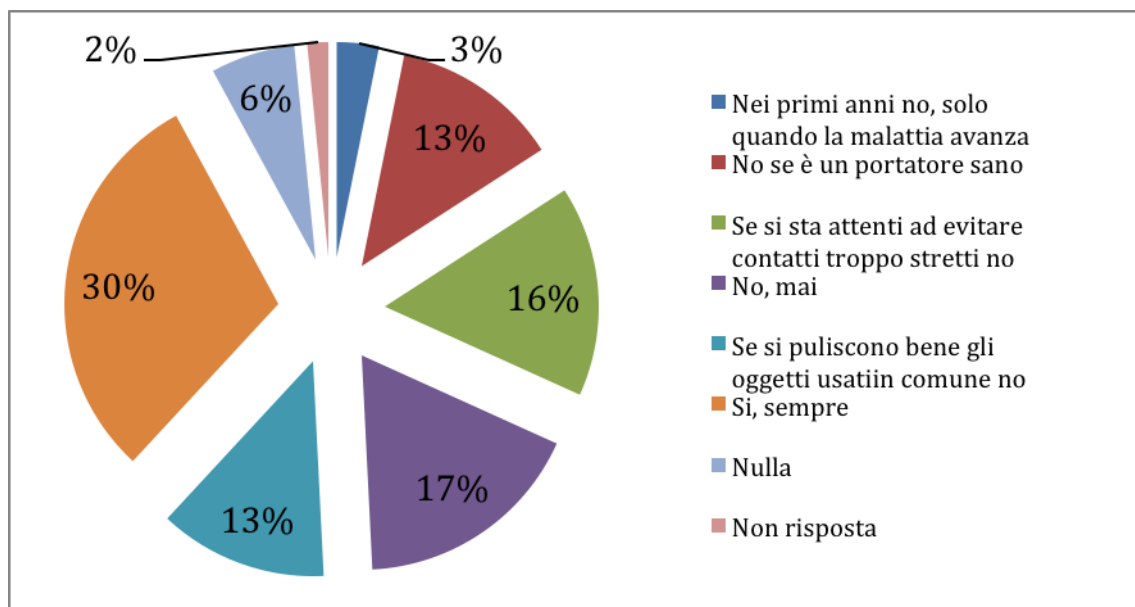
quanto è un dato che tali metodi non agiscano minimamente come protezione da tali patologie.

Il dato interessante è rappresentato dal fatto che le opzioni “coito interrotto”, “pillola” e “solo pratiche sessuali complete” di cui ho appena parlato siano state in maggioranza scelte dai provenienti dal Marocco.

Per quanto riguarda l’astinenza sessuale, la riflessione meriterebbe concentrarsi sull’appartenenza religiosa, poiché, la maggioranza dei soggetti che ha risposto in questo modo è di religione musulmana, perciò potrebbe esserci una relazione tra comportamenti e precetti religiosi.

Infine sono stati 4 intervistati ad aver dato risposta nulla poiché ne erano state scelte più di una, e un solo soggetto che ha preferito non rispondere.

### 15) Una persona sieropositiva può sempre infettare le persone che frequenta?



A un primo sguardo sulla costruzione della domanda, notiamo subito la presenza di qualche elemento di criticità.

In primo luogo non è immediatamente intuibile l'accezione data all'opzione di risposta "persone che si frequentano", e ciò ha creato non poche difficoltà di risposta e interpretazione della domanda.

Come possiamo notare dai dati, il campione si è diviso in maniera abbastanza uniforme tra le opzioni di risposta e ciò potrebbe significare che esista di certo una non conoscenza dello stato di sieropositività, ma anche una struttura poco adeguata della domanda.

Ho suggerito, infatti, di riformulare la domanda con una struttura che ponesse l'accento su cosa si intendesse per "frequentazione di soggetti sieropositivi", il che potrebbe significare anche l'aver rapporti sessuali o addirittura contatto tra sangue o contatto tramite somministrazione di droghe.

Ciò che mi premeva era far comprendere all'intervistato che la situazione da esaminare fosse da riferirsi ai rapporti sociali nel quotidiano che si hanno con una persona sieropositiva.

In tal caso l'intervistato sarebbe stato messo in condizione di avere gli strumenti per comprendere in maniera corretta la domanda.

I dati rilevati dal questionario pilota ci informano che il solo 17% del campione ha sostenuto non possibile un contagio, mentre in netto contrasto un 30% ha ritenuto che sia sempre possibile.

Il 30% delle risposte di questo tipo potrebbe fondarsi sulla convinzione che il contagio avverrebbe ugualmente ogni qual volta si avesse un rapporto sessuale potenzialmente a rischio e non su cosa significhi nel testo della domanda il termine "frequentare".

Un altro ordine di risposte invece fa intendere di aver compreso che si tratta di rapporti sociali quotidiani ma, tuttavia di non essere a conoscenza dei metodi di trasmissione del virus.

Il 16% ha risposto che il virus non si trasmette, se si sta attenti a evitare i contatti troppo stretti, e un 13% che non si trasmette se si puliscono bene gli oggetti usati in comune.

Tale ordine di risposte denota come sia stata nuovamente riscontrata una scarsa conoscenza dei metodi di trasmissione.

Come sappiamo, il virus non può trasmettersi attraverso i normali contatti sociali come abbracci, strette di mano, baci, contatti telefonici, utilizzo degli stessi oggetti, colpi di tosse, liquidi biologici come saliva, urina o lacrime.

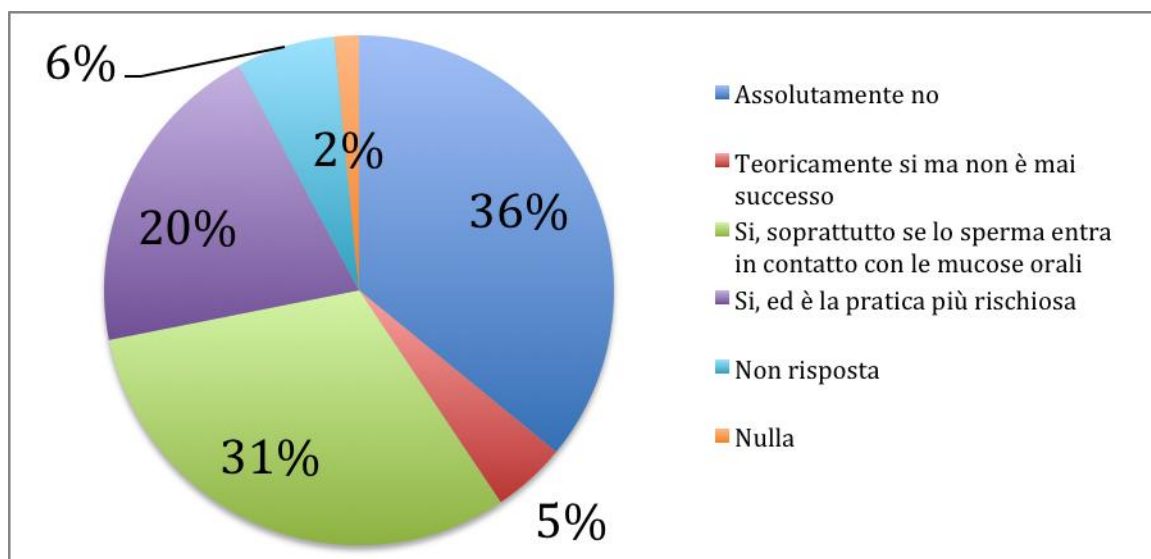
Le risposte dichiarate “nulle” sono risultate essere del 6% e le risposte non date del 2%.

Un ulteriore 13% ha invece sostenuto come il virus non si trasmette solo se il malato è un portatore sano e un 3% che nei primi anni la malattia non si trasmette, ma che si inizia a trasmetterla solo quando il suo decorso avanza.

Sulla base delle riflessioni compiute e al fine di ottenere risposte maggiormente attendibili, il mio suggerimento è stato quello di modificare il testo della domanda nella seguente forma:

“Una persona sieropositiva può infettare le persone che frequenta nel quotidiano?”

## 16) Il rapporto orale presenta il rischio d’infezione?



Tale domanda riguardava i rischi del rapporto orale come veicolo di contagio per il virus HIV.

Osservando il grafico possiamo notare che solo il 31% del campione ha barrato la risposta esatta secondo cui il rapporto orale rappresenta un pericolo, soprattutto se lo sperma entra in contatto con le mucose orali, cui è andato ad aggiungersi un 20% sostenendolo come la pratica più rischiosa.

Tuttavia è stato interessante notare come un 36% degli intervistati abbia risposto con l'assoluta assenza della percezione del pericolo di infettarsi tramite il rapporto orale.

I dati ci dicono che riguardo alla trasmissione dell'AIDS il rapporto orale non sia la pratica più rischiosa, sebbene lo sia altamente per altre malattie a trasmissione sessuale quali clamidia, gonorrea e sifilide.

Per quanto riguarda il contagio, può esserci un pericolo se lo sperma entra in contatto con le mucose orali o se ci sono delle perdite ematiche<sup>15</sup>.

Dall'analisi della risposta riguardante il rapporto orale come pratica rischiosa emerge che potrebbe esserci stata un'insicurezza per quanto riguarda la risposta esatta e perciò un eccessivo atteggiamento di cautela, non essendo a conoscenza del fatto che possa esserci il rischio di contatto con le mucose orali (risposta c). Una fetta del 5% del campione ha invece risposto che il virus si può (solo in teoria) trasmettere, ma che questo non sia mai successo.

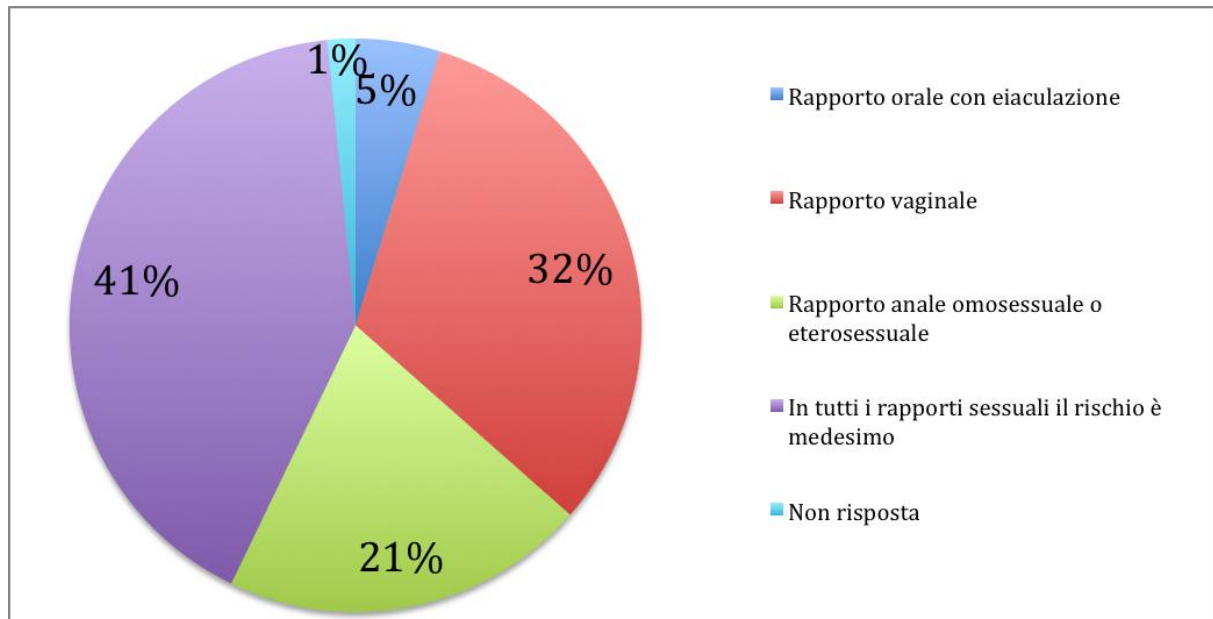
A tale riguardo possiamo dire che nonostante siano stati riportati solo pochi casi di trasmissione il rapporto orale rimane e rimarrà ad alto rischio di contagio per molte malattie sessualmente trasmissibili, molto più diffuse e frequenti dell'AIDS.

Un 6% ha preferito non dare una risposta e un 5% ha dato più di una risposta, e per tale motivo è stata annullata.

---

<sup>15</sup> [http://www.iss.it/binary/urcf/cont/CONTENUTI\\_SCIENTIFICI\\_HIV\\_AIDS\\_FAQ\\_2013.pdf](http://www.iss.it/binary/urcf/cont/CONTENUTI_SCIENTIFICI_HIV_AIDS_FAQ_2013.pdf) p. 5.

**17) Quali dei seguenti rapporti non protetti è più a rischio:**



Il quesito su quali siano le tipologie di rapporti a più elevato rischio ha dato risultati interessanti.

Essi evidenziano che il 41% degli intervistati ha risposto che in tutti i rapporti sessuali, il rischio di contagio è il medesimo.

La domanda ha presentato a mio avviso qualche elemento di ambiguità, poiché permetteva la conoscenza di alcuni meccanismi di trasmissione del virus e di cui la media poteva non essere a conoscenza.

Quel 41% che si è ritenuto probabilmente responsabile e previdente, ha preferito rispondere in maniera cauta piuttosto che sbagliare. Si potrebbe sostenere che tutti i tipi di rapporti se non protetti potrebbero essere fonte di pericolo, tuttavia qui era chiesto quale fosse il più rischioso.

E' doveroso dire che in quel 41% si percepisce l'atteggiamento per il quale la precauzione non è mai troppa.

In realtà sebbene il contagio per via eterosessuale sia la più comune di trasmissione del virus, sono i rapporti anali sia omosessuali sia eterosessuali a rappresentare il rischio più alto di trasmissione. Infatti, la mucosa anale si presenta molto fragile



rispetto a quella vaginale e nella pratica sessuale anale si possono creare numerose ferite o microlesioni, le quali faciliterebbero il passaggio del virus, portando più facilmente a contatti tra liquidi seminali o sangue<sup>16</sup>.

Il rapporto anale non protetto, dunque, rappresenta, sia per gli eterosessuali sia gli omosessuali, la pratica sessuale di maggior rischio, e in particolare per il partner recettivo.

Osservando i dati notiamo che il solo 21% ha risposto correttamente alla domanda.

Il 5% dei soggetti che hanno ritenuto, invece, che il comportamento più a rischio è il rapporto orale con eiaculazione. Che il 32% dei rispondenti abbia creduto che il rapporto più a rischio sia il rapporto vaginale è da ritenersi un nuovo elemento di interesse.

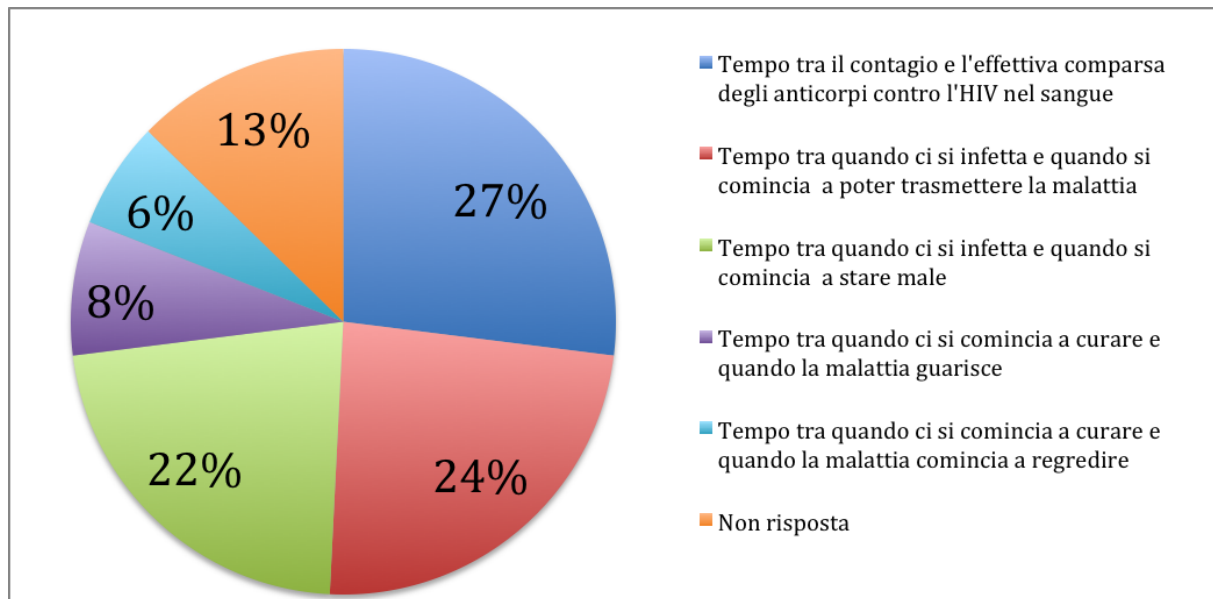
I dati su questa risposta, stanno a indicare che il rapporto vaginale potrebbe essere ritenuta la tipologia di contatto sessuale più frequente tra i soggetti di una popolazione e perciò anche il più pericoloso, poiché anche nelle campagne preventive è nominato comunemente il preservativo.

Evidentemente la conoscenza dell'argomento del campione si ferma alla consapevolezza che il virus dell'HIV si trasmette per via sessuale e non attraverso altri modi.

---

<sup>16</sup> [http://www.iss.it/binary/urcf/cont/CONTENUTI\\_SCIENTIFICI\\_HIV\\_AIDS\\_FAQ\\_2013.pdf](http://www.iss.it/binary/urcf/cont/CONTENUTI_SCIENTIFICI_HIV_AIDS_FAQ_2013.pdf), p. 3.

## 18) Che cosa è il “periodo finestra”?



Come si evince dal grafico, solo il 27% degli intervistati ha risposto correttamente alla domanda.

Il cosiddetto “periodo finestra” è considerato il secondo stadio dell’infezione da HIV, una fase detta asintomatica, ma allo stesso tempo precoce.

Tale periodo corrisponde alla fase in cui c’è stata la contrazione dell’infezione, tuttavia però la produzione degli anticorpi non è ancora iniziata o non sono ancora sufficientemente numerosi per essere trovati all’interno di un test dell’HIV.

Un 24% ha invece risposto che l’intervallo finestra rappresenta quel periodo da quando ci si infetta a quando si comincia a poter trasmettere la malattia.

Il periodo finestra inizia di norma dopo 6-12 dall’infezione avvenuta ed è caratterizzato da sieropositività senza presentare particolari sintomi.

In questo stadio si è sia infetti, ma nella possibilità di infettare qualcun altro e ciò è l’inizio di numerose problematiche proprio perché il soggetto non sapendo di essere infetto potrebbe trasmettere il virus.

Questa fase asintomatica del virus può durare anche diversi anni e il corpo produce numerosi anticorpi anti-HIV, che indicano lo stato di sieropositività.

Il 22% dei rispondenti ha definito invece tale periodo come quel periodo che va da quando ci si infetta a quando si inizia a stare male.

Come sappiamo, l'infezione conduce inevitabilmente a un crescente deficit dell'intero sistema immunitario e circa il 50% delle persone infette sviluppa sintomi evidenti entro e oltre dieci anni dall'infezione, un 30% dimostra sintomi lievi e un solo 10% rimane asintomatico oltre i 10 anni dalla contrazione.

Durante la fase asintomatica gli unici sintomi che potrebbero verificarsi sono herpes labiale e genitale, faringite e vaginite da Candida, per il resto non c'è comparsa di sintomi, i quali cominceranno invece ad essere presenti nella fase sintomatica (terzo stadio).

Un 8% ha risposto che questa fase consiste nel periodo tra quando ci si cura e quando la malattia guarisce e un 6% definisce questo il periodo tra quando ci si cura a quando si comincia a vedere la regressione della malattia.

Una buona percentuale del 13%, non avendo risposto, ha dimostrato che se ci fosse stata presente l'opzione di risposta "non so" probabilmente i dati sarebbero stato maggiormente veritieri.

Durante la ricerca, si è spesso verificato che gli intervistati non sapessero la risposta, tuttavia la loro maggioranza ne ha barrata ugualmente una, distorcendo i risultati.

Ciò metodologicamente incoraggerebbe ad aggiungere in ogni domanda l'opzione "non so", al fine di capire realmente se ci sia una conoscenza o meno di un determinato fenomeno.

Un successivo suggerimento che mi sono sentita di proporre consisteva in una riformulazione della domanda, poiché il testo della stessa risultava piuttosto prolungato e poco chiaro.

## **PRIMA:**

### **Che cos'è il periodo finestra?**

- a) è il tempo tra il contagio e l'effettiva comparsa degli anticorpi contro l'HIV nel sangue
- b) è il tempo tra quando ci si infetta e quando si comincia a poter trasmettere la malattia
- c) è il tempo tra quando ci si infetta e quando si comincia a stare male
- d) è il tempo tra quando ci si comincia a curare e quando la malattia guarisce
- e) è il tempo tra quando ci si comincia a curare e quando la malattia comincia a regredire

## **DOPO:**

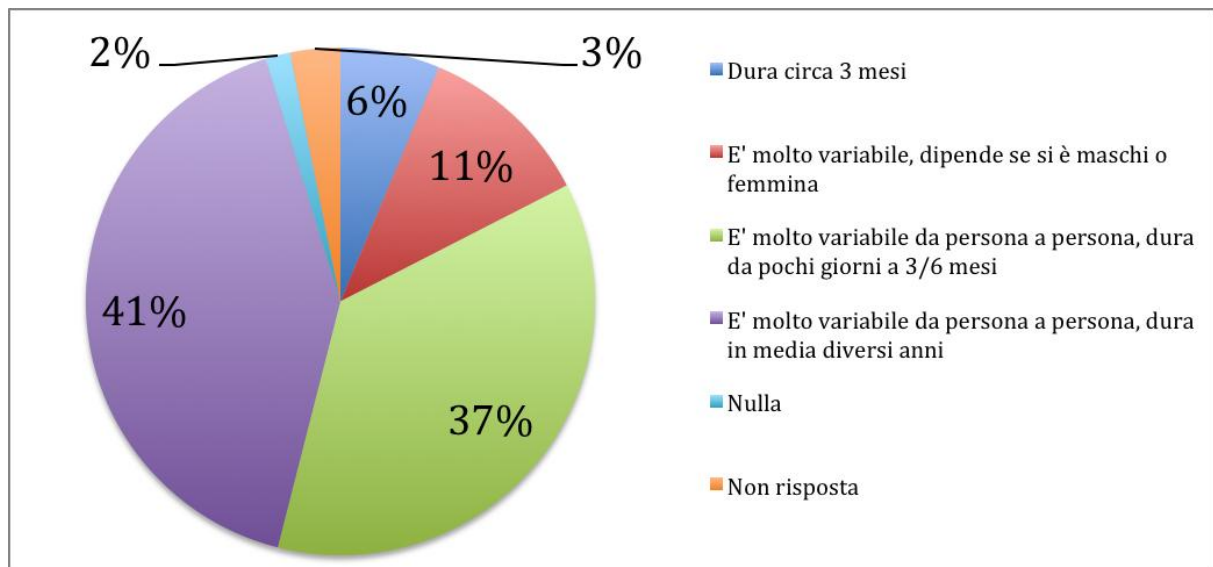
### **Il “periodo finestra” è l’intervallo di tempo che trascorre:**

- a) tra il contagio e la comparsa degli anticorpi contro l'HIV nel sangue
- b) tra quando ci si infetta e quando si comincia a poter trasmettere la malattia
- c) tra quando ci si infetta e quando si comincia a stare male
- d) tra quando ci si comincia a curare e quando la malattia guarisce
- e) tra quando ci si comincia a curare e quando la malattia comincia a regredire
- f) non so

Ricapitolando possiamo notare come l'andamento delle risposte si sia dimostrato ben distribuito tra il campione, denotando così una scarsa se non quasi assente conoscenza dell'informazione contenuta nella domanda.

La non conoscenza di quali siano le fasi dell'infezione da HIV indica che i comportamenti sessuali potrebbero esserne parecchio influenzati, poiché la non comparsa di alcuni sintomi porterebbe spesso il soggetto a non curarsi di un'eventuale infezione e soprattutto in conseguenza a consapevoli rapporti non protetti a rischio.

## 19) Il periodo d'incubazione, il tempo trascorso tra il contagio e le manifestazioni evidenti della malattia:



Per quanto riguarda il periodo d'incubazione, un 41% ha risposto correttamente sostenendo che varia molto da persona a persona potendo protrarsi in media anche diversi anni.

Il 37% ha risposto che l'intervallo che va dai 3 ai 6 mesi e le minoranze dell'11% e 6% che invece dipende se si è maschi o femmine, e che dura circa 3 mesi.

Come già detto, rispetto alla domanda precedente, ritengo necessario porre l'accento su come l'importanza di essere a conoscenza dell'estensione in termini di tempo della condizione asintomatica della malattia sia fondamentale nel prevenirne gli sviluppi.

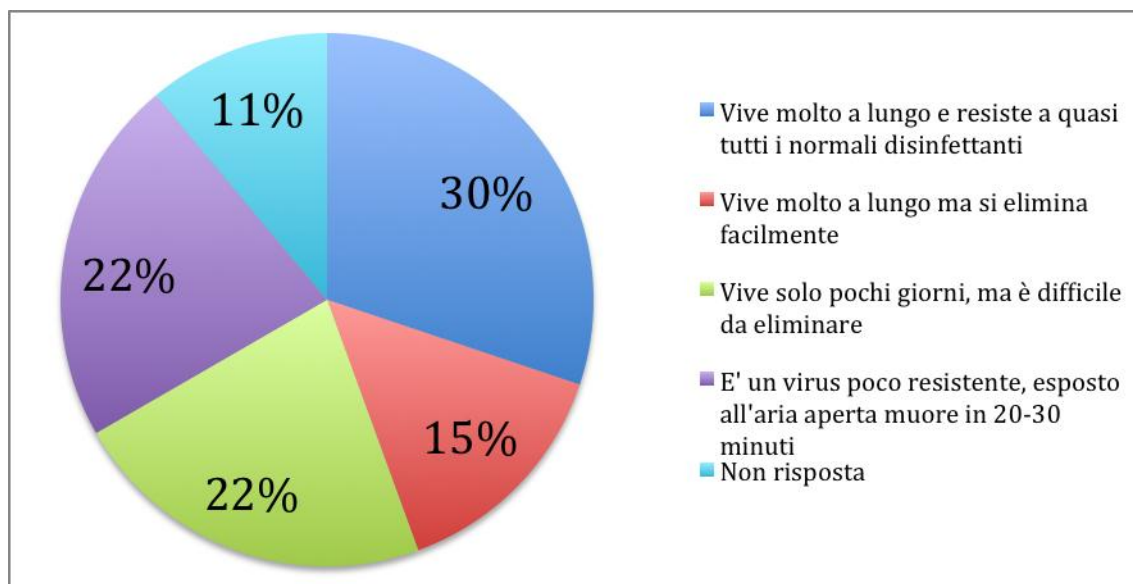
La fase conclamata può fare la sua comparsa anche dopo 10 o 12 anni e ciò varia da individuo a individuo.

Le manifestazioni evidenti della malattia compaiono nel momento in cui il sistema immunitario non è più in grado di combattere alcuna infezione, perciò accade il rischio di sviluppare complicazioni aggravate e multiple di qualsiasi entità.

Durante l'ultimo stadio dell'infezione scende a livelli minimi nel sangue la quantità di linfociti, con un rischio di morire nei successivi 24/36 mesi.

La credenza secondo cui la malattia possa manifestarsi in pochi mesi o addirittura solo giorni comporterebbe dare un peso molto diverso al virus rispetto ad essere a conoscenza del fatto che servono anche parecchi anni dopo che si manifesti. Essere quindi a conoscenza di questa informazione conferirebbe di certo maggiore importanza e attenzione al non contrarre l'infezione.

## 20) Il virus HIV fuori dall'organismo umano:



Del campione intervistato solo l'11% ha preferito non rispondere, e questo su mia indicazione, essendosi verificati molto casi in cui i soggetti non erano a conoscenza della risposta esatta.

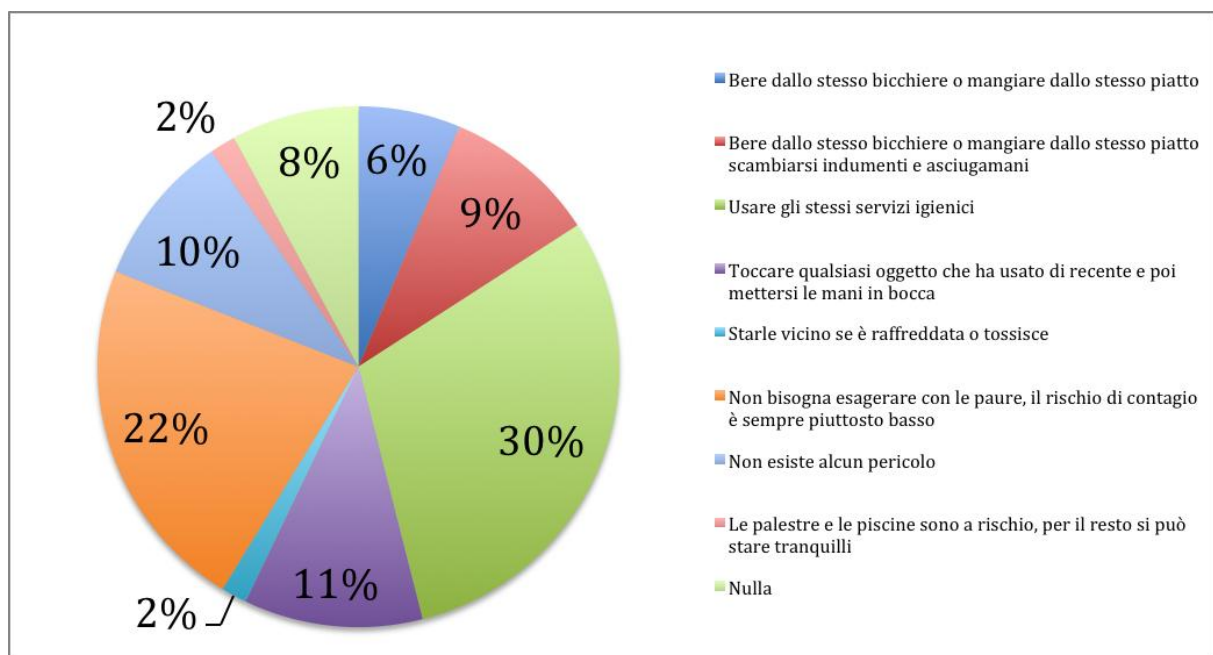
La percentuale maggiore per risposta data (30%) ha sostenuto che l'HIV vive molto a lungo e resiste ai normali disinfettanti, tuttavia se così fosse l'intero genere umano risulterebbe esposto al rischio infezione in ogni momento della giornata, cosa molto improbabile.

Un 15% ha risposto che il virus vive a lungo ma sia facile da eliminare, mentre un 22% crede viva per breve tempo ma si difficile da eliminare.

La risposta corretta è stata data solo dal 30% degli intervistati, il che fa dedurre che avere conoscenza di questa informazione eliminerebbe una buona parte delle paure generate dalla scarsità di conoscenza a riguardo.

Fare prevenzione sulle vie di contagio dovrebbe essere un percorso che integri in se una progressiva eliminazione delle paure.

## 21) Quando si frequenta una persona sieropositiva è pericoloso:



Dal grafico possiamo notare come ci sia stata un'insicurezza generale rispetto al tema della vita quotidiana condivisa con una persona sieropositiva.

In questo caso i dati si sono rivelati in buona misura sconfortanti, poiché se non fosse possibile mettere in atto azioni così semplici

e quotidiane in presenza di un sieropositivo, egli sarebbe in sostanza escluso dal mondo.

E' innegabile che una posizione del genere si riveli improbabile sin dall'inizio.

Il campione a mia disposizione ha fornito risposte piuttosto variegata, in quanto i dati hanno dimostrato quanto ancora permanga la non conoscenza e quindi la paura di qualcosa che probabilmente è considerato così diverso e totalmente distante dalla propria realtà e quindi da tenere lontano.

Come possiamo osservare, chi ha dimostrato di superare tali pregiudizi è stata un'esigua parte del campione, un totale del 32% tra cui un 22% ha risposto che non bisogna esagerare con le paure, in quanto, il rischio di infettarsi si presenta sempre piuttosto basso e un 10% che non esista alcun pericolo nel frequentare una persona sieropositiva.

Un dato preoccupante, è dato dal fatto che il 30%, e perciò una parte piuttosto consistente, ha sostenuto quanto è pericoloso condividere gli stessi servizi con una persona sieropositiva, il che vuol dire che potremmo infettarci in ogni momento.

Lo stesso succederebbe se ad esempio stessimo vicino a un sieropositivo mentre tossisce o è raffreddato(2%), oppure se mangiassimo dal suo piatto o bevessimo dal suo bicchiere(6%) o ancora addirittura se ci scambiassimo indumenti o asciugamani(9%).

Del campione analizzato circa l'11% ha barrato la risposta secondo cui quando si frequenta un sieropositivo è pericoloso toccare oggetti che egli ha usato di recente e poi mettersi le mani in bocca, e il 2% che solo le piscine e le palestre siano a rischio, mentre gli altri luoghi pubblici non lo sono.

Una simile disposizione dei dati porta a qualche considerazione.

Innanzitutto la saliva come abbiamo detto non può trasmettere il virus e nemmeno le lacrime e il sudore, cosa che renderebbe sicure palestre e piscine e tutti gli altri luoghi frequentati abitualmente dalle persone.



In ogni caso neanche il sangue, unico agente che potrebbe essere causa di contagio in piscina, per il solo fatto di essere diluito nell'acqua farebbe perdere al virus il potere di contagio, poiché il cloro presente sarebbe in grado di renderne innocua l'azione.

Non si può nemmeno trasmettere attraverso asciugamani e water e tantomeno colpi di tosse, graffi o morsi<sup>17</sup>.

In sintesi il virus non può essere trasmesso durante i contatti quotidiani, anche convivendo con persone affette da HIV.

Tuttavia è sufficiente rispettare le comuni norme di igiene, come ad esempio evitare di usare in comune oggetti che potrebbero essere veicolo di contatti tramite sangue come rasoi, forbici, lamette o spazzolini da denti.

Ciò che ho spesso percepito durante la mia ricerca è stata una paura nei confronti della malattia da cui ne derivava una rappresentazione molte volte del tutto distorta.

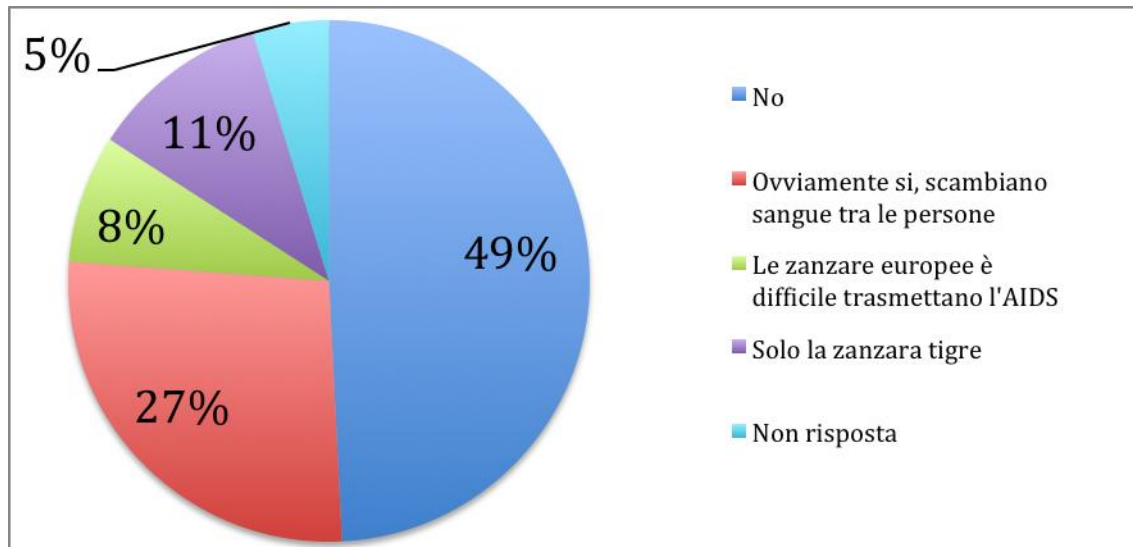
L'atteggiamento in molti casi riscontrato è stato quello di giustificazione della non conoscenza di alcuni aspetti del fenomeno con il fatto che fosse percepito come molto distante dagli intervistati.

Ciò dimostra come molte spesso le paure superino di molto la conoscenza che basterebbe per non averle.

---

<sup>17</sup> [http://www.iss.it/binary/urcf/cont/CONTENUTI\\_SCIENTIFICI\\_HIV\\_AIDS\\_FAQ\\_2013.pdf](http://www.iss.it/binary/urcf/cont/CONTENUTI_SCIENTIFICI_HIV_AIDS_FAQ_2013.pdf), p.7.

## 22) Le zanzare possono trasmettere il virus dell'HIV?



I dati relativi a questa domanda, ci aiutano a comprendere quale sia l'entità dei pregiudizi riscontrati e legati al contagio del virus.

Si è percepita una generica disinformazione che presupponeva credenze e fenomeni di intolleranza verso la malattia.

La convinzione che le zanzare trasmettano il virus rappresenta uno dei pregiudizi più frequenti.

Il 50% degli intervistati ha risposto che non è possibile trasmettere il virus attraverso la puntura di una zanzara, una percentuale abbastanza consistente e tuttavia inaspettata.

La risposta è corretta, in quanto, non c'è alcuna prova che gli insetti in generale siano stati mai veicolo di trasmissione del virus.

E' stato dimostrato che il virus non sopravvive all'interno dell'apparato salivare delle zanzare, senza contare che la quantità di materiale ematico trasportato non è in quantità sufficiente per trasmettere il virus da una persona sieropositiva ad una persona sana<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> <http://www.anlaidsonlus.it/info-general/>

Inoltre il virus ha vita breve all'interno dell'organismo della zanzara e ciò perché l'ambiente non gli permette di riprodursi, cosa invece possibile per diversi parassiti trasmessi dalla zanzara responsabili di altre malattie come febbre gialla e altre<sup>19</sup>.

A questo proposito ha lasciato appunto un po' di perplessità il dato secondo cui il 27% dei rispondenti ha creduto le zanzare responsabili della trasmissione dell'HIV, poiché scambiano sangue tra le persone.

Un 11 % ha risposto che solo la zanzara tigre può trasmettere il virus e l'8% che le zanzare europee è difficile la trasmettano.

Il quadro generale che è venuto a tracciarsi è stato in ogni caso in buona misura distorto e ricco di punti confusi.

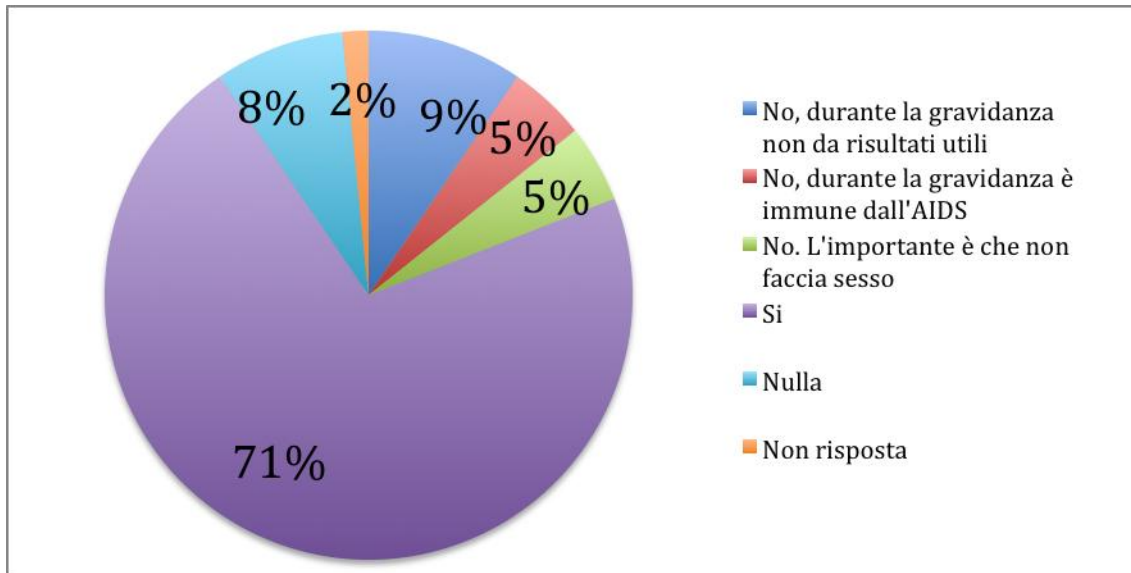
Risposte come queste denotano che la prevenzione avrebbe la necessità di riempire tali vuoti, partendo dalla più semplice informazione.

Il fatto che molte persone abbiano paura di contrarre l'HIV per causa di una zanzara, e magari meno tramite i rapporti sessuali, richiede di ripensare la prevenzione dall'inizio.

---

<sup>19</sup>[http://npsitalia.net/modules.php?name=FAQ&myfaq=yes&id\\_cat=13&categories=Trasmissione+hiv#56](http://npsitalia.net/modules.php?name=FAQ&myfaq=yes&id_cat=13&categories=Trasmissione+hiv#56)

### 23) Una mamma che aspetta un bambino deve fare il test dell'HIV?



Il tema della trasmissione verticale dell'HIV ha suscitato molto interesse sulla base dei dati reperiti, infatti, ricordando la domanda su come non si trasmette l'HIV, una buona parte aveva risposto "latte materno" (51%), e ciò dimostra quanto ci sia ancora da fare sulla conoscenza di tale aspetto.

La saliva sembrava dunque rappresentare il veicolo di trasmissione, seppure non contagioso, da considerarsi un aspetto preoccupante nei contatti umani quotidiani.

Il 71% del campione ha risposto che la futura mamma dovrebbe sottoporsi al test HIV.

Tale test, come tutti gli altri in gravidanza non è obbligatorio, ma è tuttavia consigliato in termini di prevenzione, affinché la donna sia più serena nel programmare e portare a termine la gravidanza.

Di questo 71%, 21 su 21 provenienti dalla zona dell'Africa Sub Sahariana ha dato questa risposta, dimostrando una buona conoscenza e confermando come nei loro paesi di provenienza comunque una buona prevenzione sia compiuta, nonostante i numerosi contagi.

Non è poi detto che in tutti i casi, il neonato contragga infezione da madre sieropositiva.

Infatti, durante la gravidanza al feto arrivano anche degli anticorpi, che in tal caso servono a contrastare l'infezione e che vengono poi alla nascita progressivamente smaltiti dal nato, il quale in breve tempo (circa 1 anno) diventa sieronegativo<sup>20</sup>.

Il 9% degli intervistati ha risposto che durante la gravidanza il test non è in grado di fornire risultati utili, e il 5% che durante la gravidanza la donna è immune dall'AIDS.

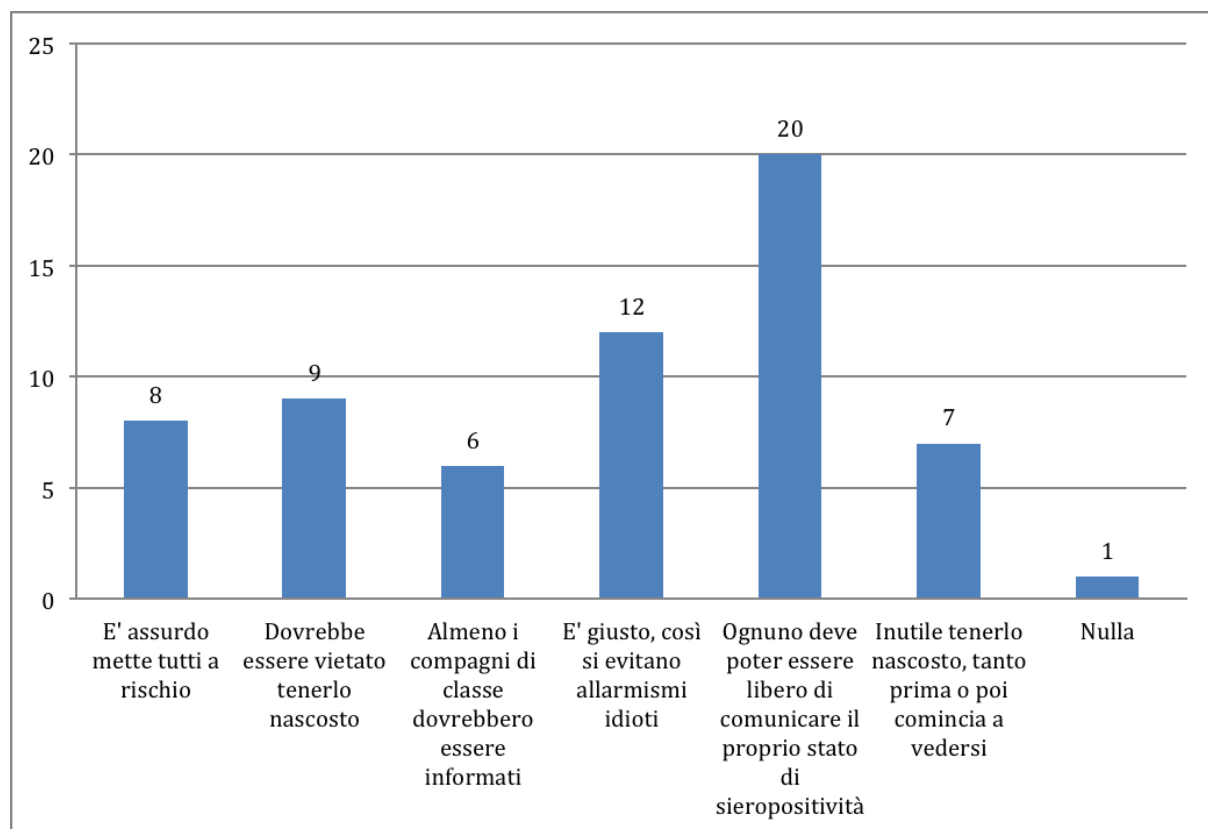
Il 5% ha invece scelto l'opzione secondo cui la donna non dovrebbe avere rapporti sessuali durante la gravidanza, cosicché si toglierebbe ogni dubbio di dover fare il test.

Il "2% non ha risposto alla domanda e l'8% ha dato una risposta che sono stata costretta a considerare nulla, avendone scelta più di una.

---

<sup>20</sup> <http://npsitalia.net/faq-13-Prevenzione+e+informazioni+sulla+trasmissione+del+virus++hiv.html#51>

## 24) A scuola un ragazzo sieropositivo ha diritto che non si sappia della sua situazione:



Qui ci si occupava del tema della discriminazione nei confronti dei soggetti affetti dal virus dell'HIV e nei confronti del virus stesso.

Concettualmente si riallaccia, infatti, alla domanda che tratta del frequentare nel quotidiano persone sieropositive, in tal caso però veniva menzionato il tema dei soggetti minori con HIV nel contesto di un ambito scolastico.

I dati soprastanti, mostrano che solo 20 persone su 63 hanno risposto che ci si dovrebbe sentire liberi nel comunicare il proprio stato di sieropositività.

Altre 12 soggetto hanno invece espresso l'opinione per non si dovrebbe comunicare il proprio stato di malattia, poiché così facendo, si eviterebbero inutili allarmismi.

Nel frangente di opinioni totalmente opposto troviamo le risposte di 9 persone su 63 secondo le quali dovrebbe essere vietato tenere

nascosta un'informazione di questo peso e secondo altre 8 che non dovrebbe essere tenuto nascosto, in quanto, l'intera collettività verrebbe messa a rischio.

In posizione intermedia troviamo 6 intervistati che nella loro opinione hanno sostenuto che dovrebbe esserci la necessità di mettere a conoscenza almeno i compagni di classe di tale informazione.

Un'ulteriore posizione curiosa, è data da chi ha risposto che non serve fare niente in quanto prima o poi comincerebbe a vedersi(7/63).

Una sola risposta è stata considerata nulla, a causa appunto della scelta di più risposte.

Osservando i dati possiamo innanzitutto notare come emerga la paura verso il virus e a maggior ragione in ambienti protetti come questo, dove i genitori mettono in atto un forte atteggiamento protettivo come nel caso della scuola.

La prevenzione, anche in vista di situazioni multiculturali dovrebbe formare prima di tutto i genitori e ciò al fine di debellare qualsiasi atteggiamento discriminatorio sul nascere e dovrebbe formare anche i ragazzi qualora sia presente un caso di malattia.

Non è ancora successo che un bambino sieropositivo abbia contagiato un altro bambino tramite contatti sociali, quanto piuttosto è il bambino affetto dal virus che incorre in pericolo di contrarre malattie infettive tipiche del periodo infantile avendo un sistema immunitario molto compromesso<sup>21</sup>.

Come già detto prima, la condivisione di servizi igienici e oggetti in comune, non funge da pericolo, e nemmeno alcun contatto fisico come abbracci, baci e strette di mano.

L'unica precauzione da utilizzare sono dei guanti in caso di ferita e successiva uscita di sangue infetto.

---

<sup>21</sup> Ministero della Salute, Contenuti scientifici relativi all'infezione da HIV e AIDS. aggiornamento 2010

Sappiamo inoltre che la legge italiana tutela la persona sieropositiva da discriminazioni di carattere sociale, lavorativo e sanitario, e in tal caso nemmeno nell'accesso alla scuola e alle attività sportive<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Legge 135/8 Giugno 1990, art. 5, comma 5.



## **CAPITOLO 4**

### **IMMIGRAZIONE, STIGMA E SIEROPOSITIVITA'**

È opportuno impiegare grande cautela nel parlare di immigrazione e infezione da HIV, poiché il rischio è infatti indurre l'idea di una stretta connessione tra i due temi.

E' senza dubbio innegabile come le popolazioni migranti possano essere considerate appartenenti a una fascia particolarmente vulnerabile e a rischio di contagio a causa di una serie di fattori, che possono essere la provenienza da paesi ad alta endemia, emarginazione, barriere linguistiche e culturali, difficoltà ad accedere ai servizi sanitari e ad essere raggiunti da campagne preventive.

Tali fattori portano molto spesso a fenomeni di devianza come la possibilità di coinvolgimento nel traffico di esseri umani e/o nella prostituzione, fenomeni ovviamente non generalizzabili all'intero universo dei migranti, ma che possono rendere i soggetti in posizione di vulnerabilità.

Anche nel nostro paese, sulla base dei recenti dati epidemiologici, e in precedenza visionati, l'incremento della patologia nella popolazione straniera sarebbe da attribuirsi più che altro al progressivo aumento del numero di stranieri presenti nel nostro paese piuttosto che a una reale crescita dell'epidemia da HIV nella popolazione immigrata.

In un contesto di questo tipo, è necessario riflettere sui bisogni psicologici, sanitari e sociali delle persone straniere affette da HIV e sugli interventi preventivi e programmi da mettere in atto per rispondere a tali bisogni.

Com'è noto oggi, una diagnosi di infezione da HIV non rappresenta più una condanna a morte come invece accadeva nei primi anni dell'epidemia, e ciò sicuramente grazie all'introduzione e alla diffusione nei paesi sviluppati dei nuovi trattamenti farmacologici, dimostratisi sempre più efficaci.

Assistiamo, dunque, a una considerevole riduzione di morbilità e mortalità tra le persone sieropositive e alla trasformazione dell'infezione in una malattia cronica.

Questo, tuttavia, non vuol dire che si siano parallelamente risolti i problemi di chi con questo virus deve convivere. Infatti, proprio perché malattia cronica, essa richiede controlli periodici e trattamento farmacologico proiettato a lungo termine, e di conseguenza, una serie di compiti adattativi per il paziente con il quale è difficile confrontarsi e da cui possono derivare uno stress notevole e dei disturbi psicologici di gravità variabile.

Come già accennato, il tema del migrante in correlazione alla sieropositività, costituisce un tema poco trattato, poiché molto spesso gli altri fenomeni sociali di disagio di cui già si tratta, potrebbero contribuire a mettere in ombra tale aspetto, che riguardando l'intera popolazione potrebbe fungere da anello mancante nelle azioni preventive cui gli Stati dovrebbero far fronte.

Vedremo come la condizione spesso disagiata del migrante e in aggiunta ad uno stato di sieropositività, lo porti a subire fenomeni di stigmatizzazione.

Esso trovandosi nella situazione di doversi spostare da un paese a un altro, deve far fronte a realtà sempre nuove, in situazioni di confronti, accettazione o rifiuto. Le migrazioni si configurano come realtà in cui il lato sanitario e quello sociale si intersecano in maniera inseparabile, poiché spesso il disagio sociale deriva da cattive condizioni di salute, a loro volta originate da difficoltà economiche o viceversa.

Può succedere che infezioni di non poco conto, come l'HIV, siano già presenti nel migrante all'arrivo nel nuovo paese, anche se egli non ne conosce ancora l'esistenza. La mancanza di punti di riferimento può portare a crisi identitarie e compromettere

senz'altro schemi sociali e psicologici legati ai nuovi<sup>23</sup>.

Le popolazioni migranti possono quindi essere identificate come categoria a rischio per i motivi suddetti, ma tale azione deve essere cauta, poiché i dati epidemiologici comportano sempre qualche imprecisione.

Esiste una serie di differenze tra i sistemi di notifica delle nuove infezioni da HIV dei vari stati e delle modalità secondo cui vengono presentati, soprattutto riguardo alle nuove infezioni tra i migranti. Alcuni presentano solamente i dati di prevalenza o incidenza di HIV, altri solo dell'AIDS, mentre altri stati associano i dati sulle minoranze etniche native ai dati sull'immigrazione, il che ci fa capire che avviene una notevole distorsione.

E' possibile distinguere alcuni fattori che influiscono nei meccanismi di miglioramento o peggioramento delle condizioni di vita della persona immigrata.

Innanzitutto, la condizione per cui il soggetto si sposta dal proprio paese in maniera volontaria o coatta, o ancor più se il soggiorno risulta essere un transito oppure una destinazione di lunga durata.

E' indicativa, infatti, la variabile che distingue chi compie una migrazione permanente o chi si sposta temporaneamente per lavoro.

Altro elemento da non tralasciare si rifà alla condizione giuridica che ne deriva dall'atto migratorio. Infatti, la condizione di soggiorno illegale influirebbe sia sullo stato economico, sia psicologico del soggetto, accentuandone alcune condizioni.

In ultimo non va dimenticato l'insieme delle strutture istituzionali e burocratiche del paese ospitante, il quale mette a disposizione una serie di regole ed esigenze che influiranno positivamente o negativamente sul permanere del soggetto all'interno della società.

Tali variabili potrebbero influenzare in buona misura le

---

<sup>23</sup> Oletto s, Canestrari A. M., Nizzetto S, Giaquinto C., *Genitorialità, migrazione, infezione da HIV, Prospettive Sociali e Sanitarie*, A. 36, n. 9 (mag. 2006), p. 17.

condizioni di salute di migranti<sup>24</sup>.

#### **4.1 Stereotipi, stigma, discriminazione**

Le categorie che subiscono stigmatizzazione sono senz'altro rappresentate da omosessuali, tossicodipendenti, prostitute e immigrati.

Esiste un'estesa letteratura che tratta degli effetti della stigmatizzazione correlata all'HIV e sulla salute psicofisica dei soggetti sieropositivi, che spesso varia secondo le percezioni provenienti dalla società, provocando disperazione, depressione, perdita di autostima e spesso disturbi legati alla salute mentale.

La gravità di tali effetti potenziali è certamente data da un incrocio di fattori demografici, culturali, economici e sociali che in relazione ad un soggetto sieropositivo generano fenomeni di stigma.

L'immigrare in un altro paese costituisce di certo un momento critico, soprattutto se il paese ospitante si presuppone culturalmente e linguisticamente differente. Immigrati e minoranze etniche possono trovarsi ad affrontare una varietà di forme di discriminazione e stigmatizzazione, in particolare chi è affetto da HIV o da altre malattie infettive di grossa portata. Anche gli immigrati che vivono con l'HIV possono affrontare lo stigma e la discriminazione, non solo da quelli al di fuori del proprio gruppo culturale, ma anche dall'interno.

In molti paesi l'HIV è principalmente associata al male e alla morte, incoraggiando credenze che tendono a dividere i membri sieropositivi dalle loro comunità etniche, e creando così un isolamento sociale che diviene molto problematico nel momento in cui si somma alle sfide di integrazione sociale nei confronti della società ospitante.

---

<sup>24</sup> UNESCO/UNAIDS Migrant population and HIV/AIDS. The development and implementation of programmes: theory, methodology and practice, June 2000 pp.1-11

In questi casi l'effetto dello stigma è accentuato dalla mancanza di sostegno sociale, il quale si rivelerebbe fondamentale per mitigarne gli effetti negativi.

Dato che gli immigrati sperimentano anche barriere finanziarie e culturali per l'accesso ai servizi sanitari, gli ostacoli alla gestione di vari aspetti di HIV sono particolarmente difficili per questa popolazione<sup>25</sup>.

Chiariremo ora la differenza tra stereotipi, discriminazione e stigma, i quali tuttavia rappresentano aspetti diversi di uno stesso fenomeno.

Uno stereotipo è un insieme di credenze circa le caratteristiche o gli attributi di un gruppo di persone, le quali possono portare alla stigmatizzazione e alla discriminazione.

La caratteristica o attributo che lo stereotipo prende in considerazione è ritenuta caratterizzare quel gruppo, e quindi prevalente, distinguendolo da altri. Nonostante nella maggior parte dei casi gli stereotipi siano negativi, poiché costituiscono l'elemento cognitivo degli atteggiamenti stigmatizzanti, in senso formale, le caratteristiche che essi utilizzano non avrebbero necessariamente accezioni negative, ma semplicemente la funzione di distinguere un gruppo da un altro.

Lo stigma evolve in discriminazione quando i pensieri, convinzioni o atteggiamenti tramutano in azione diretta.

La discriminazione può definirsi come un trattamento sfavorevole di un individuo basato unicamente sulla loro appartenenza a un determinato gruppo, identificato in conformità a caratteristiche come orientamento sessuale, razza, religione, attributi fisici, ecc. Essa comporta un atteggiamento negativo verso i membri di un gruppo sociale diverso dal proprio, il quale può rendere limitate le opportunità rispetto al proprio gruppo, e ciò si traduce in un

---

<sup>25</sup> NCHSR(National Centre in HIV Social Research) Stigma and Discrimination around HIV and HCV in Healthcare Settings: Research Report, April 2012, pp. 9-11.

trattamento ingiusto in conformità a quella particolare caratteristica.

Se poniamo uno sguardo alla letteratura sociologica, possiamo vedere come alcuni autori abbiano reso evidenti le caratteristiche di tale fenomeno.

Ci sono molteplici forme o motivi per i quali viene apposto uno stigma.

Alcuni sociologi interpretano lo stigma come un attributo altamente denigrante nei confronti di un soggetto il quale possiede secondo chi lo stigmatizza delle differenze ritenute irriducibili e inaccettabili.

Tale concetto può quindi essere spiegato come il processo secondo cui una o più particolari caratteristiche di un altro soggetto sono percepite come devianti dalle aspettative sociali generalmente approvate e riconosciute.

Lo stigma si rivela un potente mezzo di controllo sociale utilizzato per tenere lontana o giustificare l'emarginazione di alcune categorie, agendo con l'esclusione. È una risposta comune che serve a motivare la sorta di minaccia percepita nel momento in cui ci si rende conto che a tale minaccia non vi è soluzione.

Per quanto riguarda categorie come omosessuali, prostitute, tossicodipendenti e immigrati, lo stigma è quasi sempre già presente, al quale però si somma quello derivante dallo stato di sieropositività, il quale ne rende la condizione inaccettabile a livelli massimi.

In tal modo, attribuendo le colpe ad alcune categorie sociali della diffusione della malattia, le istituzioni in molti casi dimostrano un atteggiamento di non curanza, sentendosi in qualche modo legittimate e non attivarsi oltre la soglia ritenuta sufficiente, negando l'accesso ai servizi e il trattamento di cui hanno bisogno questi soggetti.

Per mezzo di alcuni studi si è tentata di dare una descrizione dei meccanismi per cui si attiva la risposta stigmatizzante.

Sono stati pertanto identificati quattro momenti durante i quali si sviluppa tale meccanismo. Inizialmente avremo il problema che attiva la reazione, in seguito l'azione di identificazione del gruppo o soggetto singolo interessati e infine l'assegnazione dello stigma, del marchio di cui si farà portatore tale gruppo.<sup>26</sup>

E' stata compiuta una successiva analisi distinguendo tra due momenti, uno in cui lo stigma è solo percepito e uno nel quale lo stigma viene messo in atto.

Il primo è il più frequente e riguarda il sentire individuale di ogni soggetto che si sente discriminato nella sua condizione e pensa ai probabili pensieri e reazioni dell'altro. La seconda tipologia si riferisce invece alle reali esperienze di stigmatizzazione e discriminazione.

Lo stigma percepito e avvertito dal soggetto spesso precede la fase di stigmatizzazione reale e può influenzare e la modalità in cui quest'ultimo è vissuto. Potrebbe rendere l'idea l'esempio per cui alcune persone affette da HIV, e consapevoli del fatto che viene attuata una consistente discriminazione su persone aventi la loro stessa patologia, potrebbero essere influenzate appunto dal fatto di non volere ricadere in tale spiacevole situazione e perciò nascondere il loro stato di sieropositività.

Nella misura in cui il soggetto infetto riesce a non rendere gli altri a conoscenza del proprio stato si sente automaticamente ancora "accettato" dalla società.

La trasmissione prevalentemente sessuale della malattia porta dietro di sé molti motivi di discriminazione e stigmatizzazione.

Sin da quando l'AIDS è stata scoperta, le sono sempre state associate diverse idee per rafforzarne la stigmatizzazione, alcune delle quali comprendenti l'idea della malattia associata alla morte, l'idea dell'ammalarsi come una sorta di punizione per aver

---

<sup>26</sup> Gilmore, N. & Somerville, M.A. (1994) Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases, overcoming 'them' and 'us', *Social Science and Medicine*, 1994, 39:1339- 1358

tenuto comportamenti immorali, l'associazione dell'AIDS ad una sorta di reato, in quanto esistono le vittime e chi dall'altro lato ha causato tale disagio.

Inoltre AIDS è vista spesso e volentieri come un orrore, un fenomeno incettabile, che non solo non riguarda chi è dalla parte del giudizio, ma che rende le persone infette obbligate a sentirsi demonizzate e temute.

Un aspetto da non tralasciare riguarda la credenza per la quale la malattia non riguardi chi ne fa una discriminazione, ma che sia talmente lontana da non essere un problema neanche in una prospettiva remota, poiché non si ritiene di possedere nemmeno una delle caratteristiche che ho sopra esposto e perciò tanto da sentirsene esonerati.

Al fine di comprendere le varie connotazioni che lo stigma assume, sarebbe opportuno adottare una prospettiva sia storica sia socioculturale, utile per comprendere le reazioni negative innescate dalla presenza della malattia.

In passato, il contagio, vero o supposto che fosse, ha provocato l'isolamento e l'esclusione di persone infette, con la diffusa convinzione che l'HIV/AIDS sia qualche cosa di cui vergognarsi, fornendo perciò una base potente a fenomeni discriminatori.

Questi stereotipi fanno sì che si inneschi un forte meccanismo secondo cui le persone negano di essere suscettibili all'infettarsi, e ciò avviene sia per immigrati, sia per la popolazione autoctona.<sup>27</sup>

Esistono alcuni fattori che contribuiscono a rafforzare lo stigma.

Il primo di tutti, poiché si rivela il più frequente nell'immaginario collettivo, è che la paura di contrarre il virus affonda le sue radici sulla credenza che la malattia sia essenzialmente mortale, e quindi fondamentalmente la paura della morte.

---

<sup>27</sup> UNAIDS, *HIV and AIDS-related stigmatization, discrimination and denial: forms, contexts and determinants* □ *Research studies from* □ *Uganda and India*, Geneve, June 2010, pp. 11-16.



In secondo luogo esiste la convinzione che la malattia sia prevalentemente presente tra gli omosessuali, prostitute e chi fa uso di droghe e il tutto influenzato da precetti e credenze religiose o morali che portano alcune persone a concludere che avere l'HIV è il risultato di una colpa morale che merita una punizione.

La stigmatizzazione della malattia e delle categorie considerate a rischio non fa altro che minare la alla base prevenzione, incrementando divisioni sociali e disinformazione riguardo alla natura e trasmissione del virus, comportando così il diffondersi ancora più accentuato delle infezioni.

Tale meccanismo da un lato agisce creando una spaccatura nella società, ma d'altro canto contribuisce a rafforzare la coesione sociale nella stigmatizzazione, portando a effetti devastanti a lungo termine.

#### **4.2 La condizione dell'immigrato affetto da HIV**

L'immigrato affetto da HIV, per le condizioni spesso emarginanti, affronta una serie di problematiche che ne rendono difficile la convivenza con il virus.

I nodi che generalmente si affrontano nell'intervento psicologico clinico con i migranti sieropositivi, sono sovrapponibili a quelli degli italiani, e riguardano principalmente l'accettarsi in questa nuova condizione, nel tentare una convivenza con tutto quello che il virus comporta.

Inoltre, il principale ostacolo legato allo stigma è determinato dalla rivelazione o meno del proprio stato alle persone vicine, con l'adozione di comportamenti sicuri per sé e per gli altri.

Difficoltà di ordine economico e sociale invece comportano l'avversità nell'accettazione della terapia e nell'aderenza alla stessa.

Infatti, l'accettazione della propria situazione, oltre che a

dipendere da variabili personali e culturali del paziente, dipende molto anche dal sostegno che egli riceve da persone considerate da lui care, e a livello più ampio la comunità di appartenenza. Di considerevole rilevanza si rivela la competenza degli operatori di instaurare una relazione basata su, empatia, comprensione e assistenza.

Tuttavia, per ciò che concerne gli interventi rivolti agli immigrati, sarebbe necessario tenere conto della possibile discordanza che le peculiarità culturali possono incontrare in relazione alla condizione stessa dei soggetti.

Vi sono, infatti, alcuni aspetti culturali che possono influenzare la comprensione e la percezione dell'infezione da HIV e di conseguenza la vulnerabilità individuale a essa, e potrebbero essere riconducibili alle differenti interpretazioni della malattia, della sessualità, della medicina, del pudore, della disparità tra ruoli maschili e femminili e della reputazione.

Come ho accennato prima nell'analisi dei questionari, la variabile riferibile alla religione potrebbe rappresentare senz'altro un importante fattore di comprensione.

Spesso, nei soggetti provenienti dal terzo mondo, è presente una visione dell'AIDS come una malattia senza speranza di guarigione e ciò influenzato dal fatto che nei loro paesi di provenienza vi è un limitato accesso alle cure. Questa visione comporta così una sorta di discordanza rispetto ai messaggi che parlano di una patologia cronica e controllabile quale oggi essa è diventata, e ciò la dice lunga su come dovrebbe essere differente l'attuale prevenzione.

Oppure, elemento inoltre riscontrato nei questionari, può persistere l'idea che certi soggetti siano immuni dal contrarre il virus, come alcuni gruppi sanguigni, portatori sani, donne in gravidanza o addirittura che la divinità possa avere un effetto protettivo su alcuni individui piuttosto che su altri.

Si viene così a tracciare una prospettiva secondo cui l'elemento culturale influenza in maniera consistente la percezione sia della

malattia, sia del rischio.

Per alcune culture, ad esempio, il virus è correlato a uno stato di povertà, perciò il trovarsi in un paese relativamente ricco dona una speranza di cura e assistenza, o addirittura la convinzione che in un paese non povero non esista alcun pericolo di ammalarsi.

L'insicurezza vissuta dal soggetto è spesso causa di mancato adattamento o accettazione del proprio stato di malattia.

Essa può essere legata alla decisione di sottoporsi al test, agli interrogativi su quale possa essere stata la fonte del contagio, all'eventualità di aver infettato qualcuno, al momento di inizio della terapia, al livello di efficacia che questa può avere, alla sicurezza a lungo termine dei nuovi medicinali, agli effetti collaterali e allo sviluppo di resistenze.

L'adattamento, in ogni caso, non è una conquista stabile a causa della natura intrinsecamente evolutiva dell'infezione da HIV: si pensi, infatti, allo stress dei controlli clinici per monitorarne lo stadio di avanzamento, alla comparsa di sintomi, alla necessità di iniziare il trattamento farmacologico.

Di norma, gli immigrati, nell'accedere alle strutture sanitarie incontrano numerose difficoltà, sia burocratiche, sia di ordine linguistico e integrativo. Ciò che spesso non viene menzionata è la quantità di barriere che pongono i medici nella gestione del paziente straniero, poiché vengono messi in gioco altri elementi che non riguardano prettamente le difficoltà linguistiche, quanto piuttosto aspetti intimi come la percezione della malattia, del proprio corpo, l'idea di medico che guarisce il paziente.

La figura del mediatore culturale avrebbe perciò la fondamentale funzione di migliorare l'aspetto dell'accoglienza e della eguaglianza all'accesso ai servizi, anche se tuttavia è un percorso che dovrebbe essere bilaterale, in quanto non tutto è ridotto alla traduzione linguistica, ma entrano in gioco variabili che dovrebbero essere sviluppate anche dal versante medico<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> Agnoletto V., *Prevenzione e cura dell' Hiv per immigrati*, Prospettive Sociali e Sanitarie, A. 34, n.

Nel caso degli stranieri, il vissuto di incertezza legato alla malattia può vedere un ulteriore aggravarsi in uno status di clandestinità.

Inoltre, la segretezza relativa alla condizione di sieropositività, nodo cruciale con cui si confrontano le persone con HIV per paura dello stigma e della discriminazione, si sovraccarica per i migranti del timore che la notizia si possa diffondere all'interno della comunità di appartenenza e arrivare ai familiari rimasti in patria.

Questo può portare con sé uno stato di isolamento con pesanti ripercussioni sul benessere psicologico, ma anche una ridotta aderenza alle prescrizioni del medico per timore di essere scoperti ad assumere i farmaci.

La convivenza con l'infezione, comporta dunque, ancora prima dell'inizio del trattamento farmacologico e in seguito nel suo corso, dei controlli periodici per valutare la situazione clinica e la progressione della malattia. Questo vuol dire avere un contatto continuo e una relazione con infettivologi e altri eventuali specialisti delle strutture di cura.

Nel caso degli immigrati, dando per acquisito e mantenuto l'accesso all'assistenza sanitaria, ora garantito per legge anche a quelli irregolari, è necessario che vengano messi in atto degli invii chiari al momento della diagnosi.

Si rende indispensabile una riflessione sui servizi stessi, sui loro meccanismi di funzionamento, sull'eventuale presenza di barriere per le persone appartenenti ad altre culture, che tenga conto dei loro bisogni, della rappresentazione che hanno dei servizi sanitari e degli operatori.<sup>29</sup>

Altro aspetto su cui è importante compiere un'analisi è la rivelazione del proprio stato di sieropositività alle persone vicine

---

11 (giu. 2004), pp 6-10.

<sup>29</sup> Spizzichino L. *"Prometeo incatenato. Immigrazione e infezione da HIV"*. Rivista di psicologia clinica n. 1 2009. pp. 102-109.

e familiari.

Tale tema rappresenta un aspetto molto complesso da affrontare, che tuttavia dal momento del ricevimento della diagnosi alla comunicazione ad altri simboleggia un passaggio alquanto indicativo.

La percezione di un tale momento di passaggio è spesso influenzata dalla paura di essere abbandonati, discriminati, isolati o di turbare o sconvolgere i familiari, soprattutto di provocare in loro vergogna, di obbligarli a un aiuto.

Inoltre, per alcuni è ulteriormente complicato, poiché può comportare anche la rivelazione di scelte tenute fin ora nella riservatezza, come orientamenti sessuali considerati non usuali, o l'uso di sostanze stupefacenti, o ancora di relazioni extra-coniugali.

Ed ecco che qui la variabile culturale emerge nuovamente, determinandosi come elemento che evidenzia sfumature problematiche e preoccupazioni a cui si sommano anche quelle di un eventuale interruzione dei legami familiari, o altri tipi di relazioni (economiche, sociali, lavorative).

In molte società, le donne sono erroneamente percepite come le principali portatrici di malattie sessualmente trasmissibili, altrimenti definite come "malattie delle donne". L'insieme di tali credenze fornisce una base solida per la stigmatizzazione delle donne nel contesto dell'infezione da HIV/AIDS.

Vi è chiara evidenza da recenti studi UNAIDS di come le donne sieropositive siano suscettibili di trattamento molto diverso rispetto agli uomini, i quali sono non sono ritenuti responsabili del comportamento che ha provocato la loro infezione.

In India, ad esempio, come in molti altri paesi, i mariti che contagiano le loro mogli hanno la facoltà di abbandonarle ed esse saranno da lì in poi perennemente negate dalla loro comunità.

In alcuni paesi dell'Africa, le donne i cui mariti erano deceduti in seguito alla contrazione di infezioni correlate all'AIDS sono spesso state accusate di essere responsabili per la loro morte, con

la possibilità per i restanti parenti di escludere dalla famiglia il coniuge superstite. Temendo di essere vittime di tali fenomeni stigmatizzanti, alcune donne potrebbero preferire di non mettere a conoscenza alcuna persona del loro stato sieropositivo. Tuttavia, la negazione del proprio stato può provocare uno scoraggiamento a sottoporsi volontariamente ai test, in particolare tra i membri di gruppi particolarmente vulnerabili e questo a sua volta provocherebbe un forte rischio di contagio della malattia all'interno di una comunità.<sup>30</sup>

Va comunque evidenziato che la rivelazione del proprio stato sieropositivo, purché decisa e messa in atto non in modo impulsivo, ma affrontata al tempo debito come un processo di decisione in diversi passi che comprenda l'analisi dei dilemmi, delle barriere e delle decisioni per ognuno di essi, ha delle ripercussioni positive sulla vita dei soggetti affetti da tale patologia.

Un tema che merita particolare attenzione è il tema dei comportamenti a rischio, sia per il paziente sia per gli altri, con un focus sull'aspetto dell'altruismo e della preoccupazione circa il benessere del partner, ma anche su quello della loro salute e quindi sulla necessità di evitare infezioni con ceppi resistenti ai farmaci e altre infezioni sessualmente trasmesse.

Esiste un'inversione di tendenza sulla prevenzione rispetto al passato e consiste nel fatto che in precedenza gli interventi erano finalizzati allo stimolo di auto protezione da parte dei soggetti non affetti da HIV, e ciò in vista di non infettarsi.

Tuttavia, sulla base dei recenti dati epidemiologici, da più parti si rende forte la necessità di rivolgersi anche alla popolazione sieropositiva, il più possibile a ridosso della diagnosi, incoraggiando a proteggere gli altri con comportamenti responsabili.

---

<sup>30</sup> de Bruyn, M. (1992) *Women and AIDS in developing countries*, Social Science and Medicine, 34:249-26

Infatti, un aspetto spesso sottovalutato è rappresentato dagli sforzi che i soggetti sieropositivi attivano nell'evitare di infettare gli altri. Anche se potrebbe sembrare ovvia e dovuta la loro responsabilità di diffondere il virus, tuttavia potrebbero essere trascurate le difficoltà psicologiche che incontrano nell'attuare cambiamenti nelle abitudini sia sessuali, sia in azioni quotidiane. Ad ogni modo, la responsabilità ha la necessità di essere stimolata con strategie che evitino sensi di colpa o atteggiamenti che rafforzino lo stigma sociale.

Un fatto incontestabile è l'oggettiva difficoltà a raggiungere la popolazione immigrata con campagne informative e educative, riguardo ai comportamenti sicuri, dove la percezione della malattia e del rischio gioca un ruolo centrale, come già detto.

Infine, è necessario riflettere sulle motivazioni profonde, spesso anche culturalmente mediate, che spingono alla presa di rischi e sui bisogni psicologici e sociali che questa va a soddisfare. In ogni caso, il cambiamento verso comportamenti più sicuri è un processo, non un punto di arrivo definitivo, richiede tempo e va mantenuto e rinforzato poiché la ricaduta è la regola, non l'eccezione.

Ultimo e non meno importante aspetto da trattare riguarda il ritardo di diagnosi e la tendenza alle terapie.

La terapia farmacologica rappresenta un aspetto centrale nel lavoro con i soggetti affetti dall'HIV. I nuovi protocolli terapeutici, a disposizione dal 1996, si stanno dimostrando molto efficaci a migliorare la vita quotidiana dei pazienti malati.

Perché ciò accada, però, almeno stando alle nostre conoscenze di oggi, è indispensabile sapere di essere sieropositivi, accedere ai servizi di cura, e avere un'aderenza elevata al trattamento farmacologico, senza interruzioni di sorta.

Si è stimato che, per ottenere una risposta immunologica ottimale ed evitare complicazioni, l'aderenza deve essere almeno del 95%, soglia sicuramente molto difficile da mantenere nel tempo.

Nell'ambito degli immigrati e HIV, il dato preoccupante che

emerge è certamente dato dal ritardo di diagnosi. Come esposto nei capitoli precedenti, i dati epidemiologici più recenti evidenziano come sia aumentata dal 1996 al 2012 la diagnosi di sieropositività a meno di sei mesi da quella di AIDS, e si registra più elevata tra chi ha acquisito l'infezione attraverso rapporti sessuali e tra gli stranieri, con rilevanti conseguenze sia di diffusione del virus e di efficacia del trattamento farmacologico.

La legislazione del nostro paese permette che i farmaci e le analisi per pazienti sieropositivi siano gratuiti, oltre che per la popolazione, anche per immigrati irregolari e non, e ciò comporta certamente una facilitazione nell'affrontare con maggiore assistenza l'accesso alla terapia, diversamente da alcuni paesi di provenienza, dove questo non è possibile.

Se dunque da un lato esiste la possibilità di curarsi nel paese ospitante, d'altro canto si forma una sorta di legame indissolubile con tale paese, poiché la terapia antiretrovirale non sarebbe possibile nel proprio luogo d'origine.

Vi è quindi un senso di isolamento, impotenza, perdita di fiducia nel futuro nonostante l'aspettativa di sopravvivenza, ansia, tristezza e depressione.

I soggetti in causa si sentono perciò come incatenati, impossibilitati a far ritorno nel paese di origine, pena l'interruzione del trattamento di cura.

Tutto questo ancor di più vale per gli immigrati irregolari, per i quali il rientro in Italia dopo una breve permanenza in patria sarebbe del tutto inattuabile.

Una fase delicata per le persone con HIV è quando si profila all'orizzonte l'inizio della terapia farmacologica. Spesso questo è vissuto come il segnale che la situazione sta precipitando e che la fine è prossima.

Tutti gli Stati hanno riconosciuto stigma e discriminazione come fattori che ledono la possibilità di instaurare risposte efficaci sulla percezione dell'HIV.

Di conseguenza, essi si sono impegnati e si applicano tuttora nel



proteggere i diritti umani delle persone sieropositive, specie per quanto riguarda le categorie vulnerabili.

Tali sforzi sono essenziali al fine di permettere l'accesso universale alla prevenzione e trattamento, e di arrestare per quanto possibile il diffondersi del virus.

Tuttavia, a molti anni dalla comparsa della malattia, lo stigma rimane uno dei principali fattori di disagio, e ciò nonostante gli sforzi dei diversi governi.

A causa della stigmatizzazione e la discriminazione, molte persone si sottraggono al sottoporsi al test HIV, e per chi ne è già affetto all'assunzione costante della terapia.

Anche per le donne persiste la vulnerabilità all'HIV e ciò in correlazione alle violenze esse che subiscono in certi paesi.

La criminalizzazione di persone che sono a più alto rischio di infezione, come omosessuali, prostitute, transgender, e tossicodipendenti, fa sì che avvenga un rifiuto verso i servizi competenti, aumentando il loro stato di vulnerabilità ed emarginazione.

L'obiettivo di trasformare queste realtà per dare una risposta efficace e realizzabile dei diritti di chi ha l'AIDS, dovrebbe coinvolgere la classe politica ai suoi livelli più alti, così come la popolazione nella sua totalità.

Al fine di proteggere le persone affette da HIV e fornire risposte efficaci nell'affrontare le nuove sfide, l'UNAIDS esprime la necessità che ogni Nazione predisponga programmi ad hoc per ridurre lo stigma e la discriminazione e aumentare l'accesso alle cure in un clima di giustizia comune.

Di questi programmi dovrebbe beneficiare la popolazione in generale, ma con una particolare attenzione per specifiche popolazioni, ad esempio, le persone che vivono con l'HIV, donne, giovani, gli omosessuali e persone transgender, persone che fanno uso di droghe, migranti e rifugiati.

Sarebbe inoltre di grande rilevanza un coinvolgimento della comunità sieropositiva, in modo che queste persone possano

partecipare alla progettazione e realizzazione di programmi preventivi specifici, oltre che a difendere e promuovere i diritti derivanti dallo status in cui si trovano<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> UNAIDS(Guidance note), Key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in National HIV responses, 2012. pp. 5-10.

## CAPITOLO 5

### TRA MULTICULTURALITÀ E PREVENZIONE

Poiché L'AIDS rappresenta oramai dal punto di vista sociosanitario un fenomeno di portata mondiale, si fa sempre più forte la sfida di affrontare il problema della prevenzione dal punto di vista socio culturale, e ciò poiché la multietnicità e multiculturalismo stanno diventando fenomeni sempre più diffusi. Nel nostro paese i flussi migratori sono integralmente mutati nel tempo e con loro anche il diffondersi dell'HIV ha visto un andamento mutevole negli anni.

Innanzitutto come in molti altri paesi sia la sopravvivenza alla malattia, sia la mortalità legata alla stessa ha subito un'inversione di tendenza, i farmaci hanno permesso di prolungare l'aspettativa di vita, diminuendo la possibilità di morte.

Per farci un'idea di ciò basta pensare che tra la fine degli anni '90 e il 2000 la mortalità media per anno era di 2700 morti, arrivando a 4000 tra il '94 e il '96, ma raggiungendo il picco di abbassamento nel 2010 con 200 casi di morte.

Di pari passo con la diminuzione della mortalità si è verificata un'abbondante diminuzione delle nuove infezioni, passando in media da 18000 nel 1987 a circa 4000 nel 2010. Ciò, come ho ampiamente accennato nei capitoli precedenti, è dato da un cambiamento nella trasmissione del virus passando prevalentemente dal contagio per uso iniettivo di droghe al contagio per via quasi esclusivamente sessuale, con un aumento della contrazione del virus da parte della fascia d'età tra i 60 e i 70 anni attraverso abitudini associate alla prostituzione.

Dal 2008 ad oggi è aumentato complessivamente il numero di casi di sieropositività fra gli stranieri e con dati preoccupanti riguardo al fenomeno di ritardo della diagnosi.

Sempre più soggetti si attivano solo nel momento della comparsa dei sintomi più gravi, senza aver prima compiuto alcun test

preventivo, comportando un aumento delle diagnosi tardive al 60% del 2008 rispetto al 21% del 1996.

In tal modo non c'è la consapevolezza che l'infezione potrebbe essere notevolmente ridotta, adottando così le dovute precauzioni tali da ridurre la diffusione dell'infezione.

Il problema della non consapevolezza sulla propria sieropositività, sta divenendo un fenomeno pressoché nuovo e di grossa portata, e nonostante riguardi tutti si riscontra in misura maggiore quando parliamo di popolazione immigrata.

Nel 2007 il 70% degli immigrati sieropositivi ha ricevuto una diagnosi di AIDS in stadio avanzato nei soli 6 mesi successivi al primo test HIV effettuato e risultato positivo, e ciò rispetto a una media generale del 59,7%<sup>32</sup>.

Si fanno dunque strada una serie di sfide per i prossimi anni, ostacoli sulla prevenzione e l'efficacia delle cure. Accade, infatti, che a molti migranti sia diagnosticata l'HIV prima dell'ingresso nel paese ospite e ciò influenza in buona misura i criteri di prevenzione da affrontare in tali condizioni. Inoltre si rende complesso affrontare la questione dell'aderenza alla terapia, della cura e sostegno da parte della comunità di appartenenza e l'eventuale stigma che ne deriva.

Inoltre, come sappiamo, è la mancanza di informazione che determina la causa principale di tali fenomeni. Molti fattori possono impedire agli stranieri di cercare aiuto e cure nel paese che gli accoglie, e tali possono essere ad esempio le eventuali esperienze negative nell'ambito dell'accesso alla sanità nel proprio paese d'origine, o ancora fattori derivanti da una percezione piuttosto bassa del rischio e quindi la messa in atto di comportamenti poco preventivi.

Inoltre norme e attese sociali derivanti dalla cultura d'origine potrebbero fungere da freno per l'accesso al test HIV,

---

<sup>32</sup> Inzoli A, *La prevenzione dell'AIDS in un'Italia multietnica*, in *Aggiornamenti Sociali*, n. 2 del 2011 p 108-119

all'adozione del trattamento e cure che ne derivano, e una poco adeguata rete di servizi, dotati di mediatori culturali e traduttori. Nonostante non sia il caso dell'Italia, permangono in molti stati alcune barriere all'accesso ai farmaci e cure per gli irregolari, cui viene perciò negato l'accesso in mancanza di status legale, senza contare gli atteggiamenti messi in atto dal personale medico-sanitario.

Alcuni studi, d'altro canto, dimostrano che esiste ancora una serie di false credenze proprie degli immigrati su come si trasmette l'HIV, come ad esempio pensare che si può trasmettere attraverso i normali contatti sociali, in tal modo limitando ulteriormente gli sforzi di prevenzione. Ciò, come osservato nell'analisi dei dati, denota come lo stigma sia alimentato anche da questo tipo di informazioni distorte.

Le politiche sociali richiedono di dare attenzione a fattori come la povertà e la disoccupazione, la quale influirebbe sulla salute e prosperità dei migranti, e ciò nonostante la limitazione notevole di risorse.

Malgrado esistano fattori ostacolanti, sono presenti anche degli elementi potenzialmente in grado di produrre risultati efficaci e duraturi.

Il fatto di coinvolgere tutta la popolazione con l'intento di comprendere il problema dell'AIDS come in un più ampio concetto di salute sarebbe utile a mitigare fenomeni di stigma e discriminazione. In posizione complementare sarebbe opportuno investire risorse su un addestramento degli operatori sanitari e medici a una maggiore sensibilità interculturale e a sviluppare capacità comunicative per lavorare con le popolazioni migranti.

Ciò contribuirà a superare alcune problematiche all'interno dei servizi, dove le informazioni non sono disponibili nella lingua del

migrante e dove gli operatori sanitari non comprendono l'influenza di credenze e valori del migrante.<sup>33</sup>

Limitazione di rischio e vulnerabilità sociale e sanitaria rappresentano punti di vista da non tralasciare nella prevenzione con gli immigrati.

L'obiettivo di ridurre la probabilità che un individuo possa contrarre l'HIV richiede programmi che comportano dunque, ad esempio, la diffusione di poche ma fondamentali informazioni e un maggiore accesso ai dispositivi preventivi(contraccettivi).

Il concetto di vulnerabilità, invece, assume un'accezione più generica, poiché premette la creazione delle condizioni che aumentano la probabilità che le persone assumano comportamenti rischiosi. Alcuni esempi di fattori di vulnerabilità sono la povertà, l'impossibilità ad avere con sé il proprio partner, la mancanza di lavoro o di possibilità di autorealizzazione, e in generale le difficoltà nell'integrarsi.

Intraprendere una lotta nei confronti degli stati di vulnerabilità significa promuovere i diritti, osteggiare la discriminazione, ponendo l'attenzione sul miglioramento delle condizioni di vita affinché le persone possano agire consapevolmente e responsabilmente.

Ciò potrebbe essere messo in atto prendendo visione e accentuando comportamenti e atteggiamenti positivi per ridurre il proprio rischio e vulnerabilità, così da progettare delle campagne che mirino al più alto grado di partecipazione possibile.

Un successivo elemento critico della prevenzione è rappresentato dalla questione sul proporre programmi rivolti alla popolazione in generale oppure di crearne di differenziati e ad hoc per categorie specifiche.

---

<sup>33</sup> ECDC. Meeting report, *Response to HIV and migration in western industrialized country: current challenges, promising practises, future directions*. 19th International AIDS Conference, Washington, July 2012. pp. 12-14.

La tendenza generale è quella di prediligere la seconda ipotesi, e ciò al fine di indirizzare e calibrare le attività sulle persone ed i gruppi a maggior rischio anche in vista della limitata disposizione di risorse.

L'alternativa di rivolgersi a ogni singolo soggetto, coinvolgendo così tutta la società, comporterebbe d'altro canto il raggiungimento di quelle persone a rischio che non rientrano però in alcuna categoria, e ciò vorrebbe dire riuscire a coinvolgere la maggior quantità di tipologie di rischi.

La portata della diffusione dell'HIV, dovrebbe rendere sempre più consapevoli le politiche del fatto che la prevenzione è un tema che va affrontato con tutti, tanto che le categorie a un certo punto cesserebbero di esistere.

E' molto probabile che programmi di intervento specifici per immigrati possano essere percepiti in maniera accusatoria e di conseguenza poco accettati<sup>34</sup>.

Tali elementi di novità rispetto ai decenni precedenti chiedono di ripensare alla prevenzione in maniera radicale, tenendo conto del fatto che la multiculturalità sta diventando una caratteristica intrinseca di ogni società e che quindi dovrebbe essere un filtro di ragionamento da cui partire.

Quando si parla di AIDS la prevenzione diviene irrinunciabile.

Ci sono due aspetti che vanno principalmente considerati per la buona riuscita di un intervento preventivo.

In primo luogo si accentua la necessità di far emergere gli inconsapevoli, con screening volontari, al fine di limitare nel lungo periodo le infezioni.

Il secondo, ma non meno importante obiettivo è di educare la popolazione a rischio e quella generale, stimolando il ricorso a comportamenti proattivi.

---

<sup>34</sup> <http://npsitalia.net/article-238-thread-0-0.html>

L'Italia, riguardo alla prevenzione, si trova in una posizione di ritardo rispetto agli altri stati, e ciò dovuto certo ad uno scarso coordinamento tra il Ministero della Sanità e le Regioni, ai continui dibattiti sul diritto e accesso alle cure e sulle situazioni endemiche tra le fasce critiche della società.

Si è verificata una sorta di inversione nella percezione dell'AIDS, in quanto, non è vista più come un problema di grande contemporaneità e che riguarda tutti, quanto piuttosto un'epidemia passata. Ne consegue che le fasce più giovani della popolazione ne subiscano l'accezione più negativa. E' questa da considerarsi una sorta di "amnesia collettiva" che sta riducendo la popolazione italiana all'insensibilità.

L'Italia non ha a disposizione una strategia di prevenzione aggiornata, peraltro poco basata su un'efficace integrazione sociosanitaria.<sup>35</sup>

Al fine dunque di riscontrare un'efficacia degli interventi preventivi sarebbe utile ricorrere ad una prospettiva multi-etnica e multiculturale.

Si tratta di capire quali siano le modalità di ripristino di una conoscenza che estingua le barriere della non consapevolezza, che possono riguardare in certi casi soprattutto gli stranieri.

Il nocciolo da affrontare prima di tutti è senz'altro quello dell'informazione sulle malattie sessuali in generale, azione da intraprendersi nei confronti di tutta la popolazione.

Ecco che come sostengo dal principio, dall'analisi dei dati riscontrati durante la somministrazione dei questionari, sarebbe necessario diffondere in maniera continuativa opuscoli in diverse lingue, in modo da togliere almeno l'ostacolo che rende la malattia un tabù ancora per numerose popolazioni.

Nelle mie interviste, ho riscontrato la percezione da parte dei soggetti intervistati per cui in Italia, a differenza che nel loro

---

<sup>35</sup> Condoleo G., *Virus senza permesso di soggiorno*. Delta: rivista di informazione sull'HIV, n. 50 (2010), p.15.



paese, ci fosse quasi un'ossessione alle azioni preventive di AIDS.

Potrebbe quindi accadere che il silenzio percepito da alcune comunità di migranti sull'infezione, possa portare a un abbassamento notevole dell'attenzione verso i comportamenti a rischio, fornendo la credenza che l'AIDS sia probabilmente un problema che riguarda i paesi poveri.

Lo scopo sarebbe, come prima detto, di abbattere un primo muro, che impedisce al tema di diventare socialmente rilevante, e non quello di stimolare un cambiamento repentino dei comportamenti sessuali.

Queste politiche dovrebbero comportare un investimento di risorse per la ricerca che si proponga di esplorare e comprendere i modelli di post-migrazione, così come le abitudini sessuali, gli usi e costumi. Sottovalutare il grado di trasmissione del virus HIV tra i migranti minerà gli sforzi per prevenire l'HIV attraverso politiche mirate e l'attività programmatica che circonda la prevenzione.

In base ai dati epidemiologici sulla trasmissione dell'HIV tra i gruppi di migranti in alcuni paesi europei, i responsabili delle politiche dell'UE e gli esecutori dei programmi dovrebbero essere informati riguardo a tali dati e sui meccanismi di trasmissione riguardo ai loro paesi di provenienza, e perciò predisporre di conseguenza programmi che coinvolgano la comunità di immigrati nella sensibilizzazione e nell'utilizzo di servizi di prevenzione.

Per fare ciò è necessario predisporre opportuni canali di comunicazione, che vanno progettati in base al contesto locale, all'età e genere degli interlocutori, nonché in base alla cultura d'appartenenza<sup>36</sup>.

A tale proposito sarebbe opportuno, nel contesto italiano, partire dalle agenzie principali di socializzazione nel diffondere una

---

<sup>36</sup> WHO(World Health Organization). European action plan for HIV/AIDS 2012-2015. Regional office of Europe, 2011. p 11

corretta informazione, come scuola, associazioni, e nuovi gruppi cittadini stranieri.

La scuola, luogo fondamentale del multiculturalismo, fungerebbe da momento di forte integrazione dei giovani, creando il terreno più favorevole alla diffusione di un'educazione sulla sessualità.

Tale fascia di popolazione rappresenterebbe quindi l'anello di congiunzione tra la popolazione ospitante e le loro famiglie, spesso in difficoltà a integrarsi, determinando così un momento costruttivo per le future generazioni.

D'altro canto, avviene che aspetti legati alla religione d'appartenenza, e correlati al periodo adolescenziale, rendano ancor più un tabù il parlare di malattie sessualmente trasmissibili o di sessualità in generale. Tuttavia, la scuola, avrebbe la maggiore facoltà rispetto ad altri ambienti di abbattere il silenzio su temi come questi.

Altro mezzo per la diffusione di informazione potrebbero essere di certo le associazioni di migranti.

Durante la somministrazione pilota ho avuto modo di dialogare con i partecipanti a questi gruppi. Essi sono solitamente composti da stranieri presenti nel territorio circostante e possono formarsi per molteplici ragioni (interessi particolari, celebrazioni/feste, cultura).

Tralasciando il grado di strutturazione, più o meno complessa di queste associazioni, esse fungono da vera e propria rete di conoscenze, e possiedono quindi un notevole potere di diffusione di messaggi e credenze.

In tal modo, potrebbe essere utile coinvolgere i leader delle varie associazioni al fine di comprenderne tutti i soggetti partecipanti, soprattutto su temi difficili da affrontare come quello dell'AIDS.

Un'ultima categoria che ritengo importante prendere in considerazione è quella che riguarda le comunità religiose.

Queste fungerebbero da luogo proficuo per instaurare dialoghi considerati fondamentali all'interno di un discorso sulla prevenzione.

Come sappiamo, la pluralità delle professioni religiose caratterizza più che mai il nostro tempo. Nonostante la frammentazione sociale che può venire a crearsi in contesti come questi, essi per molte ragioni rappresentano un aspetto positivo verso cui dirigere la prevenzione.

Essa dovrebbe porre l'attenzione per quello che riguarda l'incoraggiamento all'accesso ai test HIV, ed eventualmente alle terapie.

E' un passaggio obbligato quello relativo all'accesso al test HIV, cui deve però seguire anche la garanzia, per le persone risultate positive, di un trattamento ragionevole. Rendere accessibile la cura è, seppur indirettamente, uno degli strumenti di prevenzione più efficace, perché incoraggia lo svelamento di situazioni di difficoltà e la ricerca di un aiuto competente.

In Italia, non è negato alcun accesso alle cure a immigrati e tantomeno ai clandestini. Fermo restando tale premessa teorica, permane la difficoltà per gli stranieri ad accedere ai servizi, in primo luogo dovuto alle difficoltà linguistiche, e in seguito al controverso rapporto tra medico e paziente che spesso si instaura, nella velocità delle visite e nell'impersonalità dei trattamenti terapeutici.

A questo si aggiunge lo sfondo ambiguo, che vede al suo interno, dibattiti sul cosiddetto "pacchetto sicurezza", che con il reato di clandestinità ha obbligato i medici a denunciare i pazienti clandestini, e tutto ciò sullo sfondo di correnti politiche spesso xenofobe.

In alcuni paesi dell'Europa il test HIV è ancora richiesto dalla legislazione nei confronti di alcune categorie di soggetti considerati a rischio come gli immigrati.

Il test obbligatorio continua ad essere una realtà radicata, e a volte è somministrato senza la persona venga messa a conoscenza. Lo scopo di tale test non sembra essere quello di fornire l'accesso a prevenzione, trattamento, cura e sostegno, ma piuttosto di

escludere le persone con HIV da accesso a determinati servizi, o comunque imporre restrizioni nei loro confronti<sup>37</sup>.

I servizi che garantiscono l'effettuazione del test dovrebbero però rispondere a criteri etici, come la volontarietà a fare il test, la privacy, un'adeguata informazione preventiva al test ed eventualmente dei servizi di consulenza conseguenti all'effettuazione.

Essendo necessaria una collaborazione di rete, sarebbe opportuno creare un sistema di informazioni che metta a conoscenza di eventuali altre infezioni sessualmente trasmesse, la salute riproduttiva, la tossicodipendenza e delle altre dipendenze.

Molto spesso, la popolazione straniera sieropositiva non ha la vicinanza dei familiari durante i ricoveri, ed ecco che la difficoltà o il rifiuto di accedere ai servizi per curarsi affonda le sue radici nella paura di non essere assistiti e vivere nella solitudine del percorso terapeutico.

Ciò è indice di un forte bisogno di pianificazione di servizi, i quali si dimostrino adatti alla comunità straniera in caso di ricoveri.

Le uniche campagne di prevenzione dell'HIV/AIDS realizzate in Italia sono rivolte a italiani e quindi non raggiungono queste popolazioni con messaggi diretti. Fino ad ora sono stati diffusi dei messaggi vaghi e generici, uguali per tutti e solamente tradotti in diverse lingue. È necessario individuare delle strategie comunicative più efficaci e incisive di quelle attualmente utilizzate.

Esistono comunità aperte e chiuse, le prime disposte ad avere un contatto con l'esterno, mentre le seconde concentrate sul proprio interno e dotate di un forte senso di comunità.

Nell'affacciarsi alle comunità chiuse, è necessario individuare e coinvolgere i rappresentanti della comunità, in altre parole, quelli

---

<sup>37</sup> WHO. *Scaling up testing and counseling in the WHO European Region as an essential component of efforts to achieve universal access to Hiv prevention, treatment, care and support*, 2010, p. 12.

riconosciuti come fonti autorevoli, e ciò al fine di trasmettere informazioni significative nel modo che ritengono più opportuno essere adatto alla comunità.

E' propria delle popolazioni migranti la forte coesione intergenerazionale che si crea al loro interno, una grande attenzione dei giovani nei confronti degli anziani e un forte rispetto per le regole e le tradizioni.

Un'efficace azione preventiva deve quindi tenere conto di quelli che sono gli adulti significativi, le figure di riferimento, coloro che hanno potere carismatico (capofamiglia, capo comunità).

Con le comunità aperte, è invece possibile impiegare altre strategie, come ad esempio mezzi di comunicazioni quali internet e televisione. In questo modo sarebbe più semplice impiegare personaggi noti al fine di infondere il messaggio.

Nonostante molti esperti ritengano che il problema principale riguardo ai migranti sia costituito dalla mancanza di un'adeguata informazione e conoscenza del problema, secondo alcuni, i migranti conoscono l'AIDS più degli italiani.

Tuttavia non si tratta di limitarsi a far conoscere che l'AIDS esiste<sup>38</sup>.

E' necessario fare appello al senso civico dei soggetti, promuovendo una partecipazione attiva alla prevenzione e conoscenza di una malattia che è tutt'altro che scomparsa.

In questo senso, il coinvolgimento della popolazione immigrata tanto quanto la popolazione autoctona potrebbe far nascere dinamiche di coesione sociale, e la scomparsa di quel velo di inconsapevolezza proprio della società odierna.

Ecco che a questo punto sarebbe oramai inutile parlare di categorie a rischio, poiché abbiamo visto che i target sono cambiati e la popolazione si trova più che mai coinvolta nella sua totalità rispetto alla conoscenza dell'AIDS.

---

<sup>38</sup> *La prevenzione HIV/AIDS nei migranti: indicazioni e strategie comunicative*, Dicembre 2009. pp. 9-13 [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_198\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_198_allegato.pdf)

## **COCNLUSIONI**

La sperimentazione tramite questionario pilota si è rivelata uno strumento assai utile per diversi motivi.

Innanzitutto ha fornito un'idea generale per quanto riguarda la conoscenza e percezione dell'AIDS da parte del campione di immigrati intervistato. Il questionario, in associazione all'attuazione di alcuni focus group, ha permesso di costruire una cornice senza la quale il solo strumento statistico non sarebbe stato esauriente.

Le dinamiche relazionali che si sono create hanno permesso la condivisione e lo scambio di idee sulla percezione della patologia, ma hanno anche approfondito l'orizzonte culturale sottostante a credenze e comportamenti.

In generale, per quanto riguarda le conoscenze specifiche, i dati hanno riferito una buona competenza degli intervistati su alcuni aspetti, e scarsa per quanto riguarda gli altri.

Gli elementi di cui gli intervistati hanno in genere dimostrato di essere a conoscenza riguardavano in generale le conoscenze di base, come ad esempio che cosa sia l'AIDS, come si contrae, quale sia il modo migliore per evitarla(contraccezione) e l'idea dell'importanza di sottoporsi al test durante la gravidanza.

In generale i dati parlano di una generica conoscenza di base della malattia, per lo più omogenea in alcune parti e in altre meno rispetto ai paesi di provenienza.

Su altri aspetti, è stata invece registrata una scarsa conoscenza, e ciò dovuto da un lato ad alcune imprecisioni proprie dello strumento del questionario, mentre dall'altro dalla pura mancanza di informazioni a riguardo.

Come percepito nelle interviste, chi proveniva da una zona endemica era abituato a confrontarsi con l'AIDS nella quotidianità, mentre i soggetti originari di zone a bassa infezione spesso non avevano ricevuto prevenzione nei loro Paesi. Questi soggetti erano rimasti dunque a un livello basso di informazione.

Esistono problemi legati alle differenze linguistiche e culturali e le strategie comunicative passate sono state poco efficaci e non diversificate per gruppi.

A proposito ad alcuni temi, infatti, i dati hanno dimostrato il persistere di falsi miti riguardo alla malattia. Le incertezze maggiori sono state riscontrate in alcuni precisi aspetti, in particolare, la differenza tra HIV e AIDS non è ben conosciuta.

Una diffusa credenza è data dall'idea che le persone sieropositive si possano riconoscere dall'aspetto magro e scarno.

Inoltre si sono rivelate distorte le informazioni riguardo allo status di sieropositività.

Infatti, si è visto un atteggiamento distaccato nella possibilità di aver a che fare nella quotidianità con un soggetto affetto da HIV, visto come un possibile veicolo di contagio in ogni momento, e per tale motivo in qualche modo stigmatizzato. Sarebbe dunque di fondamentale importanza lavorare sullo stigma, educare all'accoglienza della persona sieropositiva e far conoscere che esistono delle terapie.

Per quanto riguarda il test, esiste la tendenza a considerarlo come garanzia di lungo termine, infatti, buona parte degli intervistati non era a conoscenza del cosiddetto "periodo finestra" e del periodo di incubazione (che può durare anche diversi anni).

Il ricorso al test per quanto riguarda le donne in gravidanza si è rivelato parte di una prassi oramai facente parte di una convinzione comune.

La sperimentazione pilota suggerisce l'importanza di considerare il livello di conoscenza sulla malattia, e ciò prima di iniziare un qualsiasi intervento di prevenzione. È importante fornire le conoscenze corrette sulle modalità di trasmissione e di prevenzione dell'HIV/AIDS, così come indagare le credenze e gli atteggiamenti legati all'uso del preservativo in relazione alle diverse culture e religioni.

L'accesso ai servizi sanitari rappresenta ancora un percorso ad ostacoli dal punto di vista psico-sociale: gli stranieri, in

particolare nei primi tempi, trovano delle difficoltà nel rivolgersi al Servizio Sanitario; inoltre, è diffusa la credenza ad assimilare lo stato dell'assistenza pubblica in Italia a quella nel loro Paese, dove spesso sono presenti alti costi e ingiustizia sociale accentuata.

Uno degli ostacoli più ostici all'accesso ai servizi è rappresentato dalla lingua e dalla conseguente paura di non essere compresi.

Rendere accessibile la cura è, seppur indirettamente, uno degli strumenti di prevenzione più efficace, perché incoraggia lo svelamento di situazioni di difficoltà e la ricerca di un aiuto competente. Occorre perciò assicurare l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale rendendolo visibile, attivamente disponibile, in sintonia con i bisogni e nel rispetto delle differenze culturali.

Gli sforzi al fine di contenere le nuove infezioni dovrebbero fare appello alla coscienza collettiva dei cittadini, togliendo la barriera per cui la società ha dimenticato in qualche modo l'AIDS. Questo recupero della memoria collettiva necessita però della presa di coscienza generale che lo stato di vulnerabilità in qualche maniera coinvolge ogni soggetto e non è non solo alcune categorie.

Nel concludere, vorrei proporre qualche nota personale.

Quest'esperienza si è rivelata per me molto interessante e significativa.

Mi sento di poter dire di averne tratto un arricchimento tanto dal punto di vista del mio essere studente, quanto nel frangente personale.

Per quel che concerne il lato accademico credo che questo periodo di tesi mi abbia messo di fronte ad alcuni momenti importanti.

Esso di è rivelato un percorso durante il quale ho intrapreso uno studio personale intenso e la costruzione di un contesto di conoscenze che mi ha permesso di svolgere le mie attività di ricerca in maniera consapevole e interessata.



Il tema concernente il mio elaborato, ha aperto davanti a me un mondo che non avevo mai avuto modo di esplorare prima, aumentando progressivamente un rilevante interesse per la materia.

Il periodo di tesi ha permesso di affinare maggiormente i miei obiettivi, sperando di poter svolgere in futuro ulteriori esperienze affini, di comprendere com'è percepita l'AIDS in altri Paesi, e nel complesso gli aspetti correlati alla cultura e allo stigma.

Dal punto di vista umano e personale, l'esperienza vissuta credo abbia migliorato in me alcuni aspetti. Ho avuto modo, infatti, di maturare una consapevolezza che mi ha permesso di avere coscienza di quello che scrivevo nel corso delle pagine.

Durante questi mesi, nel parlare con vicini e coetanei ho spesso percepito un atteggiamento ostico e diffidente quando si parla di HIV/AIDS.

Il mio desiderio di sapere e di esplorare questo frangente della condizione umana mi ha aperto la mente, nel conoscere persone nuove, nel parlare di argomenti considerati tuttora tabù, nel trattare con persone conosciute dell'importanza dell'accedere ai test HIV.

La consapevolezza di questo mancato senso della vulnerabilità, in cui molti pare vivano ancora, mi ha fatto riflettere per molto tempo su quanto questa sorta di stigma permanga nei confronti di una netta percezione di lontananza non solo dalla malattia, ma anche da chi la contrae.

Credo fermamente che la lotta contro l'AIDS sopravviverebbe solo attraverso l'abbattimento di questo muro, che peraltro appartiene a tutti, ed esperienze come queste e simili, per quanto limitate in termini di tempo e risorse, sarebbero di certo un primo e importante passo da compiere.

## **RINGRAZIAMENTI**

I miei ringraziamenti vanno innanzitutto alla mia famiglia, grazie al cui supporto e sacrificio sono diventata la persona che sono, e con la voglia di migliorarmi sempre. I miei genitori e mio fratello sono il mio esempio, il punto di riferimento che mi guida a compiere scelte consapevoli, realizzabili, ma soprattutto responsabili.

Anche per questo motivo il tema di questo elaborato è molto sentito, poiché la loro perseveranza nel sostenermi mi ha sempre stimolato a non perdere mai la rotta, e inoltre, sono consapevole che senza la loro presenza, la loro guida e il loro affetto la mia vita sarebbe molto diversa.

Ringrazio i miei amici, parenti, vicini, ma soprattutto il mio fidanzato, che hanno sopportano con pazienza i miei sbalzi periodici di positività, tra equilibrio precario ed euforia senza farmelo pesare troppo, ma allo stesso tempo facendomi riflettere quando fosse necessario ogni tanto “smussare degli angoli”, rendendomi consapevole che i cambiamenti avvengono soprattutto durante il percorso, rivelandosi alla fine un momento di crescita.

Un ringraziamento speciale alle associazioni che mi hanno permesso di collaborare con loro, e alle persone che mi hanno permesso di raccogliere dati grazie alla loro partecipazione attiva alla compilazione dei questionari.

Infine un sentito ringraziamento al professor Alessandro Battistella, che in tutto il lungo percorso di ricerca e di stesura si è dimostrato sempre disponibile a rispondere alle mie domande e a consigliarmi nei momenti di dubbio, e al Professor Perocco, per aver accettato di essere il mio correlatore e aver risposto sempre alle mie domande.

## **BIBLIOGRAFIA**

### **MONOGRAFIE (TESTI)**

- Cardano M, *Tecniche di ricerca qualitativa: percorsi di ricerca nelle scienze sociali*, Roma, Carocci, 2003
- Caselli M., *Indagare col questionario. Introduzione alla ricerca sociale di tipo standard, Vita e pensiero, 2005.*
- Cipollini, *Stranieri. Percezione dello straniero e pregiudizio etnico.* 2002
- Corbetta P., Gasperoni G., Pisati M., *Statistica per la ricerca sociale*, Bologna, Il mulino, 2001.
- Giannoni M., Casucci P., Ismail Z., *Disuguaglianze di salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane*, Milano, Franco Angeli, 2012.
- Goffman E., *Stigma : l'identità negata* - Verona : Ombre corte, 2003.
- Mazzetti M.: *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre - professioni d'aiuto*, Carocci, Roma, 2003
- Morrone A., Mazzali M., (a cura di), *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie*, Angeli, Milano, 2000
- Ponzio I., Zincone G., *Immigrati: servizi uguali o diversi?* , Carocci, 2010

### **ARTICOLI**

- Agnoletto V., *Prevenzione e cura dell'Hiv per immigrati*, Prospettive Sociali e Sanitarie, A. 34, n. 11 (giu. 2004), pp 6-10.
- Carbone V. ... [et al.], *Prevalenza di HIV e HCV nei migranti dell'Est europeo e del Nord Africa: caratteristiche e differenze*, Mission : periodico trimestrale della FeDerSerD, A. 9, n. 29 (2010), PP 9-11.

- Condoleo G., *Virus senza permesso di soggiorno*. Delta : rivista di informazione sull'HIV, n. 50 (2010)
  
- Inzoli A, *La prevenzione dell'AIDS in un'Italia multi-etnica*, in *Aggiornamenti Sociali*, n. 2 del 2011.
  
- Manfredi R. , Calza L, Chiodo F, *Terapia antiretrovirale in uomini e donne immigrate con infezione da Hiv*. *Positifs* : bimestrale d'informazione sanitaria e sociale, A. 13, n. 64 (set.-ott. 2004).
  
- Oletto s, Canestrari A. M., Nizzetto S, Giaquinto C., *Genitorialità, migrazione, infezione da HIV*, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, A. 36, n. 9 (mag. 2006).
  
- Raimondo M... [et al.], *HIV nella popolazione straniera*, *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, n. 4 (Aprile 2009).
  
- Spizzichino L., *Prometeo incatenato. Immigrazione e infezione da HIV*, *Rivista di psicologia clinica* n. 1, 2009.

## **DOCUMENTI/REPORT**

- Centro Operativo AIDS(COA). *Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 Dicembre 2012*. *Notiziario dell'Istituto superiore di Sanità*. Volume 26 - Numero 9 Supplemento 1 – 20.
  
- Convegno del National Focal Point italiano: *Infezione da HIV, AIDS e popolazioni migranti: quali possibili interventi in ambito psico-socio-sanitario*. Anna Colucci, Pietro Gallo, Giovanni Rezza e Anna Maria Luzi(a cura di). Istituto Superiore di Sanità. Roma, 17 novembre 2004
  
- Convegno annuale: Italian National Focal Point- Infectious Disease and Migrant “*TUBERCOLOSI, HIV E MIGRAZIONE; UNA REALE EMERGENZA?*”, 2011.
  
- Dossier Statistico 2010. XX Rapporto sull'immigrazione – Caritas/Migrantes. Idos, 2010; 227-232

- ECDC(European centre for disease prevention end control). Meeting report. *Responses to HIV and migration in western industrialised countries: current challenges, promising practices, future directions*. Special satellite session at the 19th International AIDS Conference, Washington, DC, 22 July 2012
  
- ECDC(European centre for disease prevention end control), meeting Report, *HIV testing in Europe: From policies to effectiveness*. Stockholm, 21–22 January 2008
  
- ECDC(European centre for disease prevention end control). Surveillance Report. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2012, 2013*
  
- Executive Agency of Health and Consumers, *Manuale di formazione alla somministrazione di test rapidi HIV e screening TBC in strutture di bassa soglia e servizi di prossimità, 2012*
  
- Geraci S., “*Le malattie sessualmente trasmesse tra gli immigrati in Italia*”, Ann. Ist. Super. Sanità, vol. 36, n.4(2000).
  
- Giuliano, M., & Vella, S. (2007). *Inequalities in health: access to treatment for HIV/AIDS*. Annali dell’Istituto Superiore di Sanità.
  
- Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN 11/41. *L’accesso al test HIV: risultati di un progetto di ricerca del Ministero della Salute svolto dall’Istituto Superiore di Sanità e dalle Associazioni della Consulta di Lotta all’AIDS*. Anna Colucci, Anna Maria Luzi, Pietro Gallo, Stefania D’Amato e Maria Grazia Pompa (a cura di)., 2011
  
- Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN 10/30. *HIV/AIDS Counseling telefonico in ambito transculturale*. Valentina Di Sarno, Francesca Botta, Eleonora Lichtner, Anna Colucci, Pietro Gallo e Anna Maria Luzi (a cura di)., 2010
  
- Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN 02/14, *Infezione da HIV: comportamento sessuale, percezione del rischio e prevalenza in uno studio pilota sugli immigrati*. 2002
  
- Ministero della Salute, *DOCUMENTO DI CONSENSO SULLE POLITICHE DI OFFERTA E LE MODALITA’ DI ESECUZIONE DEL TEST PER HIV IN ITALIA*.
  
- Ministero della Salute, *Contenuti scientifici relativi all’infezione da HIV e AIDS*. aggiornamento 2010

- NCHSR(National Centre in HIV Social Research), *Stigma and Discrimination around HIV and HCV in Healthcare Settings*: Research Report, April 2012.
  
- Raimondo M... [et al.], *HIV nella popolazione straniera*, Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, n. 4 (Aprile 2009).
  
- UNAIDS. *HIV and AIDS-related stigmatization, discrimination and denial: forms, contexts and determinants* Research studies from Uganda and India, Geneve, June 2010, pp 11-16.
  
- UNAIDS. *Guidance note, Key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in National HIV responses*, 2012.
  
- UNAIDS Report on the global AIDS epidemic, 2013
  
- UNAIDS World AIDS Day Report, 2013
  
- UNESCO/UNAIDS. *Migrant population and HIV/AIDS. The development and implementation of programmes: theory, methodology and practice*, June 2000.
  
- WHO. *European action plan for HIV/AIDS 2012-2015*, 2012.
  
- WHO/UNAIDS/UNICEF. *Global HIV/AIDS responses: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access*. 2011
  
- WHO. *Scaling up testing and counseling in the WHO European Region as an essential component of efforts to achieve universal access to Hiv prevention, treatment, care and support*, 2010.

## **SITOGRAFIA**

[www.iss.it](http://www.iss.it)

[www.interno.gov.it](http://www.interno.gov.it)

[www.naga.it](http://www.naga.it)

[www.caritasitaliana.it](http://www.caritasitaliana.it)

[www.istat.it](http://www.istat.it)

[www.Ismu.it](http://www.Ismu.it)

[www.cnel.it](http://www.cnel.it)

[www.eurosurveillance.org](http://www.eurosurveillance.org)

[www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)

[www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu) (European Centre for disease prevention and control)

[www.who.int](http://www.who.int) (World Health Organization)

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)

[www.unicef.it](http://www.unicef.it)

[www.lila.it](http://www.lila.it)

[www.helpaids.it](http://www.helpaids.it)

[www.anlaidsonlus.it](http://www.anlaidsonlus.it)

[www.npsitalia.net](http://www.npsitalia.net)

[www.Salute.gov.it](http://www.Salute.gov.it)

[www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it)