

Corso di Laurea magistrale (*ordinamento ex D.M. 270/2004*)

UNIVERSITÀ CA' FOSCARI DI VENEZIA



Scuola in Servizio Sociale e Politiche Pubbliche

Corso di Laurea Magistrale in

Lavoro, Cittadinanza Sociale e Interculturalità

Anno Accademico 2012/2013

Prevenzione dell'AIDS tra gli adolescenti
Sviluppo di un questionario pilota per il progetto di
facoltà: “Cosa ne sai?”

RELATORE

Prof. Battistella Alessandro

CORRELATORE

Prof. Perocco Fabio

LAUREANDO

Cavazzon Matteo

Matricola: 812957

INDICE

1. PREMESSA	3
2. PERCHE' IL QUESTIONARIO PILOTA.....	4
3. IL QUESTIONARIO	5
4. EVOLUZIONE DEL PROBLEMA HIV.....	7
5. I GIOVANI E LA SESSUALITA'.....	10
6. INFORMAZIONE TRA I GIOVANI	23
7. PARLARE COI GIOVANI DEL PROBLEMA.....	28
8. I RISULTATI DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO PILOTA:.....	34
DOMANDE DESCRITTIVE DEL CAMPIONE.....	34
ANALISI DELLE SINGOLE RISPOSTE:.....	37
9. I FOCUS GROUP	74
FOCUS GROUP 1	76
FOCUS GROUP 2.....	79
10. INTERVENTI SUL QUESTIONARIO PILOTA PER IL TESTO DEFINITIVO	81
11. CONCLUSIONI	90
BIBLIOGRAFIA	94
REPORT E PUBBLICAZIONI.....	95
SITOGRAFIA.....	97

1. PREMESSA

Questo lavoro di tesi affronta il tema della prevenzione dell'AIDS e delle Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST) tra i giovani nell'età della scuola superiore e si collega al progetto "Cosa ne sai?" che l'Università Cà Foscari sta realizzando per conto del Ministero della Salute.

Il progetto prevede una ricerca che renda noto il livello di conoscenza effettiva del problema delle malattie sessualmente trasmissibili in varie fasce specifiche della popolazione italiana concentrandosi in sei grandi regioni della penisola: Veneto, Lombardia, Campania, Sicilia, Toscana, Emilia-Romagna. La ricerca si pone come obiettivo quello di indagare il grado di conoscenza e consapevolezza del rischio nei giovani, negli immigrati e nella comunità LGBT (Lesbiche Gay, Bisessuali e Transgender) a proposito di HIV/AIDS e malattie sessualmente trasmissibili.

Il professor Alessandro Battistella, mio docente nel laboratorio "Analisi e innovazione dei sistemi sociali", referente universitario del progetto "Cosa ne sai?", mi ha proposto di curare la somministrazione del questionario pilota per la verifica del questionario di ricerca vero e proprio e di inserire questa esperienza all'interno della stesura della mia tesi di laurea specialistica.

Il mio lavoro è stato pianificato secondo i tempi e i modi discussi col professor Battistella ed è stato effettuato successivamente in maniera autonoma nel mio luogo di residenza. L'obiettivo della tesi è di presentare i risultati ottenuti nella somministrazione a un campione di ragazzi fra i 14 e i 18 anni, da me selezionato, del questionario pilota. La ricerca è stata svolta nei mesi estivi quindi al di fuori dell'ambiente scolastico in cui verrà realizzata effettivamente a livello istituzionale, il mio approccio è stato puramente informale e quindi il campionamento dei partecipanti, ad esclusione del range di età, è stato del tutto casuale.

Nel procedere a rapportarmi con i ragazzi da intervistare sono partito dalla considerazione che tutte le ricerche svolte sino ad ora sul tema della prevenzione in età adolescenziale hanno evidenziato che tra di essi esiste:

- Scarsa conoscenza del tema
- False credenze

- Poca formazione
- Poca informazione sui mass media
- Diminuita percezione del rischio.

Una volta svolta la somministrazione pilota del questionario ho analizzato i risultati delle somministrazioni per poter proporre alcune modifiche dello strumento.

2. PERCHE' IL QUESTIONARIO PILOTA

Lo studio pilota è stato attuato per un'individuazione preliminare e per una valutazione iniziale della percezione del rischio. Si è indagato principalmente sulla reale percezione del problema dell'infezione da HIV in un campione ristretto di popolazione giovanile al fine di impostare studi più impegnativi, più onerosi e di maggior durata che verranno attivati in seguito.

«Un elemento che connota la scienza della prevenzione riguarda l'individuazione dei fattori di rischio prima che si stabilizzi il loro potere disfunzionale. Da ciò deriva la necessità di interventi che neutralizzino precocemente i fattori di rischio identificati prima che diventi difficile influenzarne il loro corso.»¹

Si stima che in Europa l'incidenza dell'infezione da HIV continui ad aumentare e che un'elevata proporzione, circa un terzo, di infezioni rimanga non diagnosticata. Dati sui programmi di sorveglianza sull'incidenza di nuove infezioni in diversi Paesi, sia occidentali che in via di sviluppo, hanno mostrato una tendenza alla riduzione delle infezioni proporzionale all'incremento delle diagnosi e del trattamento dell'infezione. Vi è quindi una significativa importanza nell'incidenza delle analisi e degli accertamenti personali nella battaglia contro l'AIDS.

Secondo gli ultimi dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), nel mondo ci sono 34 milioni di persone sieropositive, che cioè hanno contratto il virus dell'HIV, responsabile dell'AIDS. In Italia le persone sieropositive sono 140mila ma si calcola che

¹ Vecchio G. M., *Lo sviluppo delle Life Skills negli adolescenti: Autoefficacia e Competenza*, Tesi di Dottorato Università La Sapienza, Roma, 2005, p.4

almeno un sieropositivo su quattro non sappia di esserlo e alcuni studiosi ritengono che i sieropositivi inconsapevoli possano essere addirittura più di centomila.

La principale novità degli ultimi trent'anni è stata l'adozione delle terapie antiretrovirali, che hanno consentito una drastica diminuzione della mortalità tra i pazienti trattati.

Particolarmente efficace è il trattamento delle donne incinte, che impedisce la trasmissione del virus da madre a figlio. Ora tra i principali obiettivi dell'Oms c'è la somministrazione dei medicinali a 15 milioni di persone e l'eradicazione del virus.

Uno dei punti focali dell'opera di ricezione di dati e di prevenzione tra i giovani è quindi quello di informare circa le novità intervenute negli ultimi anni nella lotta all'AIDS e sfatare falsi miti e stigmi radicati nella popolazione giovanile.

3. IL QUESTIONARIO

Il questionario è stato ideato e pensato per essere rivolto a ragazzi nell'età della scuola superiore, dai 14 ai 18 anni. L'obiettivo principale della ricerca è quello di sondare il loro livello di conoscenza a proposito di AIDS, HIV e malattie sessualmente trasmissibili, la loro consapevolezza riguardo la prevenzione di queste malattie e il loro grado di percezione del rischio. Il progetto entro il quale mi sono mosso ha come fine ultimo quello di iniziare una serie di cicli d'interventi formativi nelle scuole superiori delle Regioni coinvolte. Durante questi incontri, che si svolgeranno durante l'anno scolastico 2013/2014, verrà proposta nelle classi la versione definitiva del questionario del quale ho curato la somministrazione pilota che presento in questa tesi.

Il questionario pilota consiste in 31 domande a risposta multipla con una sola possibilità di risposta, le domande sono finalizzate a indagare i principali argomenti generali di conoscenza e prevenzione del problema:

- STIGMA/SOCIALIZZAZIONE domande 8-22-26-29
- FORME DI CONTAGIO domande 3-4-5-19-20-21-27-28
- COME PREVENIRE domande 6-13
- TEST HIV domande 31-32
- TEMPI E SINTOMI DELLA MALATTIA domanda 10

- CURE domanda 12
- CONOSCENZA E GRADO
DI INFORMAZIONE SULL'ARGOMENTO domande 1-2-7-11-14-15-16
17-23-24-25
- VISIONE PERSONALE domande 9-18

Il campione di giovani da me analizzato è eterogeneo per tipologia di luoghi di aggregazione frequentati e inclinazioni di vita personale, ma circoscritto al contesto territoriale del comune di Bassano del Grappa, nella provincia di Vicenza.

La ricerca è stata svolta partendo da alcuni conoscenti per poi svilupparsi attraverso il passaparola, circoscrivendo gli intervistati all'età compresa nel *range* di riferimento. I ragazzi sono stati intervistati sia singolarmente che tramite visite in luoghi di aggregazione giovanile durante le quali sono stato in grado di somministrare il questionario contemporaneamente a diversi ragazzi riuniti in gruppi.

Il fine ultimo della mia ricerca sul campo è stato quello di verificare l'efficacia della struttura del questionario pilota. Il questionario, formulato e validato da una serie di docenti esperti e figure autorevoli nel campo dell'infettivologia, si componeva di 31 domande a crocette. La struttura era di tipo quantitativo e gli item nel questionario pilota seguivano un ordine volutamente casuale alternandosi tra quesiti improntati sul sondaggio del livello di conoscenza del tema e altri di tipo squisitamente comportamentale.

Le domande sono state organizzate a risposta chiusa singola e, tralasciando gli item con domanda di tipo comportamentale, prevedevano una sola risposta corretta. Non erano presenti domande a risposta dicotomica (si/no).

Questa fase di test di ricerca ha avuto essenzialmente l'obiettivo di adattare e calibrare lo strumento ai caratteri e requisiti di un campione molto più esteso cui sarà destinata l'indagine istituzionale.

Il questionario finale mostra modificazioni di ordine e formulazione di alcune domande e sarà presentato nel dettaglio in un capitolo a parte nelle sue differenze sostanziali rispetto alla versione pilota da me testata tramite somministrazione. Lo strumento definitivo è stato tracciato anche grazie ai contributi dei focus group e all'analisi dei risultati della fase preliminare.

La ricerca vera e propria sarà attivata durante l'anno scolastico 2013/2014 al fine di proporla agli studenti durante gli orari di lezione. Attraverso accordi con le scuole, si prevede di raggiungere complessivamente 5.000/6.000 ragazzi tra i 14 e i 18 anni nelle 6 Regioni di interesse sopraccitate in premessa.

4. EVOLUZIONE DEL PROBLEMA HIV

«La data ufficiale d'inizio dell'epidemia di AIDS è il 5 giugno 1981, il giorno in cui il Center for Disease Control and Prevention (Cdc) di Atlanta in Georgia, rese nota l'identificazione di un piccolo focolaio epidemico di polmonite da *Pneumocystis carinii* costituito da cinque maschi adulti omosessuali di Los Angeles. [...]. L'esistenza di soggetti affetti da una grave forma di immunodeficienza che, interessando soggetti adulti (tutte le forme di immunodeficienza "congenita", dovute cioè, alla presenza di anomalie genetiche ereditarie, si manifestano fin dalla prima infanzia) non poteva che essere "acquisita" nel corso dell'esistenza per cause sconosciute».²

In seguito a queste diagnosi si verificarono altri casi di patologie con interesse delle mucose che normalmente si verificavano solo in pazienti anziani con una ridotta capacità di risposta immune, si notò quindi che queste sindromi di immunodeficienza acquisite erano associate a una notevole riduzione dei linfociti T-CD4-positivi. La presenza di questa sindrome nella sola comunità gay indusse gli studiosi a pensare che si trattasse di un'infezione dovuta al comportamento dedito a droghe e a pratiche sessuali traumatizzanti degli omosessuali. Quando però furono diagnosticati casi di sindrome da immunodeficienza acquisita in soggetti che non avevano alcun rapporto con gli atteggiamenti sessuali e culturali della comunità gay, ma che erano stati sottoposti a trasfusioni di sangue, iniziò a prendere piede l'idea che la causa fosse un agente infettante per via sanguigna. Inoltre, le massicce terapie antimicrobiche messe in atto per curare la malattia diffusa tra gli omosessuali dell'infezione multipla rettale

² Michele La Placa, Virus e batteri, Il Mulino, Bologna, 2011, p.94

(detta *gay bowel syndrome*), che si credeva correlata all'immunodeficienza, non ottennero risultati, questo portò a pensare che le cause fossero di tipo virale. Nel giugno dell'82 si cominciò a pensare che la malattia fosse causata da un agente infettivo che si trasmetteva per via sessuale: all'inizio di luglio alla Cdc furono riportati 452 casi, e solo un mese più tardi ci furono i primi casi ad Haiti e fra gli emofilici. Durante un congresso promosso dalla Food&Drug Administration a Washington, Bruce Voeller (biologo e ricercatore statunitense morto nel 1994 proprio di AIDS) propose di chiamare questa malattia AIDS, ad indicare l'insieme dei sintomi e delle infezioni associate ad una depressione del sistema immunitario non congenita. Nel dicembre di quell'anno, quando anche in Europa si manifestarono i primi casi, la Cdc riportò il primo caso di trasmissione di AIDS da madre a feto. Nel 1983 si ebbe un'ulteriore prova che la malattia avrebbe potuto essere di origine virale: l'HIV si trasmetteva fra uomo e donna tramite rapporti eterosessuali. Nel mese di maggio il virologo francese Luc Montagnier, dell'Istituto Pasteur di Parigi, riuscì ad isolare un virus che si pensava essere il responsabile dell'HIV, lo chiamò LAV (Virus Associato alla Linfadenopatia). Un virus simile al LAV venne isolato dal professore americano Robert Gallo in un'elevata percentuale di persone affette da AIDS e in nessuno dei soggetti sani di controllo. Inizialmente venne chiamato HTLV-III e in seguito ribattezzato HIV. Il 1985 fu l'anno che decretò l'identità fra il virus scoperto da Montagnier e quello scoperto da Gallo e che vide svolgersi la Prima Conferenza Internazionale sull'AIDS, in aprile ad Atlanta. Inoltre negli Stati Uniti furono messi a punto i primi test per individuare la presenza di anticorpi al virus HIV nel sangue. Sviluppi di ricerca medica hanno successivamente evidenziato la complessità della malattia: «studi di epidemiologia molecolare hanno permesso di tracciare il percorso del virus nelle diverse aree del globo e hanno evidenziato come la pandemia sostenuta da HIV sia composta da una serie di subepidemie attribuibili a diversi sottotipi virali».³ Oggi sappiamo che quando il virus dell'HIV infetta un organismo si lega ai recettori delle cellule e riesce in tal modo a entrare nella cellula stessa, infettandola. Il virus penetra nell'interno della cellula attraverso il rivestimento esterno e il materiale genetico dell'HIV (RNA) viene trascritto in forma di molecola di DNA grazie a un enzima chiamato

³ Rezza G., Epidemie origini ed evoluzione, Carrocci Roma 2010 pp. 84-85

“trascrittasi inversa”. Parte del DNA virale si inserisce nel materiale genetico della cellula e dà origine ad altre particelle virali.

Il DNA della cellula infettata si riproduce e crea nuove cellule di virus HIV che si diffondono nel sangue della persona fino a giungere ai linfonodi, elementi cruciali del sistema immunitario che si trovano in tutto il corpo. All'interno dei linfonodi il virus si moltiplica molto in fretta e si diffonde ad altri organi o tessuti: per questo motivo non è possibile curare l'AIDS sostituendo il sangue infetto con sangue non infetto.

Nelle fasi iniziali dell'infezione (3-6 settimane dal contagio) la maggior parte dei pazienti manifesta una serie di sintomi che possono comprendere: febbre, stanchezza, faringite, ingrossamento dei linfonodi, dolori muscolari, diarrea, cefalea, vomito, perdita di peso, candidosi. Tali sintomi, simili a quelli dell'influenza o della mononucleosi, costituiscono la cosiddetta “infezione acuta da HIV”, che solitamente dura circa 2 settimane, ma può anche durare 1-2 mesi.

Durante la fase acuta l'organismo inizia a produrre gli anticorpi contro l'HIV e quindi i test diagnostici dell'HIV diventano positivi (cioè viene riscontrata la presenza degli anticorpi nel sangue). Tale momento è detto “sieroconversione”.

Molti, prima degli sviluppi in campo medico, si riferivano a questa malattia come alla “immunodeficienza associata ai gay” o al “cancro dei gay”, ma quando il 7 novembre 1991 uno sportivo del calibro del giocatore NBA Magic Johnson dichiarò la sua sieropositività ritirandosi dal basket professionistico, l'opinione del pubblico nei confronti della malattia subì una svolta; solo due settimane dopo l'addio al basket di Magic, anche Freddie Mercury dichiarò di avere l'AIDS e il giorno seguente morì, aveva tenuto nascosta la malattia per diversi anni.

Oggi esiste una giornata mondiale dell'AIDS e il nastro rosso, diventato il simbolo internazionale della lotta all'AIDS, ed è riconoscibile a tutti, esso porta con sé il significato del supporto per le persone che devono convivere con la malattia e il dramma della sieropositività è realmente concepito nella sua portata.

« Se negli anni '80 l'HIV e l'AIDS erano considerate le malattie dei "drogati e degli omosessuali", oggi non è più così», dice Vincenzo Germanò, vicepresidente dell'Asa Onlus. «Il maggior numero di infezioni non avviene più, come agli inizi, per la tossicodipendenza, ma è avvenire prevalentemente per via sessuale, soprattutto eterosessuale. Ci si ammala inoltre in età sempre più avanzata, sia nei maschi che

nelle femmine: rispettivamente 44,7 e 40 anni.» A differenza di 20, 30 anni fa, i giovani non conoscono questo virus: «Quando andiamo a fare informazione nelle scuole e nelle discoteche e regaliamo i preservativi, spesso ci sentiamo dire da ragazzini di 15-16 anni: “No grazie, noi non lo usiamo”. E' importante sapere che il preservativo rimane uno degli unici metodi in grado di proteggerci da questa malattia».⁴

Il miglioramento della salute sessuale e riproduttiva è una priorità di salute pubblica sia a livello nazionale che a livello internazionale. Secondo l'UNAIDS / OMS, il numero di persone che vivono con HIV in tutto il mondo continua a crescere, e nel 2008 è stato stimato intorno ai 33,4 milioni, un dato addirittura del 20% superiore alla stima del 2000.⁵ Nel Regno Unito è stato stimato che nel 2008 83.000 persone vivevano con l'HIV, e che un quarto di essi fosse ignaro della propria infezione. La preoccupazione è anche guidata dai tassi crescenti di infezioni trasmesse sessualmente (MST) nel Regno Unito e gli alti livelli di gravidanze in età adolescenziale. E' ampiamente riscontrato che la ricerca incentrata sui comportamenti a rischio sia necessaria per informare e valutare interventi mirati a migliorare la salute sessuale e riproduttiva. Soprattutto tra i più giovani l'educazione alla prevenzione e la consapevolezza del problema sono cruciali per la lotta all'AIDS perché la diagnosi ha la possibilità di svelare l'insorgere della malattia in tempi sufficienti per procedere a una delle nuove terapie. La maggior parte dei giovani non sa che la sieropositività è una condizione spesso inconsapevole e non sono consci dell'importanza della prevenzione e degli accertamenti medici.

5. I GIOVANI E LA SESSUALITA'

La consapevolezza della delicatezza della fase adolescenziale e della tematica da affrontare con la ricerca “Cosa ne sai” mi hanno indotto ad approfondire, prima di procedere con la sperimentazione dei questionari pilota, il tema dei giovani e la

⁴ <http://www.vanityfair.it/news/italia/2011/12/1/aids-hiv-giornata-mondiale-storia#?refresh=ce>

⁵ Annual Report UNAIDS 2009: «*New HIV Infections worldwide have dropped by 17% since 2001. Of the 33.4 million people living with HIV worldwide, almost half are women. Since the beginning of the epidemic, almost 60 million people have been infected with HIV. 25 million people have died of HIV-related causes* »

sessualità, da sempre oggetto di riflessioni da parte della comunità scientifica anche per il suo incessante mutare e divenire.

La sessualità umana costituisce un elemento determinante per lo sviluppo della personalità, è un mezzo di espressione e di comunicazione, nucleo centrale dell'identità e dell'idealizzazione della persona: riguarda il modo di porsi in relazione con gli altri e il proprio essere nel mondo. Non coincide cioè con gli organi genitali ed il loro funzionamento, ma comprende l'intero corpo e tutta la persona in un movimento verso una formazione psichica conseguente alla formazione fisica. La sessualità non è qualcosa che viene coinvolto solo quando si desidera soddisfare il bisogno sessuale, ma l'essere femmina o l'essere maschio si riflette su tutto quello che facciamo: nel periodo dell'adolescenza emerge subitaneamente questa connotazione e distinzione sessuale.

L'adolescenza è il periodo in cui si pensa a se stessi come non era mai stato fatto in precedenza attraverso una scoperta del proprio corpo e delle sue potenzialità. Gli adolescenti iniziano a interrogarsi sui propri cambiamenti e spesso subiscono più che scoprire la propria sessualità, il corpo si fa veicolo di conoscenza di sé e degli altri a prescindere dal mondo interiore: « il corpo è, in certo modo e perfino inevitabilmente, libero nel suo agire, nella sua ricettività, nella sua parola, desiderio e mobilità. È fuori da se stesso, nel mondo degli altri, in uno spazio e in un tempo che non controlla, e non solo esiste nello spazio vettoriale di queste relazioni, ma in quanto esso stesso vettore. In questo senso il corpo non appartiene a se stesso.»⁶

Lo sviluppo puberale porta i ragazzi a chiedersi per la prima volta in vita loro "chi sono io?", questo significa anche porsi delle domande sul proprio essere maschio o femmina, ossia sulla propria identità di genere.

L'identità di genere sessuale ciascuno la costruisce entro i primi 3 o 4 anni di vita, sulla base del sesso biologico, ma non solo. Sono anche determinanti le relazioni interpersonali che il bambino ha, fin dalla nascita, con le figure genitoriali. I genitori infatti, nel loro entrare in relazione con il figlio, ne confermano, attraverso messaggi consci ed inconsci, verbali e non verbali, la mascolinità o femminilità. I genitori hanno

⁶ Butler J., *Vulnerabilità e capacità di sopravvivenza*, KainoS, Rivista Filosofica On-line, (8), p.5

una propria idea su quello che è un maschio o una femmina, su quello che deve o non deve fare e su questa idea tarano il loro modo di rapportarsi.

Maschi e femmine utilizzano poi il genitore dello stesso sesso come modello di identificazione ed anche questo contribuisce a facilitare la strutturazione dell'identità di genere, soprattutto se il genitore in questione si sente bene e a suo agio nella propria mascolinità o femminilità.

Altro aspetto fondamentale che serve da rinforzo dell'identità è anche il riconoscimento del genitore dell'altro sesso. « “Riconoscimento” in questo caso significa disponibilità a porsi come oggetto d'amore e a ricambiare un amore di pari intensità. Un amore in cui l'aspetto sessuale non viene agito, ma l'intensità dell'affetto, dell'accettazione, dell'apprezzamento del genitore del sesso opposto riflette come in uno specchio una immagine “bella”, che accompagnerà con fiducia l'adolescente nella sua vita di relazione e nel suo incontro con l'altro.»⁷

L'identità sessuale ha però anche un'altra componente, legata al riscontro sociale, cioè al ruolo: il ruolo sessuale è costituito da quell'insieme di aspettative che si rivolgono ad una persona sulla base del sesso biologico di appartenenza. Nella nostra cultura esistono aspettative differenti a proposito dei comportamenti ritenuti appropriati ai due sessi, sebbene certe rigide stereotipie, caratteristiche di qualche tempo fa, siano in trasformazione, un aspetto che complica di non poco il lavoro del formatore.

In adolescenza, ragazzi e ragazze sono chiamati al distacco dalle loro figure di identificazione primaria (i genitori) per ulteriormente definire una propria identificazione con il ruolo maschile e femminile. In questa prospettiva assumono particolare rilevanza i modelli proposti dai mezzi di comunicazione di massa, soprattutto per coloro che per varie ragioni non hanno potuto trovare in famiglia o comunque in adulti di riferimento dei modelli efficaci di identificazione. Proprio in relazione a questo è utile attivare un senso critico che permetta di orientarsi tra gli innumerevoli modelli proposti, soprattutto nell'ottica di scegliere quelli che meglio possano armonizzarsi con il proprio mondo interno. «Incontrare adolescenti è sempre una sfida. Non sai mai cosa ti devi aspettare

⁷ Iaccarino B., Esposito C., Rossari P., Giorgi G., *Obiettivi reali ed utopie dell'educazione sessuale oggi. Ziele und utopien der sexualerziehung heute*. Bericht über das Seminar, Atti del seminario, Bolzano, 1987, p.35

e devi essere pronto a stravolgere teorie, clichè e pensieri comuni sapendo che è più difficile di quanto si possa immaginare.»⁸ Nel rapportarsi con gli adolescenti ci si imbatte in una barriera posta dall'archetipo adulto=persona normale vs adolescente=immaturo/strano, spesso i ragazzi non sono trattati come delle persone adulte ma come soggetti nel bel mezzo del passaggio dalla fanciullezza alla maturità. L'adolescenza è, come detto in precedenza, un periodo in cui si ricerca una propria individuazione, una originalità che permetterà di costruire l'autonomia di scelta e lo sviluppo di una progettualità per il futuro; è il tempo nel quale l'immagine di se stessi e del mondo cambia col cambiare del proprio corpo, quando la forma tangibile della propria immagine muta profondamente e si creano nuovi processi di conoscenza ed esperienza. «La sessualità in adolescenza è il naturale sviluppo di relazioni ricercate all'esterno dell'ambito familiare. In ogni cultura e in ogni epoca storica la fase adolescenziale è caratterizzata da un allargamento della sfera sociale e dalla ricerca di un legame di coppia con un proprio coetaneo. Da sempre tale legame svolge diverse funzioni psicologiche: aiuta l'adolescente a diventare autonomo, favorendo il distacco emotivo dai genitori e garantendo un adeguato sostegno, facilita la consapevolezza della propria identità sessuale, fornendo un'importante conferma all'immagine di sé, alla propria autostima e all'identità di ruolo sessuale, aiuta a realizzare una sintesi tra tenerezza e sensualità. Nonostante queste caratteristiche costanti della sessualità, i comportamenti dei giovani in ambito sessuale sono notevolmente cambiati negli ultimi 40 anni: l'inizio dell'attività sessuale si è a mano a mano spostato verso età più precoci, si è verificato un incremento di gravidanze in età minorile e di infezioni sessualmente trasmesse ed è aumentato l'uso di alcol o di droghe congiuntamente all'attività sessuale.»⁹

Il mio lavoro di ricerca e sperimentazione dei questionari pilota, proprio in considerazione della delicatezza del tema trattato, è stato piuttosto complesso dal punto di vista dell'approccio, seppur informale: spesso l'imbarazzo e la pudicizia non hanno

⁸ Bettini G., Campanaro P., Pellegrini G., Meneghetti D. (a cura di), *Ho qualcosa da comunicare... Un viaggio nel mondo relazionale dei quindicenni vicentini*, Cosmo, Vicenza, 2010, p.3

⁹ Mirandola M., Baldassari D. (a cura di), *I giovani in veneto, approfondimento dei risultati dell'indagine Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2002 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui giovani di 11, 13 e 15 anni*, Cierre Edizioni, Verona 2006 p. 335

consentito a molti di soffermarsi a compilare il questionario, e altre volte sono stati i genitori a impedire che io somministrassi ai loro figli il nostro questionario.

Per sviluppare efficacemente la mia indagine ho quindi ricercato i dati già raccolti dagli studiosi e le associazioni circa il comportamento dei ragazzi in età scolare: lo strumento principale è stato lo studio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui giovani di 11, 13 e 15, consultato nel sito ufficiale dell'HBSC.¹⁰ Lo studio è un'iniziativa internazionale svolta ogni 4 anni in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa. Grazie ai dati presenti nella banca dati ho potuto farmi un'idea dell'ambiente entro il quale stavo iniziando la somministrazione del questionario pilota, un ambiente quanto mai delicato e di difficile interpretazione formale.

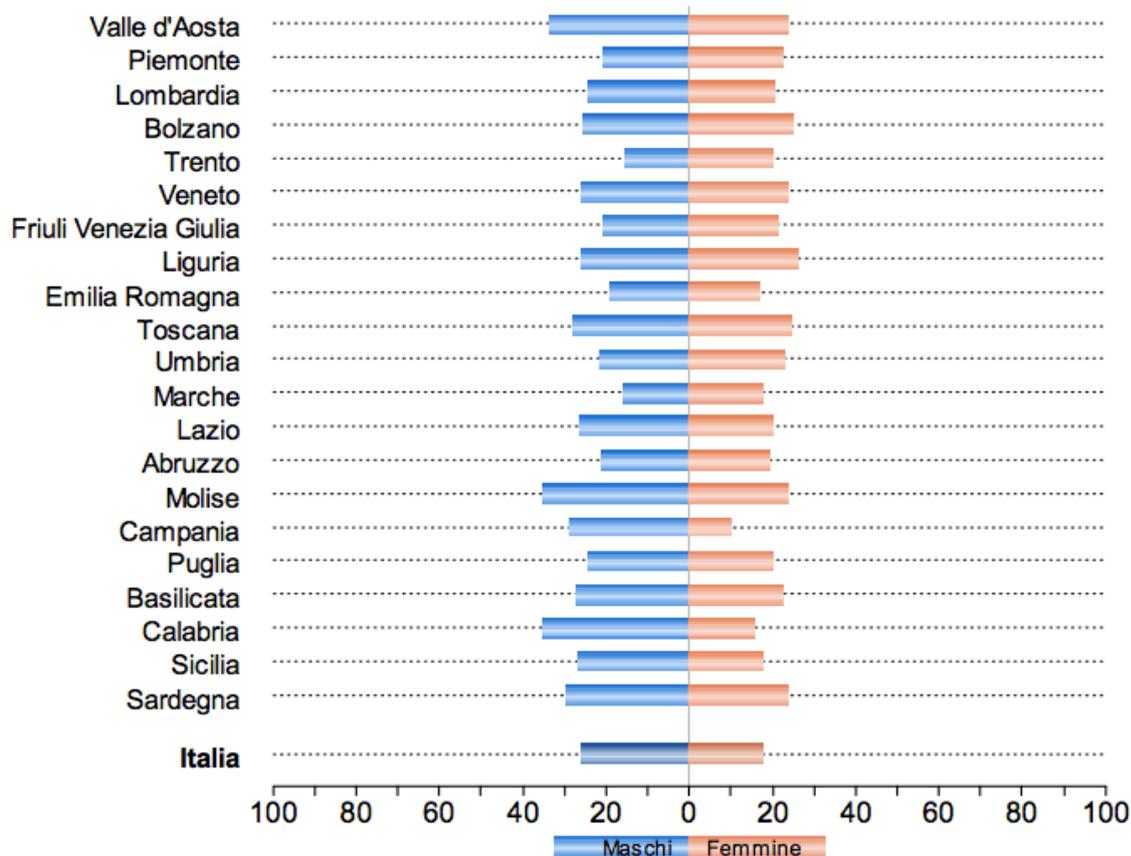
In particolare mi sono concentrato sulla ricerca dei dati a proposito dell'attività sessuale dei giovani nell'età del campione, per capire quale fosse l'incidenza del rischio AIDS connesso all'attività sessuale, il dato molto importante per il lavoro. In base ai risultati di una ricerca effettuata in Veneto nel 2010 alla domanda (posta ai soli ragazzi quindicenni) se avessero avuto dei rapporti sessuali completi, ben «un quarto del campione ha affermato di averne avuti [...] Le differenze tra maschi e femmine sono minime (25,3% vs 24,8%)».¹¹

Analizzando i dati aggregati dell'Italia del 2010 con percentuali regione per regione (tavola 1) di quanti quindicenni abbiano già avuto rapporti sessuali, si può notare come il dato del Veneto si assesti sulla media italiana che è intorno al 25% di ragazzi già attivi sessualmente.¹²

¹⁰ <http://www.hbsc.unito.it/it/>

¹¹ Bertinato G., Mirandola M., Rampazzo A., Santinello M. (a cura di), *Secondo rapporto sullo stato di salute e gli stili di vita dei giovani veneti in età scolare*, Italian Health Psychology (Psicologia della Salute), 1, 145-153, 2010, p. 12

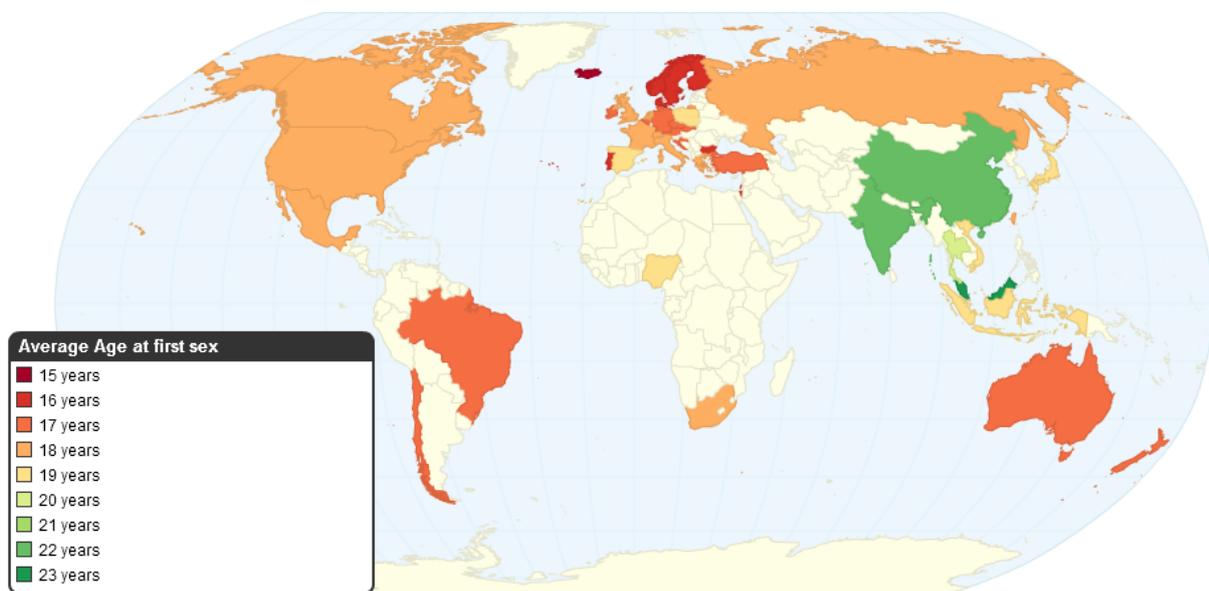
¹² Cavallo F., Giacchi M., Santinello M., *Presentazione dei risultati dello studio HBSC Italia 2009 – 2010* (Health Behaviour in School-Aged Children) Roma, 12 ottobre 2010



(tavola 1)

Con questi dati alla mano ho potuto rapportarmi con i giovani del campione senza molti preconcetti circa la loro attività sessuale e su di essi mi sono basato per riportare dei dati concreti circa la sfera sessuale dei ragazzi. Non ho quindi rivolto specificatamente la domanda ai componenti del campione da me analizzato (se essi avessero o meno avuto rapporti sessuali completi), perché avrebbe potuto essere troppo diretta e personale, anche se questa risposta avrebbe potuto gettare una importante luce sull'effettivo e fattuale rischio di trasmissione sessuale della malattia tra i giovani. Nonostante prevalga un atteggiamento favorevole alla contraccezione e una discreta percentuale di informazioni corrette sull'argomento, sui comportamenti effettivamente agiti ci sono molti dubbi. Quello della prevenzione è un comportamento complesso che, per poter essere gestito correttamente, presuppone la presenza di capacità diverse, ancora poco strutturate negli adolescenti, la cui acquisizione richiede perciò del tempo e un'adeguata educazione sessuale.

In altri lavori di ricerca svolti a livello internazionale, osservando le abitudini e i comportamenti sessuali degli adolescenti e chiedendo loro come e con che frequenza essi facciano attività sessuale, è stato riscontrato un sensibile e progressivo aumento delle attività sessuali, una liberalizzazione nell'espressione sessuale (rapporti con diversi partner, maggiore frequenza dei rapporti), un'iniziazione più precoce per le femmine, forte promiscuità e uno scarso ricorso all'uso del preservativo. Nella figura 1 si possono notare graficamente i dati circa l'inizio dell'attività sessuale dei giovani.



(figura 1)

Tali dati ci obbligano così a considerare il problema del rischio di infezioni trasmesse per via sessuale in adolescenza, ed in particolare su uno dei suoi aspetti più preoccupanti: l'accettabilità che i giovani hanno verso questo rischio.

Sicuramente il comportamento sessuale degli adolescenti è molto cambiato nel tempo: le prime esperienze avvengono prima e il numero di partner sessuali è aumentato:

«*The proportion of young people who have already had sexual intercourses: research shows that the percentage of sexually active 17-year-olds increased in the last 20 years for girls from 33% to 46% and for boys of the same age, from 23% to 51%.*

This increase took place before 1987. Since then, the proportion of sexually active young people of this age has not changed.»¹³

Table 1. Prevalence of Participants Reporting Ever Having Had Sexual Intercourse by Country and Sex According to the 2002 World Health Organization Health Behaviour in School-aged Children Study

Country	Participants, No.	Boys Who Reported Having Had Sexual Intercourse, No. (%)	Girls Who Reported Having Had Sexual Intercourse, No. (%)
Austria	1227	133 (21.7)	110 (17.9)
Canada	1102	114 (24.1)	150 (23.9)
Croatia	1388	131 (21.9)	65 (8.2)
England	1675	290 (34.9)	409 (39.9)
Estonia	1237	114 (18.8)	89 (14.1)
Finland	1700	193 (23.1)	282 (32.7)
Flemish Belgium	1946	238 (24.6)	225 (23.0)
France	2505	312 (25.1)	224 (17.7)
Greece	1255	196 (32.5)	62 (9.5)
Hungary	1302	123 (25.0)	132 (16.3)
Israel	1135	167 (31.0)	49 (8.2)
Latvia	1053	86 (19.2)	75 (12.4)
Lithuania	1842	229 (24.4)	83 (9.2)
Macedonia	1342	214 (34.2)	19 (2.7)
Netherlands	1235	143 (23.3)	127 (20.5)
Poland	2110	207 (20.5)	102 (9.3)
Portugal	783	108 (29.2)	79 (19.1)
Scotland	1115	179 (32.1)	190 (34.1)
Slovenia	1010	143 (28.2)	101 (20.1)
Spain	1672	134 (17.2)	124 (13.9)
Sweden	1179	145 (24.6)	172 (29.2)
Switzerland	1434	177 (24.1)	142 (20.3)
Ukraine	1600	341 (47.1)	172 (24.0)
Wales	1096	153 (27.3)	206 (38.5)

(tavola 2)

Per avvalorare queste affermazioni mi riferisco ai dati dell'HBSC del 2002 (tavola 2) a livello internazionale nel quale quasi 34000 quindicenni provenienti da 24 paesi differenti hanno compilato anonimamente un questionario. L'indagine ha rivelato che alla maggior parte mancava ancora qualsiasi tipo d'esperienza del rapporto sessuale e, tra coloro che erano già sessualmente attivi, l'82% utilizzava un qualche tipo di contraccettivo.¹⁴ (tavola 2)

¹³ Koffi-Blanchard MC, Dubois-Arber F, Michaud PA, Narring F, Paccaud F. *Has the age of onset of sexual activity in youths changed in the time of AIDS? Literature review 1972-1992*. Schweiz Med Wochenschr. 1994 Jun 18;124(24):1047-55.

¹⁴ Godeau E., Nic Gabhainn S., Vignes C., Ross J., Boyce W., Todd J. (2008). *Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries*. Arch Pediatr Adolesc Med 162 (1): 66–73.: «In total, 82.3% of sexually active students reported that they or their partner used condoms and/or birth control pills at their most recent intercourse and as such can be considered as protected against pregnancy regardless of any supplemental methods used»

Evitando di considerare i dati estremi si può dire approssimativamente che circa il 20% dei quindicenni nel mondo ha già avuto esperienze sessuali, con risultati diversi da Paese a Paese e a seconda del genere sessuale, ma con una percentuale molto simile che si assesta appunto intorno al 20%. Nello specifico, possiamo analizzare i dati dei paesi a noi vicini geograficamente come l’Austria dove il 21% degli intervistati maschi e il 17,9% delle femmine ha già avuto la prima esperienza sessuale, oppure citare il dato di un Paese vicino all’Italia per cultura e tradizione come la Spagna: qui i quindicenni maschi che hanno già avuto rapporti sessuali sono il 17,2% e le femmine il 13,9% su un totale di 1672 quindicenni intervistati.

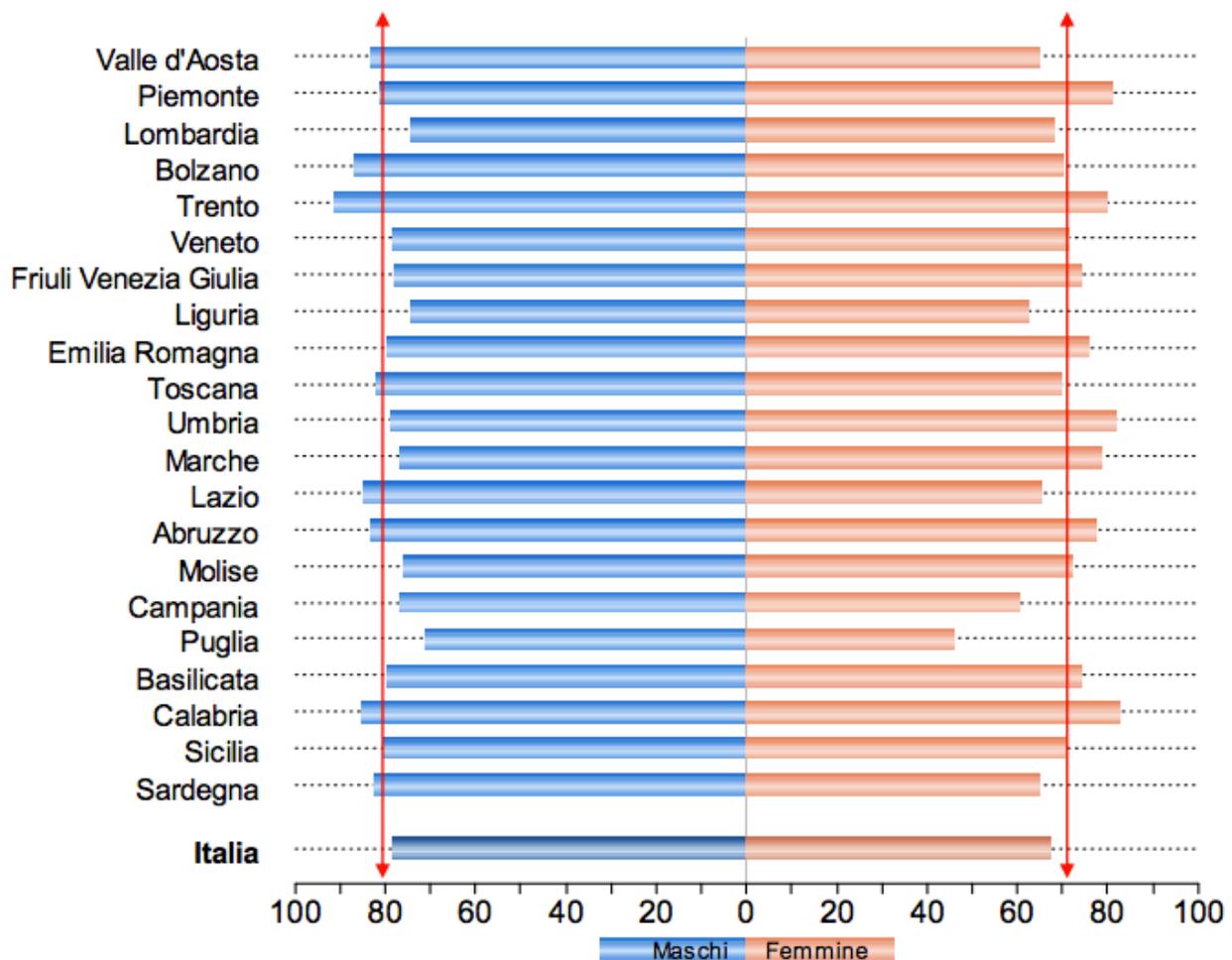
Nei paesi anglosassoni e nordici la percentuale aumenta sensibilmente fino al dato massimo riscontrato in Inghilterra dove il 34,9% dei maschi e il 39,9% delle femmine quindicenni ha già sperimentato la vita sessuale.

In conclusione sono una minoranza i giovani che hanno già avuto rapporti sessuali a partire dai 15 anni, ma sono una fetta abbastanza consistente e in continuo aumento.

*«A substantial minority of 15-year-olds have engaged in sexual intercourse. Condom use is the most frequent method of contraception reported by the sexually active respondents, followed by the dual use of condoms and contraceptive pills and contraceptive pills only. The proportions of poorly protected and unprotected youth remain high, and attention to international policy and practice determinants of young sexual behavior and contraceptive use is required».*¹⁵

Tornando ai dati italiani abbiamo visto che il 26,2% dei maschi e il 18% delle femmine dichiara di aver già avuto un rapporto sessuale completo e tra coloro che hanno avuto rapporti, il 78,6% dei maschi e il 67,4% delle femmine dichiarano di aver utilizzato il preservativo durante l’ultimo rapporto. (tavola 3)

¹⁵ Godeau E., Nic Gabhainn S., Vignes C., Ross J., Boyce W., Todd J., *Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries*, Arch Pediatr Adolesc Med 162, 2008, p. 72



(tavola 3)

Si può dire che l'uso del preservativo sia una pratica diffusa e interiorizzata dai giovani, ma il rischio che il comportamento fattuale si discosti da quello dichiarato è molto alto. Avvicinandosi molto di più al campione cui mi sono riferito possiamo citare le risposte date da 1765 ragazzi della provincia di Vicenza intervistati in un'indagine del 2010 a cura dell'ufficio scolastico della Provincia,¹⁶ per loro avere rapporti occasionali senza profilattico è:

- Accettabile per il 46,46% degli intervistati.
- Non accettabile per il 53,54% degli intervistati.

¹⁶ Bettini G., Campanaro P., Pellegrini G., Meneghetti D., op cit, p.45

Nello specifico si può notare come la percentuale di accettabilità da parte dei maschi sia molto più alta rispetto a quella delle femmine (tavola 4)

Avere rapporti sessuali occasionali senza profilattico	Maschi	Femmine	Tot
Accettabile	521 55.43	298 36.12	819
Non accettabile	419 44.57	527 63.88	946
Non risposte	10	3	13
Totale	940	825	1765

(tavola 4)

In base a queste risposte sembrerebbe che il livello di accettazione dei rischi connessi all'attività sessuale non protetta sia abbastanza alto. Questo disinteresse nei confronti della sicurezza sessuale si riscontra soprattutto se notiamo che nella stessa ricerca lo stesso campione di intervistati reputi inaccettabile nella misura del 68% l'aver rapporti omosessuali: il livello di accettabilità del rapporto sessuale non protetto è pari al livello di inaccettabilità, mentre il livello di accettabilità del campione verso i comportamenti omosessuali è intorno al 20%. C'è da dire che l'uso di sistemi profilattici o contraccettivi è una pratica profondamente personale e quindi le risposte sul loro utilizzo possono essere false; in una ricerca finalizzata a misurare il comportamento sessuale degli adolescenti di qualche anno fa¹⁷ è risultato che gli adolescenti hanno difficoltà a ricordare l'uso che fanno dei contraccettivi, anche se si tratta di brevi periodi di tempo, per la non regolarità dell'utilizzo. Inoltre, gli adolescenti potrebbero usare sporadicamente il preservativo, la pillola anticoncezionale o altri metodi a seconda della situazione o del partner con cui hanno un rapporto sessuale. Infine, se si chiede qual è il loro comportamento tipico, è più probabile che le risposte degli intervistati (sia adulti

¹⁷ Morris L., Warren C.W., Aral S.O., *Measuring adolescent sexual behaviors and related health outcomes*. Public Health Reports, 1993, 108(Suppl. 1):31-36.

che giovani) siano influenzate da quelli che sarebbero i comportamenti socialmente accettati o che rientrano nei canoni della desiderabilità sociale.

Ad ogni modo l'uso del profilattico come contraccettivo e protezione da malattie sessualmente trasmissibili è molto aumentata nel tempo: « *Among sexually active students in grades 9-12 in 2001, 58% reported using a condom the last time they had intercourse. This percentage is two to three times higher than those reported in the 1970s before AIDS became a public issue. This increase over time suggests that the emergence of AIDS and public campaigns to prevent AIDS through increased condom use have actually increased condom use.*»¹⁸

Interessante anche la successiva tavola (tavola 5) sempre ricavata dall'indagine presso gli uffici scolastici di Vicenza, che distingue la propensione a parlare di sesso col gruppo dei pari in base alle votazioni scolastiche.

	Sufficiente	Buono	Distinto	Ottimo	Tot
Sempre	236 36.36	181 31.10	87 26.36	48 24.37	552
Spesso	177 27.27	148 25.43	94 28.48	39 19.8	458
A volte	148 22.8	167 28.69	101 30.61	67 34.01	483
Mai	88 13.56	86 14.78	48 14.55	43 21.83	265
N. R.	2	5	1	2	10
Totale	649	582	330	197	1758

(tavola 5)

Si evince da questa tavola che minore è l'impegno/resa scolastica maggiore è la tendenza a parlare spesso di sesso e sessualità con gli amici: il 63% di chi ha ottenuto sufficiente ne parla frequentemente contro il 44% di chi ha ottenuto ottimo.

Gli adolescenti di oggi hanno il bisogno urgente di essere educati sui temi della sessualità, ma le risposte educative presenti sul territorio non sono sempre efficaci da

¹⁸ Kennedy MG, Mizuno Y, Seals BF, Myllyluoma J, Weeks-Norton K. *Increasing condom use among adolescents with coalition-based social marketing*. AIDS. 2000 Aug 18;14(12):1809-18

un punto di vista di interiorizzazione e di presa di coscienza. Occorrono risposte meno teoriche e più concrete, esperienze vere.¹⁹

Nel valutare il significato di una legge specifica sull'educazione sessuale, è stato messo in evidenza come al di là della opportunità di una legge che renda obbligatoria l'educazione sessuale, lascia perplessi il clima di emergenza in cui il dibattito politico si è sviluppato. L'educazione sessuale non deve essere considerata solo uno strumento per combattere e prevenire gli aspetti negativi della sessualità, come per esempio la pedofilia. Oltre a mettere in guardia dai pericoli, serve a promuovere il benessere in questa sfera. La sessualità dovrebbe essere interpretata come un valore positivo, altrimenti si invalida la potenza dello strumento educativo. Prevedere un testo unico sull'educazione sessuale significa sottolineare la necessità di un approccio interdisciplinare che coinvolga docenti, psicologi, ginecologi, andrologi, per evitare di ridurre la sessualità alla sola sfera biologica.²⁰

Il bisogno di una vera e propria educazione alla sessualità nelle scuole si delinea anche nella posizione molto lontana dei genitori rispetto ai figli adolescenti in tema di sessualità: dalle ricerche sul campo è emerso che i genitori desiderano che i figli siano ben informati sui rischi connessi a certi comportamenti sessuali, ma propendono per la delega alla scuola o agli esperti; hanno un forte bisogno di consulenza rispetto alla gestione di nuovi comportamenti e richieste dei figli (amici, uscite, soldi, partner) e hanno una distorsione percettiva e temporale rispetto alla sessualità dei loro ragazzi, nel senso che li giudicano più lontani dal fare scelte di sessualità attiva di quanto non siano in realtà. Troppo tardi si inizia a parlare di sesso in famiglia e troppo spesso i ragazzi si sono informati autonomamente, o meglio hanno sfruttato le potenzialità di Internet per conoscere in modo bulimico e acritico la sessualità:

« Allo spegnere delle 15 candeline, è fatica inutile, l'erede ha già studiato tutto da solo nella sua cameretta. Ed è anche passato alla pratica. Perché secondo i dati del 2010 della Sigo, [...], una ragazza su sei a 14 anni ha già fatto l'amore e per 6 su 10 la prima volta è tra i 15 e i 18 anni.[...] I genitori insomma affrontano il sesso quando ormai i figli

¹⁹ Verde A., Calgaro L., *Educare alla sessualità in classe*, Tirrenia-Pisa, Edizioni del Cerro, 2006, p.3

²⁰ *ivi*

hanno già imparato tutto da madre web, dai siti porno, scambiandosi informazioni su Facebook [...]. Fantasiosi, sperimentatori, bi-curious tra baci saffici e identità sessuali sempre più confuse.»²¹

6. INFORMAZIONE TRA I GIOVANI

«C'è chi sostiene che l'Hiv non diverrà mai AIDS finché non si inizia l'apposita cura.. E si dice che sia una specie di virus del governo o inventato dalle case farmaceutiche x fare soldi.. Il dottore che sostenne ciò e fece anche degli esperimenti x dimostrare venne ucciso vedi su internet.. Sarà vero? Non lo so.. Ma quello che so è che di certo il governo ne sarebbe capace»

(Commento di un utente di un sito d'informazione sul contagio HIV)

La complessità di un tema controverso come quello dell'AIDS può indurre in confusioni di interpretazione, vista la varietà e la complessità delle voci presenti nelle pubblicazioni ufficiali e di Internet. Chi si avvicina alla ricerca delle fonti riguardo questa malattia si ritrova davanti una mole enorme di dati e posizioni discordanti. Il clima mentale col quale si affrontano le centinaia di relazioni, paper e interviste disponibili in rete oscilla tra il disincanto, la pietà e il sospetto e non è semplice riflettere a mente lucida sulle varie posizioni presenti. Ovviamente lo strumento di Internet è il più usato tra i giovani per recepire informazioni (d'altronde vedremo nelle risposte al nostro questionario pilota che la maggioranza del campione ritiene che Internet sia la maggior fonte di informazioni disponibile riguardo l'AIDS) ma esso è oltre che immensamente vasto e vario, spesso fuorviante e foriero di falsi miti e false interpretazioni. In Internet infuria una battaglia dialettica, a colpi di rimandi e citazioni più o meno autorevoli e/o attendibili, tra chi afferma la pericolosità del virus e chi predica che la malattia sia un complotto orchestrato ad arte da multinazionali del farmaco e lobby occulte.

²¹ Marocco T., 2010, *Il sesso dei nostri figli*, Panorama, 45:154-158.

Le due posizioni a confronto:

1. La posizione ufficiale:

- il virus HIV è la causa dell'AIDS, che è quindi una patologia infettiva.
- un test individua la presenza degli anticorpi e quindi del virus.
- il virus può avere un periodo di latenza fino a più di dieci anni.
- i sieropositivi (positivi-al-test) se non curati si ammaleranno e moriranno
- i farmaci antiretrovirali (AZT in testa) combattono la diffusione del virus e allungano la vita.
- alcuni sieropositivi non hanno sintomi perchè il virus è latente
- anche i sieropositivi asintomatici devono assumere la terapia al verificarsi di determinate condizioni.

2. La posizione dei dissidenti:

- il virus HIV non è stato mai isolato, probabilmente non esiste nemmeno, l'AIDS non è causato da un virus e non è quindi una patologia infettiva.
- l'AIDS è causato da un complesso di fattori (droghe pesanti, superesposizione ad agenti patogeni, farmaci) fortemente presenti in certi stili di vita, che alla lunga distruggono il sistema immunitario.
- i test HIV non sono specifici e non è chiaro che cosa individuino.
- la risposta positiva al test non è indice di niente e non giustifica alcuna terapia.
- i farmaci antiretrovirali sono inutili in quanto non c'è nessun virus da combattere, e soprattutto letali perchè possono portare alla morte in pochi mesi distruggendo in particolare il sistema immunitario.
- i malati di AIDS devono sospendere l'esposizione ai fattori patogeni, curarsi per le patologie specifiche di cui soffrono, seguire nel contempo terapie di sostegno per consentire al loro sistema immunitario il recupero.
- i farmaci antiretrovirali hanno trasformato in malati di AIDS individui altrimenti sani che hanno avuto la sfortuna di risultare positivi-al-test.

Avendo a disposizione pagine web a favore di una o l'altra posizione (in egual misura se non in misura addirittura superiore a favore delle posizioni complottiste) il giovane

che si impegna in una ricerca personale e individuale può confondersi le idee più che chiarirle. E' perciò importante e decisiva oggi più che mai una mediazione istituzionale ed autorevole che demarchi nettamente i focus principali su cui incentrare la comunicazione di informazioni circa l'infezione da HIV e l'AIDS. Lasciato a se stesso lo strumento del web è estremamente liquido e mutevole nei suoi contenuti e perciò non potrà mai rivelarsi una fonte attendibile e definitiva rispetto alle tematiche da noi trattate. Cito qui di seguito a titolo di esempio ciò che si può trovare navigando in rete:

«La guerra contro l'AIDS è stata finora un fallimento. Non esiste ancora una cura per la malattia. Si vive di più, ma non si riesce a distruggere il virus. L'unica politica di prevenzione è quella dei reiterati appelli per "rapporti protetti e siringhe pulite". I pazienti sieropositivi che hanno assunto la terapia antiretrovirale prima della comparsa dei sintomi hanno sviluppato l'AIDS con un'incidenza più alta rispetto a chi non ha preso farmaci. La stessa Food and Drug Administration afferma che "i farmaci non curano o prevengono HIV o AIDS e non riducono il rischio di contagio". Risultati certamente deludenti, considerato che l'AIDS è l'epidemia meglio finanziata di tutti i tempi.»

Oppure:

«Il virus HIV è una miniera d'oro, per la sua cura, non hanno interesse a debellarlo, le case farmaceutiche ne hanno bisogno per fare cassa, hanno interesse affinché l'AIDS diventi o rimanga una malattia cronica, in questo modo avranno milioni di persone dipendenti da una cura che spesso comporta gravi effetti secondari, non so se fa più schifo l'AIDS o le case farmaceutiche (forse le seconde!)»

Questi commenti si basano su teorie dissidenti che hanno radice in discussioni non del tutto esterne alla comunità scientifica e che, se analizzate nel dettaglio, non sono tutte sulla stessa posizione: c'è chi pensa che l'HIV non causi l'AIDS, chi pensa invece che il virus non sia legato in nessun modo con l'AIDS e una terza via, di chi pensa, come Luc Montagnier (lo scopritore dell'HIV) che il virus non sia l'unico fattore a provocare la sieropositività.

Il più famoso fra i negazionisti della visione tradizionale della malattia è Peter Duesberg, scienziato statunitense di origine tedesca, professore di citologia e biologia molecolare all'Università della California che si assesta sulle posizioni più estremiste di chi pensa che non esista nessuna correlazione tra il virus dell'HIV e l'AIDS. Egli critica radicalmente l'ipotesi virale: questa trasformerebbe l'HIV nella causa nuova di una trentina di malattie già note, modificando quindi la diagnosi a seconda che si tratti di un paziente sieropositivo oppure no.

Secondo il punto di vista di Duesberg l'infezione da HIV sarebbe solo un pretesto per trasformare delle vecchie patologie debellate o quasi in spauracchi per la popolazione.

Ad esempio secondo il dottor Duesberg:

- Tubercolosi + anticorpi HIV = AIDS
- Tubercolosi - anticorpi HIV = Tubercolosi

Secondo il dissidente le morti da AIDS sono realtà delle morti per altre cause fatte passare per HIV correlate.

L'AIDS non potrebbe essere considerata una malattia infettiva perché:

- tutte le malattie infettive sono distribuite pressoché equamente tra maschi e femmine, mentre l'AIDS colpisce molti più maschi;
- il microbo o virus che causa la malattia deve essere presente in gran quantità nelle cellule, mentre l'HIV è raro, inattivo o assente;
- l'agente patogeno deve essere presente in tutti i malati, mentre non tutti i pazienti di AIDS hanno l'HIV. Esempio: un ultrasessantenne negativo all'HIV, con sarcoma di Kaposi.
- una malattia infettiva si sviluppa in giorni o mesi; il periodo di latenza dell'HIV nel 1984 era di 10 mesi, ora può superare i 10 anni

Il dottor Duesberg ha divulgato anche delle pubblicazioni scientifiche, tradotte in tutto il mondo, e un libro: *Inventing the AIDS Virus*, di cui cito un contenuto della versione italiana:

«Perché un virus si riattivi, il sistema immunitario deve prima essere distrutto da qualche altra cosa, cioè dalla vera causa della malattia. Un virus riattivato potrebbe tutt'al più provocare un'infezione opportunistica. Perciò non esistono virus lenti, ma solo virologi lenti di comprendonio.»²²

Il professore ha pubblicato recentemente un saggio nell'*Italian Journal of Anatomy and Embryology* col titolo: *AIDS since 1984: No evidence for a new, viral epidemic – not even in Africa* nel quale sostiene che i dati epidemiologici dell'AIDS sono incompatibili con quelli delle epidemie virali classiche (cioè l'AIDS non si comporta come il morbillo o la varicella), una osservazione che è indiretta e che confronta una malattia cronica o subcronica come l'AIDS con malattie acute.

Il “negazionismo” sul legame tra HIV e AIDS è considerato un problema dalla comunità scientifica poiché fornisce alle istituzioni di alcuni paesi una giustificazione per non mettere in atto politiche sanitarie adeguate. Sin dalla scoperta della malattia negli anni 80, voci dissidenti e complottiste hanno contestato il legame tra HIV e AIDS sostenendo teorie secondo le quali l'HIV non esiste o è inoffensivo, oppure che la malattia sia causata da farmaci e altri fattori. La comunità scientifica ha risposto più volte: nel 2000 con la Dichiarazione di Durban, sottoscritta da 5000 ricercatori tra cui 11 premi Nobel, per sostenere che le tesi negazioniste sono infondate e pericolose e che il legame tra HIV e AIDS è provato scientificamente. Fortunatamente, oggi il supporto politico a queste tesi (su Wikipedia se ne possono trovare diverse) come quello del governo sudafricano negli anni 2000 (da cui la succitata dichiarazione di Durban), è molto raro e quindi i critici sostengono che il nuovo articolo di Duesberg, pubblicato tra l'altro su una rivista minore, non avrà conseguenze significative.

²² Duesberg P., *AIDS: il virus inventato*, Baldini Castoldi, Milano, 2008, p. 11

7. PARLARE COI GIOVANI DEL PROBLEMA

Il senso di insicurezza e di paura nei confronti di qualcosa di subdolo e poco tangibile come una malattia infettiva è una delle questioni più importanti da analizzare. E' un fatto percettivo e conseguente alla comunicazione.

L'informazione e le azioni di prevenzione tra i giovani devono tener conto dei grandi cambiamenti che ha subito la comunicazione negli ultimi anni. Il singolo individuo è disperso in un ambiente di informazioni discordanti che necessitano un'armonizzazione istituzionale.

Il problema di definizione dell'AIDS, quindi, non è solo un problema medico; le diatribe della comunità scientifica sulle modalità di trasmissione e implicazioni mediche di ricerca influenzano la visione di un problema innanzitutto sociale e hanno implicazioni comunicative verso gli utenti esterni che le reperiscono, visto che ormai gravitano all'interno di sistemi di informazione informali e singolarmente fruibili come internet.

L'assenza di mediazione istituzionale tra le notizie reperibili in rete e i giovani che cercano informazioni è la misura di quanto un tema controverso come quello dell'AIDS debba essere filtrato attraverso una capillare rete di informazione autorevole e squisitamente volta alla prevenzione per poter essere efficace.

L'AIDS si sta definendo sempre più come un problema sociale oltre che medico.

I problemi sociali diventano effettivamente tali partendo da un presupposto culturale, che costituisce la dimensione delle esperienze e impone significati. Definendo i problemi sociali culturalmente è normale attendersi che essi aumentino o diminuiscano di popolarità nel corso del tempo, essi sono un prodotto di definizione collettiva più che reali rappresentazioni della condizione oggettiva della società. Detto questo si può inquadrare il tema della prevenzione dell'AIDS tra i giovani all'interno del suo vero contesto chiave: la comunicazione sociale rivolta a chi sta sperimentando cambiamenti epocali in termini di comunicazione.

Il sorgere e declino dei problemi sociali è il frutto della competizione dei potenziali problemi sull'arena pubblica e la stessa definizione e inquadramento di quel problema. L'importanza e la risonanza è definita in base alla "carriera" del discorso pubblico che secondo Hilgartner e Bosk²³ procede la sua definizione per tappe: inizio, fusione,

istituzionalizzazione, frammentazione e fine. La carriera del discorso pubblico sull'AIDS, per quanto esso sembri un dramma sociale evidente in sé, è stata plasmata culturalmente nel tempo. Ci vollero diversi anni dalla sua comparsa perché le arene pubbliche recepissero il problema, ad esempio la cultura gay ponendo una forte enfasi sulla libertà sessuale non ascoltò i richiami dei medici circa il sesso sicuro.

Successivamente alla proliferazione delle morti i media iniziarono a trattare del tema ma confinandolo al gruppo stigmatizzato dei drogati e degli omosessuali. Allo stesso modo i paesi dell'Africa, nonostante le dimensioni dell'epidemia, non affrontarono seriamente il tema per tempo bollandolo come questione esclusiva dei devianti omosessuali.

Al tempo non esisteva una chiara valutazione collettiva del rischio e si pensava la malattia non potesse uscire dalla cerchia ristretta della comunità omosessuale.

Con il passare del tempo si è delineata sempre più chiaramente l'universalità della malattia ma questa tematica ha sempre proceduto in una oscurità tecnica di interpretazione dovuta alla complessità della materia medica.

La percezione del rischio connesso all'AIDS è sempre inserita in un campo di comportamenti e riflessioni incerte e quindi uno degli elementi che possono costituire una svolta nel programma di prevenzione può essere l'analisi del livello di percezione del rischio più che un'opera di divulgazione medica. Non basta conoscere un rischio per evitarlo, talvolta un pericolo remoto può essere visto come una minaccia immediata perché intervengono non soltanto i dati obiettivi, ma anche aspetti soggettivi, sociali, politici e mediatici.

Alcune di queste 'regole di giudizio' possono produrre distorsioni sistematiche nella valutazione del rischio. Insiste sulla distorsione il grado di conoscenza del rischio (cui concorrono però tutte le informazioni sia ufficiali che dissidenti), l'euristica di disponibilità (gli eventi più frequenti, o recenti, sono più facili da considerare di quelli rari, o remoti, e la distorsione egocentrica, un atteggiamento ottimistico sui giudizi e sulle decisioni di assunzioni di condotte rischiose.

Dato per assodato che ci si muove in un ambiente incerto circa la percezione del rischio possiamo elencare i criteri di orientamento in un ambiente incerto secondo la sociologia (mental strategies and heuristic principles):

²³ Hilgartner S., Bosk M., *Rise and Fall of Social Problems: A Public Arenas Model*, The American Journal of Sociology, Vol 94, N° 1 (1988), pp. 53-78

- FAMILIARE/NUOVO (tendenza alla sottovalutazione)
- NATURALE/ARTIFICIALE (tendenza alla naturalizzazione)
- VOLONTARIO/INVOLONTARIO (tendenza all'immunità)
- NOTO/OCCULTO (sospetto di occultamento)²⁴

Da questo possiamo capire che la mistione tra informazioni allarmistiche e ridondanti, negazionismo, complessità della materia e comportamenti personali tendenti alla scelta di un comportamento rischioso in maniera volontaria al fine di un beneficio immediato (come il sesso senza protezioni e l'uso di droghe), fanno sì che la semplice educazione circa i rischi correlati all'AIDS sia insufficiente.

I processi di percezione e di valutazione della realtà orientano e sostengono le decisioni del singolo e della collettività. Ciò che cade sotto la nostra osservazione sono dati che non hanno un significato univoco, ma richiedono un lavoro mentale di contestualizzazione e di attribuzione di senso che va poi ad orientare la presa di decisione e quindi l'intervento nella realtà.

La teoria psicologica della percezione ha arricchito il quadro di analisi: insieme al concetto di *rischio*, inteso come calcolo probabilistico (la probabilità che il danno si verifichi), troviamo il concetto di *pericolo* (ciò che ha il potenziale di causare il danno), in particolare in termini di variabili che ne influenzano la percezione e quello di *incertezza*, quello di *sicurezza*, quello di *beneficio* e quello di *esposizione*.

Alcune variabili di tipo individuale come gli *atteggiamenti verso la sicurezza*, e di tipo sociale come il *supporto dei colleghi*, possono influenzare la probabilità che si verifichino infezioni di tipo sessualmente trasmesso.

Gli studi socio-antropologici hanno evidenziato che la percezione del rischio è fortemente influenzata dagli orientamenti culturali prevalenti ed anche dai processi sociali che si realizzano intorno alla definizione e valutazione del danno, ossia da tutta la dinamica delle immagini e delle idee, sostenute da diversi attori sociali che si confrontano comunicando. La teoria socio-culturale ha introdotto i concetti di *contesto*,

²⁴ Marinelli A., *La costruzione del rischio. Modelli e paradigmi interpretativi nelle scienze sociali*, Franco Angeli, Milano, 1993.

ambiente e costruzione sociale del rischio al fine di analizzare le diverse situazioni in termini di comparazione fra specificità locali e combinazioni di processi.

Il processo percettivo si compone di cinque fasi che sono:

- **Attenzione:** i dati sono filtrati e selezionati, non sempre a livello consapevole, al fine di stabilire gli elementi che saranno accolti per il successivo trattamento. L'intensità, la frequenza, il contrasto, la novità ed anche i bisogni, le credenze, gli interessi, le aspettative del soggetto influenzano l'attenzione;

- **Organizzazione:** le informazioni raccolte vengono accorpate e ricondotte a concetti astratti di più elevato livello, vengono organizzate in categorie e schemi ossia strutture cognitive;

- **Interpretazione:** il soggetto che percepisce attribuisce significato all'informazione raccolta individuandone cause, fondamenti e le possibili implicazioni. Questo comporta una costante ridefinizione e riequilibrio del proprio patrimonio cognitivo;

- **Richiamo:** molte delle informazioni selezionate, organizzate ed interpretate non vengono usate immediatamente, ma conservate nella memoria per poter essere richiamate avendo nuclei informativi ed esperienziali circa gli eventi passati;

- **Giudizio:** il trattamento delle informazioni si traduce nella specifica valutazione di un oggetto, di un evento, di una persona, di una situazione. Sarà tale valutazione ad influenzare le successive percezioni del soggetto, le sue decisioni, i suoi comportamenti., nonostante le fonti di informazione e le conoscenze delle vie di trasmissione siano ben note,

Nei comportamenti sessuali gran parte dei ragazzi da me intervistati nei focus group non applicano strategie di prevenzione e il livello personale di percezione del rischio non è sufficientemente elevato. Gli studenti che hanno compilato il questionario e parlato con me, inoltre, sottostimano la probabilità di contrarre l'infezione HIV per via

sessuale anche se tale dato in Italia, come nel resto del mondo, è in costante aumento dal 2000.

Il problema fondamentale quindi risiede nella variazione dei costumi sessuali negli ultimi decenni, ma soprattutto nella scarsa informazione dei giovani rispetto a questo problema con conseguente abbassamento della soglia di percezione del rischio: pensare "*tanto a me non succederà*" è una delle principali e pericolose tendenze in atto.

«L'alta esposizione alla televisione ha generato precocità anche in campo sessuale: oggi i giovanissimi affrontano certi temi quando sono ancora dei bambini, quando vogliono sfidare il destino con la convinzione che non gli possa succedere niente. Si reputano invincibili, perché crescono protetti dentro una bolla dai genitori, che cercano in ogni modo di impedirgli di provare del dolore [...] La malattia associata ad un rapporto finito male è quasi esorcizzata e viene eliminata dalla mente, e con lei l'uso del profilattico; prendere qualcosa mentre si fa sesso è considerata dall'adolescente una sfortuna che non gli può capitare»²⁵

Inoltre, se da un lato le infezioni in pazienti consumatori di droghe iniettive sono drasticamente diminuite (dal 76,2% nel 1985 al 4,7% nel 2011), dall'altro l'uso di sostanze stupefacenti (dalla cocaina alle droghe sintetiche) sono divenute ormai largamente accessibili e concentrate in ambiti sociali giovanili, e hanno di fatto la potenzialità di abbassare notevolmente la soglia di percezione del rischio e indurre in comportamenti sessuali non coscienti.

Il connubio fra disinformazione e informazioni antagoniste, bassa percezione del rischio e consumo di droghe (cui aggiungere il consumo smodato di alcol) fra i giovani, risulta essere uno dei fattori determinanti della diffusione dell'AIDS nel presente.

Il concetto di salute nella sua accezione più ampia di benessere permette di trattare il rischio per la salute in stretta connessione con il rischio psicologico e sociale; porre l'accento sul benessere significa considerare la globalità della persona e delle sue

²⁵ Orrigoni M., 2010, Noi lo facciamo senza, L'Espresso, 45:158-162.

esperienze e quindi valutarne non solo gli aspetti fisici, ma anche quelli psicologici e sociali.

Le cause sono costituite dalla natura spesso spensierata ed occasionale della loro attività sessuale, la sperimentazione di droghe, gli atteggiamenti negativi nei confronti del profilattico e la convinzione di essere invulnerabili alle conseguenze spiacevoli dell'attività sessuale che si associa alla tendenza a correre dei rischi anche di altra natura.

Nonostante la percentuale degli adolescenti correttamente informati sia abbastanza elevata, emerge che non è presente alcuna relazione positiva tra conoscenze sull'AIDS e utilizzo di misure precauzionali.

Tale risultato può essere compreso considerando che per gli adolescenti è particolarmente difficile riferire a sé le conoscenze, per quanto corrette, ed utilizzarle al momento opportuno, quasi sempre gli adolescenti tendono a pensare che le conseguenze di un comportamento rischioso siano minime. In generale, i processi psichici che mediano la relazione tra conoscenze e comportamenti sono assai numerosi e complessi: la conoscenza degli effetti negativi di un certo comportamento e delle modalità per prevenire tali effetti non è di per sé sufficiente a indurre le persone ad adottare misure adeguate alla prevenzione, soprattutto quando il soggetto è in una fase della vita nella quale la sperimentazione è essenziale.

Ad oggi quindi, il compito della strategia comunicativa in questa prospettiva è molto diverso da quello "ingenuo" iniziale di informare il pubblico o convincerlo della bontà delle scelte compiute dai tecnici o dall'autorità decisionale: si tratta piuttosto di avviare un processo in cui fare emergere il non-detto, evidenziare le differenze di posizione, ma anche i presupposti culturali comuni e le attese di sicurezza diffuse. Solo a questo punto è possibile rafforzare gli elementi fiduciari per cui diventa ragionevole affidare ad una organizzazione, di cui si ha un qualche tipo di controllo, il mantenimento del benessere.

8. I RISULTATI DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO PILOTA:

DOMANDE DESCRITTIVE DEL CAMPIONE

Età:

Età	Percentuale	Rispondenti
Opzioni di risposta		
14	7%	2
15	13%	4
16	16%	5
17	27%	15
18	37%	22

Il campione analizzato è composto da 48 ragazzi di età compresa tra i 14 e i 18 anni. La maggioranza dei ragazzi intervistati è maggiorenne, questo perché nella maggior parte dei casi di proposta di somministrazione del questionario ai giovani al di sotto dei diciott'anni il maggiorenne di riferimento non ha acconsentito.

La difficoltà principale della mia ricerca è stata, appunto, quella di superare il blocco imposto dagli adulti alla somministrazione delle domande ai figli adolescenti, evidentemente il tema riguardante sessualità e comportamenti a rischio spaventa i genitori di figli dai 14 ai 16 anni.

Altri ostacoli sono stati posti dalle tempistiche e dalla modalità della mia indagine: avendo iniziato la ricerca a metà giugno non ho potuto proporla nelle scuole e ciò mi ha costretto a ricercare personalmente e singolarmente le persone da intervistare. Proporsi a dei singoli soggetti è stato complicato, i genitori di molti ragazzi (quasi tutte le 15 famiglie con figli dai 14 ai 16 anni da me contattate si sono dimostrate restie nel concedere la somministrazione) hanno negato la possibilità di rispondere al questionario asserendo che il/la loro figlio/figlia sono troppo giovani per affrontare un

argomento come questo. Dobbiamo però porci l'obiettivo di cercare sempre più di ottenere dei dati riguardanti la sessualità degli adolescenti più giovani perché a causa dell'ampio materiale pornografico disponibile in Internet e del mutamento dei costumi sessuali tra i giovani, l'inizio dell'interesse verso la sessualità e l'età delle prime esperienze sessuali si stanno abbassando notevolmente.²⁶

Questa criticità può essere ovviata presentando il progetto nelle scuole, in modo da inserire la ricerca in un contesto idealmente più protetto e controllato verso il quale i genitori non si sentano minacciati.

Dal grafico si può notare come la fetta maggiore degli intervistati sia maggiorenne.

²⁶ Teen Sex Survey, Channel 4, 2008.

Pornography

- 58% of all 14-17 year-olds have viewed pornography online, on mobile phones, in magazines, movies or on TV
- 71% of sexually active teenagers have viewed pornography
- 42% of sexually active teenagers view pornography regularly
- More than a quarter of the boys surveyed use porn at least once a week (5% of them every day)

Sex education

- More than a third of teens say they rely on getting advice on sex from friends, the internet, magazines and via pornography
- Over 1 in 5 sexually active teens are worried about the size or shape of their genitals
- Nearly three in ten teenagers say they need more sex and relationships education
- Almost a third of teens say that sex is not discussed openly at home

STIs / lack of awareness

- 15% of teens are unaware there is no cure for HIV/AIDS
- 42% of those having sex have done so without a condom
- Just 38% of sexually active teens would always insist on using a condom when having sex

Sexual experience

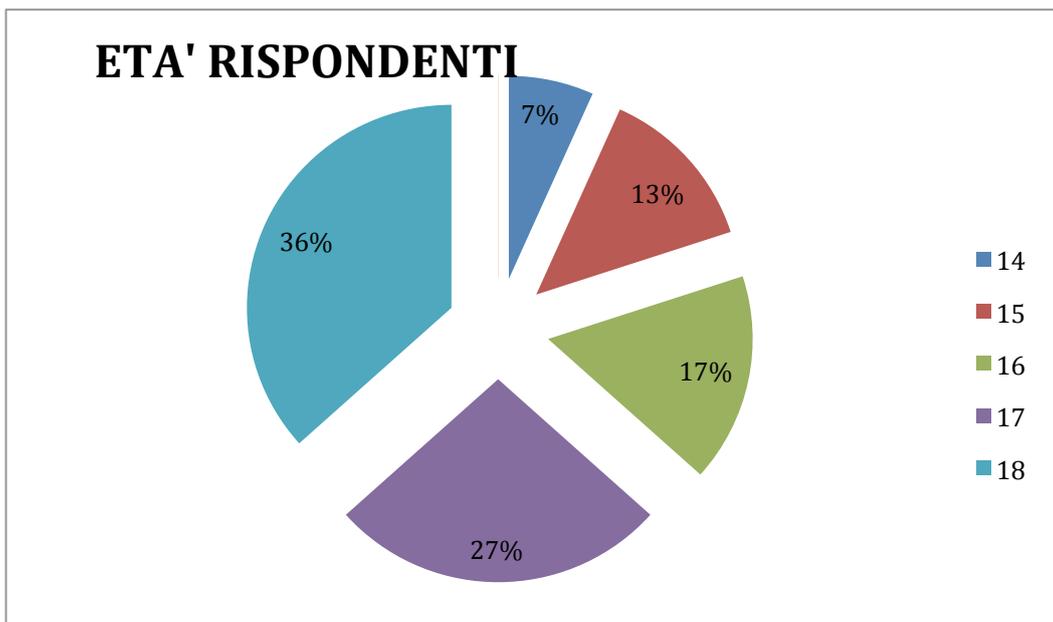
- 40% of all 14-17 year olds are sexually active
- One in three 15 year-olds is sexually active
- Nearly a quarter of all 14 year olds have had a sexual experience
- 20% of those surveyed had their first sexual experience at 13 or under
- 1 in ten 17 year-olds has had sex with a stranger (one night stand)
- 35% of teens lie to their parents about levels of sexual activity
- 74% of sexually active 14-17 year-olds have had a sexual experience under the age of consent
- 63% of those who've had sex had it under the age of consent
- Over 1 in 5 teens lie to friends about their sexual exploits
- 17% of 16 year-olds have already had more than one sexual partner
- 35% of sexually active teens have had sex after drinking too much

Virginity

- Just 6% of teens would wait until marriage before having sex

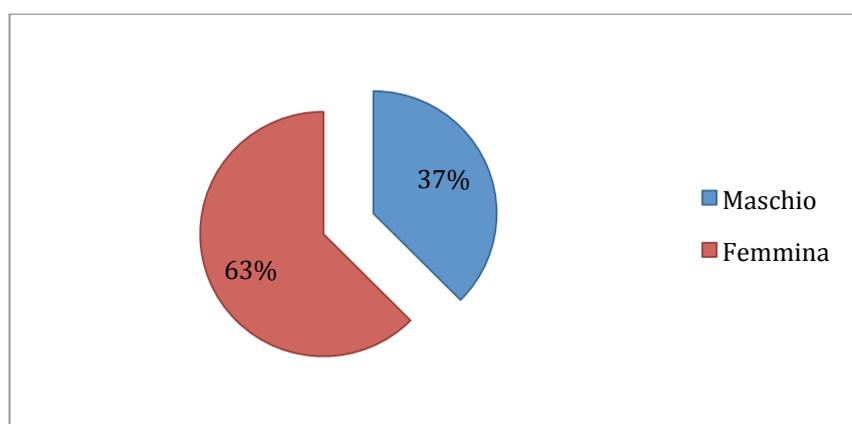
Sexuality

- Over a third of homosexual / bisexual teens say they've been bullied because of their sexuality
- 1 in 5 teenage girls have indulged in a lesbian kiss
- 59% of gay/bi teens say they haven't been taught about sexuality in school



Degli undici ragazzi dai 14 ai 16 anni cui sono riuscito di proporre il questionario, tre fanno parte di un gruppo di ragazzi agganciati in due giornate di visita a uno skate park del bassanese. Questi soggetti hanno risposto al questionario insieme ad altri 5 amici dai 17 ai 19 anni, anch'essi facenti parte del gruppo di skater, omogeneo per attività, inclinazioni sportive e lifestyle.

Genere:



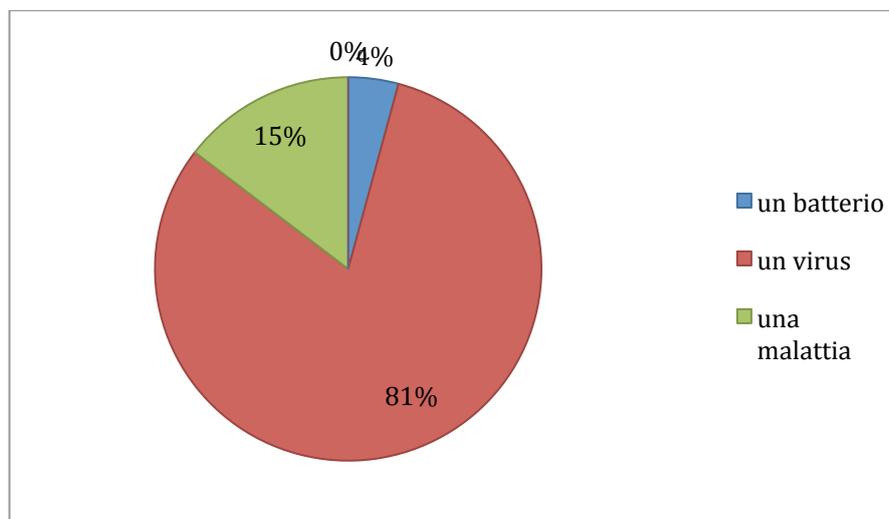
Rispetto al genere il campione dimostra una maggioranza femminile, questo è dovuto al fatto che durante le mie ricerche sul campo le ragazze si sono dimostrate più disponibili a tralasciare le loro attività per rispondere al questionario.

In totale il questionario è stato sottoposto a 18 maschi e 30 femmine.

Il campione è molto diversificato per tipologia di soggetti (diversi stili di vita, diverse esperienze sessuali -chi ha già avuto l'esperienza e chi no-, diverse dinamiche di aggregazione e svago), ma il range di riferimento basato sull'età consente di raggruppare i rispondenti in base ad esso e quindi i dati sono presentati come aggregati.

ANALISI DELLE SINGOLE RISPOSTE:

D1) L'HIV è?

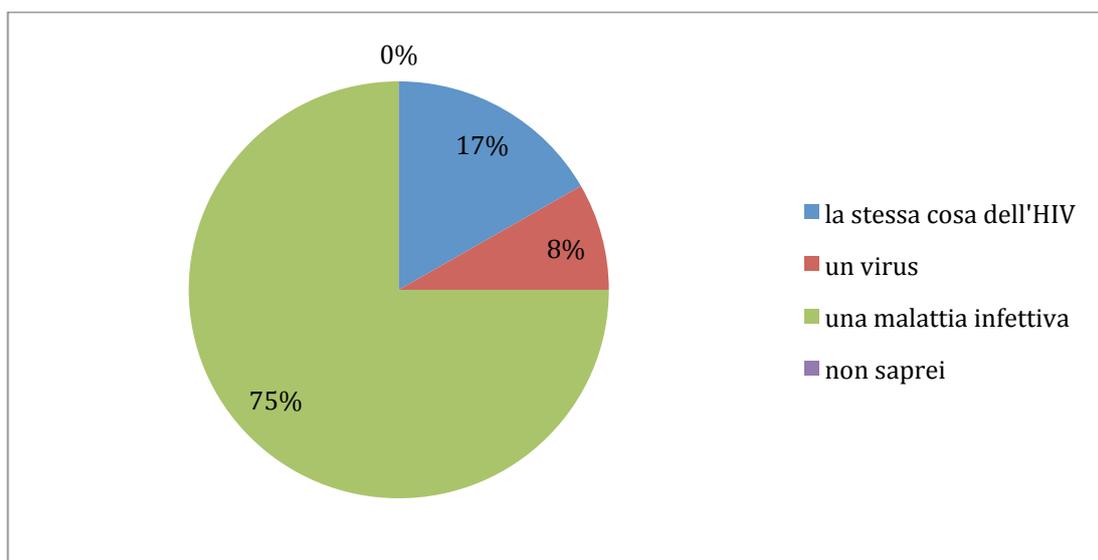


Dal grafico si nota che il campione presenta una grande maggioranza di rispondenti in maniera corretta (39 su 48). Molti degli intervistati mi hanno fatto notare che spesso l'HIV viene presentato nei canali istituzionali come "il virus dell'HIV", per questo sono stati in grado di rispondere. Tra il restante 19% di persone che non hanno risposto correttamente alla domanda, 2 persone (il 4% del campione) pensa che l'HIV sia un batterio, una convinzione quanto mai strana vista la veridicità dell'asserzione dei membri del campione riportata prima secondo la quale effettivamente l'HIV viene sempre presentato come un virus (Il virus dell'immunodeficienza umana [HIV acronimo dall'inglese *Human Immunodeficiency Virus*]).

L'opzione di risposta "una malattia", scelta da un significativo 15% degli intervistati, è una risposta che sembra indicare la volontà di non definire in particolare cosa sia l'HIV ma di restare molto sul generale, probabilmente per una mancanza di conoscenza di cosa sia l'HIV. Nel complesso possiamo quindi considerare che circa il 20% dei ragazzi

non abbia idea di cosa sia l'HIV, il che, in considerazione della semplicità della domanda, è una percentuale piuttosto elevata. La correlazione tra HIV e AIDS, tra la causa e l'effetto, da parte degli intervistati è sconosciuta per una fetta considerevole del campione .

D2) L'AIDS è:



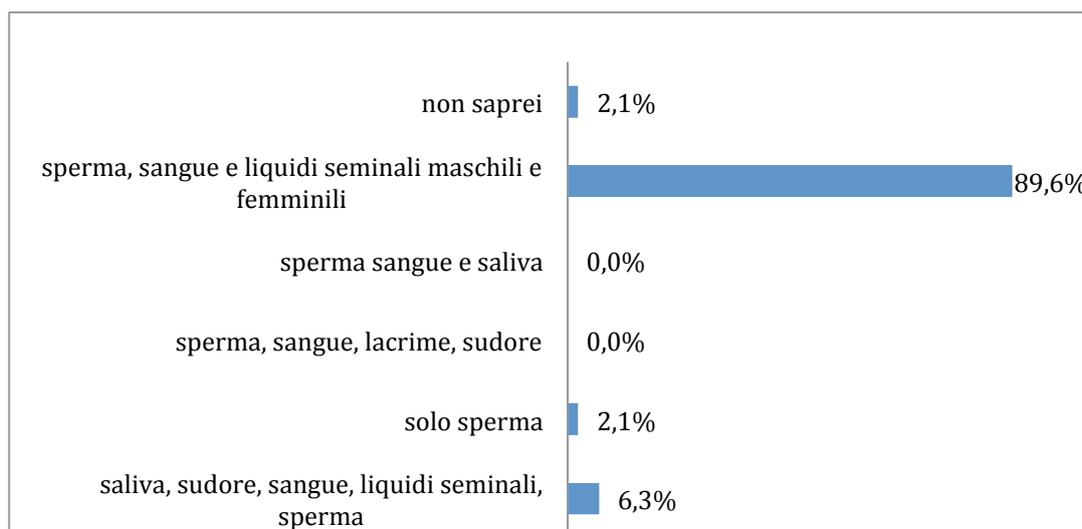
Strettamente collegata alla domanda precedente, questa domanda presenta dei dati interessanti: esattamente tre quarti degli intervistati definiscono correttamente l'AIDS come malattia infettiva (l'AIDS è infatti La Sindrome da Immunodeficienza Acquisita [*Acquired Immune Deficiency Syndrome-AIDS*], una malattia del sistema immunitario) ma un quarto dei rispondenti la confonde con il virus dell'immunodeficienza umana. Come detto nell'analisi della domanda precedente, il fatto che il 25% dei soggetti confonda il virus con la sindrome denota che una fetta importante del campione, avendo sempre sentito parlare della malattia in generale sotto la denominazione HIV/AIDS, non è stata debitamente informata sulla differenza tra la causa della malattia e il suo decorso.

D3) L'HIV si può trasmettere con:

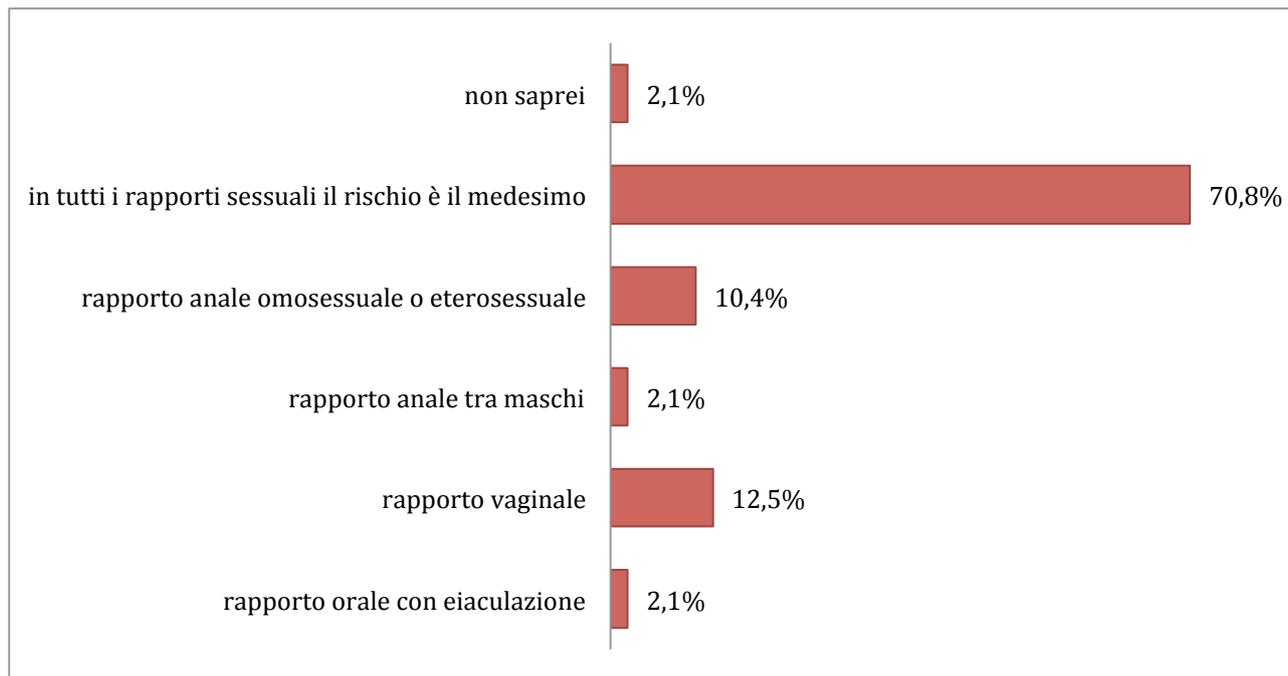
Opzioni di risposta	Percentuale	Rispondenti
saliva, sudore, sangue, liquidi seminali, sperma	6,3%	3
solo sperma	2,1%	1
sperma, sangue, lacrime, sudore	0,0%	0
sperma sangue e saliva	0,0%	0
sperma, sangue e liquidi seminali maschili e femminili	89,6%	43
non saprei	2,1%	1

La prima domanda riguardante il contagio vede solamente 4 ragazzi rispondere erratamente. Tre di essi pensano che anche il sudore e la saliva siano veicoli di trasmissione del virus, solamente una persona su 48 pensa che il solo sperma sia contagioso. Dalla percentuale di correttezza di queste risposte si vede come i ragazzi siano informati adeguatamente rispetto alle modalità di infezione, ma, come vedremo in seguito, man mano che si entra nello specifico la conoscenza e la consapevolezza dei rischi di infezione da parte del campione si fa meno precisa.

Dopo la somministrazione, alcuni dei ragazzi intervistati hanno detto che, sentendo sempre parlare di HIV e AIDS assieme, non capiscono cosa sia uno e cosa sia l'altro, altri hanno affermato che tra l'uno e l'altro fanno sempre confusione.



D4) Quali dei seguenti rapporti non protetti è più a rischio per la trasmissione dell'HIV?

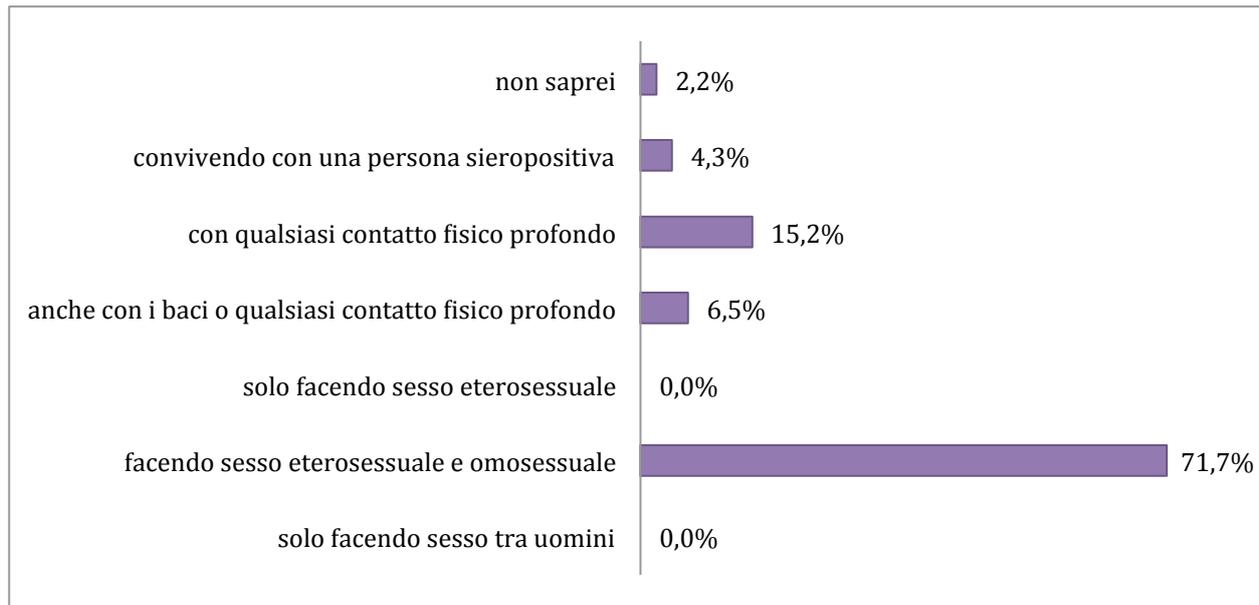


La quarta domanda è sicuramente la più interessante finora. I dati raccolti indicano che il 70% dei soggetti ritiene che in tutti i rapporti sessuali di qualunque tipo il rischio di contagio sia il medesimo. Come noto, invece, la risposta esatta è la d) perché i rapporti sessuali traumatici possono portare più facilmente a contatti tra liquidi seminali e sangue, o tra sangue e sangue, e dunque comportano maggiori probabilità di contrarre l'infezione. Dato che l'epitelio del retto è molto più sottile e meno resistente di quello della vagina, il rapporto anale non protetto rappresenta, sia per gli eterosessuali che per gli omosessuali, la pratica sessuale a più elevato rischio. In particolare, essa costituisce un rischio per coloro che lo praticano nel ruolo passivo del rapporto.²⁷ Solo il 10% circa dei ragazzi ha risposto correttamente a questa domanda, un intervistato ha segnato che il comportamento più a rischio è quello anale tra maschi: in questo caso trattandosi di una sola persona è difficile dire se questa risposta sia un indice del permanere di un vecchio pregiudizio secondo cui l'AIDS sarebbe una malattia che colpisca solo gli omosessuali, se sia frutto di scarsa attenzione o se si sia trattato della "risposta del burlone". Anche un non so, e un altro soggetto che ritiene che il comportamento più a

²⁷ Sarpellioni G., Bravi E., *100 Risposte per 100 Domande: Informazioni base sull'HIV*: <http://www.giovaniserpellioni.it/file/argomenti/44/1/helpline.pdf>

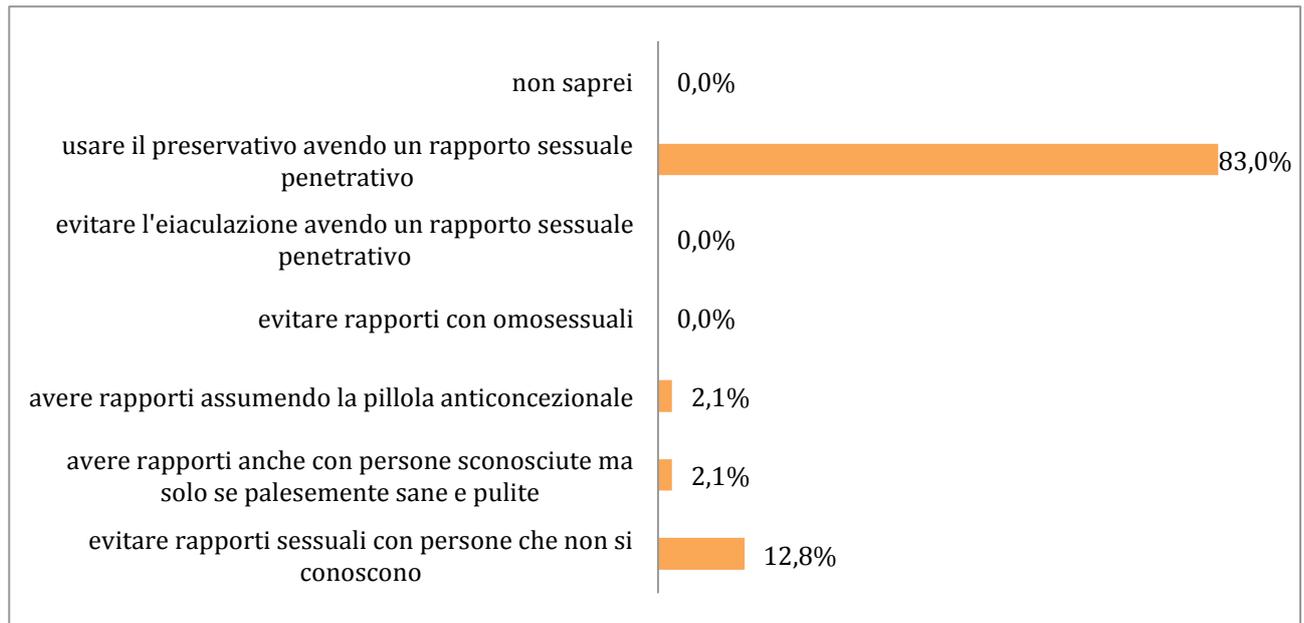
rischio sia il rapporto orale con eiaculazione sono da escludere dall'analisi perché dati isolati. Che il 12,5% dei rispondenti creda che il rapporto più a rischio sia il rapporto vaginale è piuttosto interessante: 6 persone credono che la penetrazione eterosessuale vaginale sia il rapporto più a rischio, un dato errato e in controtendenza rispetto a quanto tradizionalmente si trasmette con il passaparola tra i ragazzi. Resta il fatto che la quasi totalità dei rispondenti ritiene che qualunque tipo di rapporto sessuale abbia il medesimo rischio di infezione. 34 questionari su 48 esaminati dimostrano che nella concezione dei giovani l'equazione tra sesso e AIDS sia quanto mai fissata nella loro mente. L'opzione di risposta e) già in sede di costruzione del questionario era pronosticata come la più probabile per la maggioranza di soggetti, ma un 70% di risposte errate rappresenta un numero molto alto. Evidentemente la profondità della conoscenza sull'argomento dei giovani esaminati nel campione si ferma alla consapevolezza che il virus dell'HIV si trasmetta per via sessuale: il campione non è informato che la probabilità per un uomo di acquisire l'infezione attraverso 1 solo rapporto vaginale non protetto con una donna sieropositiva è del 1/500; le probabilità per una donna sieronegativa di acquisire l'infezione da un uomo sieropositivo attraverso un rapporto vaginale non protetto è di 1/200; le probabilità di contrarre l'infezione attraverso un rapporto anale non protetto sono circa da 1/50 a 1/100. Il dato, pur significativo, non appare molto grave perché almeno i ragazzi, nella grande maggioranza, sono consapevoli del collegamento tra sesso e possibile infezione: un'altra parte della ricerca è peraltro finalizzata ad indagare più nello specifico il livello di conoscenza di alcuni aspetti della trasmissione dell'infezione tra le persone che appartengono alla comunità LGBT, per cui queste informazioni potranno assumere maggiore importanza.

D5) L'HIV si può trasmettere:



Fino alla domanda numero 5) nessun soggetto aveva saltato una risposta. Questo quesito è stato però saltato da due persone. Presentando il questionario, ho detto ai ragazzi di rispondere a tutte le domande in ogni caso, usando l'opzione non saprei o segnando la risposta che ritenevano più adatta anche se non fossero stati sicuri della correttezza. In realtà anche nelle successive domande sono state saltate delle risposte e questo penso sia dovuto alla loro totale ignoranza sull'argomento. Mentre rispondevano, ho osservato che la maggior parte dei ragazzi e delle ragazze dimostravano molta perplessità, guardandosi attorno quasi divertiti, molti di loro hanno lasciato trasparire un certo grado di insofferenza. A questa domanda il 71,7% dei soggetti ha risposto correttamente, segnando l'opzione b) "facendo sesso eterosessuale e omosessuale", 33 persone su 46. Dieci persone su 46, oltre il 20% del campione, crede che ogni rapporto profondo, anche i baci (segnato nell'opzione d) presenti un medesimo rischio di contagio, aggiungendo altri 2 ragazzi che ritengono si possa contrarre il virus anche solo convivendo con una persona sieropositiva, vediamo che il 27% degli intervistati percepisce ogni contatto intimo o profondo con persone sieropositive come un rischio concreto di contagio. Che più di un quarto degli intervistati non sia consapevole che solo il rapporto sessuale completo, penetrativo o orale, sia rischioso è indice del permanere di uno stigma considerevole nei confronti di chi è sieropositivo.

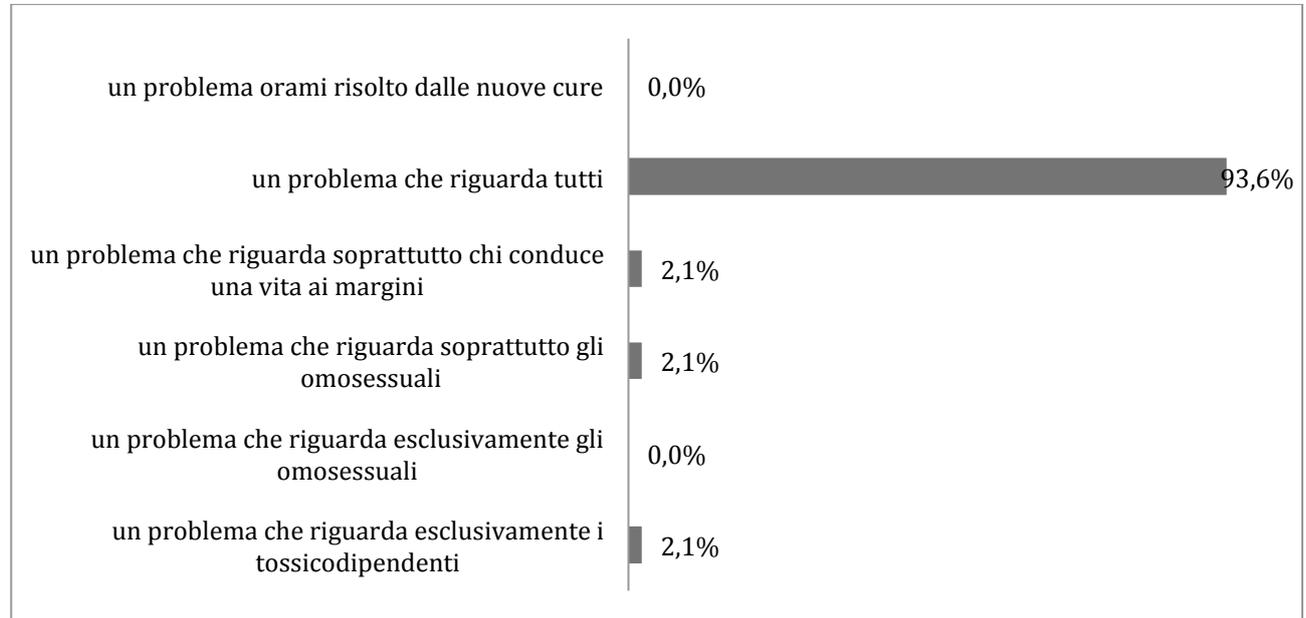
D6) Il metodo più efficace per evitare il contagio è:



La grande maggioranza degli intervistati ha risposto correttamente anche a questa domanda dimostrando che il metodo profilattico è conosciuto e correttamente concepito tra i giovani del campione. Delle altre opzioni di risposta una sola persona ha risposto convinta che la pillola anticoncezionale abbia una qualche relazione con la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili. La scelta secondo la quale per 6 rispondenti su 47 l'aver rapporti sessuali con sole persone conosciute sia sufficiente ad escludere il rischio si basa sulla larga percezione che tra le proprie conoscenze non vi siano casi di sieropositività. Più avanti, nella domanda numero 17, verrà posto al campione un quesito riguardante il proprio contatto nella vita privata con persone sieropositive. Una persona ha saltato la domanda. Per dovere di ricerca va detto che Morris ricorda che gli adolescenti hanno difficoltà a ricordare l'uso che fanno dei contraccettivi, anche se si tratta di brevi periodi di tempo, per la non regolarità dell'utilizzo. Inoltre, gli adolescenti potrebbero usare sporadicamente il preservativo, la pillola anticoncezionale o altri metodi, a seconda della situazione o del partner con cui hanno un rapporto sessuale. Infine, se si chiede qual è il loro comportamento tipico, è più probabile che le risposte degli intervistati (sia adulti che giovani) siano influenzate da quelli che sarebbero i

comportamenti socialmente accettati o che rientrano nei canoni della desiderabilità sociale.²⁸

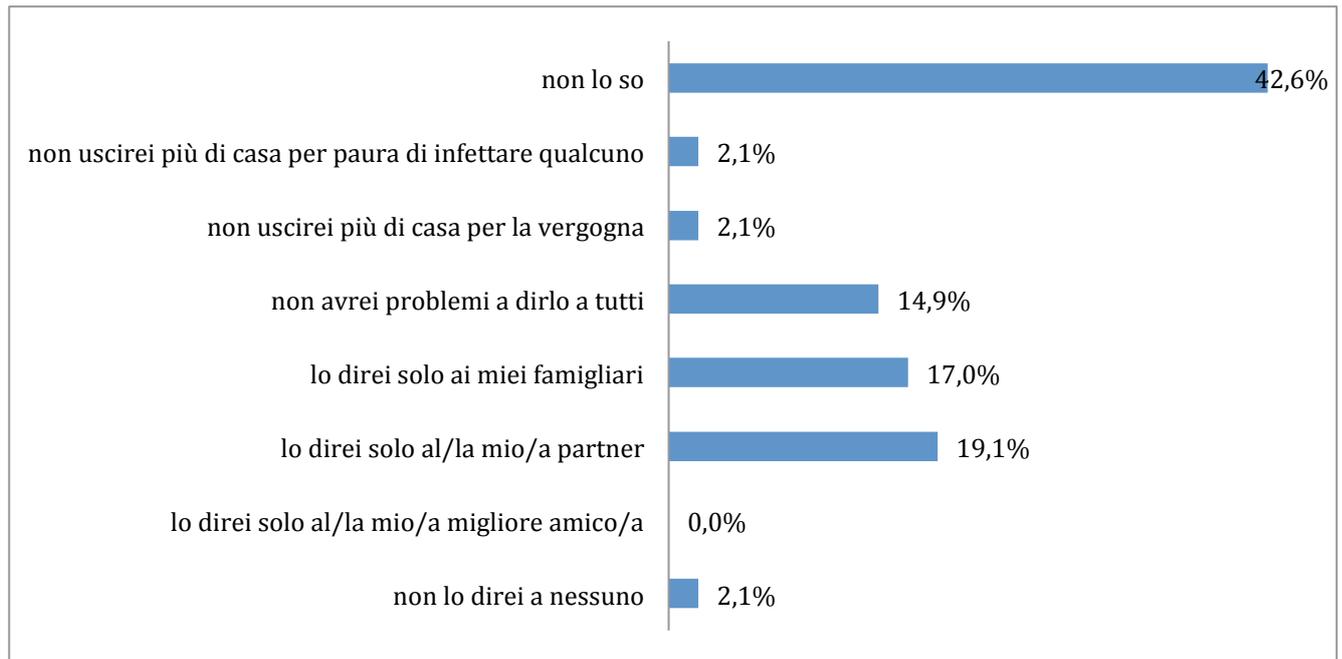
D7) L'AIDS è:



A questa domanda quasi tutti i ragazzi hanno risposto nella maniera più appropriata, affermando che l'AIDS è un problema che riguarda tutti e non solo certi gruppi sociali. Un rispondente ha ritenuto che esso invece sia un problema che riguarda esclusivamente i tossicodipendenti, uno pensa che sia un problema di chi conduce una vita ai margini, un altro soggetto ritiene che sia un problema che riguarda soprattutto gli omosessuali, segnando un permanere dello stigma che lega AIDS agli omosessuali.

²⁸ Morris L., Warren C.W, *op cit.*

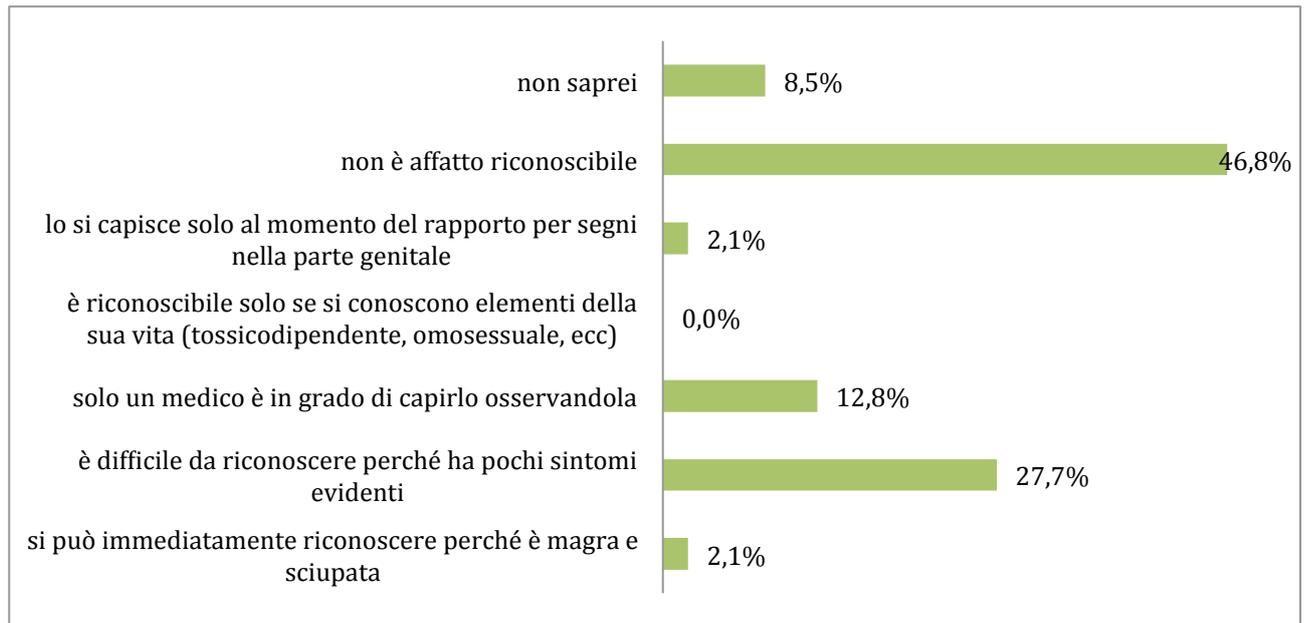
D8) Se scopri di essere sieropositivo/a:



Questa è la prima domanda che indaga sulla percezione personale dei singoli intervistati riguardo alla malattia. 20 soggetti su 47 non sanno immaginare come si comporterebbero se scoprissero di essere sieropositivi/e, Il restante 53% ha scelto una delle opzioni proposte ad eccezione della b) , nessuno rivelerebbe la propria situazione al proprio migliore amico.

Nove ragazzi lo direbbero al proprio partner, altri otto lo direbbero ai familiari, mentre altri sette intervistati hanno risposto che lo direbbero a tutti senza problemi. Una persona per ciascuna ha scelto le altre risposte che legano la paura della condizione di sieropositività con le ripercussioni sociali che essa comporta.

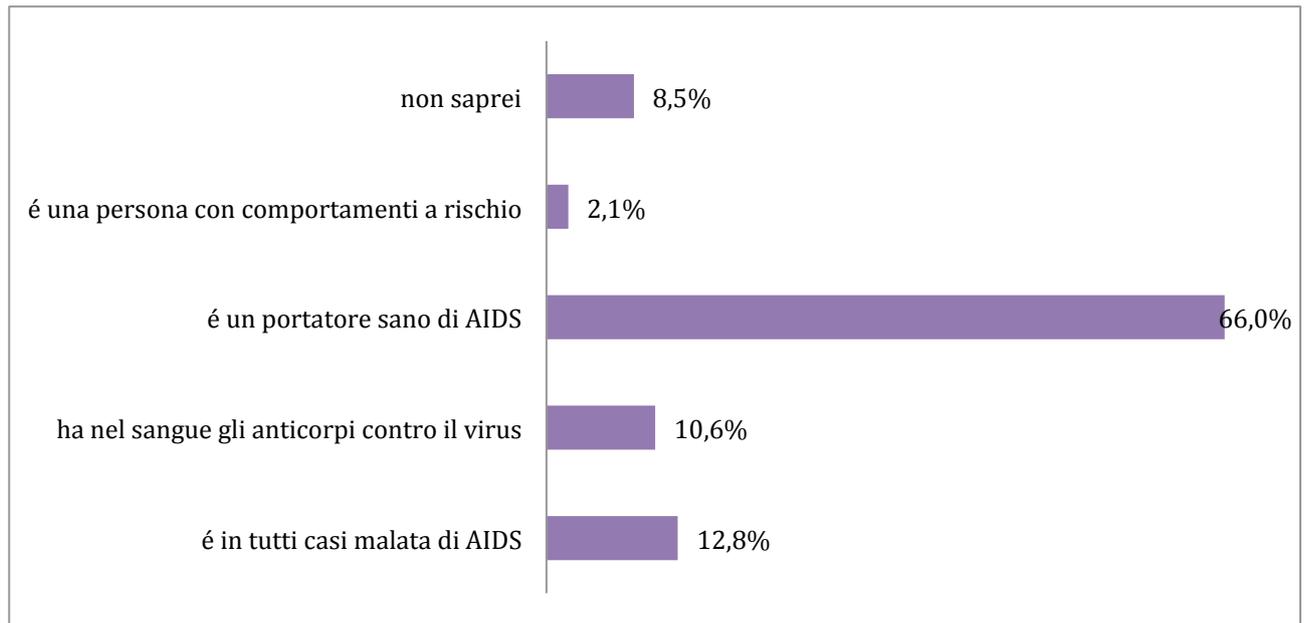
D9) Una persona sieropositiva:



Quasi metà dei soggetti ritiene giustamente che una persona sieropositiva non presenti segni evidenti della malattia, tredici persone su 47 pensano invece che esistano dei sintomi evidenti anche se difficili da riconoscere, il 13% del campione ritiene che solo un medico sia in grado di denotare i segni della sindrome. Questa domanda, posta di seguito a quella che indagava sull'ipotetica visione delle ripercussioni personali della malattia vissuta sulla propria pelle, rivela che quasi tutti i rispondenti sanno che non esistono sintomi visibili della malattia. Solo quattro ragazzi non hanno saputo rispondere.

Lo stato di infezione può mantenersi a lungo silente, senza alcun sintomo. Qualunque persona sieropositiva è in grado di trasmettere il virus, pur non essendo "malata". L'opzione che riconosce la competenza del medico nel riscontrare i sintomi della malattia è stata scelta da 6 persone.

D10) Una persona sieropositiva:



Che solamente 5 soggetti tra i 47 del campione abbiano risposto correttamente alla domanda rimarca i risultati evidenziati dalle domande 1 e 2: una fetta consistente dei giovani intervistati non è sufficientemente informata su cosa sia effettivamente la sindrome dell'immunodeficienza umana. La terminologia clinica riguardo a questo argomento è ormai assimilata nel linguaggio comune, tutti i ragazzi intervistati hanno sentito parlare di sieropositività e HIV, hanno sentito parole come portatore sano e, appunto, immunodeficienza umana, ma non sanno precisamente cosa esse significhino. Pensare che una persona sieropositiva sia un portatore sano di AIDS vuol dire non sapere che l'AIDS è la sindrome dell'immunodeficienza acquisita, cioè uno stato patologico in cui si ha riduzione delle funzioni del sistema immunitario.

La presenza di anticorpi per combattere l'infezione è il segnale che si ricerca nel test dell'HIV. In caso di sieropositività, infatti, il test rileva la presenza di anticorpi "anti-HIV", prodotti dall'organismo per contrastare il virus.

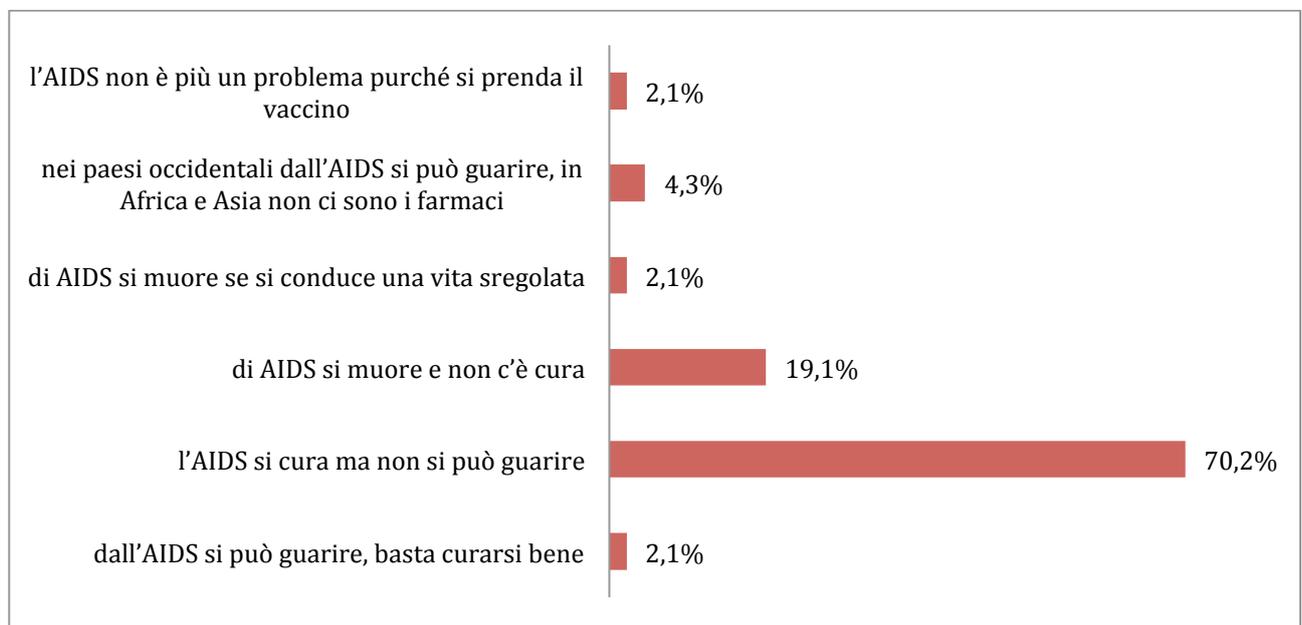
Negli intervistati è quindi totalmente sconosciuto il concetto di sieropositività nelle sue significazioni mediche di sieroconversione. La sieroconversione si verifica quando una persona precedentemente sieronegativa viene riscontrata, ad un secondo esame per la ricerca degli anticorpi contro l'HIV, positiva. La sieroconversione indica il passaggio da uno stato di non infezione ad uno stato di infezione. La sieroconversione 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. Per sieropositività si definisce, quindi, la presenza nel sangue di un individuo di anticorpi contro l'HIV.

Concetti analoghi di sieroconversione e sieropositività valgono per qualsiasi infezione virale o batterica, ma nel linguaggio comune, i termini vengono riferiti, in modo improprio, esclusivamente al contagio da HIV.²⁹

D11) Quale delle seguenti affermazioni pensi che sia vera?



Non ci si aspettava una percentuale così alta di risposte corrette a questa domanda.

Non era per niente ovvio che gli intervistati sapessero dell'esistenza di cure possibili per contrastare la malattia, visto che queste sono piuttosto recenti.

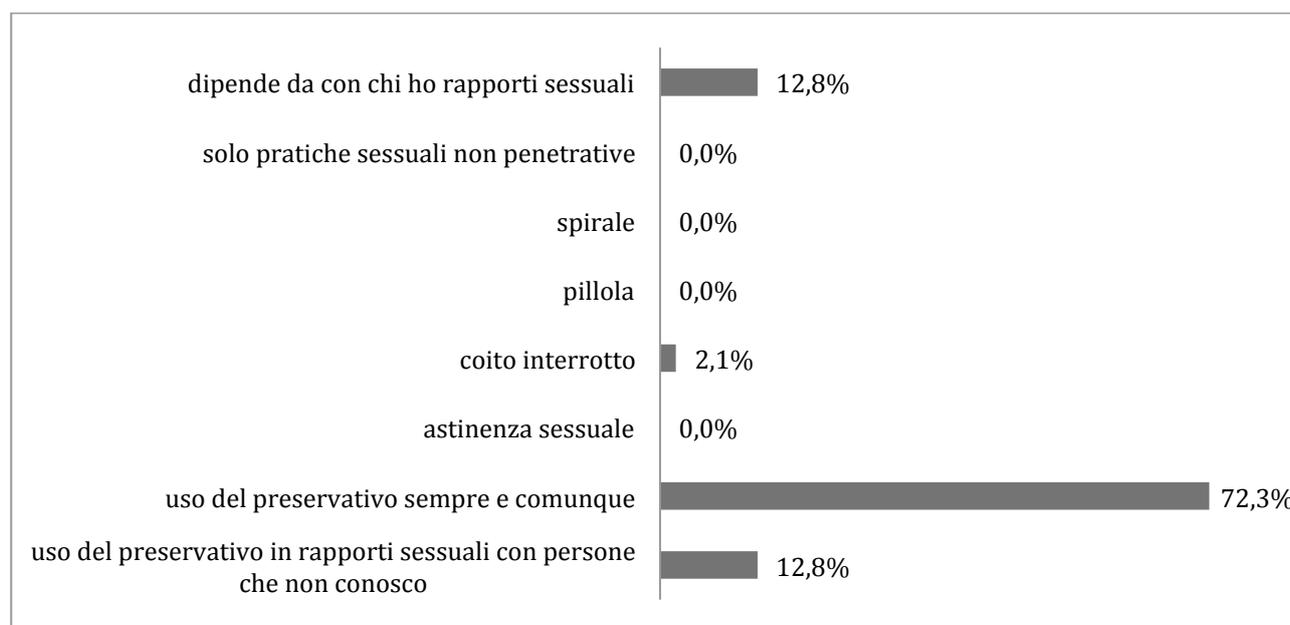
L'AIDS è ritenuto, a causa soprattutto della sua capacità di debilitare il sistema immunitario, una malattia per la quale non è prevista la guarigione. L'introduzione della terapia combinata, cioè con almeno tre farmaci diversi, nel normale management clinico di tutti i pazienti HIV positivi, ha cambiato il decorso clinico e l'esito di gran parte

²⁹ Sarpellioni G., Bravi E., *op. cit.*

dei casi. Una vera e propria guarigione però non si è mai finora verificata e si pensa che il virus, anche se a bassa concentrazione, prosegua indefinitamente la sua esistenza, allo stato di latenza.

Solamente 9 rispondenti su 47 pensano che l'AIDS sia una malattia mortale senza possibilità di cura, una convinzione che in sede di costruzione del questionario pensavamo fosse molto più radicata. Le altre opzioni di risposta sono state valutate corrette ciascuna da una persona ad eccezione dell'opzione e) secondo la quale nei paesi occidentali vi sono i medicinali e le conoscenze necessarie per la guarigione, mentre nei paesi meno sviluppati economicamente la carenza di medicine condanna la popolazione.

D12) Quali metodi di prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) usi/useresti:



A questa domanda si sono riferiti più intervistati, durante i brevi *focus group* intrattenuti, per segnarne l'ambiguità. C'è un discrimine forte tra come i giovani rispondenti pensano sia giusto comportarsi per prevenire l'infezione e il comportamento poi effettivamente tenuto. Il fatto che il 72% del campione ritenga efficace e decisivo l'uso del preservativo non significa che durante l'attività sessuale esso venga costantemente e correttamente usato. Anzi, la grande maggioranza delle ragazze e ragazzi che hanno parlato con me a conclusione del questionario mi ha fatto notare che pur coscienti della pericolosità del

rapporto non protetto, essi lo praticano senza protezione nella quasi totalità dei casi. Durante i focus group, in un'analisi più qualitativa, è emerso che le ragazze utilizzano largamente la pillola come anticoncezionale, ma, essendo consapevoli che l'uso della pillola non protegge dall'HIV, non hanno segnato quell'opzione di risposta quale metodo di prevenzione che userebbero.

Vi è poi da tenere in considerazione il fatto che molti degli intervistati non hanno ancora avuto nessun tipo di rapporto sessuale. Per questioni di privacy forse non è possibile aggiungere una domanda che divida i soggetti che hanno già fatto sesso dai ragazzi che non hanno ancora avuto la prima esperienza, ma il fatto che un intervistato sia o meno attivo sessualmente demarca pesantemente la sua concezione della profilassi e della prevenzione. Che 6 rispondenti abbiano segnato come propria risposta la a) denota che forse essi tengono una vita sessuale più promiscua rispetto agli altri (nel senso che hanno valutato la differenza tra sesso con sconosciuti e con persone conosciute), questa parte del campione valuta e previene il rischio solo nei rapporti occasionali. La diminuzione del numero di partner e la conoscenza intima con una persona con cui si fa sesso è una prerogativa per il sesso sicuro ma non è la soluzione. Nessuno ha risposto l'opzione che segnava come sicure le pratiche sessuali non penetrative, evidentemente il sesso orale è riconosciuto dal campione come pratica rischiosa come qualunque altro tipo di rapporto, come si è visto nella domanda 4), nella quale la maggioranza aveva proprio questa convinzione. I ragazzi dei focus group hanno però segnalato che durante i rapporti orali raramente si proteggono con il preservativo. Bisogna però dire che senza ingerimento di sperma o sangue mestruale il numero di virus che finisce nella bocca del partner è molto ridotto. La mucosa orale offre una protezione sufficiente contro questo esiguo numero di virus e la saliva ha un effetto inibitorio sul virus.

Trattandosi di ragazzi dai 14 ai 18 anni, il dato aggregato del 25% di quanti nel campione pensano che la sicurezza sessuale dipenda da che tipo di rapporto essi abbiano in base al determinato partner, fa pensare che i giovani del campione abbiano sperimentato il sesso in una misura abbastanza elevata. Pensare che una fetta del terzo degli intervistati conduca una vita sessuale attiva e magari non monogama può far luce sull'importanza dell'informazione sessuale tra i ragazzi.

Come detto in precedenza l'ambiguità riscontrata in questa domanda potrebbe a mio parere essere risolta se la domanda 12 venisse divisa in due domande distinte e susseguenti.

Per esempio si potrebbe distinguere tra chi ha effettivamente avuto dei rapporti sessuali e cosa usa/ha usato durante di essi in una domanda e chiedere invece quale precauzioni essi ritengano effettivamente più efficaci a prescindere dal loro comportamento nei fatti.

Ad esempio si potrebbero strutturare in questo modo, la prima:

- ❖ Hai mai avuto rapporti sessuali? Se si, quali dei seguenti metodi di prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) hai usato?
 - a) Non uso nessun tipo di protezione
 - b) uso del preservativo sempre e comunque
 - c) coito interrotto
 - d) pillola
 - e) spirale
 - f) ho svolto solo pratiche sessuali non penetrative
 - g) in base al partner uso o meno il preservativo
 - h) non ho ancora mai avuto rapporti sessuali

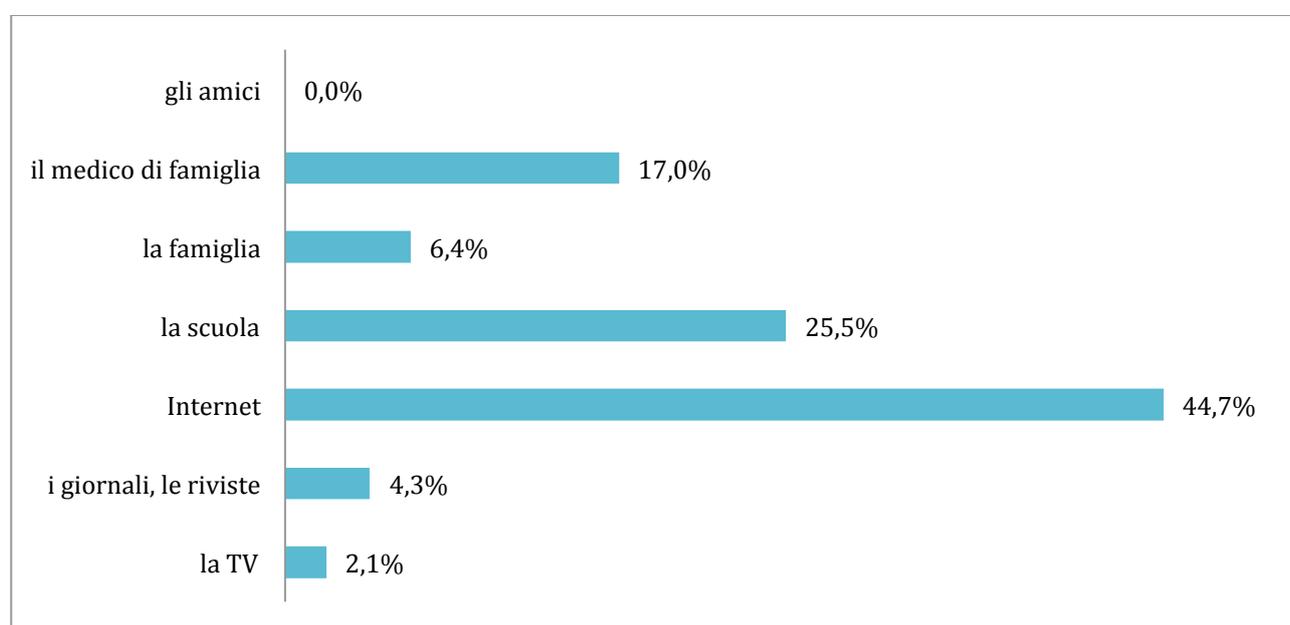
Mentre l'altra domanda potrebbe essere:

- ❖ Quali tra questi metodi di prevenzione ritieni siano più efficaci per non contrarre Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)?
 - a) coito interrotto
 - b) pillola
 - c) spirale
 - d) avere solo pratiche sessuali non penetrative
 - e) preservativo
 - f) evitare i rapporti anali e/o omosessuali

Secondo me dividendo in tal modo le domande si possono ottenere dati più soddisfacenti dal punto di vista dell'indagine comportamentale dei ragazzi. Evitando di chiedere al campione quali di essi abbia già avuto esperienze sessuali si potrebbe non fare un distinguo importante tra chi effettivamente utilizza o meno delle precauzioni nella vita sessuale e chi invece non ha ancora un'attività sessuale.

Si potrebbe inoltre rendersi conto di un dato interessante se incrociando i dati di età e attività sessuale si scoprisse che i più giovani hanno una vita a concreto rischio di infezione sessualmente trasmessa o meno.

D13) Secondo te chi da maggiori informazioni sull'HIV?



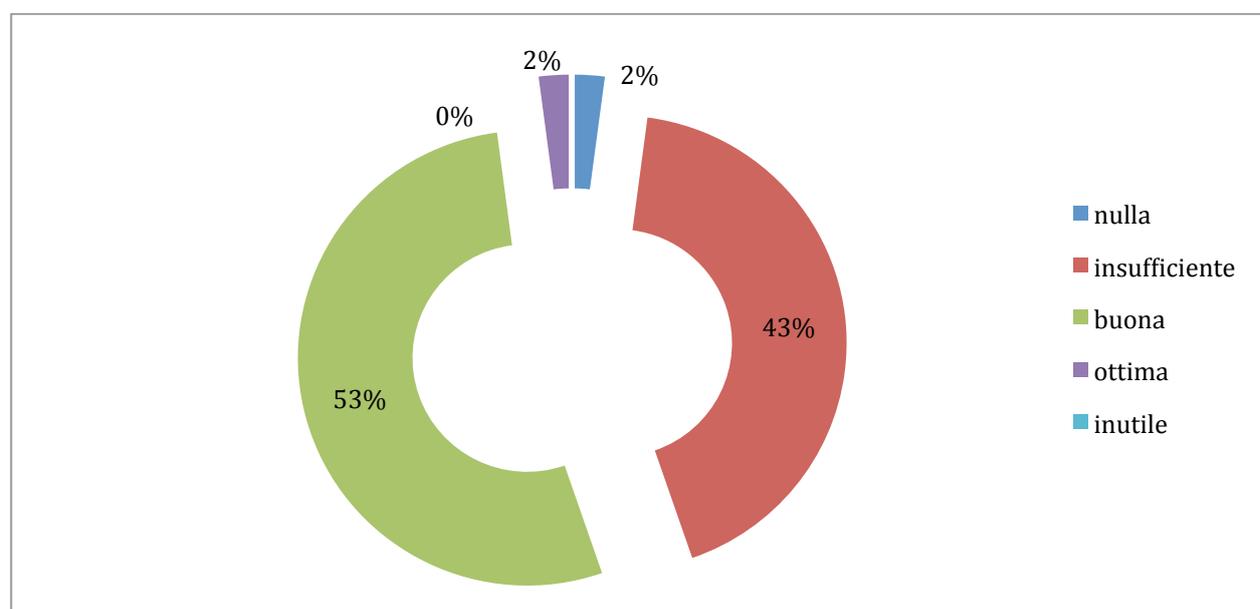
Essendo la nostra una ricerca a proposito dell'informazione tra i giovani e la loro conoscenza dell'argomento AIDS, HIV e MST, abbiamo chiesto attraverso quale canale essi ricevessero più informazioni in proposito. In queste risposte si vede come Internet abbia spodestato la Tv quale mezzo di comunicazione più efficace nel trasmettere informazioni. La famiglia viene dopo la scuola e il medico, che sono rispettivamente la seconda e la terza opzione scelta con 12 rispondenti l'una e 8 rispondenti l'altra. Solo tre ragazzi del campione hanno scelto la famiglia quale luogo di discussione sull'argomento, uno in più rispetto a chi dice che s'informa tramite riviste e giornali (opzione che onestamente non ritenevo spendibile per i ragazzi moderni). Nessuno afferma di averne parlato con gli amici, sottolineando l'alone di tabù che la materia ha e

segnando, forse anche, che sempre più i ragazzi si informano autonomamente delle cose piuttosto che nel gruppo dei pari.

D14) Pensi che l'informazione che hai ricevuto sull'AIDS sia:

Opzioni di risposta	Percentuale	Rispondenti
Nulla	2,1%	1
Insufficiente	42,6%	20
Buona	53,2%	25
Ottima	2,1%	1
Inutile	0,0%	0

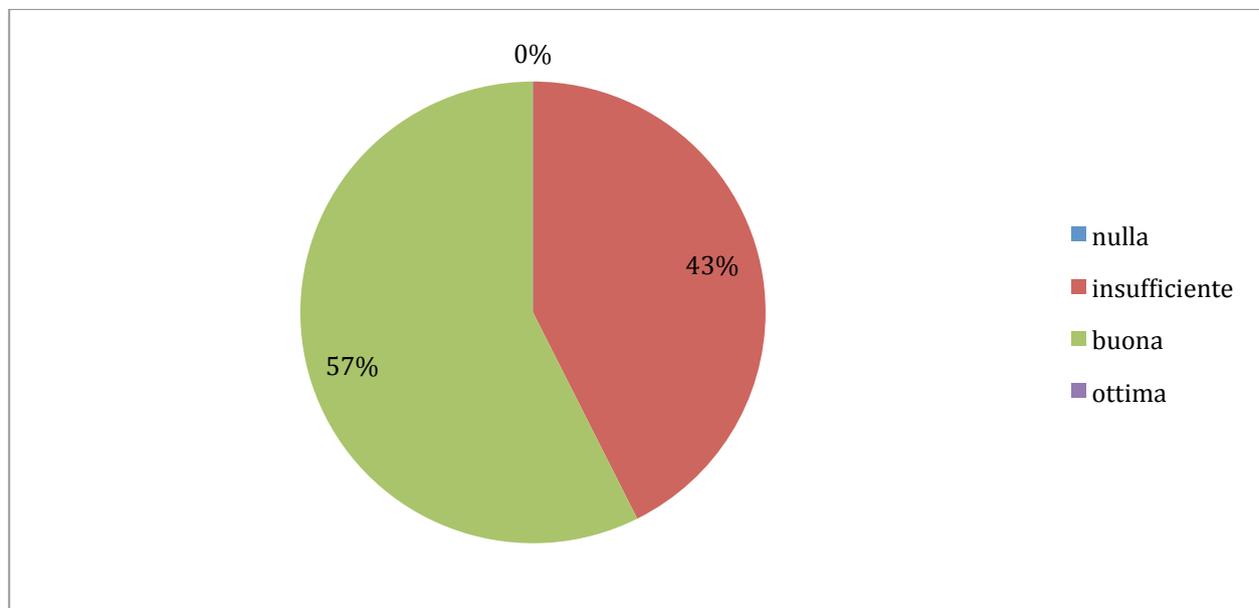
Eliminando i due soggetti estremi che affermano rispettivamente che l'informazione da loro ricevuta sia nulla e ottima, i dati dimostrano che il campione si divide quasi al 50% tra la valutazione buona e insufficiente.



La maggioranza dei membri del campione afferma che il livello delle informazioni ricevute riguardo ai rischi dell'AIDS è buona, un dato confortante, ma che deve essere messo alla prova dei fatti. Più avanti nel questionario si vedrà l'effettivo livello di correttezza del campione.

Per ora, abbiamo visto che il 66% del campione non sa cosa sia effettivamente una persona sieropositiva. La domanda seguente è strettamente collegata a questa.

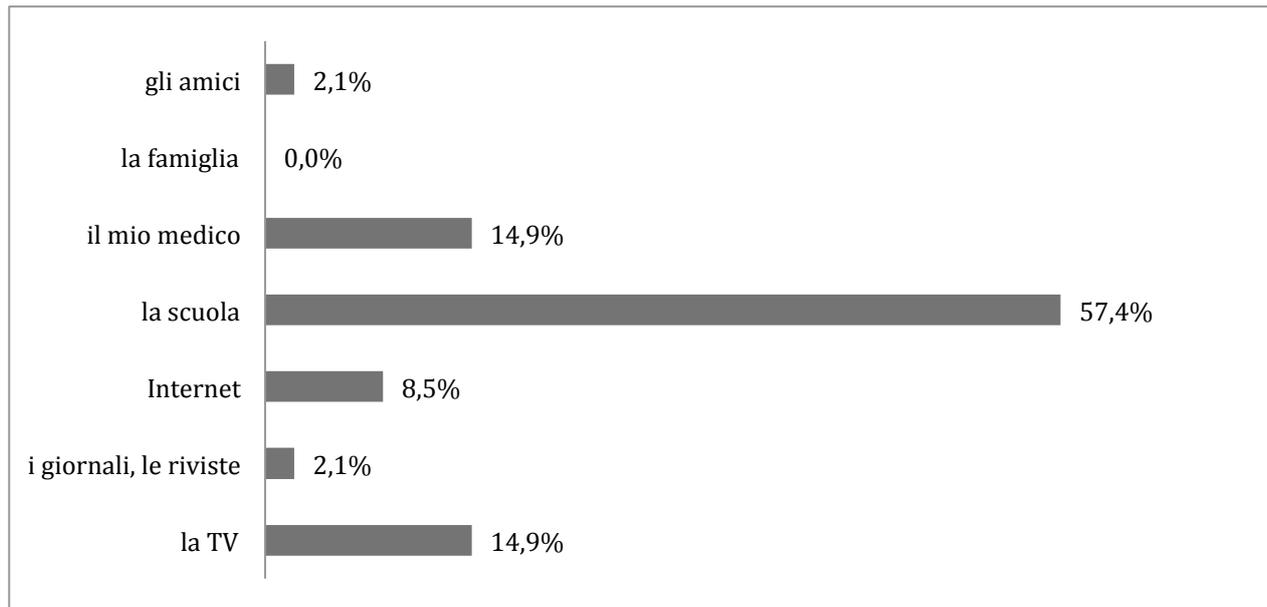
D15) Pensi di avere una conoscenza sul problema HIV/AIDS:



Qui, a differenza della domanda precedente in cui si chiedeva la qualità delle informazioni ricevute, si domanda al campione la qualità della propria conoscenza riguardo al tema del problema HIV/AIDS. Come nella domanda precedente anche qui si vede una polarizzazione sulle opzioni di risposta mediane, e anche qui la maggioranza dei rispondenti (27 su 47) ritiene buone le conoscenze acquisite.

20 persone invece ammettono che le proprie conoscenze in materia di AIDS sono insufficienti. Anticipo che questa fetta è consapevole della scarsa preparazione che il campione dimostrerà nelle domande di conoscenza dell'argomento che troveremo più avanti.

D16) Da quale fonte preferiresti avere maggiori informazioni su HIV/AIDS:

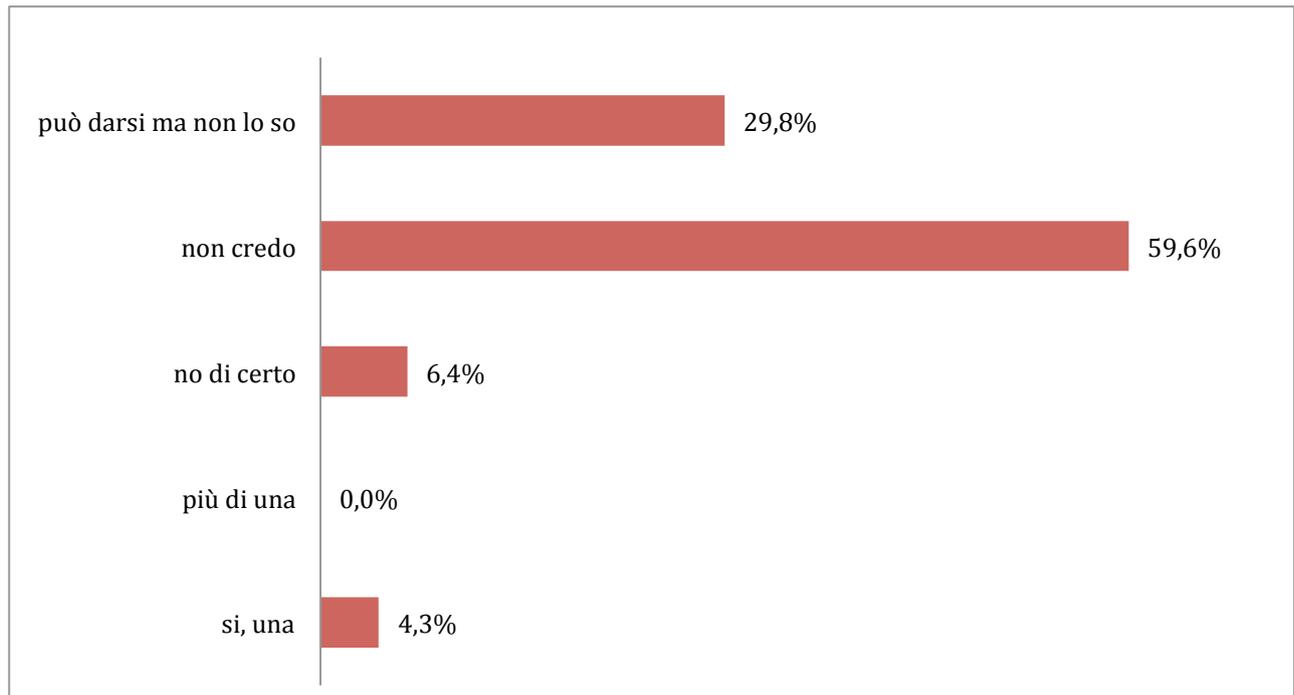


Solamente il 15% dei giovani intervistati vorrebbe che in televisione si parlasse di più dell'argomento, esattamente tanti rispondenti (7 su 47) quanti credono che sia il medico di famiglia a dover fornire più informazioni.

Uno solo degli intervistati rimarca il dato della domanda 13 nella quale era emerso che nessuno del campione abbia mai ricevuto informazioni riguardo l'argomento dal gruppo dei pari, mentre nessuno ritiene che la famiglia debba assumere un ruolo più importante nel garantire delle informazioni valide e personali. Questo 0% di rispondenti è un dato interessante perché dimostra che i giovani del campione non sentono il bisogno di parlare di sessualità e rischi connessi con i genitori o con i fratelli.

La grande maggioranza degli intervistati ritiene invece che sia la scuola a detenere la responsabilità dell'informazione riguardo l'AIDS, dicendo che in quella sede preferirebbe ricevere maggiori informazioni. La scuola come luogo e veicolo più importante di informazioni è vista come fondamentale da 27 ragazzi su 47.

D17) Hai mai conosciuto personalmente una persona sieropositiva?



Due persone su 47 del campione hanno conosciuto una persona sieropositiva (in base alla mia ricerca sul campo sembrerebbe essere la stessa persona), mentre tutti gli altri o negano sicuramente (3) o non credono (28, la maggioranza) o non lo sanno ma lasciano aperta la possibilità. La maggioranza del campione sembra perciò lontana dall'aver un rapporto personale con la malattia. La percezione di lontananza rispetto alla malattia è uno degli atteggiamenti generalizzati che si vogliono contrastare con le opere di sensibilizzazione.

Nei discorsi pubblici moderni l'AIDS non riscontra più l'eco dei tempi allarmistici degli anni novanta, ma ciò non vuol dire che l'opinione pubblica non debba essere informata e consapevole dei gravi rischi connessi alla sottovalutazione del problema.

D18) E' possibile contrarre l'infezione durante un solo rapporto sessuale non protetto?

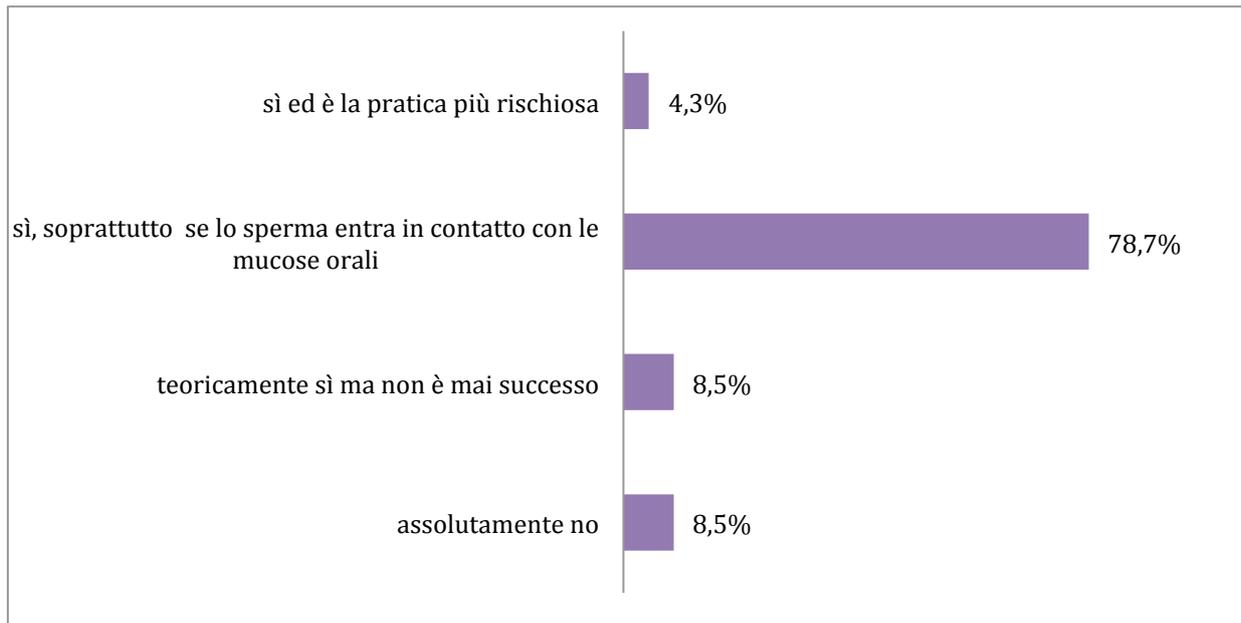


Quasi tutti hanno consapevolezza del fatto che anche solo un rapporto sessuale non protetto può presentare rischi di infezione, 43 rispondenti su 47. I rispondenti non hanno avuto dubbi nel segnare la risposta corretta anche se il dottor Giuliano Rizzardini, direttore unità operativa della divisione malattie infettive e allergologia dell'ospedale Luigi Sacco contattato dal mio relatore di tesi, nel suo commento al questionario, ha proposto di sottolineare il fatto che nella domanda si chieda UN SOLO rapporto sessuale.

Una persona cade nell'erronea credenza che la tossicodipendenza incida sulle possibilità di contagio tramite atto sessuale, altri 2 invece sono convinti che il virus si trasmetta solamente se i soggetti sono già indeboliti da qualche altra malattia.

Vedremo all'analisi della domanda numero 20 che i dati percentuali di possibilità di infezione con un solo rapporto non protetto sono piuttosto bassi, per questo è bene che i giovani siano consapevoli dei rischi connessi al rapporto sessuale non protetto ma allo stesso tempo sarebbe opportuno avviare un'opera di informazione incentrata sulla minimizzazione degli allarmismi inutili e sulla comunicazione del reale danno derivato dalle malattie sessualmente trasmissibili.

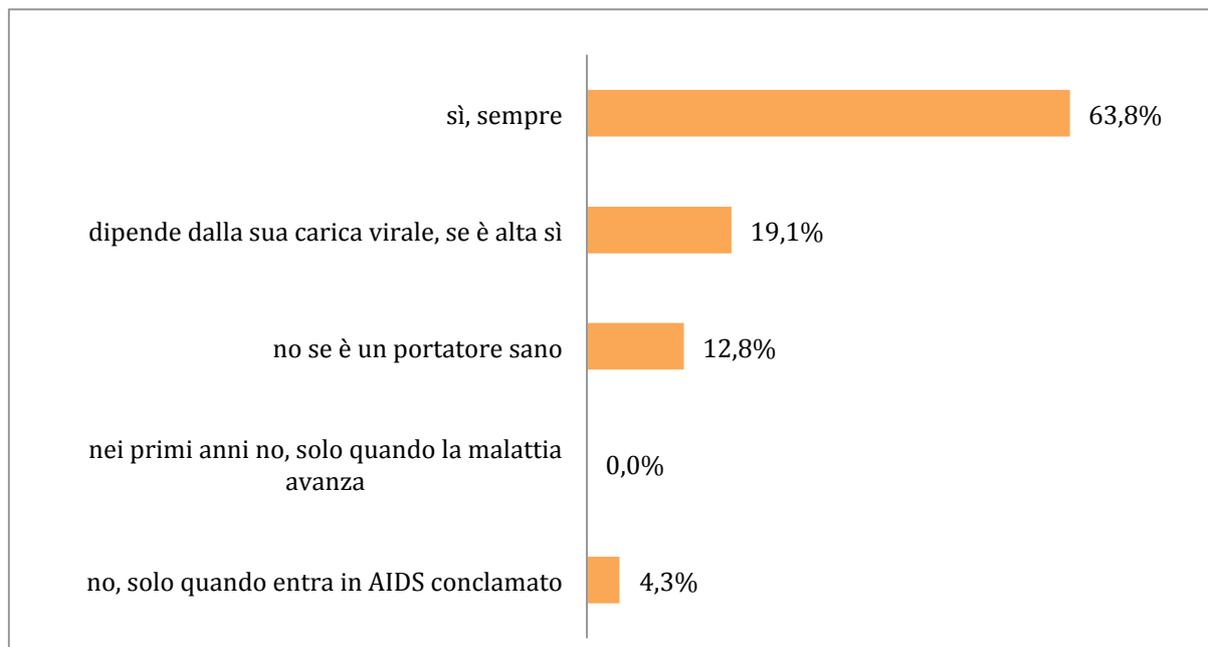
D19) Il rapporto orale presenta dei rischi di infezione?



Ricordando che alla domanda 12 nessuno degli intervistati riteneva che le pratiche sessuali non penetrative fossero esenti da rischi di trasmissione, in questa domanda chiediamo quanti e quali rischi presenti il rapporto orale. Vediamo infatti che pur avendo risposto in tal modo al quesito 12, in questa domanda l'8,5% del campione afferma incongruamente che il rapporto orale non presenta rischi di infezione, 4 persone su 47 hanno perciò mal interpretato o l'una o l'altra domanda. La stessa percentuale di persone pensa invece che il virus si possa in teoria trasmettere ma che questo non sia mai successo.

Due persone pensano che il rapporto orale sia la pratica più rischiosa, cosa molto errata. Il restante 79% dei rispondenti correttamente segna che il rischio di infezione sussiste effettivamente nel momento in cui liquido seminale e sangue entrano in contatto con le mucose. Pur essendo una pratica a rischio limitato per quanto riguarda l'AIDS, che è un virus debole fuori dal corpo umano, è ad alto rischio di trasmissione di altre infezioni quali quelle da clamidia, gonorrea o sifilide.

D20) Una persona sieropositiva avendo rapporti sessuali può sempre infettare il partner?



Una persona sieropositiva può sempre infettare il partner come hanno risposto il 64% degli intervistati. Anche un solo rapporto a rischio può esporre al contagio. In questa domanda notiamo i primi segni di confusione nei rispondenti perché i concetti di “portatore sano” e “carica virale” presentati per la prima volta dal questionario sono stati travisati.

C'è da fare ora il punto sulle probabilità di infezione: «la probabilità per un uomo di acquisire l'infezione attraverso 1 solo rapporto vaginale non protetto con una donna sieropositiva è del 1/500; le probabilità per una donna sieronegativa di acquisire l'infezione da un uomo sieropositivo attraverso un rapporto vaginale non protetto è di 1/200; le probabilità di contrarre l'infezione attraverso un rapporto anale non protetto sono circa da 1/50 a 1/100. Le probabilità per una donna di acquisire il virus attraverso rapporti penetrativi non protetti con un partner sieropositivo sono notevolmente più alte.»³⁰

Queste varie percentuali di probabilità, una volta presentate ai ragazzi del campione che hanno partecipato ai brevi focus group che analizzerò in seguito, hanno creato un lieve scalpore. Ovviamente non si aspettavano probabilità così basse, ma ho tentato di

³⁰ *ivi*

non far perdere la misura dei rischi connessi al sesso mostrando loro questa tavola trovata in internet (tavola 6) ³¹ :

Probabilità cumulativa di infettarsi

Numero di contatti	Probabilità di Infezione	
	Gonorrea	"HIV"
0	0%	0%
1	50%	0.09%
2	75%	0.18%
3	88%	0.27%
4	94%	0.36%
5	98%	0.45%
777		50%
3333		95%

(tavola 6)

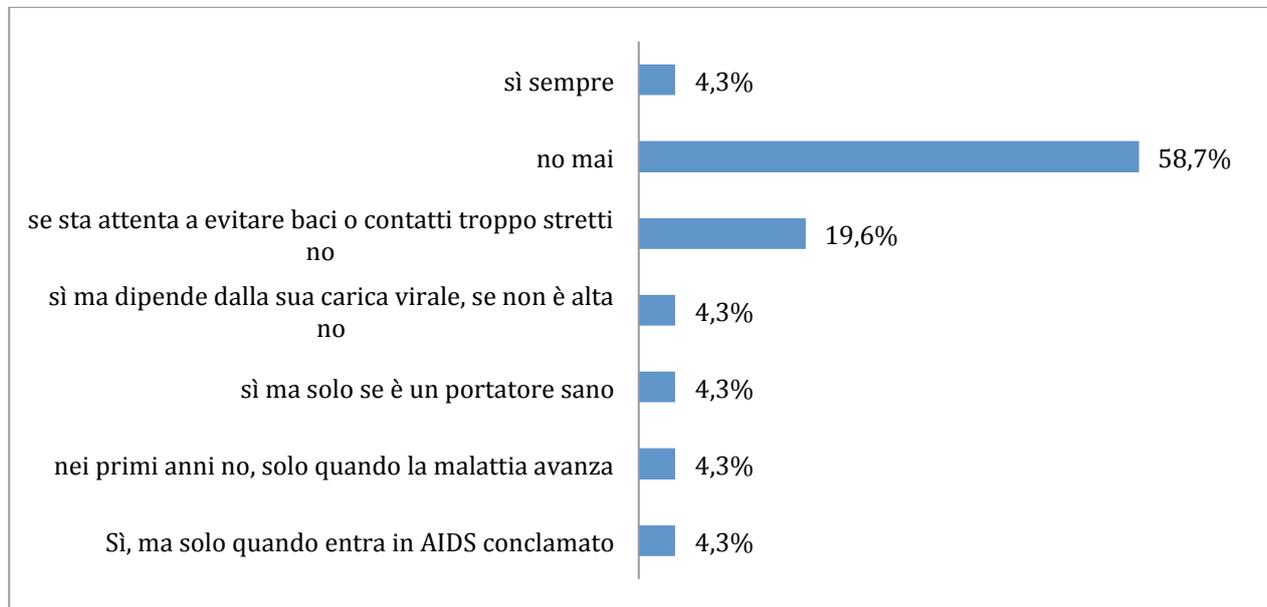
I dati percentuali così bassi per la possibilità di trasmissione dell'HIV contrastano con l'alta probabilità di contrarre altre malattie sessualmente trasmissibili come la gonorrea e sono in grado di fornire ai giovani una misura fattuale del problema.

Ad ogni modo ho tentato di sottolineare ai ragazzi di non badare alle percentuali, che sono fuorvianti e falsamente tranquillizzanti, affermando che la materia medica è molto complessa, tanto da non dare adito a sicurezze fasulle. Quella sessuale è la modalità più diffusa nel mondo di trasmissione dell'infezione perché tutti i rapporti sessuali non protetti da profilattico , siano essi eterosessuali o omosessuali, possono essere causa

³¹ <http://www.tig.org.za/TIGit/Affidavit%20a%20cura%20del%20Gruppo%20di%20Perth.pdf>

di infezione, inoltre, tutte le pratiche sessuali che possano favorire traumi e lesioni delle mucose aumentano il rischio di trasmissione.

D21) Una persona sieropositiva corre il rischio di infettare gli amici o i conoscenti nel quotidiano?



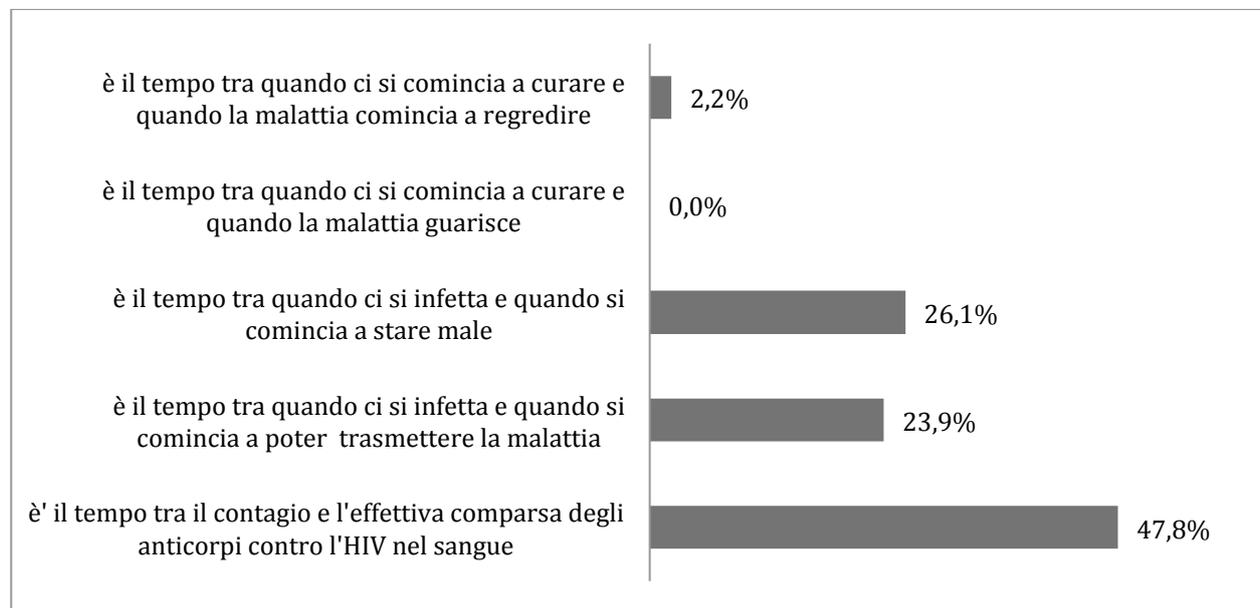
Questa domanda è stata saltata da due ragazzi del campione. Si basa quindi su un gruppo di 46 rispondenti dei quali il 58% non ritiene possibile un'infezione per via aerea tramite la semplice convivenza nel quotidiano con una persona sieropositiva. 9 persone del campione ritengono però rischioso il contatto troppo stretto con persone sieropositive e credono erroneamente che i baci siano veicolo di trasmissione.

Tutte le altre opzioni di risposta sono state scelte equamente tra i restanti membri del campione. 2 persone per ciascuna risposta scorretta, addirittura per l'opzione che dice che una persona sieropositiva può sempre infettare gli amici nel quotidiano, un punto di vista quanto mai lontano dalla realtà che mette in luce l'importanza di un'operazione di informazione profonda tra i giovani.

Non si è mai verificato alcun caso di infezione da HIV a seguito di normale condivisione di ambienti di vita. Dopo anni di osservazione in famiglie, case di cura, centri di accoglienza e comunità terapeutiche che ospitavano persone sieropositive, è evidente che la semplice convivenza con soggetti portatori del virus non comporta alcun rischio di contagio. Ciò vale per strette di mano, abbracci, carezze, baci e per qualsiasi contatto

affettivo, familiare, sociale esclusi i rapporti sessuali. Né, come già detto, l'infezione può trasmettersi attraverso starnuti, colpi di tosse, urine, feci, vomito, lacrime, ecc.³²

D22) Il "periodo finestra":

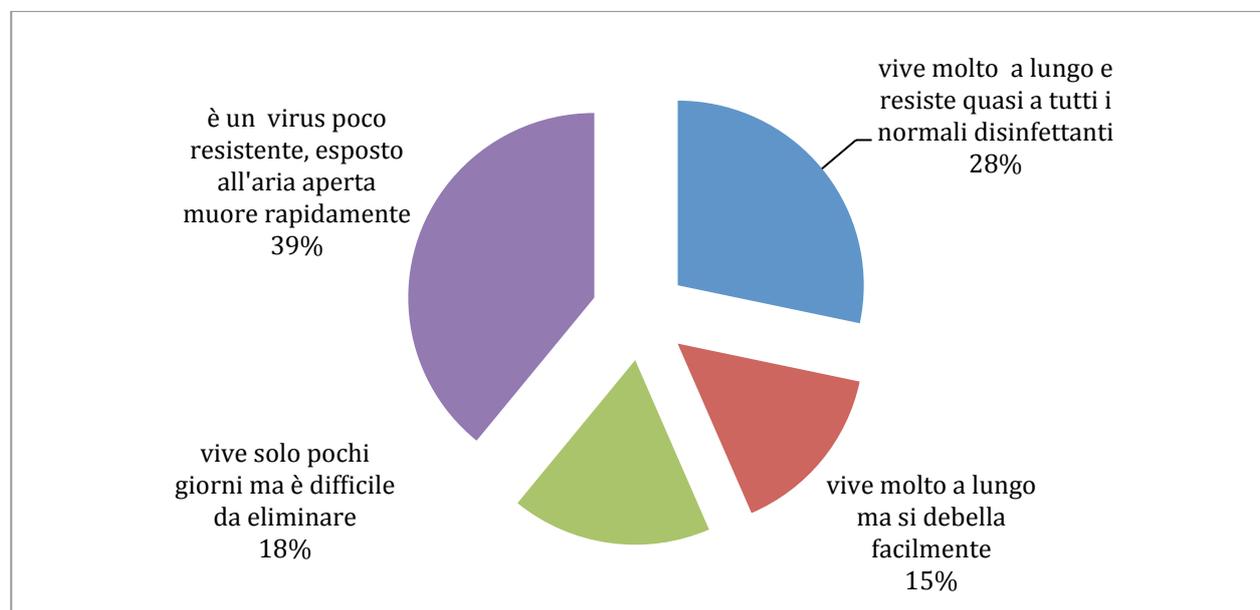


Visti i risultati della domanda numero 10, nella quale solo il 10% dei rispondenti è consapevole del fatto che una persona sieropositiva è una persona che presenta nell'organismo gli anticorpi per contrastare la malattia, l'alta percentuale di membri del campione che hanno risposto correttamente a questa domanda è sorprendente. Il periodo finestra è il lasso di tempo che intercorre dal momento del contagio alla comparsa di anticorpi contro l'HIV nel sangue e quasi il 50% dei rispondenti ha segnato questa corretta risposta. Il periodo finestra è forse l'informazione più importante da trasmettere ai ragazzi perché a parte il fatto che più della metà del campione non ne era a conoscenza, l'essere al corrente del fatto che sussiste un periodo di 4-6 settimane (ma può estendersi fino a 6 mesi) durante il quale il test dell'HIV risulta negativo anche se la persona è infetta è decisivo per la prevenzione e la consapevolezza. Dodici rispondenti su 46 hanno risposto che il periodo finestra è il tempo che passa da quando ci si infetta a quando si inizia a dimostrare i primi sintomi, dimostrando la confusione sulle modalità di azione della malattia. Questa domanda a mio parere

³² Sarpelloni G., Bravi E., *op cit*

illumina il fatto che tra i giovani il virus è vissuto come una normale malattia infettiva, non come un retrovirus con particolari anomalie di comportamento ed azione.

D23) Il virus HIV fuori dall'organismo umano:



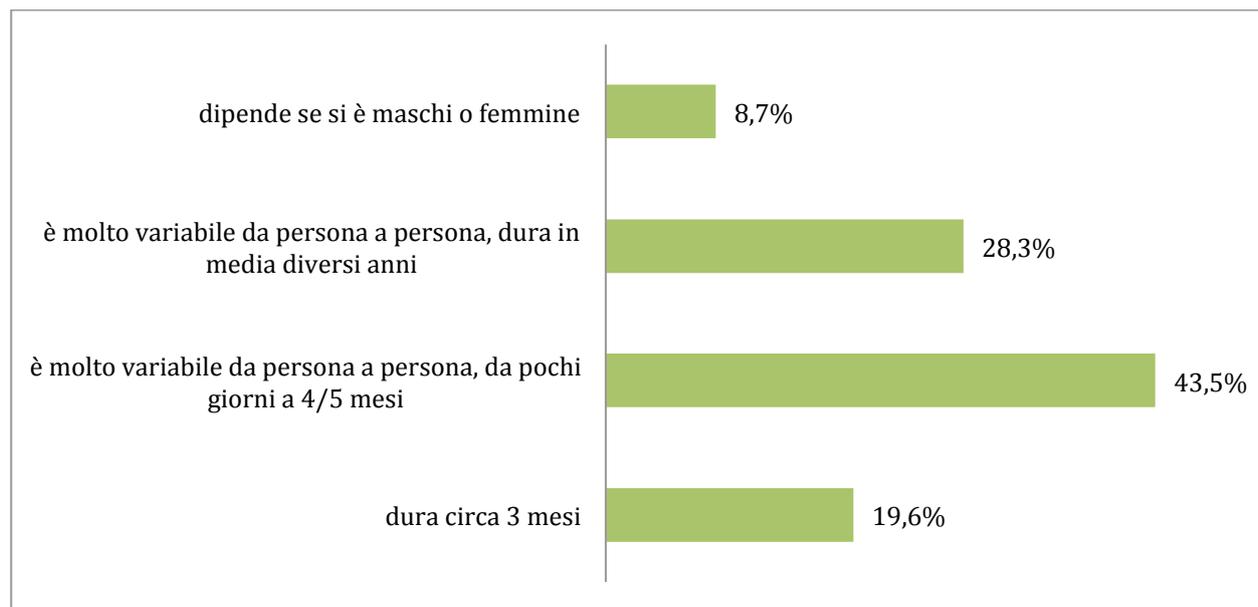
Se esiste una domanda chiave tra quelle del questionario che possa dare una misura del livello di informazione tra i giovani riguardo il problema dell'AIDS, è forse questa. Chiedendo ai ragazzi come pensano che si comporti il virus dell'HIV fuori dall'organismo umano possiamo scoprire il loro reale grado di conoscenza della materia. Questo perché se almeno quel 57% del campione che affermavano alla domanda 15 di avere una buona conoscenza del tema avesse risposto correttamente a questa esisterebbe un reale buon livello, ma qui solo il 39% sa che il virus HIV è poco resistente in campo aereo.

Nel campione di 46 ci sono 13 elementi che credono l'HIV sia un virus molto resistente che resiste ai normali disinfettanti, ma se così fosse l'intera popolazione umana sarebbe a rischio infezione nella sua vita di tutti i giorni.

Tutte e 4 le opzioni di risposta sono state usate dai rispondenti anche se in sede di costruzione del questionario si pensava non potessero esserci dei risultati così disparati: si presupponeva che le opzioni scelte oscillassero tra la corretta d) e la b), invece molti dei ragazzi credono che la malattia sia resistente all'aria aperta fuori dall'organismo umano, una convinzione quanto mai errata e confusa.

Questa domanda è particolarmente importante e ben formulata nelle sue opzioni di risposta. Nel venire a conoscenza della propria ignoranza a questa domanda i membri del campione osservati si sono rivelati molto sorpresi e hanno dimostrato di ripensare alla scarsa logica usata nel rispondere.

D24) Il periodo d'incubazione, il tempo tra contagio e manifestazioni evidenti della malattia:



Per periodo d'incubazione s'intende il tempo trascorso tra il contagio con il virus HIV e le manifestazioni della malattia AIDS.

Vista l'alta percentuale di risposte errate a mio parere la domanda è mal posta. Forse sarebbe meglio porre la domanda più specificatamente, innanzitutto nominando l'AIDS perché è ad esso che si riferisce la questione. Abbiamo chiesto nelle domande precedenti cosa fosse il "periodo finestra" (domanda 22) e quasi la metà del campione aveva risposto correttamente. Qui il dato di risposte sbagliate è del 56,5%, quindi togliendo l'8% che afferma sia questione di genere di appartenenza, dobbiamo valutare la vaghezza della domanda. Forse coloro che hanno segnato le opzioni a) e b) (che sono entrambe nell'ordine dei mesi) hanno confuso il virus dell'HIV con la malattia AIDS. Il periodo finestra può essere stato confuso con l'incubazione della malattia, quel lasso di tempo che intercorre tra il momento in cui una malattia infettiva viene contratta e la comparsa dei primi sintomi. Il periodo d'incubazione dell'AIDS è variabile da

persona a persona, ma in genere è molto lungo, in media 10-15 anni. Questo periodo varia oltre che per durata anche per sintomi e manifestazioni.

L'iniziale periodo di incubazione, totalmente asintomatico (privo cioè di sintomi), dura mediamente da 2 a 4 settimane dal momento del contagio.

A questo stadio segue un periodo di sintomi virali simili a quelli dell'influenza e facilmente confondibili con questa.

Successivamente, la persona infetta è nuovamente priva di sintomi.

Questa fase può durare vari anni, fino a quando non sopraggiunge la fase dell'AIDS conclamato con sviluppo di infezioni e tumori di varia natura (polmonite, micosi, ...). In pratica è quando, in un soggetto sieropositivo, compaiono le malattie da immunodeficienza, che sono malattie, soprattutto infettive, che non si verificano nella popolazione immunocompetente in quanto il sistema immunitario è in grado di difendere l'organismo.

Questi sono concetti difficilmente comunicabili a un bacino d'utenza giovanile.

A mio parere sarebbe utile dividere anche questa domanda in due domande distinte:

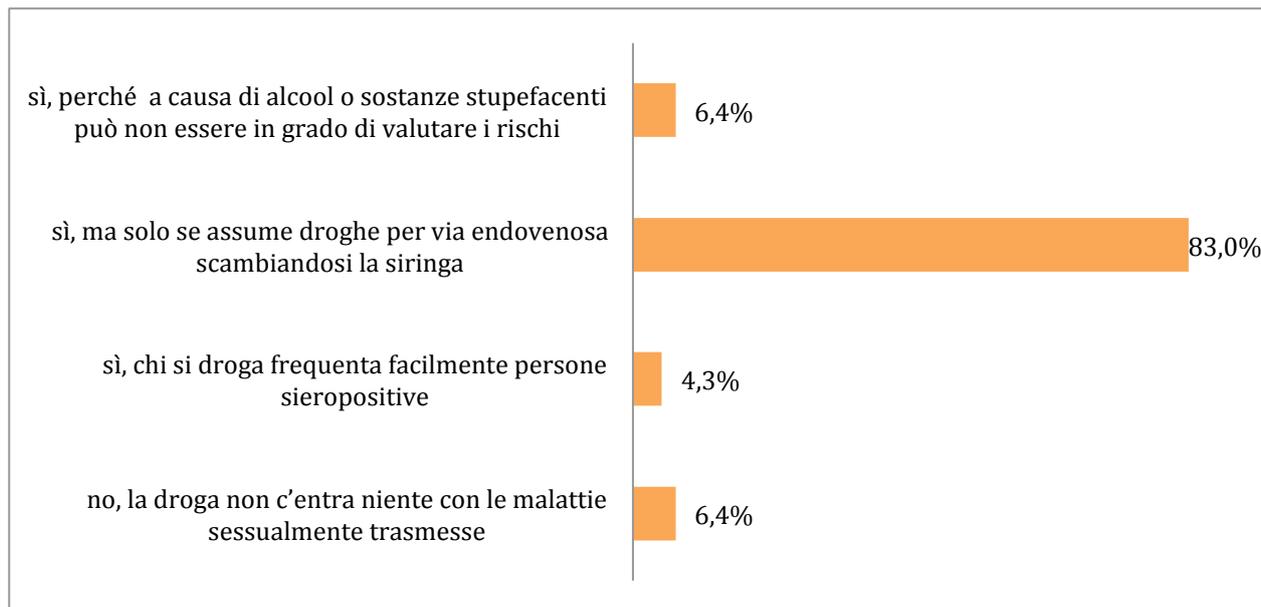
Una prima nella quale si domandi specificatamente:

- Cosa significa AIDS conclamato?

E una seconda che chieda:

- Quanto tempo passa dal momento del contagio all'entrata in AIDS conclamato?

D25) Chi assume droghe è più' esposto al rischio di contagio:



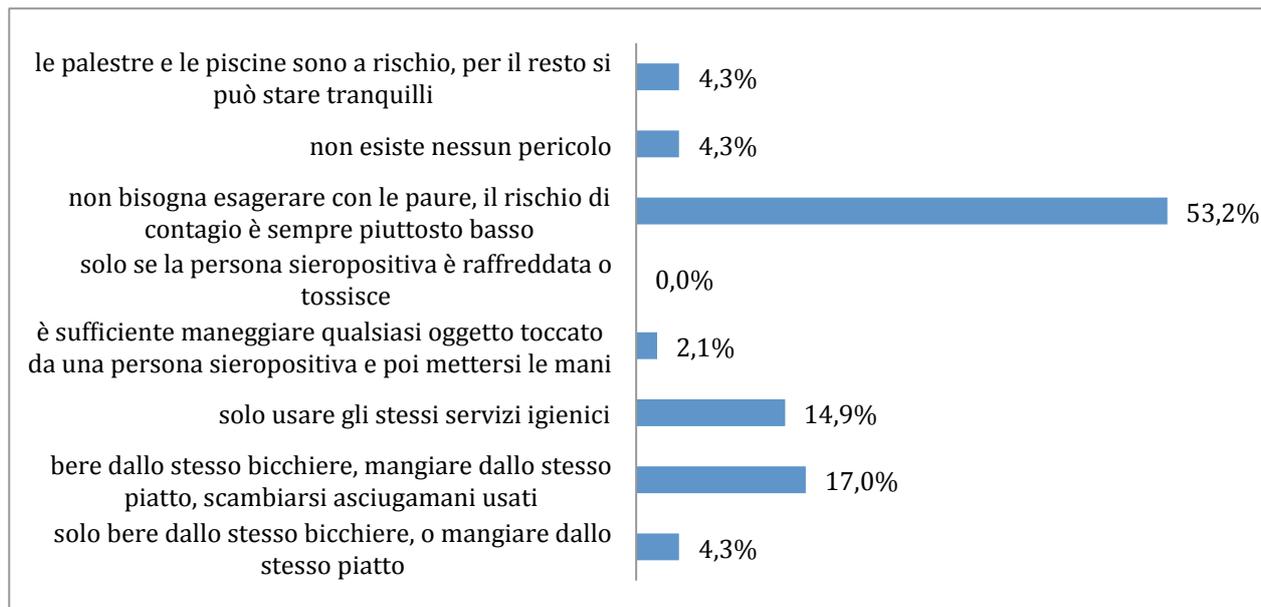
In questa domanda si presume che la risposta corretta sia l'opzione d) ma l'83% dei giovani rispondenti ha collegato mentalmente l'esposizione al contagio come modalità di infezione. Effettivamente a causa di alcool e di qualunque sostanza stupefacente i livelli di attenzione ai rischi si abbassano e si può incorrere in comportamenti sessuali o comportamenti rischiosi di qualunque genere nei confronti dell'AIDS, ma il fatto che l'HIV si trasmetta per via sanguigna ha indotto 39 membri del campione su 47 a valutare solo lo scambio di siringhe come pericoloso.

In realtà qualunque tipo di droga o alcool può indurre a comportamenti irresponsabili e quindi dannosi per la salute. Secondo i dati raccolti da una ricerca dell'università di Padova su 2.100 ragazzi diciottenni "l'assunzione di ecstasy, se ne viene fatto un uso prolungato, rischia di aumentare del 30% la possibilità di avere problemi sessuali"³³, visto che abbattendo i freni inibitori si abbatte anche il livello di allerta e conseguentemente la percezione dei rischi.

Tre ragazzi hanno segnato correttamente che chi assume droghe è a rischio per via dell'abbassamento del livello di guardia, ma altrettante hanno risposto che la droga non c'entra niente con le malattie sessualmente trasmesse, intendendo forse che non è la droga in se il veicolo dell'infezione.

³³ Giommi R., Sesso under 18 tutto quello che gli adolescenti vogliono sapere, Sperling & Kupfer, Milano, 2010, p. 148

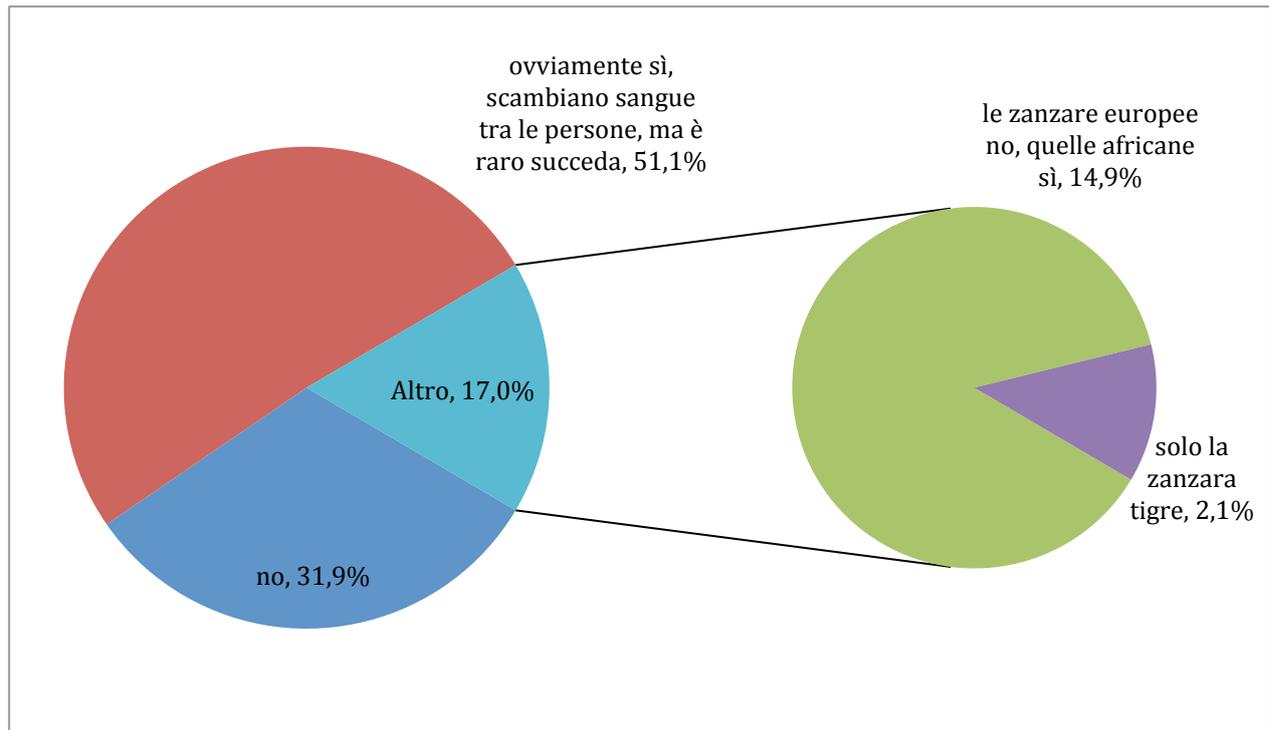
D 26) Situazioni a rischio d'infezione se si vive con una persona sieropositiva:



In questa domanda le opzioni di risposta sono molte e varie al fine di offrire più possibilità di esprimere il proprio grado di percezione del rischio di contagio con persone sieropositive nella vita di tutti i giorni. Poco più della metà del campione non percepisce come rischiosa la convivenza con soggetti sieropositivi, ma solamente due persone su 47 pensano che non esista nessun tipo di pericolo nel condividere gli spazi con loro. I restanti 20 rispondenti si dividono tra le opzioni a), b), c), d) e h), nessuno ritiene che ci siano possibilità di infezione nella modalità aerea di trasmissione (tosse, starnuti).

Le risposte date da questi 20 ragazzi del campione si caratterizzano per il collegamento della malattia alla condivisione di stoviglie o servizi igienici. E' interessante quindi notare come quasi la metà degli intervistati colleghi la trasmissione del virus all'uso di oggetti, ma nessuno pensi che il virus si possa trasmettere con modalità simili alle normali infezioni virali o batteriche.

D 27) Le zanzare possono trasmettere il virus dell'HIV?



Che la zanzara possa trasmettere il virus HIV è una delle tante leggende metropolitane che sarebbe meglio sfatare tramite l'opera di informazione che ci prefiggiamo di attuare. La zanzara e altri parassiti che succhiano sangue, come cimici, pulci, zecche, non trasmettono il virus dell'AIDS, per queste semplici ragioni:

- Quando la zanzara punge inietta saliva ma non il sangue. Il sangue ha una direzione opposta, viene succhiata dalla persona alla zanzara e non vi è mescolanza tra saliva della zanzara e sangue succhiato. Manca, cioè, una trasmissione meccanica di sangue.
- Nella zanzara il sangue succhiato, se contenesse HIV, verrebbe reso rapidamente inattivo dal processo digestivo della zanzara. Il virus non sopravvive e non si riproduce all'interno della zanzara.
- La zanzara, inoltre, non si infetta dell'HIV, perché questo è un virus umano; ecco un altro motivo per cui la saliva della zanzara non contiene l'HIV.³⁴

³⁴ http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=italiano&id=164

A questa leggenda hanno creduto 24 persone su 47: il 51% del campione, un numero molto elevato. Tenendo conto delle opzioni c) e d) scelte dal 17% del campione vediamo che solo un esiguo 31% dei rispondenti è consapevole dell'assurdità della credenza che le zanzare possano trasmettere dell'HIV nello stesso modo in cui trasmettono la malaria o la febbre gialla.

Ai ragazzi ho spiegato, alla fine della compilazione, le ragioni per cui le zanzare non sono un rischio di contagio visto che la domanda 27 è stata la più citata dagli esaminati. Durante la compilazione, in diverse sedi e momenti di esame del questionario, ho sentito vari ragazzi esclamare "eh si, le zanzare?!", sintomo che la questione non è abbastanza chiara tra i membri del campione.

Le mie spiegazioni sono state queste:

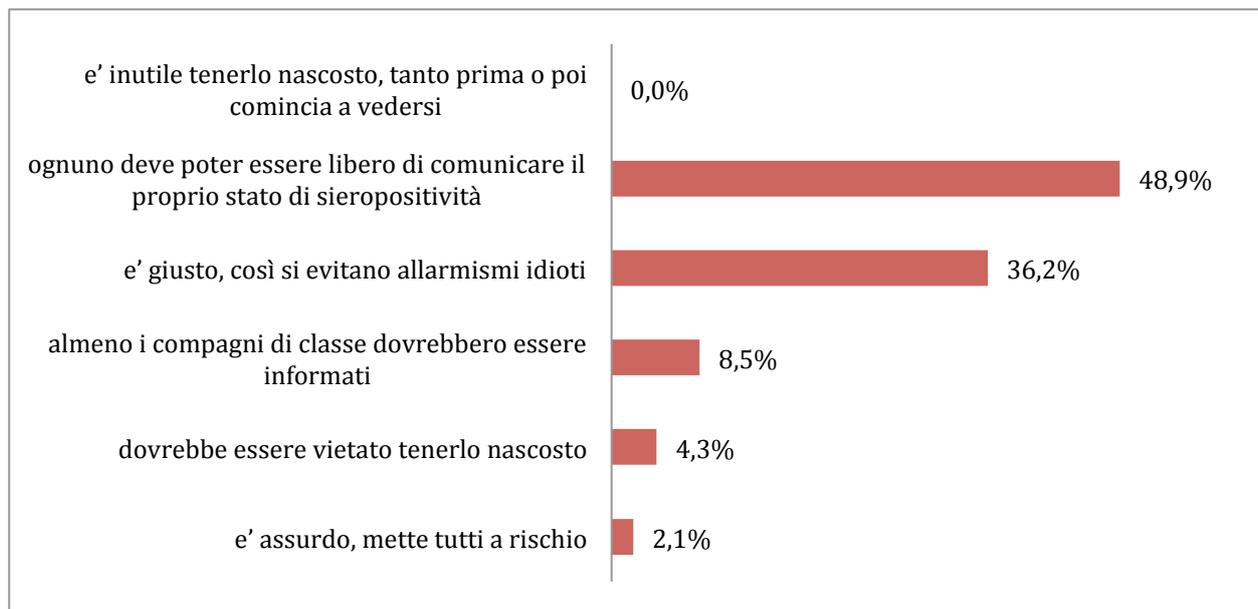
- la quantità di sangue succhiata è troppo scarsa da contenere una carica virale di HIV sufficiente per contagiare.
- dopo un pasto abbondante di sangue, la zanzara aspetta almeno 24 ore per pungere un'altra persona; tempo abissalmente lungo perché eventuali HIV siano efficacemente digeriti nel suo apparato digerente.
- se anche la zanzara, dopo una prima puntura, non essendo sazia, pungesse un'altra persona, la quantità di sangue sarebbe abbastanza scarsa per essere in grado di contagiare.

In ogni caso, come si è detto sopra, il sangue viene inattivato dall'apparato digerente della zanzara.

Un'interpretazione piuttosto bizzarra da analizzare è quella secondo la quale solo le zanzare africane siano in grado di trasmettere il virus. Questa opzione è stata valutata corretta da quasi il 15% dei ragazzi, rimarcando la visione distorta e confusa del campione in analisi.

La sorpresa nei volti di molti è stata palpabile e il fatto che una credenza così errata sia così diffusa getta nuovi dubbi sul livello di consapevolezza della questione AIDS e delle sue modalità di contagio.

D28) A scuola un ragazzo sieropositivo ha diritto che non si sappia della sua situazione, cosa ne pensi?



Anche in questa domanda, come visto nella domanda 9, si nota che i ragazzi del campione sono consapevoli del fatto che una persona sieropositiva non è riconoscibile. Questa è un'altra questione posta per verificare la visione personale degli intervistati. Per legge non c'è obbligo da parte dei genitori di comunicare agli insegnanti la sieropositività del figlio; è da valutare quindi da parte dei genitori l'opportunità o meno di una comunicazione in tal senso: se da un lato, infatti, espone il bambino al rischio di discriminazioni, dall'altro ciò potrebbe offrirgli una maggiore attenzione e tutela (visto, ad esempio, il rischio di esposizione ad altre malattie infettive che caratterizza i primi anni di scolarizzazione, la necessità di medicazioni per piccoli incidenti, ecc.) e potrebbe rappresentare una tappa importante per un rapporto fiduciario con il personale scolastico. Giova comunque ricordare che fino ad oggi non si è verificato un solo caso di trasmissione dell'infezione da HIV in ambito scolastico, quindi, al di là di ipotesi fantasiose sui possibili rischi, il dato di realtà, suffragato dall'analisi dei dati epidemiologici, è che la presenza di bambini sieropositivi a scuola non è un fattore di rischio.

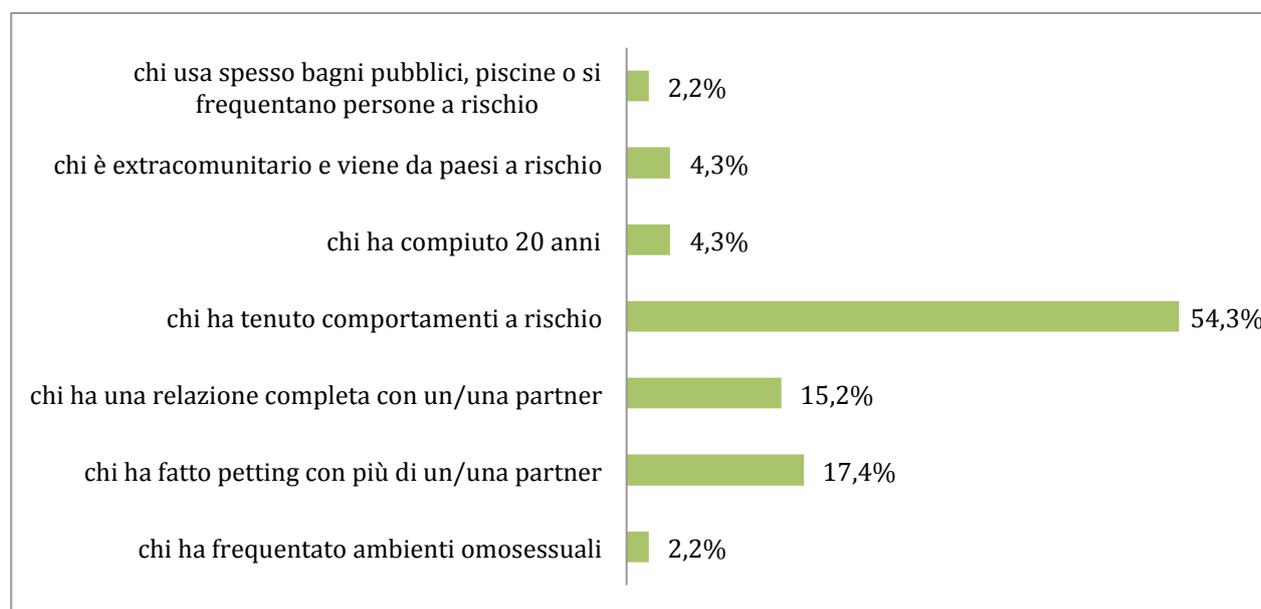
Solamente un rispondente è convinto del fatto che la sola presenza di un sieropositivo a scuola possa essere pericolosa, altri tre su 47 sono più o meno sulla stessa linea affermando che dovrebbe essere vietato tenerlo nascosto.

Quattro persone sono convinte del fatto che all'interno del sistema classe sia necessario informare i compagni della presenza di un elemento infetto.

Le altre due opzioni di risposta, più liberali nella visione della questione, sono state scelte rispettivamente dal 36% e dal 48,9% dei rispondenti. I primi pensano che sia giusto permettere al ragazzo sieropositivo di non creare allarmismi rispetto alla sua condizione, i secondi ritengono che la libertà di comunicare o meno la propria sieropositività sia inalienabile.

La questione è spinosa e andrebbe dibattuta lungo sotto forma di focus group più seri rispetto ai momenti di riflessione tenuti durante le mie ricerche. Durante questi, le ragazze si sono dimostrate molto più attente dei maschi nel valutare le implicazioni personali della comunicazione di sieropositività ai colleghi. I maschi hanno quasi tutti posto l'accento sul fatto che, mettendo da parte l'importanza dell'evitare allarmismi, la conoscenza della condizione di un compagno sieropositivo sia utile alla sicurezza dell'ambiente.

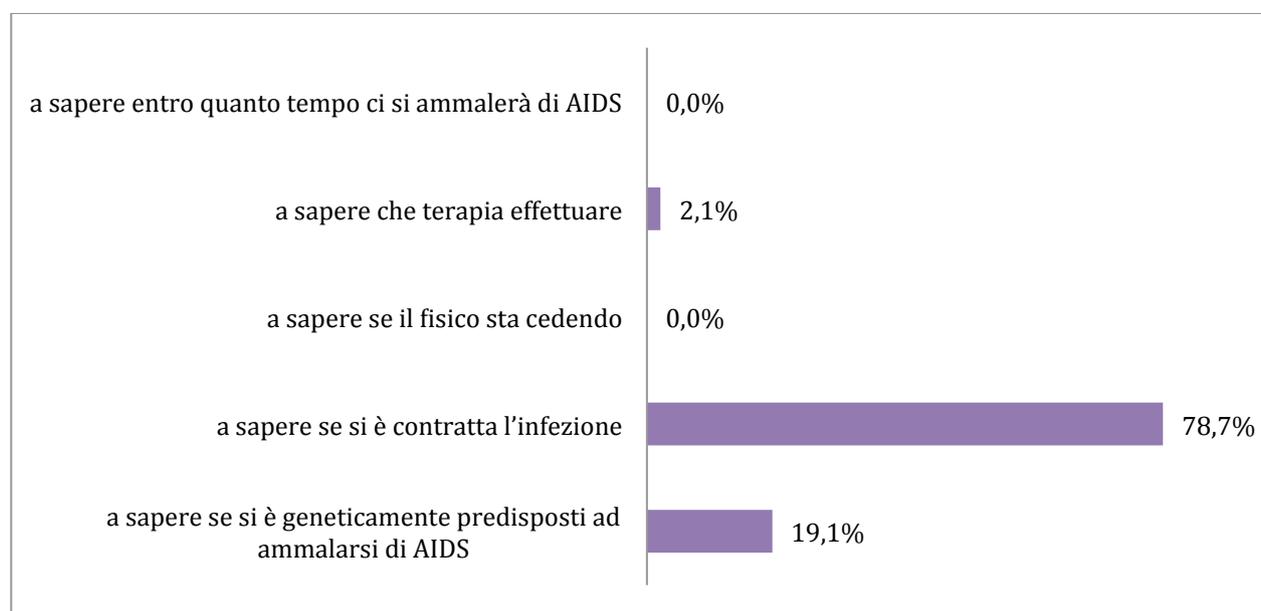
D29) Chi tra queste persone è necessario faccia il test per l'Hiv?



L'opzione di risposta "chi ha tenuto comportamenti a rischio" include varie componenti di motivazione, per questo ci si aspettava una larga scelta di questa da parte dei rispondenti. Più di metà delle persone (25 su 46) l'ha infatti giustamente segnata, ma il fatto che i restanti 21 abbiano erroneamente pensato che le altre opzioni fossero

corrette mette nuovamente in luce l'ignoranza sul tema del campione da me analizzato. Le altre risposte, infatti, propongono delle opzioni facilmente identificabili come errate da chi conosca anche solo sommariamente la tematica dell'HIV: 8 persone credono che il petting con più di un/a partner sia motivo necessario per sostenere un test, 7 pensano che una relazione completa implichi la necessità di un controllo, 2 vedono il compimento dei 20 anni di età come momento di test obbligatorio. I ragazzi che hanno risposto indicando le piscine e i luoghi frequentati da omosessuali come pericolosi sono solo 2.

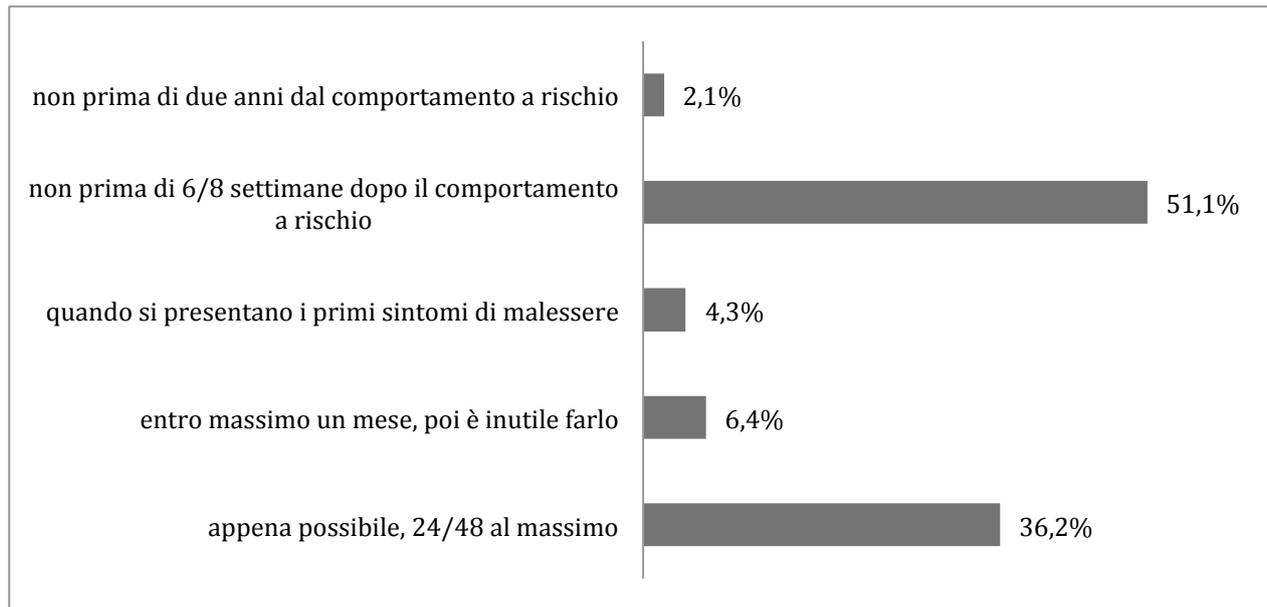
D30) Il test per l'Hiv serve:



La diagnosi e le terapie precoci sono diventate efficaci al blocco dello sviluppo di patologie HIV-correlate e limitano il rischio di contagio, ma allo stesso tempo con la diminuzione della mortalità si è abbassata notevolmente la percezione dei rischi connessi all'AIDS.

Il ritardo di diagnosi ha diverse conseguenze: riduce l'efficacia della terapia; aumenta la probabilità di una progressione clinica; aumenta la probabilità di trasmissione, visto che i soggetti inconsapevoli del proprio stato di infezione sono anche i principali soggetti fonte della trasmissione dell'infezione. E' pertanto centrale nell'opera di informazione, comunicare l'importanza della diagnosi precoce nella lotta all'AIDS.

D31) Dopo un rapporto non protetto, il test per l'Hiv va fatto:



In quest'ultima domanda è sorprendente il livello di risposte corrette. Infatti solo dopo 3 mesi dal presunto contagio è possibile avere una diagnosi certa. Questo perché gli anticorpi anti-HIV non si formano appena il virus penetra nell'organismo. Esiste il sopraccitato "periodo finestra" durante il quale non è ancora avvenuta la sierconversione, ma durante questo periodo si è stati effettivamente contagiati e si può contagiare gli altri. La conoscenza di questi fattori non era scontata, soprattutto perché la percentuale di risposte corrette è più elevata rispetto a quella di risposte corrette alla domanda 22 nella quale si chiedeva al campione cosa fosse il "periodo finestra". Ci si aspettava che molti di più del 36% dei rispondenti segnasse come corretta l'opzione a) che propone il test dell'HIV come un controllo da effettuare immediatamente.

9. I FOCUS GROUP

I Focus Group sono una tecnica di ricerca applicabile in un approccio valutativo soft, di tipo qualitativo; sono diventati nel tempo un importante strumento di indagine utilizzato per finalità diverse e in numerosi ambiti: nel marketing, nella ricerca sociale, nelle analisi valutative di processi risultati e prodotti, nelle politiche aziendali e sociali, in comunicazione e pubblicità.

«I focus group sono discussioni in gruppo tra individui accuratamente selezionati guidate da un moderatore che segue una ben costruita guida per l'intervista. Il focus group è, per definizione, un esercizio che si svolge in un gruppo dinamico e la conduzione del gruppo, così come l'interpretazione dei risultati ottenuti deve essere compresa all'interno del contesto di interazione di gruppo»³⁵

I focus group sono interviste rivolte a un gruppo omogeneo di 7/12 persone, la cui attenzione è focalizzata su un argomento specifico, che viene scandagliato in profondità.

L'espressione delle opinioni è facilitata dall'atmosfera che s'instaura nel gruppo. In particolare l'allentamento dei meccanismi di difesa è dovuto anche al fatto che l'attenzione non è focalizzata sul singolo individuo, come nell'intervista individuale, ma sul gruppo; di conseguenza la persona non ha più la sensazione di essere esaminata e studiata. In un'atmosfera libera, permissiva e confidenziale il soggetto è sì osservato, ma all'interno di un agire di gruppo che gli facilita l'espressione di opinioni. I partecipanti ad un focus possono esprimere liberamente ciò che pensano utilizzando il proprio linguaggio, in ciò aiutati dal fatto che entrano in relazione con persone a loro pari per età, stato sociale, livello culturale. «La caratteristica principale del focus consiste nella possibilità di ricreare una situazione simile al processo ordinario di formazione delle opinioni, permettendo ai partecipanti di esprimersi attraverso una forma consueta di comunicazione, la discussione tra "pari". I soggetti coinvolti definiscono la propria posizione sul tema confrontandosi con altre persone, mentre il ricercatore può limitare la sua influenza sulle loro risposte e distinguere le opinioni più o meno radicate.»³⁶

³⁵ Stewart D.E., *Focus Groups: Theory and Practice (Applied Social Research Methods)*, Paperbacks, 1990, p. 55

³⁶ Corrao S., *Il focus group*, Milano, FrancoAngeli, 2005, P. 3

Forse il fatto di aver agito in totale autonomia per quanto riguarda la somministrazione e l'essere molto vicino come età ai membri del campione ha aiutato il dialogo rendendo costruttiva la discussione. Tuttavia l'esperienza dei focus group è stata da me vissuta con la consapevolezza di non avere sufficienti esperienze sul campo per poter definire personalmente un profilo di ricerca strutturato in maniera professionale, ho cercato perciò di far leva sulle mie esperienze nel campo della vendita per pensare l'azione in termini di marketing, tentando di indirizzare la discussione verso un guadagno di riferimenti interessanti.

Considerando che la condizione giovanile non può essere studiata e compresa a prescindere dal contesto sociale, che può influenzare il percorso di sviluppo dell'adolescente, bisogna tentare di inserire la disamina dei comportamenti giovanili all'interno delle modalità con cui si fa fronte alle richieste ambientali, regolando la propria traiettoria di sviluppo personale, ribadendo l'esistenza di un'interdipendenza tra dato sociale e condotte adolescenziali.

Per questo motivo un obiettivo della mia tesi è stato quello di inserire le risposte del questionario all'interno di una ricerca-azione che contemplasse dei focus group conoscitivi dei componenti del campione.

Sono stato in grado di far rimanere i ragazzi per dei brevi incontri alla fine della somministrazione del questionario. Vista l'età dei partecipanti e la delicatezza del tema non posso dire di essermi sentito a mio agio nello svolgere questa parte di ricerca nelle vesti di moderatore, ho sperimentato anch'io l'esperienza di gruppo ma in veste di moderatore partecipante.

Il mio livello di conoscenza del tema AIDS non poteva ritenersi completo all'inizio del mio percorso di tesi e ho perciò fatto leva sulle mie stesse perplessità per avviare le conversazioni.

Nei focus groups ho cercato di incoraggiare la discussione su alcuni temi legati alla ricerca, di seguito riporto alcuni passaggi significativi degli approfondimenti fatti con i ragazzi. Si è trattato di momenti intensi dal punto di vista relazionale, anche perché la riduzione del rischio sull'HIV va a toccare gli aspetti più intimi delle persone; è stato pertanto fondamentale tenere un approccio rispettoso delle diversità di scelte che caratterizzano ciascun individuo. In situazioni di questo tipo i partecipanti devono immediatamente sentirsi a proprio agio e in un'atmosfera percettiva, non valutativa, ma,

allo stesso tempo, il moderatore deve pilotare l'argomento sui punti chiave e mantenere sempre la leadership del gruppo, assicurando sia il controllo di personalità dominanti, che la partecipazione degli introversi. Il mio compito non è stato quello di realizzare delle interviste individuali simultanee, ma quello di facilitare uno scambio di punti di vista, nel quale i partecipanti avessero la possibilità di esprimere le proprie opinioni e di rispondere alle domande molto generali che proponevo.

I momenti di discussione con gruppi di intervistati sono stati due: il primo presso uno skate park del bassanese nel quale ho riunito 8 ragazzi maschi dai 16 ai 18 anni, il secondo nei pressi di uno dei centri di aggregazione della mia città (il ponte vecchio di Bassano) nel quale ho potuto intervistare 7 ragazze femmine. La divisione dei due gruppi per genere sessuale non è stata volontaria ma dettata dalle condizioni particolari nelle quali è stata svolta la ricerca-azione. Le differenze di approccio alla materia tra maschi e femmine è stata subito evidente: il gruppo maschile mi ha consentito una impostazione molto informale che ha consentito di portare alla luce informazioni interessanti a partire da affermazioni goliardiche a metà tra lo scherzo e la rivelazione indiretta, mentre il gruppo femminile ha evidenziato un maggiore blocco emotivo, forse favorito dal dover interagire con un moderatore del sesso opposto.

FOCUS GROUP 1

I ragazzi mi hanno concesso un po' del loro tempo libero mentre erano impegnati in una pratica sportiva particolare: lo skateboard, una disciplina individuale praticata in un'area condivisa fornita di strutture per eseguire delle figure.

Nel corso degli ultimi dieci anni questo sport è passato da un ambiente di nicchia a una risonanza commerciale e sociale sempre più ampia, il livello agonistico dei ragazzi intervistati è molto alto e il loro grado di popolarità all'interno del gruppo dei pari è elevato. Posso dire quindi che i partecipanti a questo focus group siano dei soggetti particolarmente ben inseriti nel proprio contesto di appartenenza, senza problemi di socializzazione tra pari.

Ho inizialmente chiesto se avessero avuto difficoltà nella comprensione generale delle domande del questionario, la risposta è stata per tutti negativa, molti hanno subito iniziato a fare battute in particolare sulle domande numero 19, riguardante il sesso

orale, e 27, che chiedeva se le zanzare potessero trasmettere il virus HIV. Dalle battute di spirito si è arrivati ad affermare che il sesso orale è una pratica molto diffusa e che questa esperienza sessuale non incide fortemente nel mutamento dei rapporti tra amici: “non è che se una ragazza mi fa un ..., poi deve diventare mia morosa” ha affermato un intervistato cui hanno fatto eco gli amici, aggiungendo che il preservativo (dicono: «ovviamente») in caso di rapporto non penetrativo, e il sesso orale non viene mai considerato penetrativo, non viene usato. L’atteggiamento dei ragazzi mi è parso molto rilassato e canzonatorio, pur trattando un tema drammatico come l’infezione HIV il riferimento alla sessualità ha rivelato un lassismo e una spensieratezza evidenti. Tutti i membri di questo gruppo (con dei distinguo da calcolare sulla base delle possibili false affermazioni al servizio dell’accettazione da parte dei pari) hanno avuto rapporti sessuali, i più esuberanti si vantano delle molteplici conquiste sottolineando una volta di più il fatto che il sesso sia visto soprattutto come forte arma di autoaffermazione e prova di potenza.

Riportando ai ragazzi le mie esperienze per indurli a parlarmi delle loro, ci separavano all’incirca dieci anni di età, ho detto che a 16 anni pur frequentando spesso ambienti come le discoteche non andavo mai al di là del bacio profondo e del petting con ragazze sconosciute, la risposta di un intervistato è stata: “ma allora cosa ci provavi a fare? Non te le portavi fuori o in bagno?”, evidentemente il rapporto completo con partner appena conosciuti non è tabù, anzi viene ricercato fortemente. Forse il *machismo* di un ambiente selettivo per motivi atletici e la popolarità dei soggetti situa questo gruppo su di un estremo di modalità di comportamento che potrebbe fuorviare rispetto alla situazione generale dei giovani.

Ho pertanto approfondito le domande rinviando a un concetto di valore, ho chiesto: “fate sesso perché poi vi sentite meglio con voi stessi o perché potete vantarsene?”, spiazzando un po’ gli interlocutori. Da qui è emerso il valore affettivo, un membro del gruppo ha affermato che fa sesso con la sua ragazza per amore ed è stato subito subissato dagli insulti scherzosi dei compagni. I ragazzi hanno voluto sottolineare la distanza tra il fare sesso con una persona e avere una relazione con lei, sono stati indotti a comunicare una visione molto nichilistica e distaccata nei confronti della sessualità.

Dal colloquio con questi ragazzi sono emersi alcuni elementi rilevanti, che possiamo isolare.

La mancanza di un senso di Comunità, che evidenzia quanto i giovani sembrano vivere sulla propria pelle un senso di isolamento sociale, risentendo fortemente dell'individualismo e della competizione tra pari e inserendo il sesso in questo contesto. La difficoltà di rapportarsi con il mondo adulto e le Istituzioni, che sottolinea come gli adolescenti si sentano sfiduciati e lontani dalle prescrizioni sociali viste come un imbroglio. I ragazzi intervistati sembrano accompagnare il classico atteggiamento adolescenziale di sfida nei confronti della società adulta a una convinzione profonda di ragionevolezza dei propri comportamenti. La sfiducia dei giovani verso le regole prescritte potrebbe essere figlia di alcuni fallimenti evidenti delle istituzioni in campo educativo e politico-sociale.

La necessità di "fare esperienza" degli altri, anche sessuale, dovuta alla voglia di mettere in moto le loro attitudini e capacità per conoscere altre persone, altre realtà, altri luoghi, per uscire da contesti che paiono limitati e limitanti.

La mancanza di una progettualità seria per il proprio futuro affettivo: "non mi metto insieme a una ragazza perché sono tutte infedeli". Alcuni dei giovani intervistati denunciano la sensazione di essere come sospesi in un limbo, da cui è difficile uscire perché è difficile fare progetti, e ancor di più tendere verso obiettivi che appartengono a un futuro troppo lontano e con orizzonti sempre più ristretti.

In termini generali parlando con questi ragazzi ho avuto la sensazione che l'incertezza sociale che in questo periodo caratterizza il mondo del lavoro sembra essersi diffusa, tra gli adolescenti, anche al livello delle relazioni sociali e interpersonali, impedendo a questi di assumere una progettualità relazionale. E' evidente come questo fatto renda ancor più difficile sviluppare interventi di prevenzione delle infezioni da HIV e in genere delle MST: dato che un elemento chiave su cui la prevenzione si innesca è la proiezione dei ragazzi verso un futuro che non deve essere compromesso da comportamenti a rischio nell'oggi, mancando un'idea di futuro relazionale e di vita, tutto per loro diventa meno comprensibile e ogni rinuncia, anche solo ad avere rapporti occasionali senza il problema di proteggersi, rischia di essere vissuto come un qualche cosa con un costo molto elevato. Al netto del piacere ottenuto immediatamente e senza preoccupazioni il

rischio che si corre risulta irrilevante, i ragazzi intervistati mi hanno trasmesso soprattutto un'idea di spensieratezza completa nei confronti della sessualità. Per quanto riguarda la preoccupazione nei confronti della loro eventuale (essendo anonimo non possiamo dire se essi abbiano o meno risposto correttamente) ignoranza nel rispondere ai quesiti del questionario, l'unico moto di sorpresa e preoccupazione c'è stato quando ho illustrato loro la tavola 6 riportante le probabilità cumulative di infettarsi di HIV o gonorrea. “[...] ma quindi non te lo becchi facilmente l'AIDS”, ha affermato un ragazzo. Dopo avergli esposto la drammaticità del problema a prescindere dalle percentuali probabilistiche e dopo aver sottolineato che comunque gli allarmismi sono deleteri al pari dell'incoscienza, ho espresso come il dato di diffusione delle MST sia preoccupante per chiunque e che i rischi di rapporto non protetto con sconosciuti siano sempre elevati.

FOCUS GROUP 2

Il gruppo di ragazze cui ho avuto modo di somministrare il questionario pilota si è rivelato molto meno libero di parlare di sessualità, sicuramente il blocco emotivo consisteva anche nell'aver a che fare con un intervistatore del sesso opposto. La sessualità femminile è indubbiamente più complessa di quella maschile per motivi anatomici e culturali, le ragazze sono più istruite nel rapporto col proprio corpo e biologicamente portate ad avere a che fare con la propria sfera sessuale in maniera più consapevole. Questo gruppo, formato appunto di sole ragazze, era omogeneo per età (18 anni) ma non per interessi e attività nel tempo libero come i ragazzi del focus group numero 1.

Le difficoltà incontrate nelle risposte sono state evidenziate approfonditamente dalle ragazze, desiderose molto più dei maschi di dare un loro apporto alla ricerca, ma riguardavano specialmente il grado di difficoltà delle domande, senza evidenziare ambiguità di interpretazione o scarsa chiarezza delle domande poste. Affermando che la difficoltà nel rispondere a quesiti di questo livello si basa sulla scarsa informazione ho chiesto nello specifico quali domande avessero trovato troppo difficili. La risposta di alcune riguardava la loro conoscenza riguardo alle modalità di trasmissione (ad esempio due su sette non sapevano che il rapporto orale presenta effettivi rischi di

infezione, una pensava che in questo modo l'infezione non fosse mai avvenuta- domanda 19- e altri casi di risposte errate) lamentando di non essere state sufficientemente informate sui rischi. Sottolineando che la ricerca da me intrapresa aveva come finalità proprio l'informazione ho cercato di chiedere se e come avessero partecipato a corsi di educazione sessuale nelle scuole. Tutte le ragazze hanno risposto che le lezioni di educazione sessuale si fanno alle scuole medie e che a parte la partecipazione agli eventi inerenti alla giornata dell'AIDS il primo dicembre di ogni anno ed estemporanee prove di professori di religione a trattare l'argomento, nelle loro scuole superiori non sono stati attuati programmi informativi o lezioni di educazione sessuale con esperti. Alcune studentesse di un liceo in particolare hanno riportato che nella loro scuola si è parlato di sessualità durante delle assemblee d'istituto ma che la situazione caotica nella quale si sono svolte (in palestra con assembramento sugli spalti) non poteva consentire un'attenzione adeguata.

Approfondendo il tema della sessualità in generale quattro su sette si sono dichiarate fidanzate e monogame, restie a parlare delle proprie abitudini sessuali a parte dichiarare di usare la pillola come metodo contraccettivo (tutte le ragazze del focus group hanno dichiarato di fare uso della pillola anticoncezionale), le altre tre si sono definite single ma non hanno parlato altrettanto largamente dei maschi delle loro esperienze. Le ragazze single hanno però affermato, come i membri maschi dell'altro focus, di non collegare un rapporto sessuale a una concessione esclusiva di chi si conosce bene: emerge che l'avere rapporti occasionali è una pratica diffusa anche nell'universo femminile adolescenziale. Ho chiesto poi se avessero mai costretto un ragazzo a mettere il preservativo al costo di non concedersi, due di loro hanno affermato con forza che a parte che con il fidanzato attuale non hanno mai fatto sesso e di seguito che il ragazzo ha usato il preservativo solo inizialmente, altre due hanno detto che lo hanno sempre fatto indossare e che i partner si sono rivelati a volte concordi nel volerlo usare altre volte costretti, le altre tre ragazze hanno detto che dipende da chi e da come, senza specificare oltre.

A chiedere se le loro amiche facessero uso di anticoncezionali mi è stato risposto che quasi tutte le ragazze usano la pillola anticoncezionale, per equilibrare e controllare il ciclo, e che il preservativo non è molto usato, soprattutto in occasione dei rapporti orali perché limita il piacere proprio e del partner.

Le ragazze si sono dimostrate molto preoccupate delle loro risposte sbagliate alle domande del questionario e hanno evidenziato l'utilità di un programma adeguato di informazione a livello scolastico.

10. INTERVENTI SUL QUESTIONARIO PILOTA PER IL TESTO DEFINITIVO

Il questionario pilota da me somministrato ha subito delle sostanziali modifiche nella sua versione definitiva, quella che verrà proposta nelle scuole nel corso dell'attuazione del progetto "Cosa ne sai?". Le migliorie apportate allo strumento beneficiano anche del contributo offerto dall'analisi del pilota e dalle interviste sul campione ristretto delle fasi preliminari.

Per notare le principali differenze tra la versione usata durante la sperimentazione e lo strumento che verrà presentato nelle scuole superiori, ho messo in parallelo i due questionari evidenziando con l'utilizzo dei colori gli item di partenza e gli item modificati o spostati di posizione all'interno del questionario.

Per ottenere informazioni accurate e rilevanti è stata presa in considerazione la tipologia di domande poste agli intervistati in relazione alle loro risposte, se il modo in cui sono state poste si sia rivelato adeguato e infine la loro disposizione all'interno del questionario.

Si può vedere fin da subito come il questionario definitivo sia più strutturato rispetto al pilota: le domande che in fase preliminare hanno ottenuto risultati esageratamente negativi rispetto alle previsioni sono state riformulate in funzione di una maggior recettività.

In sede di analisi del pilota è stato notato come lo spostamento delle domande di carattere sessuale, dalla prima pagina alle successive, facesse risultare meno problematica la somministrazione ai minori di 17 anni. È stato già accennato il fatto che varie famiglie da me contattate non avessero acconsentito alla proposta di somministrazione al figlio quindicenne, sia notata perciò la difficoltà del proporre lo strumento valutativo ai più giovani per motivi di etica personale delle famiglie e di pudore in generale.

Gli item di valutazione personale sono stati spostati alla fine del questionario e sono state aggiunte domande riguardanti la posizione lavorativa dei genitori e del loro livello di istruzione. Nelle prossime pagine ho inserito il parallelo del progetto e analizzerò di seguito un'analisi più specifica sulle modifiche apportate allo strumento.

QUESTIONARIO SOMMINISTRATO

1) Et : 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19

2) Genere a) maschio b) femmina

1- L'HIV  :

- a) un batterio
- b) un virus
- c) una malattia
- d) non saprei

2- L'AIDS  :

- a) la stessa cosa dell'HIV
- b) un virus
- c) una malattia infettiva
- d) una malattia ereditaria
- e) non saprei

3- L'HIV si pu  trasmettere con:

- a) saliva, sudore, sangue, liquidi seminali e sperma
- b) solo sperma
- c) sperma, sangue, lacrime e sudore
- d) sperma, sangue e saliva
- e) sperma, sangue e liquidi seminali maschili e femminili
- f) non saprei

4- Quali dei seguenti rapporti non protetti   pi  a rischio per la trasmissione dell'HIV:

- a) rapporto orale con eiaculazione
- b) rapporto vaginale
- c) rapporto anale tra maschi
- d) rapporto anale omosessuale o eterosessuale
- e) in tutti i rapporti sessuali il rischio   il medesimo
- f) non saprei

5- L'HIV si pu  trasmettere:

- a) solo facendo sesso tra uomini
- b) facendo sesso eterosessuale e omosessuale
- c) solo facendo sesso eterosessuale
- d) anche con i baci e qualsiasi contatto fisico profondo
- e) con qualsiasi contatto fisico profondo
- f) convivendo con una persona sieropositiva
- g) non saprei

6- Il metodo pi  efficace per evitare il contagio  :

- a) evitare rapporti sessuali con persone che non si conoscono
- b) avere rapporti anche con persone sconosciute ma palesemente sane e pulite
- c) avere rapporti sessuali assumendo la pillola anticoncezionale
- d) evitare rapporti con omosessuali
- e) evitare l'eiaculazione avendo un rapporto sessuale penetrativo
- f) usare il preservativo avendo un rapporto sessuale penetrativo
- g) non saprei

QUESTIONARIO DEFINITIVO

1- Secondo te chi d  maggiori informazioni sull'HIV e sulle MST:

- a) la TV
- b) i giornali, le riviste
- c) Internet
- d) la scuola
- e) la famiglia
- f) il medico di famiglia
- g) gli amici
- h) non so

2- Pensi che l'informazione che hai ricevuto sull'AIDS sia:

- a) nulla
- b) insufficiente
- c) buona
- d) ottima
- e) non so

3- Da quale fonte preferiresti avere maggiori informazioni su HIV/AIDS?

- a) la TV
- b) i giornali, le riviste
- c) Internet
- d) la scuola
- e) il mio medico
- f) la famiglia
- g) gli amici
- h) non so

4- Che differenza c'  tra l'HIV e l'AIDS?

- a) HIV   il nome scientifico della malattia, AIDS   il nome del virus
- b) non c'  alcuna differenza, sono due diversi modi di chiamare la malattia
- c) l'HIV   il virus che provoca l'AIDS
- d) non so

5- Oltre che con il sangue il virus si pu  trasmettere con:

- a) saliva, sudore, liquidi seminali e sperma
- b) solo sperma e saliva
- c) sperma, liquidi seminali maschili e femminili
- d) non so

6- Quale dei seguenti rapporti non protetti   pi  rischioso per la trasmissione del virus?

- a) rapporto orale con eiaculazione
- b) rapporto vaginale
- c) rapporto anale
- d) in tutti i rapporti sessuali il rischio   il medesimo
- e) non so

7- L'HIV si pu  trasmettere:

- a) facendo sesso tra uomini
- b) facendo sesso eterosessuale e omosessuale
- c) con baci e qualsiasi contatto fisico profondo
- d) con qualsiasi contatto fisico profondo

7- L'AIDS è:

- a) un problema che riguarda esclusivamente i tossicodipendenti
- b) un problema che riguarda esclusivamente gli omosessuali
- c) un problema che riguarda soprattutto i tossicodipendenti
- d) un problema che riguarda soprattutto gli omosessuali
- e) un problema che riguarda soprattutto chi conduce una vita ai margini
- f) un problema che riguarda tutti
- g) un problema ormai risolto con le nuove cure

8- 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 al/la mio/a partner
- d) lo direi solo ai miei familiari
- 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
- h) non lo so

9- Una persona sieropositiva:

- a) si può immediatamente riconoscere 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) è riconoscibile solo se si conoscono elementi della sua vita (tossicodip, omosessuale, ecc)
- e) lo si capisce solo al momento del rapporto per segni nella parte genitale
- f) non è affatto riconoscibile
- g) non saprei

10- Una persona sieropositiva:

- a) è in tutti i casi malata di AIDS
- b) ha nel sangue gli anticorpi contro il virus
- c) è un portatore sano di AIDS
- d) è una persona con comportamenti a rischio
- e) non saprei

11- Quale delle seguenti affermazioni pensi sia 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 sregolata
- e) nei paesi occidentali dall'AIDS si può guarire, in Africa e Asia non ci sono i farmaci
- f) l'AIDS non è più un problema purché si prenda il vaccino

12- Quali metodi di prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) 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

- e) convivendo con una persona sieropositiva
- f) non so

8- L'AIDS è:

- a) un problema che riguarda soprattutto i tossicodipendenti
- b) un problema che riguarda soprattutto gli omosessuali
- c) un problema che riguarda soprattutto chi conduce una vita ai margini
- d) un problema che riguarda tutti
- e) non so

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 al/la mio/a partner
- d) lo direi solo ai miei familiari
- 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
- h) non so

10- Una persona sieropositiva:

- a) si può immediatamente riconoscere 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) è riconoscibile solo se si conoscono elementi della sua vita (tossicodipendente, omosessuale, ecc)
- e) lo si capisce solo al momento del rapporto sessuale per segni nella parte genitale
- f) non è affatto riconoscibile
- g) non so

11- Una persona sieropositiva:

- a) è in tutti i casi malata di AIDS
- b) ha nel sangue gli anticorpi contro il virus
- c) è un portatore sano di AIDS
- d) è una persona con comportamenti a rischio
- e) non so

12- Per evitare il contagio bisogna:

- a) evitare rapporti sessuali con persone che non si conoscono
- b) avere rapporti solo con persone sane e pulite
- c) avere rapporti sessuali assumendo la pillola anticoncezionale
- d) evitare rapporti con omosessuali
- e) evitare l'eiaculazione avendo un rapporto sessuale penetrativo
- f) usare il profilattico avendo un rapporto sessuale penetrativo
- g) non so

13- Quale delle seguenti affermazioni pensi sia 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 sregolata
- e) l'AIDS non è più un problema purché si prenda il vaccino
- f) non so

- g) solo pratiche sessuali non penetrative
- h) dipende da con chi ho rapporti sessuali

13- Secondo te chi dà maggiori informazioni sull'HIV:

- a) la TV
- b) i giornali, le riviste
- c) Internet
- d) la scuola
- e) la famiglia
- f) il medico di famiglia
- g) gli amici

14- Pensi che l'informazione che hai ricevuto sull'AIDS sia:

- a) nulla
- b) insufficiente
- c) buona
- d) ottima
- e) inutile

15- Pensi di avere una conoscenza sul problema HIV/AIDS:

- a) nulla
- b) insufficiente
- c) buona
- d) ottima

16- Da quale fonte preferiresti avere maggiori informazioni su HIV/AIDS:

- a) la TV
- b) i giornali, le riviste
- c) Internet
- d) la scuola
- e) il mio medico
- f) la famiglia
- g) gli amici

17- Hai mai conosciuto personalmente una persona sieropositiva?

- a) sì, una
- b) più di una
- c) no di certo
- d) non credo
- e) può darsi ma non lo so

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

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

19- 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

20- Una persona sieropositiva avendo rapporti sessuali può sempre infettare il partner?

- a) no, solo quando entra in AIDS conclamato

14- Oltre al profilattico, quali altri metodi di prevenzione dell'AIDS e delle altre Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST) usi/useresti?

- a) astinenza sessuale
- b) coito interrotto
- c) pillola
- d) spirale
- e) solo pratiche sessuali non penetrative
- f) non so

15- Usare il profilattico:

- a) costa troppo
- b) toglie gran parte del piacere fisico
- c) serve a poco, spesso si rompe
- d) è l'unico modo di proteggersi
- e) non so

16- Hai mai conosciuto una persona sieropositiva?

- a) sì, una
- b) più di una
- c) no di certo
- d) non credo
- e) può darsi ma non lo so

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

- a) no
- b) solo se si è già indeboliti da qualche malattia
- c) solo se si è tossicodipendenti
- d) è quasi impossibile
- e) teoricamente sì ma non è mai successo
- f) sì
- g) non so

18- Il rapporto orale presenta il rischio d'infezione?

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

19- Una persona sieropositiva avendo rapporti sessuali non protetti può sempre infettare il partner?

- a) no, solo quando entra nella fase di AIDS conclamato
- b) nei primi anni no, solo quando la malattia avanza
- c) no se è un portatore sano
- d) sì
- e) non so

20- Una persona sieropositiva corre il rischio di infettare gli amici o i conoscenti nel quotidiano?

- a) sì
- b) no
- c) sì, ma solo quando entra nella fase di AIDS conclamato
- d) nei primi anni no, solo quando la malattia avanza
- e) sì ma solo se è un portatore sano
- f) no se sta attenta a evitare baci o contatti troppo stretti
- g) non so

21- Il "periodo finestra" è l'intervallo di tempo che passa:

- a) tra il contagio e la comparsa degli anticorpi contro

- b) nei primi anni no, solo quando la malattia avanza
- c) no se è un portatore sano
- d) dipende dalla sua carica virale, se è alta si
- e) sì, sempre

21- Una persona sieropositiva corre il rischio di infettare gli amici o i conoscenti?

- a) Sì, ma solo quando entra in AIDS conclamato
- b) nei primi anni no, solo quando la malattia avanza
- c) sì ma solo se è un portatore sano
- d) sì ma dipende dalla sua carica virale, se non è alta no
- e) se sta attenta a evitare baci o contatti troppo stretti no
- f) no mai
- g) sì sempre

22- 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

23 – Il virus HIV fuori dall'organismo umano:

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

24- Il periodo d'incubazione, il tempo tra contagio e manifestazioni evidenti della malattia:

- a) dura circa 3 mesi
- b) è molto variabile da persona a persona, da pochi giorni a 4/5 mesi
- c) è molto variabile da persona a persona, dura in media diversi anni
- d) dipende se si è maschi o femmine

25- Chi assume droghe è più' esposto al rischio di contagio:

- a) no, la droga non c'entra niente con le malattie sessualmente trasmesse
- b) sì, chi si droga frequenta facilmente persone sieropositive
- c) sì, ma solo se assume droghe per via endovenosa scambiandosi la siringa
- d) sì, perché a causa di alcool o sostanze stupefacenti può non essere in grado di valutare i rischi

26- Situazioni a rischio d'infezione se si vive con una persona sieropositiva:

- a) solo bere dallo stesso bicchiere, o mangiare dallo stesso piatto
- b) bere dallo stesso bicchiere, mangiare dallo stesso piatto, scambiarsi asciugamani usati
- c) solo usare gli stessi servizi igienici
- d) è sufficiente maneggiare qualsiasi oggetto toccato da una persona sieropositiva e poi mettersi le

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

22 – Il virus HIV fuori dall'organismo umano:

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

23- Il periodo d'incubazione, cioè il tempo tra il contagio e le manifestazioni evidenti della malattia:

- a) dura circa 3 mesi
- b) è molto variabile da persona a persona, da pochi giorni a 4/5 mesi
- c) è molto variabile da persona a persona, dura in media diversi anni
- d) dipende se si è maschi o femmine
- e) non so

24- Quali situazioni sono a rischio d'infezione se si vive con una persona sieropositiva?

- a) solo bere dallo stesso bicchiere, o mangiare dallo stesso piatto
- b) bere dallo stesso bicchiere, mangiare dallo stesso piatto, scambiarsi asciugamani usati
- c) solo usare gli stessi servizi igienici
- d) maneggiare qualsiasi oggetto toccato da una persona sieropositiva e poi mettersi le mani in bocca
- e) stare vicino a una persona sieropositiva quando 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
- i) non so

25- Le zanzare possono trasmettere il virus dell'HIV?

- a) no
- b) ovviamente sì, scambiano sangue tra le persone, ma è raro che succeda
- c) le zanzare europee no, quelle africane sì
- d) solo la zanzara tigre
- e) non so

26- A scuola un ragazzo sieropositivo ha diritto che non si sappia della sua situazione, cosa ne pensi?

- 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

mani in bocca

- e) solo se la persona sieropositiva è raffreddata o tosse
- 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

27- Le zanzare possono trasmettere il virus dell'HIV?

- a) no
- b) ovviamente sì, scambiano sangue tra le persone, ma è raro succeda
- c) le zanzare europee no, quelle africane sì
- d) solo la zanzara tigre

28- A scuola un ragazzo sieropositivo ha diritto che non si sappia della sua situazione, cosa ne pensi?

- 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

29- Chi tra queste persone è necessario faccia il test per l'Hiv?

- a) chi ha frequentato ambienti omosessuali
- b) chi ha fatto petting con più di un/una partner
- c) chi ha una relazione completa con un/una partner
- d) chi ha tenuto comportamenti a rischio
- e) chi ha compiuto 20 anni
- f) chi è extracomunitario e viene da paesi a rischio
- g) chi usa spesso bagni pubblici, piscine o si frequentano persone a rischio

30- Il test per l'Hiv serve:

- a) a sapere se si è geneticamente predisposti ad ammalarsi di AIDS
- b) a sapere se si è contratta l'infezione
- c) a sapere se il fisico sta cedendo
- d) a sapere che terapia effettuare
- e) a sapere entro quanto tempo ci si ammalerà di AIDS

31- Dopo un rapporto non protetto, il test per l'Hiv va fatto:

- a) appena possibile, 24/48 al massimo
- b) entro massimo un mese, poi è inutile farlo
- c) quando si presentano i primi sintomi di malessere
- d) non prima di 6 settimane dopo il comportamento a rischio
- e) non prima di due anni dal comportamento a rischio

proprio stato di sieropositività

- f) e' inutile tenerlo nascosto, tanto prima o poi comincia a vedersi

27- Il test per l'HIV serve:

- a) a sapere quanto si è geneticamente predisposti ad ammalarsi di AIDS
- b) a sapere se si è contratta l'infezione
- c) a sapere che terapia effettuare
- d) ad avere una idea di quanto rimane da vivere
- e) non so

28- Dopo un rapporto non protetto, il test per l'HIV va fatto:

- a) appena possibile, dopo 24/48 ore al massimo
- b) entro massimo un mese, poi è inutile farlo
- c) quando si presentano i primi sintomi di malessere
- d) non prima di 6/8 settimane dopo il comportamento a rischio
- e) non prima di due anni dal comportamento a rischio
- f) non so

29- Chi tra queste persone è necessario faccia il test per l'Hiv?

- a) chi ha frequentato ambienti omosessuali
- b) chi ha fatto petting con più di un/una partner
- c) chi ha una relazione completa con un/una partner
- d) chi ha tenuto comportamenti a rischio
- e) chi ha compiuto 20 anni
- f) gli immigrati e chi viene da paesi a rischio
- g) chi usa spesso bagni pubblici, piscine o frequenta persone a rischio
- h) non so

30- Secondo te oggi l'attenzione verso la prevenzione dell'AIDS e MST:

- a) è aumentata rispetto a un tempo perché si è più consapevoli dei rischi
- b) è aumentata perché si è più informati
- c) è diminuita perché l'AIDS, grazie alle cure, fa meno paura
- d) è diminuita perché si è capito che non è poi così facile infettarsi
- e) è diminuita perché se ne sa poco
- f) è rimasta uguale, proteggersi è una scelta personale
- g) non so

Eventuali osservazioni

Età: 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19

Genere:

- a) maschio b) femmina

Professione padre:

- a) Dirigente/quadro b) Libero prof./imprend./artigiano c) impiegato d) operaio e) non occupato/pensionato

Professione madre:

- a) Dirigente/quadro b) Libera prof./imprend./artigiana c) impiegata d) operaia e) non occupata/pensionata

Padre:

- a) laurea b) Liceo/ist.tecnico c) Ist. prof./scuola dell'obbligo

Madre:

- a) laurea b) Liceo/ist.tecnico c) Ist. prof./scuola dell'obbligo

In generale è cambiata per tutte le domande l'opzione "non saprei", diventata un più netto "non so". L'efficacia dimostrata dal questionario pilota nel far emergere le lacune di conoscenze tra i giovani ha garantito la permanenza pressoché identica della maggior parte delle domande. Alcune hanno però subito modificazioni e perciò vanno analizzate nello specifico.

Le domande che hanno cambiato la propria strutturazione:

Le domande 1 e 2 del questionario somministrato sono state accorpate in una sola domanda nel questionario definitivo: la domanda numero 4. L'alta percentuale di ragazzi che hanno sbagliato la risposta nel pilota e le affermazioni da me raccolte secondo cui per i giovani sentir parlare di HIV e AIDS insieme crea confusione tra i due, hanno fatto propendere per una formulazione che eviti questa confusione a priori, domandando nettamente quali differenze intercorrano tra il virus e la malattia. Nelle possibili risposte è stata inserita l'opzione "non c'è alcuna differenza, sono due diversi modi di chiamare la malattia", che consentirà di constatare la reale percentuale di chi pensa siano effettivamente la stessa cosa.

Prima della domanda 4 sono state spostate le domande 13, 14 e 16 rispettivamente al primo secondo e terzo posto nel definitivo. A tutte le domande è stata aggiunta l'opzione "non so" mancante tra le risposte del pilota, ma le scelte multiple sono rimaste le stesse.

La domanda 5 è nuova e chiede quali siano i veicoli per l'infezione a parte il sangue evitando le opzioni multiple scelte per la 5 del pilota nella quale si chiedeva invece come si può trasmettere la malattia, elencando varie tipologie di contatto con sieropositivi.

La domanda 6 del pilota è stata mutata nella 12 nel definitivo mantenendo le opzioni di risposta ma cambiando la formulazione della domanda utilizzando termini più decisi passando da "il metodo più efficace per evitare il contagio è" a "per evitare il contagio bisogna".

Al punto 14 dello strumento definitivo è stata posizionata e modificata la domanda 12 (“Quali metodi di prevenzione delle MST usi/useresti?”) del pilota: l’alta percentuale di risposte e l’ovvietà intrinseca nel rispondere che il preservativo è il metodo più efficace hanno fatto escludere il profilattico tra le risposte multiple anche nel caso di situazioni particolari (opzione a-uso preservativo con persone che non conosco) La formulazione quindi dà per scontata la scelta del preservativo (“Oltre al profilattico, quali metodi di prevenzione dell’AIDS e delle altre MST usi/useresti?”) per inserire l’opzione “solo pratiche sessuali non penetrative”.

La domanda numero 15 del questionario definitivo è nuova e chiede indirettamente quali siano le cause dello scarso uso del preservativo tra i giovani chiedendo “Usare il profilattico:” costa troppo, toglie gran parte del piacere fisico, serve a poco. La risposta esatta è la d) “è l’unico modo di proteggersi” e forse verrà scelta dalla gran parte dei ragazzi, ma se le altre affermazioni saranno presenti in percentuale elevata potranno avere grande rilevanza.

Altra domanda nuova è l’ultima del questionario definitivo, la domanda 30. Qui si chiede esplicitamente quale sia il grado di attenzione verso le malattie sessualmente trasmissibili e l’AIDS per indagare precisamente la percezione nei confronti della prevenzione da parte dei giovani.

11. CONCLUSIONI

La prevenzione rappresenta uno strumento essenziale nella lotta all'AIDS, e le informazioni raccolte con la ricerca "Cosa ne sai?" consentiranno di meglio mirare futuri interventi preventivi.

Le questioni legate alla sessualità sollevate dal problema dell'AIDS creano le premesse per un più specifico e organico discorso di educazione sessuale, soprattutto all'interno della scuola e del mondo giovanile. Le esigenze informative per la prevenzione, particolarmente se rivolte agli adolescenti, non possono fare riferimento alla necessità di adottare particolari precauzioni nei comportamenti sessuali descrivendo contestualmente tutte le forme di comportamenti a rischio.

In questo contesto sembra che il problema più complesso consista nell'adottare delle modalità di comunicazione adeguate al rispetto del pluralismo delle opinioni e le diverse sensibilità dei ragazzi. Il modo in cui si cerca di raggiungere l'obiettivo, dal punto di vista dell'operatore e dell'educatore, risulta importante come il fine perseguito: contrastare il contagio per via sessuale.

La materia sessuale è molto delicata ed è rilevante non solo quello che viene espresso o spiegato, ma anche quanto viene nascosto, taciuto o non considerato. Nell'ambiente adolescenziale non si può parlare di sesso ai ragazzi presumendo che tutti siano sulle stesse posizioni, sia esperienziali che etiche, anzi il pluralismo di comportamenti, sensibilità e convinzioni morali è più che mai forte in un ambiente come quello scolastico. Inoltre, tenendo conto che gli studenti delle scuole superiori sono in piena età evolutiva, nella fase di ricerca e di costruzione dei propri valori morali, proporre soluzioni uniche e universali significherebbe imporre una pressione esagerata sui comportamenti che essi vogliono maturare liberamente.

Attraverso la ricerca/azione messa in atto per l'elaborazione di questa tesi ho potuto fare esperienza in prima persona dell'importanza della ricerca sociologica sul campo. Grazie alla somministrazione dei questionari e alla mediazione nei focus group ho potuto rendermi conto di come la ricerca qualitativa (interviste strutturate, semi strutturate e non strutturate, osservazione partecipante, osservazione a distanza, focus group) sia importante nel supportare gli strumenti standardizzati e rigidi della raccolta dati quantitativa di dati del campione.

La raccolta e il trattamento dei dati del questionario pilota, è stata una buona formalizzazione per ricevere delle informazioni circa il grado di conoscenza dei giovani sull'AIDS, ma senza un'indagine informale non si potrebbe essere in grado di approfondire le reali sensazioni e tendenze comportamentali dei ragazzi. Il campione da me analizzato non può essere considerato rappresentativo ma fa emergere l'importanza delle modalità di ricerca rispetto alla ricerca stessa.

Infatti, se da un lato esistono metodi oggettivi per rilevare, ad esempio, in che modo una persona fa sesso sicuro, dall'altro questi metodi possono risultare insufficienti per analizzare l'opinione della popolazione presa in esame, che può trovare per esempio alcune domande sconvenienti dal punto di vista emotivo o difficilmente interpretabili. Nell'analisi dei dati del pilota si sono riscontrate delle discrepanze tra risposte date nel questionario e risposte date al ricercatore, questo denota che le dinamiche cognitive dei ragazzi presi in esame sono molto variabili e influenzabili, e quindi necessitano di una mediazione diretta e personale per poter esprimere il loro potenziale dimostrativo.

La scelta di prevedere una somministrazione pilota del questionario del progetto "Cosa ne sai" rivolto ai giovani tra i 14 e i 18 anni può considerarsi positiva per diversi motivi:

- ha offerto la possibilità di avere una prima indicazione di come i ragazzi avrebbero potuto accogliere un'iniziativa di questo tipo;
- ha consentito di verificare se la decisione di svolgere una ricerca-azione, e non semplicemente una raccolta di informazioni statistiche, fosse valida;
- ha consentito di migliorare lo strumento di indagine.

Per quanto riguarda il primo aspetto si può dire che la somministrazione del questionario pilota, rivolta ad adolescenti che tradizionalmente sono meno inclini a partecipare ad iniziative di prevenzione proposte dagli adulti, ha incontrato un grande interesse, il che fa ben sperare che gli interventi nella classi e con i gruppi di giovani appartenenti al mondo degli scout, al mondo sportivo o agli oratori, possa dare risultati molto positivi. Esiste un'oggettiva paura nei confronti dell'AIDS e delle MTS e una

conseguente tendenza dei ragazzi a scotomizzare il problema, ma una volta accettato di rispondere alle domande il tema della prevenzione è stato affrontato da tutti coloro che ho avuto modo di contattare con serietà, curiosità e interesse, confermando l'importanza dell'iniziativa.

Rispetto alla decisione di sviluppare un questionario cartaceo da utilizzare nelle scuole per entrare direttamente in contatto con i ragazzi, invece di utilizzare una modalità di raccolta dati per via telematica assai meno costosa e potenzialmente in grado di raccogliere più risposte, si può ritenere che la somministrazione pilota abbia fornito una conferma dell'esistenza di un effettivo vantaggio nella somministrazione diretta, per diversi motivi:

- Il questionario è sembrato stimolare in modo efficace la curiosità dei ragazzi, che hanno fatto domande pertinenti e interessanti, cui ho potuto rispondere in modo elementare ma che nella somministrazione ad opera di un ricercatore esperto potranno essere oggetto di approfondimenti della materia;
- Il fatto di poter contare sulla presenza diretta di un somministratore ha consentito di dare risposta immediata a incertezze terminologiche che, per quanto il questionario sia in seguito stato ridefinito, possono sempre essere presenti, soprattutto con i ragazzi più giovani;
- L'esistenza nel questionario di domande che toccano tutti i punti essenziali della tematica AIDS e MTS, la prevenzione della infezione, l'importanza del test, la lotta al pregiudizio, le leggende metropolitane, ha consentito di offrire risposte ad ampio raggio alle domande dei ragazzi costituendo di fatto una traccia di riferimento per la discussione.
- La somministrazione pilota, infine, ha consentito di raffinare il questionario, un passaggio importante per poter contare su uno strumento il più possibile efficace.

A livello personale la ricerca si è dimostrata una buona palestra di lavoro. Non avevo mai affrontato in veste di ricercatore un'indagine sul campo e il livello di operatività

individuale che ho dovuto mettere in gioco si è rivelato molto elevato, tuttavia l'approccio informale mi ha dato la possibilità di ottenere dei dati e delle interviste che mi fanno ben sperare in vista di uno sviluppo di metodi professionali più adeguati. L'intraprendenza necessaria per avviare le interviste e la delicatezza nell'affrontare un tema scomodo sono state le doti più importanti da sviluppare nel corso del lavoro. I focus group non sono stati complicati da gestire, i ragazzi, a parte qualche moto di spirito, hanno affrontato le riunioni/intervista in maniera molto positiva, soprattutto le ragazze, dimostrando una buona interiezione nei momenti d'indagine. Come detto nel capitolo dedicato non posso dire di avere improntato i focus group intrattenuti coi ragazzi e le ragazze in maniera squisitamente professionale e scientificamente indirizzata, ma l'esperienza è stata ugualmente fruttuosa e positiva e mi ha consentito di mettermi alla prova in un contesto di ricerca operativa. Ho dovuto informarmi sul tema dell'AIDS e ho potuto notare l'importanza delle azioni sociali per tentare di modificare dei comportamenti dannosi per il singolo e la società. La ricerca/azione mi ha permesso di scoprire la decisività del metodo e dell'approccio nel perseguire risultati soddisfacenti e l'aver improntato il mio lavoro sull'obiettivo di ottenere una migliore conoscenza del reale grado di sviluppo sessuale/relazionale degli adolescenti intervistati mi consente di avanzare l'ipotesi che uno stile informale e non distaccato potrà rendere più efficaci gli interventi in sede istituzionale. L'argomento trattato mi ha dato modo di formarmi l'opinione che in età adolescenziale ogni forma di pressione esterna a senso unico che limiti la libertà di espressione è destinata a fallire il suo intervento. La sfida lanciata dalla prevenzione ha una difficoltà enorme nel rispettare il pluralismo e nel proporre focus efficaci ma le argomentazioni e i confronti che possono nascere nell'interazione coi giovani attraverso simili tematiche potrà avere una portata educativa stimolante e quasi sicuramente positiva. Sono molto contento di aver partecipato, senza pretese di scientificità e neutralità, a questo progetto e sono sicuramente soddisfatto dei parametri educativi che ho indagato e sperimentato.

BIBLIOGRAFIA

Verde A., Calgaro L., *Educare alla sessualità in classe*, Edizioni del Cerro, Pisa, 2006.

La Placa M., *Virus e batteri*, Il Mulino, Bologna, 2011.

Marinelli A., *La costruzione del rischio. Modelli e paradigmi interpretativi nelle scienze sociali*, Franco Angeli, Milano, 1993.

Rezza G., *Epidemie origini ed evoluzione*, Carrocci, Roma, 2010.

Malizia P., *Tracce di società: sull'azione sociale contemporanea*, Franco Angeli, Milano, 2005.

Stewart D.E., *Focus Groups: Theory and Practice (Applied Social Research Methods)*, Paperbacks, Londra, 1990.

Vecchio G. M., *Lo sviluppo delle Life Skills negli adolescenti: Autoefficacia e Competenza*, Tesi di Dottorato Università La Sapienza, Roma, 2005.

Duesberg P., *AIDS: il virus inventato*, Baldini Castoldi, Milano, 2008.

Mirandola M., Baldassari D. (a cura di), *I giovani in veneto, approfondimento dei risultati dell'indagine Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2002 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui giovani di 11, 13 e 15 anni*, Cierre Edizioni, Verona, 2006.

Verde A., Lucilla Calgaro L. (a cura di), *Educare alla sessualità in classe percorsi didattici per l'insegnamento curricolare nelle scuole superiori*, Del Cerro Edizioni, Pisa, 2006.

Giommi R., *Sesso under 18 tutto quello che gli adolescenti vogliono sapere*, Sperling & Kupfer, Milano, 2010.

Bettini G., Campanaro P., Pellegrini G., Meneghetti D. (a cura di), *Ho qualcosa da comunicare... Un viaggio nel mondo relazionale dei quindicenni vicentini*, Cosmo, Vicenza, 2010.

Ongaro F., Salvini S. (a cura di), *Rapporto sulla popolazione*, Il Mulino, Bologna, 2009.

Madaras L., *Lynda Madaras Talks to Teens about AIDS*, Newmarket Press, New York 1988.

REPORT E PUBBLICAZIONI

Godeau E., Nic Gabhainn S., Vignes C., Ross J., Boyce W., Todd J., *Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries*, Arch Pediatr Adolesc Med 162, 2008.

Morris L., Warren C.W., Aral S.O., *Measuring adolescent sexual behaviors and related health outcomes*. Public Health Reports, 108(Suppl. 1):31-36, 1993.

Bertinato G., Mirandola M., Rampazzo A., Santinello M. (a cura di), *Secondo rapporto sullo stato di salute e gli stili di vita dei giovani veneti in età scolare*, Italian Health Psychology (Psicologia della Salute), 1, 145-153, 2010.

Kennedy MG, Mizuno Y, Seals BF, Myllyluoma J, Weeks-Norton K. *Increasing condom use among adolescents with coalition-based social marketing*. AIDS, Aug 18;14(12):1809-18, 2000.

Santinello, M., Vieno, A., *Comportamenti a rischio e sintomi psicosomatici negli adolescenti Italiani*. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14, 11-26, 2008.

Dallago L., Santinello M., Davoli K. (2005). *La salute in preadolescenza tra utilizzo di computer e televisione*, *Bollettino di Psicologia Applicata*, 246, 3-14.

Butler J., *Vulnerabilità e capacità di sopravvivenza*, KainoS, *Rivista Filosofica On-line*, (8)

Iaccarino B., Esposito C., Rossari P., Giorgi G., *Obiettivi reali ed utopie dell'educazione sessuale oggi. Ziele und utopien der sexualerziehung heute. Bericht über das Seminar*, *Atti del seminario*, Bolzano, 1987.

Koffi-Blanchard MC, Dubois-Arber F, Michaud PA, Narring F, Paccaud F. ,*Has the age of onset of sexual activity in youths changed in the time of AIDS? Literature review 1972-1992*]. *Schweiz Med Wochenschr.*, Jun 18;124(24):1047-55, 1994.

Hilgartner S., Bosk M., *Rise and Fall of Social Problems: A Public Arenas Model*, *The American Journal of Sociology*, Vol 94, N° 1, 1988.

Annual Report UNAIDS 2009.

Marocco T., 2010, *Il sesso dei nostri figli*, *Panorama*, 45:154-158, 2008

Orrigoni M., 2010, *Noi lo facciamo senza*, *L'Espresso*, 45:158-162, 2010

Teen Sex Survey, Channel 4, 2008.

Morris L., Warren C.W, *Measuring adolescent sexual behaviors and related health outcomes*, *Public Health Reports*, n°108, 31-36, 1993.

Stili di Vita e Salute dei Giovani Italiani, 11-15 anni. Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2001-2002. Edizioni Minerva medica, Torino, 2004.

Santinello M, Vieno A, Cavallo F, Lo stato di salute dei preadolescenti italiani.

Epidemiologia & Prevenzione, 29, 102-105, 2005.

SITOGRAFIA

HBSC-Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare:

<http://www.hbsc.unito.it/it/>

FAQ - HIV e AIDS Ministero della Salute:

http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=italiano&id=164

Vieno A., Cavallo F., Rapporto Istituto Superiore della Sanità:

http://www.iss.it/binary/publ/cont/13_5_web.pdf

Privitera G., lo sieropositivo, è bastato un solo errore:

<http://www.vanityfair.it/news/italia/2011/12/1/aids-hiv-giornata-mondiale-storia#?refresh=ce>

Turner V., Dichiarazione giurata:

<http://www.tig.org.za/TIGit/Affidavit%20a%20cura%20del%20Gruppo%20di%20Perth.pdf>

Sarpellioni G., Braavi E., 100 Risposte per 100 Domande: Informazioni base sull'HIV:

<http://www.giovaniserpelloni.it/file/argomenti/44/1/helpline.pdf>

Mercer C. H., Measuring Behaviour and Risk:

http://survey.net.ac.uk/sqb/topics/healthbehaviour/sqb_sex_mercer.pdf

Youth and HIV/AIDS in the United States, Challenges and Opportunities for Prevention:
http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/Youth.pdf?n=5282

AIDS ed HIV, non tutto quello che si sente è vero:
<http://www.farmacoecura.it/malattie/aids-ed-hiv-non-tutto-quello-che-si-sente-e-vero/>

Ingrosso M., La comunicazione del rischio nell'ambiente universitario:
http://safe.uniud.it/cnspp/uploaded/00010_comunicazione_rischio.pdf

Melucci A., L'AIDS come costruzione sociale:
<http://www.unitn.it/files/quad20.pdf>

Perché aumentano le infezioni HIV fra eterosessuali:
http://www.medicitalia.it/news/2717-perche_aumentano_le_infezioni_hiv_fra_eterosessuali.html