

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

(abilitante alla professione sanitaria in Infermiere) (classe snt/1)

**Giovani e HIV. Indagine conoscitiva tra gli
adolescenti fiorentini e le loro famiglie**

Relatore Prof.: Luca Pietrini

Candidato: Nicola Piscitelli

A.A. : 2009/2010

Indice

Introduzione	pag 1
1. Il virus HIV	
1.1 Come è arrivato fino ai nostri giorni questo parassita? Un po' di riflessioni sulle conoscenze di ieri fino alle evidenze di oggi	pag 3
1.2 Un'ossessione per la replicazione imperfetta	Pag 4
1.3 Mettiamo il caso che noi non volevamo fare conoscenza con "lui": come lo tras-mettiamo?	pag 5
1.4 No, no per favore conosciamoci meglio adesso, così poi facciamo il possibile per non incontrarti: i fattori di rischio e la prevenzione	pag 7
1.5 La matematica non è un'opinione: i numeri sono persone, l'epidemiologia nel Mondo	pag 10
1.5.1 Uno sguardo sull'Europa	pag 13
1.5.2 In Italia cosa sta succedendo?	pag 15
1.5.3 La situazione in Toscana, in particolare a Firenze	pag 17
1.6 Il 'caso AIDS' in America e in Europa: ancora differenze nella definizione	pag 19
1.7 La domanda a cavallo tra due secoli: riusciremo ad avere un vaccino contro HIV? Alcune riflessioni su gli articoli scientifici visionati	pag 20
2. Gli adolescenti e le conoscenze su HIV/AIDS	
2.1 Una introduzione sulle caratteristiche degli adolescenti, revisione della letteratura scientifica e la conferma che non esistono ricerche sul campione genitori	pag 25
3. Evoluzione del ruolo infermieristico: nel nuovo secolo nasce una nuova figura	pag 47
3.1 Appunti per un'educazione all'affettività	pag 54

4. Giovani e HIV. Indagine conoscitiva tra gli adolescenti fiorentini e le loro famiglie	
4.1 Formulazione del problema di ricerca	pag 57
4.2 Obiettivi della ricerca	pag 58
4.3 Popolazione di riferimento, criteri di inclusione, di esclusione e tempi	pag 59
4.4 Pianificazione del percorso di ricerca	pag 59
4.5 Materiali e metodi	pag 60
4.6 Analisi dei dati	pag 61
4.6.1 Sezione conoscenze medico-scientifiche	pag 62
4.6.2 Sezione percezione del rischio HIV e fonti di informazione	pag 65
4.6.3 Sezione comportamenti e atteggiamenti verso i sieropositivi	pag 67
4.6.4 Sezione comportamenti personali e collettivi ritenuti a rischio HIV	pag 68
4.6.5 Sezione livello di informazioni culturali e le relative modalità di accesso alle cure mediche	pag 68
4.6.6 Sezione fonti di informazione relative all'educazione sessuale, comunicazione familiare su MTS ed emozioni suscitate di fronte all'argomento sessualità	pag 71
4.6.7 Sezione comportamenti e autopercezione del rischio nelle esperienze sessuali o relazioni di coppia	pag 73
4.6.8 Sezione conoscenze generali su anticoncezionali femminili	pag 77
4.6.9 Sezione valutazione dell'opinione degli intervistati sull'istituzione e contenuti di un ipotetico corso di educazione alla sessualità	pag 78
4.7 Interpretazione e discussione dei risultati	pag 78
4.8 Conclusioni	pag 81
5. Conclusioni generali	pag 84
allegati	pag 87
immagini	pag 94
bibliografia	pag 96

1. Il virus HIV

1.1 Come è arrivato fino ai nostri giorni questo parassita? Un po' di riflessioni sulle conoscenze di ieri fino alle evidenze di oggi

Si iniziò a pensare ad una nuova malattia infettiva nel 1981 quando in America alcuni medici, visitando un numero significativo di giovani maschi, riscontrarono infezioni opportunistiche quali la Polmonite da *Pneumocystis Carinii* e rari tumori come il sarcoma di Kaposi, mai riscontrate prima nella fascia di popolazione giovane adulta (1).

Quasi tutta la comunità scientifica era concorde nel sospettare per questa nuova infezione, un agente patogeno ad eziologia virale, provocando una malattia infettiva a lento decorso, che in pochi mesi si sarebbe trasformata in una epidemia mondiale. In relazione alle modalità di trasmissione scoperte ancora oggi possiamo definirla tale e riteniamo importante sottolineare l'*emergenza sociale e politica* di questa pandemia.

Negli anni successivi vi furono molti altri casi di infezioni opportunistiche e nel 1983 l'Istituto Pasteur di Parigi scoprì un nuovo virus denominato LAV (Lymphadenopathy Associated Virus); nello stesso anno alcuni medici americani pubblicarono i risultati di una ricerca nella quale viene descritta la scoperta di un nuovo virus in un soggetto affetto da AIDS, sindrome dell'immunodeficienza umana acquisita. Tale virus fu chiamato HTVL-III per distinguerlo dai sierotipi I e II. Un ulteriore studio su persone apparentemente sane ma considerate popolazione a rischio di contagio in base ai dati epidemiologici di allora scoprì un terzo "nuovo" virus detto ARV, AIDS associated retrovirus.

Nonostante alcune discordanze tra gli infettivologi mondiali che studiavano i soggetti colpiti da AIDS, si andava delineando sempre più la convinzione, ed infine l'evidenza, che i tre virus scoperti fossero in realtà uno soltanto denominato HIV, Human Immunodeficiency Virus, responsabile appunto dello stadio terminale dell'infezione e cioè dell'Immunodeficienza Umana Acquisita.

Nel 1986 in soggetti del Sud Africa affetti da AIDS, venne riscontrata una variante del virus dell'HIV; da qui la decisione di distinguere i due sierotipi del virus venne spontanea: HIV-1 per quello scoperto nel 1983 e HIV-2 per il patogeno con prevalenza endemica nel Sud Africa (2).

1.2 Un'ossessione per la replicazione imperfetta

Il virione HIV appartiene alla famiglia dei retrovirus, possiede una forma sferica ed essendo un parassita endocellulare obbligato le sue dimensioni sono di circa 100nm. All'interno del suo capsido o core possiede una coppia di filamenti di RNA lineare.

La peculiarità di questa famiglia di virus è l'incapacità di funzionare come RNA messaggero e necessita perciò di un innesco. Tale processo è garantito dall'enzima trascrittasi inversa, del quale descriveremo brevemente il funzionamento nelle pagine a seguire (3).

All'esterno il virus HIV è rivestito da un doppio strato lipoproteico, denominato envelope, dal quale sporgono due glicoproteine: la gp 120, detta glicoproteina di attacco e la glicoproteina gp 41 o transmembrana.

All'interno del core invece ritroviamo il genoma a RNA, la trascrittasi inversa, gli enzimi integrasi e due tRNA. La proteina strutturale del core è la p24. La patogenicità dell'HIV verso l'uomo è dovuta alla trascrittasi inversa appunto, la cui attività è DNA Polimerasica RNA dipendente.

Il virus muore all'esterno delle cellule se le condizioni del suo habitat cambiano, in particolare:

- temperatura superiore a 60°C (mentre è in grado di resistere a temperatura ambiente per 15 giorni in soluzione acquosa e a temperatura corporea di 37°C per una decina di giorni);
- pH inferiore a 7 o superiore a 10;
- assenza di acqua e nutrienti (il virus muore in 20 minuti).

Il bersaglio del virus HIV sono le cellule CD4+, chiamate così perché provviste di recettori CD4 (3). Le cellule che espongono sulla membrana questo recettore sono: i linfociti T helper, deputati alla regolazione delle risposte cellulo-mediate verso i linfociti CD8 denominati effettori o citotossici; i linfociti B ed i macrofagi, protagonisti dell'immunità umorale specifica ed infine le cellule del sistema nervoso (4).

Per tale motivo il virus HIV è in grado di generare una progressiva diminuzione della risposta immunitaria: le infezioni opportunistiche che ne conseguono sono la dimostrazione della sua alta capacità di virulenza.

Il meccanismo con il quale si replica il virus è molto complesso per questo ci limitiamo a descriverne le fasi principali (3):

- ingresso: HIV penetra all'interno delle cellule CD4+ attraverso la fusione dell'envelope con la membrana cellulare dell'ospite. Il virus si libera del capsido e proietta il suo contenuto nel citosol della cellula ospite. Qui avviene poi la fase di Eclissi nella quale non è possibile ricercare parti del virus all'interno della cellula ospite e il virione inoltre prende possesso del metabolismo cellulare,

- retrotrascrizione: il virus è in grado di retrotrascrivere una delle due subunità dell'RNA in un DNA complementare a singolo filamento grazie alla presenza del tRNA (transfert), che agisce da innesco. Una volta avviata la retrotrascrizione del RNA in DNA, la trascrittasi inversa rimuove RNA virale e sintetizza un DNA lineare a doppio filamento, chiamato provirus,
- integrazione e trascrizione: il provirus è in grado di integrarsi nel DNA della cellula ospite grazie ad enzimi chiamati appunto integrasi e dar luogo a cicli di replicazione attiva con morte della cellula infettata,
- incapsidazione: nel citosol della cellula ospite si forma il nucleocapside con annesse le subunità utilizzate per la replicazione virale: tRNA, trascrittasi inversa, integrasi. Ad assemblaggio avvenuto il capsido si dirige verso la membrana cellulare ospite,
- rilascio per gemmazione: il nuovo virus riacquista il suo envelope e lascia la cellula ospite infettata.

La ripetizione di questi processi replicativi porta il soggetto ad acquisire una carica virale tale da risultare sieropositivo. Inoltre HIV ha una variabilità genomica molto più elevata rispetto ad altre classi di virus, infatti in ogni isolamento virale risultano molti virus genotipicamente distinti, detti quasi specie (1).

Le quasi specie virali derivano dagli errori della trascrittasi inversa che durante la sintesi di filamenti di DNA virale “taglia, copia, ripara e incolla” frammenti di genoma non identici e nonostante i suoi imperfetti errori di trascrizione il virus HIV è ossessionato nel sopravvivere e aumentare la sua progenie nelle cellule ospiti. A causa di questa variabilità genetica virale, anche se è stata dimostrata la presenza di anticorpi anti-HIV nel soggetto infettato, il nostro sistema immunitario non è in grado di svolgere un'azione protettiva e difensiva contro le quasi specie contemporaneamente presenti. Le terapie oggi esistenti non consentono di distruggere il virus HIV: all'aumentare degli anni dall'infezione si verifica il fenomeno di farmaco resistenza, perciò nella maggioranza dei casi è necessario aggiungere altri farmaci (spesso tre) o sostituirli per ridurre la carica virale plasmatica.

1.3 Mettiamo il caso che noi non volevamo fare conoscenza con “lui”: come lo tras-mettiamo?

In base alla classificazione indicata dall'autorevole Mauro Moroni (1), riportata nella maggior parte della bibliografia esistente, le modalità di trasmissione dell'HIV sono due, orizzontale e verticale, suddivisibili al loro interno in più vie infettive.

- modalità orizzontale: fanno parte di questa modalità di trasmissione dell'HIV la *via parenterale* e la *via sessuale non protetta*. Nella prima rientrano: lo scambio di siringhe

infette tra tossicodipendenti, il contatto accidentale con materiale biologico o strumenti infetti e le trasfusioni di sangue o emoderivati.

In relazione alle emotrasfusioni, solamente nel 1985 vennero introdotti i primi test anticorpali anti-Hiv. I soggetti trasfusi prima di tale data con sangue infetto o fattori della coagulazione, come ad esempio i soggetti emofilici, furono colpiti da AIDS durante gli anni avvenire (2).

Oggi la via più frequente è quella della *trasmissione sessuale*, sia eterosessuale che omosessuale, rappresentando il 75% dei casi di sieropositività (2): le mucose genitali femminili e maschili possono venire a contatto direttamente con il virus, oppure attraverso microlesioni inapparenti delle mucose stesse. La fragilità della mucosa rettale, le condizioni infiammatorie che spesso la interessano e la capacità di assorbimento della mucosa intestinale rendono la via anale particolarmente suscettibile alle infezioni HIV.

Anche i rapporti oro-genitali non sono esenti dal rischio di contagio, rappresentando il 6,6% dei casi di infezione HIV (2): il virus può essere contratto se la mucosa orale viene a contatto con liquido seminale o secrezioni vaginali infette.

- modalità verticale: In caso di sieropositività della madre la trasmissione *madre-figlio* può avvenire nelle seguenti circostanze: durante la gravidanza; durante il parto per la presenza di microlesioni sia sul canale vaginale che sulla cute del neonato che provocano uno scambio di sangue infetto tra madre e figlio; dopo la nascita per la presenza del virus all'interno del latte materno.

Il rischio da esposizione professionale da HIV è un evento poco significativo dal punto di vista numerico. Segnaliamo quali sono le categorie maggiormente a rischio secondo il SIROH (2), il quale si occupa dell'analisi del rischio di esposizione specifico per categoria professionale e area di lavoro: infermieri che esercitano in contesti clinici di chirurgia generale, medicina interna, emodialisi; chirurghi; medici di medicina d'emergenza-urgenza.

Le principali cause di esposizioni a rischio sono state nel 65% dei casi correlate all'uso di aghi cavi e nel restante 35% imputabile a tagliente solido. Tali rischi espositivi sono avvenuti prima che lo strumento e il materiale utilizzato venisse correttamente smaltito.

I dati (2) sull'esposizione occupazionale mondiale degli operatori sanitari, fino al 1999 parlano di 102 casi notificati, di cui solo 5 in Italia. Il 90% dei casi documentati erano dovuti a puntura accidentale o ferita con oggetto tagliente. Il rimanente 10% dei casi riguardava la contaminazione di cute o mucosa lesa.

Nonostante l'aumento dei casi di infezione da HIV, con l'introduzione della terapia HAART, (Highly Active Antiretroviral Therapy) ed il miglioramento delle condizioni di salute dei sieropositivi, si è ridotta la necessità e la frequenza di procedure diagnostico/terapeutiche invasive, con la conseguenza di una minore probabilità da parte degli operatori sanitari di andare incontro a esposizioni a rischio. Infatti come scrive Vincenzo Puro nel 2004 (2):

“la terapia HAART riducendo la viremia nei pazienti, verosimilmente ne diminuisce anche la contagiosità.[...] Infatti la stima media del rischio per singola esposizione che si può derivare dagli studi di incidenza oggi disponibili è dello 0,3% per le esposizioni percutanee e dello 0,1% per quelle mucose.”

Il fatto che il rischio di contagio per gli operatori sanitari sia vicino a zero, non giustifica un comportamento negligente, né la trascuratezza nell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale. Pertanto la formazione, la costante informazione, l'osservanza delle precauzioni e l'utilizzo di nuove tecniche e procedure sono ad oggi il primo meccanismo di difesa per gli operatori verso il rischio biologico in senso più ampio.

1.4 No, no per favore conosciamoci meglio adesso, così poi facciamo il possibile per non incontrarti: i fattori di rischio e la prevenzione

I Fattori di rischio sono quelle condizioni che risultano statisticamente correlate alla malattia. Il fattore di rischio può, in generale, concorrere alla patogenesi della malattia, favorirne lo sviluppo e accelerarne il decorso. Esso aumenta perciò la suscettibilità all'insorgenza della malattia o la probabilità che essa si verifichi; l'assenza di fattori di rischio, al contrario, non esclude l'insorgenza della malattia stessa. Ma nel caso dell'HIV la presenza dei fattori di rischio è determinante per l'evoluzione della malattia.

I fattori di rischio possono essere suddivisi in modificabili e non modificabili.

La prevenzione in termini di tempo deriva dal IV secolo quando Igea, figlia del Dio Asclepio, fu ritenuta la responsabile del mantenimento della salute (5) e costei intervenne prima che la malattia colpisse l'uomo. Nicola Comodo infatti scrive (5)

“Nei tempi moderni Igea è divenuta una scienza, l'”Igiene” e la sua azione si esplica attraverso le attività di prevenzione [...], promozione della salute, che si attuano in assenza di malattia e comunque quando la malattia non si è instaurata, nei confronti sia di singoli soggetti che di intere comunità.”

Nel nostro studio vogliamo esporre quali sono le strategie di prevenzione per l'infezione HIV e quindi i relativi fattori di rischio modificabili.

In generale (6) tutti i paesi della Terra ed in particolare la sanità pubblica devono intervenire sul piano mentale e comportamentale dei cittadini e quindi una comunicazione per promuovere l'azione consapevole; il messaggio da *trasferire* alla popolazione è che atteggiamenti sociali

non adeguati al mantenimento della salute e comportamenti a rischio possono aumentare la suscettibilità all'infezione da HIV.

La prevenzione deve arrivare anche a coloro che non hanno la cittadinanza nello Stato in cui sono nati o vivono attualmente. In Italia oggi sono presenti molte etnie, con culture, stili di vita, comportamenti sociali, alimentari e igienici diversi dai "nostri". Dobbiamo arrivare a queste persone perché tutti potrebbero, potenzialmente, incontrare l'HIV nella loro vita. Il virus non fa distinzione di nessun genere. È un obiettivo difficile, superabile soltanto con reciproca acquisizione di concetti, parole e messaggi della lingua parlata e scritta diversa dalla nostra. Entrambe le culture devono adoperarsi per il raggiungimento di tale obiettivo: comunicare. L'avvicinamento, l'accesso e la fruizione ai servizi sanitari deve essere indiscusso.

In relazione al nostro obiettivo di tesi e ai dati attuali che tra le vie di trasmissione riportano quella sessuale come principale via di contagio, riteniamo importante iniziare a parlare di questa dedicandogli più spazio rispetto alle altre, comunque da sottovalutare.

Prevenzione della trasmissione sessuale: (5) questa si basa sull'educazione sessuale, indirizzata non solo ai giovani che si proiettano nel futuro come adulti ma a tutta la popolazione, attraverso una comunicazione valida e mirata in relazione alla fascia di età interessata.

La finalità della prevenzione della trasmissione sessuale si ottiene principalmente attraverso: la riduzione della promiscuità sessuale, l'utilizzo del condom durante rapporti sessuali che siano questi genitali e/o orali e, qualora non si conoscesse la situazione salutare del proprio partner, l'esecuzione del test HIV da parte di entrambi, non essendo la sola fiducia nel proprio partner una prevenzione efficace contro il rischio di infezione.

L'uso corretto e costante del profilattico maschile riduce il rischio di trasmissione sessuale dell'HIV dall'80% al 90%. Negli ultimi anni si sente parlare spesso di preservativo femminile, un dispositivo monouso indossabile in vagina prima del rapporto sessuale. Esso permette di avere una doppia protezione dal rischio di contagio, se anche l'altro partner ne indossa uno. La sua efficacia è provata tra l'80% ed il 90% come per il preservativo maschile (6) anche se in Italia tale presidio è poco diffuso. Una soluzione su larga scala per garantire una protezione efficace contro il virus HIV sarebbe l'accesso gratuito o a basso costo dei preservativi per tutta la popolazione sessualmente attiva sin dall'età adolescenziale.

Inoltre dobbiamo fare leva sui soggetti con comportamenti già a rischio, come le prostitute o uomini e donne che sanno di avere tali comportamenti, promuovendo in primo luogo campagne di sensibilizzazione all'utilizzo del preservativo e al test HIV da parte di sanitari e mass media.

Il servizio di *counseling* (*dialogo confidenziale con un esperto*) per coloro che si avvicinano all'effettuazione del test o scoprono di avere altre MTS è un importante momento per avere delle chiarificazioni su tale argomento ed allo stesso tempo consente di prendere decisioni importanti per la propria vita sessuale (6). Il counseling, per avere risultati positivi dovrebbe essere costante e prolungato nel tempo, anche qualche mese se necessario, dato che un solo incontro potrebbe non essere efficace per acquisire un'adeguata consapevolezza. È noto infatti, che la ripetizione di informazioni ed esternazione di modelli educativi coerenti con lo stato di

salute permette all'operatore sanitario di valutare il raggiungimento, o al contrario la non acquisizione, di obiettivi e interventi specifici da parte del cittadino.

Per quanto riguarda la fascia di utenza giovanile dobbiamo ricordare che i consultori, le associazioni culturali e i luoghi di intrattenimento (concerti, discoteche, teatri...) devono mantenere alto il "volume" del messaggio informativo sulla pratica sessuale sicura. Non solo, la famiglia e la scuola come educatore primario e secondario, rispettivamente, hanno il dovere fondamentale nell'educazione alla sessualità e all'affettività.

Prevenzione della trasmissione HIV tra tossicodipendenti: dobbiamo avvicinarci a questi soggetti promuovendo, inizialmente, l'interruzione della dipendenza dalla sostanza stessa. Vista però l'alta percentuale di insuccessi e ricadute nel tunnel della tossicodipendenza, l'alternativa è porci un obiettivo realistico e raggiungibile, attraverso una politica di riduzione del danno. Questo facendo capire ai tossicodipendenti l'importanza dell'utilizzo di siringhe monouso, dell'alto rischio di contrarre MTS (Malattie Trasmissibili Sessualmente) durante i rapporti sessuali qualora non protetti, spesso sotto effetto della sostanza stupefacente. Come suggerito nella relazione 'Global Report 2010' UNAIDS il sistema sanitario e lo Stato dovranno continuare a distribuire gratuitamente siringhe monouso e facilitare l'accesso a farmaci oppioidi agonisti, come il Metadone, a coloro che non riescono ad uscire dalla dipendenza della sostanza (6).

Prevenzione della trasmissione dalla madre sieropositiva al neonato: il primo passo per questo tipo di prevenzione consiste nell'esecuzione del test prima e durante la gravidanza per valutare un'eventuale sieropositività ed iniziare in tal caso la terapia antiretrovirale. Un'altra precauzione essenziale è quella di ridurre il più possibile il contatto sangue-sangue tra madre e feto durante il parto. Qualora la madre risultasse sieropositiva, al neonato è necessario garantire l'allattamento artificiale o il latte dalla 'banca del latte umano' per diritto alla vita. Un altro intervento da sostenere a tutela della donna è la trasmissione di informazioni sui contraccettivi orali per la prevenzione di gravidanze indesiderate.

Prevenzione del rischio trasfusionale o dall'utilizzo di emoderivati: con l'introduzione del test obbligatorio di anticorpi anti-HIV dal 1985 è stato possibile individuare ed escludere dai centri trasfusionali i soggetti affetti da HIV. In tal modo è stata garantita la selezione dei donatori di sangue ed emocomponenti, aumentando così l'efficienza e la sicurezza terapeutica delle unità di sangue.

Il risultato ottenuto dall'introduzione del test ha rappresentato un notevole successo, confermato dai dati di rischio di contagio da emotrasfusione, passati dal 12% dall'inizio della pandemia all'1,8% nel 1998 (2). Queste percentuali tenderanno a scendere dal 1996 in poi in quanto i test fino ad allora disponibili non erano in grado di valutare la presenza dell'HIV durante il *periodo finestra*. Infatti dal 1996 negli Stati Uniti d'America è obbligatoria la ricerca dell'antigene p24, o altre tecniche di biologia molecolare come la PCR (Polymerase Chain Reaction) nelle unità di sangue dei donatori.

In Italia tale provvedimento è in vigore soltanto dal 2001. Tuttavia il rischio di contagio da emotrasfusione non è pari a zero. Infatti, come scrive Daniela Prati (2) *“Tali stime, applicate al nostro paese, suggeriscono che la possibilità attuale di contrarre l'infezione da HIV attraverso la trasfusione è di circa 2 casi per milione di unità di sangue trasfuse”*. Questo per ripuntualizzare il concetto che l'utilizzo delle unità di sangue e gli emocomponenti deve avvenire nella più corretta delle condizioni e di reale necessità ed evidenza clinica.

Prevenzione del rischio occupazionale: a tal fine, come ricorda Paolo Bonanni (5):

“Gli operatori devono considerare che il sangue e gli altri liquidi corporei di tutti i pazienti sono potenzialmente infettanti e, conseguentemente, attenersi strettamente e costantemente alle seguenti precauzioni universali”

Le precauzioni universali citate sono essenzialmente le seguenti: usare sempre i guanti, grembiule e occhiali quando è previsto il contatto con sangue o altri liquidi biologici; lavaggio delle mani con sapone prima e dopo ogni contatto con il paziente e accurato lavaggio con sapone disinfettante qualora si fosse venuti a contatto con liquidi biologici; corretto utilizzo e smaltimento dei taglienti negli appositi contenitori.

Inoltre il corretto utilizzo dei DPI, dei presidi sanitari del paziente (varie tipologie di cateteri) e delle corrette tecniche di lavoro (asepsi, sterilizzazione) dimostra rispetto e tutela della salute non solo verso il paziente ma anche della propria persona.

1.5 La matematica non è un'opinione: i numeri sono persone, l'epidemiologia nel Mondo

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito l'AIDS come la peggior epidemia della storia dell'umanità.

Nella sua ricerca Ippolito Giuseppe (2) scrive: *“dall'inizio dell'epidemia alla fine del 2003 si stima che la malattia da HIV abbia causato 20 milioni di morti, e che 40 milioni di persone sarebbero infettate dal virus HIV”*. Partendo da questo dato e sommando i decessi avvenuti successivamente alla stima di Ippolito, si può desumere che il virus HIV abbia causato il decesso di 36 milioni di persone dal 1981 ad oggi.

Nel 1999 l'incidenza mondiale di HIV era di 3,1 milioni e rispetto al 2009 sono stati stimati 2,6 milioni di nuovi casi di HIV ma allo stesso tempo si sono verificati 1,8 milioni di decessi per infezioni o patologie correlate all'AIDS.

I dati UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS(7), riferiti all'anno 2009, stimano una presenza mondiale di 33,3 milioni di persone sieropositive, di cui il 90% vive in paesi in via di sviluppo, con un'elevata concentrazione di casi in Africa, che conta un totale di 22,5 milioni di persone infette. Per una visione rappresentativa dell'andamento epidemico al 2009, visionare le figure 1.5.1 e 1.5.2 alla fine del paragrafo.

L'elevata concentrazione di sieropositivi nel continente africano è facilmente riconducibile a progetti di prevenzione scarsi rispetto alle necessità, povertà economica, assenza di istruzione, guerre civili tutt'oggi presenti e culture propriamente diverse dal mondo occidentale come l'adulterio e la promiscuità sessuale concessa all'uomo.

Nel 2009 1,8 milioni di Sub-sahariani sono divenuti sieropositivi e confrontando i dati del 2001 abbiamo riscontrato una riduzione di 0,4 milioni di contagi, grazie all'introduzione di percorsi di prevenzione, educazione sessuale e un iniziale utilizzo del preservativo.

L'incidenza annuale di HIV tra i diciottenni africani registra un forte calo: dal 1,8% del 2005 allo 0,8% nel 2008, e nelle donne tra 15-24 anni è sceso dal 5,5% nel periodo 2003-2005 al 2,2% nel 2005-2008. Il Sudafrica è uno dei pochi paesi al mondo dove la mortalità infantile e materna è aumentata dal 1990. Il 35% dei decessi dei bambini affetti da HIV è di età inferiore ai cinque anni.

In trentatré paesi l'incidenza del virus è diminuita di oltre il 25% tra il 2001 e il 2009; di questi, ben 22 si trovano nell'Africa sub-sahariana. Mentre come conferma anche il centro nazionale di Epidemiologia (8),

“in Europa, Asia centrale e America del Nord, i tassi annui di nuove infezioni da HIV si sono mantenuti stabili negli ultimi 5 anni; ciò è principalmente dovuto al fatto che, in questi paesi, il virus è ancora aggressivo tra gli omosessuali, le persone che consumano droghe da iniezione e i loro partner sessuali.”

Rispetto a tale affermazione ci teniamo a riportare i dati dell'UNAIDS (7), i quali ci mostrano un incremento significativo dei sieropositivi rispettivamente: nel sud e sud-est Asia da 3,8 milioni nel 2001 a 4,1 milioni del 2009; in Europa Orientale e Asia centrale siamo passati da 760.000 del 2001 a 1,4 milioni di sieropositivi del 2009; nell'Asia dell'est nel 2001 erano presenti 350.000 sieropositivi, divenuti 770.000 nel 2009. In America centro-sud nel 2009 abbiamo assistito ad un aumento di 0,3 milioni di persone sieropositive rispetto ai 1,1 milioni del 2001.

In generale in Asia si stima che 4,9 milioni di persone nel 2009 fossero affette dall'HIV, circa la stessa cifra di cinque anni prima. La prevalenza di HIV sta salendo però in quei paesi che fino ad oggi non mostravano un aumento di casi di infezione come Bangladesh e Pakistan; le modalità principali di trasmissione riscontrate sono: il ricorso alla droga per via parenterale; la prostituzione e l'omosessualità.

In India circa il 90% delle persone contagiate da HIV crede di averla acquisita durante rapporti sessuali non protetti, ma l'uso comune di siringhe contaminate da due o più persone nella stessa occasione è la modalità principale di trasmissione del virus, tra coloro che fanno uso di droghe per via endovenosa.

In Russia circa 1,8 milioni di tossicodipendenti si crede siano affetti da HIV. In Ucraina l'interazione tra la prostituzione, il numero delle persone sessualmente attive e l'uso di droghe per via parenterale sta accelerando la diffusione dell'HIV al punto che, la prevalenza di adulti HIV positivi è all'1,1%, superiore a quella di qualsiasi altro paese in tutta Europa e Asia centrale.

I sondaggi effettuati nel 2007 in una città Ucraina, tra le persone che si iniettavano la droga, hanno riscontrato una prevalenza dell'HIV di circa l'88%. Nei penitenziari ucraini circa 10.000 prigionieri sono usuali all'utilizzo di droga per via endovenosa, di questi non abbiamo stime dei possibili sieropositivi.

Nel Centro e Sud America il numero totale di persone che vivono con l'HIV continua a crescere: da 1,1 milioni nel 2001 a 1,4 milioni nel 2009. Circa un terzo di tutte le persone sieropositive in America centrale e meridionale si concentrano in Brasile, dove è in corso il trattamento con terapia antiretrovirale e progetti di prevenzione del rischio di contagio, permettendo così di contenere almeno in parte l'epidemia. Anche in questa regione i fattori principali di trasmissione sono dovuti a rapporti omosessuali e fra tossicodipendenti (è stato stimato che almeno 2 milioni di persone in questa area si iniettano droga e più di un quarto di questi potrebbero essere affette da HIV).

Anche i rapporti eterosessuali non protetti rappresentano in questa zona geografica una via di trasmissione importante: nel 2005 nelle grandi città del Sud America si è verificato, infatti, il 50% circa delle nuove infezioni da HIV attribuibili a questo tipo di rapporti; inoltre, quasi la metà (43%) dell'incidenza dell' HIV+ in Perù ed in Argentina è ora attribuibile a rapporti eterosessuali. Si ritiene oltretutto che tali infezioni si verificano durante rapporti a pagamento.

GLOBAL REPORT

Global summary of the AIDS epidemic | 2009

Number of people living with HIV	Total	33.3 million [31.4 million–35.3 million]
	Adults	30.8 million [29.2 million–32.6 million]
	Women	15.9 million [14.8 million–17.2 million]
	Children (<15 years)	2.5 million [1.6 million–3.4 million]

People newly infected with HIV in 2009	Total	2.6 million [2.3 million–2.8 million]
	Adults	2.2 million [2.0 million–2.4 million]
	Children (<15 years)	370 000 [230 000–510 000]

AIDS deaths in 2009	Total	1.8 million [1.6 million–2.1 million]
	Adults	1.6 million [1.4 million–1.8 million]
	Children (<15 years)	260 000 [150 000–360 000]



Figura 1.5.1: Riepilogo epidemia AIDS. *Fonte UNAIDS “Global Report 2010”

GLOBAL REPORT

Adults and children estimated to be living with HIV | 2009

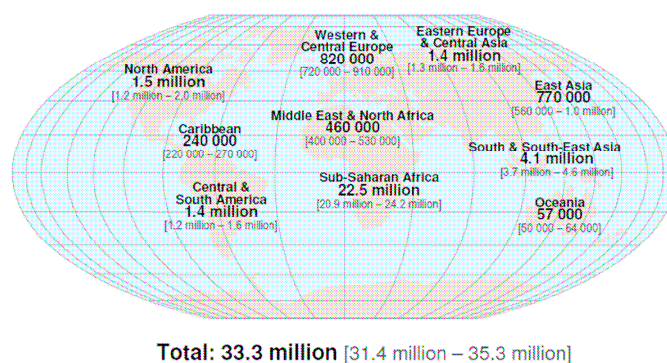


Figura 1.5.2: Riepilogo sieropositivi nel mondo al 2009. *Fonte UNAIDS “Global Report 2010”

1.5.1 Uno sguardo sull'Europa

Come denunciato dalla WHO Europe, World Health Organization for Europe, nella sua relazione del 2009 (9) l'Unione Europea non ha ancora adottato un unico modello di riferimento per raccogliere i dati relativi ai casi di HIV.

Solo per fare alcuni esempi, fino al 2009 dall'Italia non sono emersi dati nazionali riguardo al virus, in quanto la sorveglianza speciale per questa malattia veniva attuata dalle singole

regioni o province, così come in Spagna; in Austria, invece, la mancanza di dati è dovuta alla legge relativa alla riservatezza dei dati; nel 2008-09 nessun dato è segnalato dalla Svezia poiché il sistema di sorveglianza nazionale sull'AIDS è stato interrotto.

Se i dati provenienti da paesi non dichiaranti fossero stati presentati alla 'banca dati comune per l'HIV e la sorveglianza AIDS', il numero totale dei contagi da HIV sarebbe più che raddoppiato nel 2009. I dati presentati quindi sottostimano il numero reale di infezioni diagnosticate in paesi UE e probabilmente anche la via di trasmissione più frequente (9).

La situazione *stimata* è la seguente: nel 2009, 53.427 casi di HIV sono stati diagnosticati e segnalati da 49 dei 53 paesi dell'OMS Europea (i dati non sono disponibili per Austria, Monaco, Russia e Turchia).

I casi diagnosticati di HIV sono più che triplicati in Bulgaria, Islanda e Slovacchia; i tassi sono aumentati di oltre il 50% in Ungheria e Slovenia e sono diminuiti di oltre il 20% in Danimarca, Estonia, Italia, Lussemburgo e Romania.

I quattro Paesi con il più alto tasso di casi di HIV nel 2009 erano Estonia (411 casi), Lettonia (275 casi), Regno Unito (6.630 casi) e Belgio (1115 casi). I tassi più bassi sono stati segnalati in Romania e Slovacchia (10).

Nel 12% dei casi le infezioni da HIV diagnosticate nel 2009 sono state riscontrate in soggetti tra i 15 e 24 anni di cui il 35% erano di sesso femminile. In generale la via di trasmissione più frequente oggi è quella eterosessuale con il 43% (22.805 casi). La prevalenza rimane alta anche per la trasmissione omosessuale per il 35% (9023 casi) delle diagnosi di HIV nel 2009.

L'Europa Orientale è la zona europea con il più alto tasso di casi diagnosticati di HIV e la modalità prevalente di trasmissione è cambiata: dalle droghe per via endovenosa (39%) al contagio tra eterosessuali (46%).

Nell'Europa Occidentale nel 2009 sono stati segnalati 24.703 casi di nuove diagnosi di infezione da HIV.

Il 10% delle nuove diagnosi nel 2009 è riferito alla fascia di 15-24 anni e il 28% era donna. Il 40% dei casi di HIV è stato acquisito attraverso rapporti eterosessuali (9.960 casi), mentre i rapporti tra maschi omosessuali rappresentano il 37% delle infezioni (9.042 casi).

L'epidemia di HIV nel centro Europa rimane a un livello basso e stabile, anche se vi è evidenza di un aumento della trasmissione per via sessuale in molti paesi. Il 19% dei casi di nuova diagnosi nel 2009 riguarda giovani tra 15 e 24 anni e il 20% donne. Nel 2009 i casi di sieropositività nei rapporti eterosessuali rappresentavano più del 50% di tutte le diagnosi in Albania, Bosnia-Erzegovina e Romania. Mentre in Croazia, Repubblica Ceca, Ungheria, Serbia, Slovacchia, Slovenia e Macedonia oltre il 50% di tutte le diagnosi derivano da rapporti omosessuali (10). In totale nei paesi analizzati da WHO Europe sono stati diagnosticati e segnalati più di 50.000 nuovi casi di sieropositivi.

I casi di AIDS in Europa, nel 2009, sono stati di 6568 di cui: 4361 casi in Europa occidentale; 1803 in Europa Orientale e 404 in Europa Centrale. In generale, in Europa sono diminuiti i casi di AIDS tranne che per l'Europa orientale.

1.5.2 In Italia cosa sta succedendo?

Come ricorda Giovanni Rezza, per quanto riguarda le diagnosi (2) *“In Italia la raccolta dei dati sui casi di AIDS è iniziata nel 1982 e successivamente, nel giugno 1984, si è avuta la formalizzazione del sistema di sorveglianza”*.

Dal 1987, grazie al Decreto Ministeriale n.288 del 28/11/86, è obbligatoria la notifica dei casi di AIDS, che rientra nell'ambito delle patologie infettive di Classe III (DM del 15/12/90), e cioè sottoposta a notifica speciale.

Il Sistema di sorveglianza è gestito dal COA Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (attualmente denominato Reparto di AIDS e malattie sessualmente trasmesse). Il COA, in collaborazione con le regioni, provvede alla raccolta ed analisi periodica dei dati, alla pubblicazione degli stessi nella serie Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità e alla diffusione di un rapporto trimestrale (11).

La sola sorveglianza dei casi di AIDS non è sufficiente a stimare la curva epidemica delle infezioni HIV. Nonostante i recenti successi dei trattamenti farmacologici delle infezioni da HIV abbiano contribuito a determinare la riduzione di incidenza di AIDS, il ritardo dell'evoluzione della malattia in un soggetto sieropositivo con un conseguente miglioramento della qualità della vita impone una maggiore attenzione alle fasi iniziali dell'infezione (13).

Dal 1985 al 2008 le infezioni da HIV in Italia venivano registrate e inviate al COA solo da 13 regioni/province in maniera autonoma e volontaria. Soltanto dal marzo 2008 esiste sul territorio nazionale una legge, il DM 31/3/2008, che obbliga le regioni ad una sorveglianza delle infezioni da HIV. Grazie a tale legge al Sistema di sorveglianza vengono notificati i casi in cui la diagnosi viene posta per la prima volta, a prescindere dalla presenza di sintomi della malattia. Con la stessa legge si decide di calcolare l'incidenza solo sulla popolazione residente in modo tale da fornire un dato più attendibile sulla diffusione dell'infezione nelle singole zone geografiche.

Dal 1985 al 2008 sono state diagnosticate nelle 13 regioni/province 42.747 nuove diagnosi di infezione di cui 30.297 maschi, 12.346 femmine, 14 di genere non noto (12).

L'incidenza delle nuove diagnosi, secondo il COA, ha visto un picco di segnalazioni nel 1987, per poi diminuire fino al 1998 e una progressiva stabilizzazione successiva.

Concorde con queste dichiarazioni è Giovanni Rezza che nel 2004 scrive (2) *“L'incidenza diagnosi di HIV ha mostrato un trend in decremento sin dal 1989 per poi tendere a stabilizzarsi a partire dal 1998”* ed aggiunge i riferimenti al numero di test HIV eseguiti in Italia che *“..mostrano un incremento da 8802 nel 1988 a 29.505 test nel 2000”*.

Il 2008 ha portato 2.012 nuove diagnosi di infezione in Italia, pari a un'incidenza di 6,7 per 100.000 residenti. La regione ad incidenza maggiore è stata l'Emilia-Romagna mentre nella città di Bolzano si è verificata l'incidenza più bassa del paese.

Un ulteriore dato osservabile dall'analisi del COA è l'aumento dell'età mediana della diagnosi di HIV: nel 1985 intorno ai 26 anni per i maschi e 24 anni per le femmine, mentre nel 2008 rispettivamente 38 e 35 anni.

La fascia di popolazione che negli anni '80 ha alimentato la trasmissione dell'HIV con il 74,6% delle diagnosi era riconducibile ai tossicodipendenti. Giovanni Rezza scrive (2) *“la tossicodipendenza è la categoria più rappresentata, sebbene la proporzione di dati attribuibili a questa categoria di trasmissione sia diminuita da circa il 70% prima del 1993 al 39,2% nel 2001”*. Oggi il COA osserva un ulteriore decremento dei tossicodipendenti sieropositivi (7,7% nel 2008) (12).

Viceversa, vi è stato un forte aumento dei casi di HIV dovuti a rapporti sessuali non protetti: siamo passati dal 7,8% del 1985 al 75% nel 2008 (eterosessuali il 46% e omosessuali 29%). Qui di seguito riportiamo la figura 1.5.3 che ci mostra l'andamento delle infezioni da HIV dal 1987 al 2008 con le relative modalità di trasmissione.

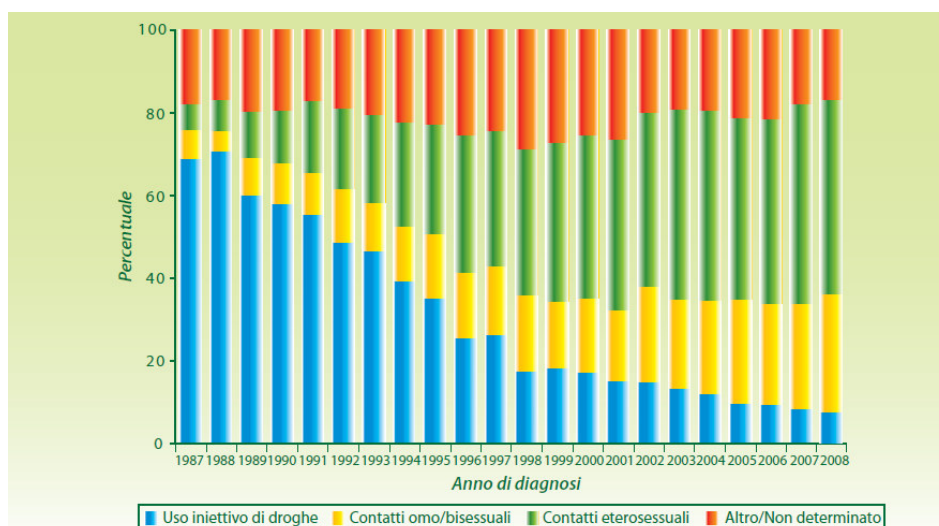


Figura 1.5.3: Andamento infezioni da HIV dal 1987 al 2008 con relative modalità di trasmissione. *Fonte “Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità”, Volume 23-numero 4 supplemento 1 del 2010.

Nel 2010 sono state stimate 3500-4300 nuove diagnosi di HIV secondo i dati ricevuti dalle regioni attive del 2009 con l'80,1% di trasmissione etero/omosessuale. Le regioni con l'incidenza più alta sono Liguria, Lombardia, Lazio e Toscana.

Dal 1982 al 2010 sono stati notificati in totale al COA circa 62.700 casi di AIDS. Nello stesso periodo sono decedute in Italia circa 40.000 persone a causa di patologie AIDS correlate, mentre tutt'oggi 24.000 persone convivono con l'AIDS.

Nel 2002 il 51,3% dei soggetti ha scoperto di essere HIV positivo solo al momento della diagnosi di AIDS. Nel 2010 il 59,4% dei sieropositivi non sapeva di esserlo con un aumento di circa un punto percentuale all'anno. È importante riflettere sulle parole riportate dal COA nella sua ultima relazione disponibile (12):

“È rilevante osservare che, nel 2008-2009, tra le donne con AIDS che hanno acquisito l'infezione per via sessuale, il 20% riferiva di aver contratto l'infezione dal partner che sapeva di essere HIV positivo. Di contro, tra gli uomini che hanno acquisito l'infezione attraverso contatti eterosessuali, solo il 7% riferiva di avere una partner che sapeva di essere HIV positiva. Questo indica che una quota non indifferente di trasmissioni per via sessuale, in modo particolare tra le donne, avviene in persone che sono consapevoli del rischio di poter acquisire l'HIV dal partner infetto.”

In base ai dati forniti si rende necessaria l'estensione dell'educazione sessuale e della prevenzione del rischio infettivo non solo sulla popolazione a rischio, ma anche in soggetti che non hanno percezione o scarsa informazione su tale argomento.

1.5.3 La situazione in Toscana, in particolare a Firenze

In Toscana dal 1985 è attivo il RRA Registro Regionale Aids, che dal 2004 è gestito dall'ARS Toscana Agenzia regionale di Sanità Toscana. La necessità di istituire dei registri regionali AIDS permette di raccogliere dati di prevalenza ed incidenza più precisi, avvalendosi anche dei registri Regionali di Mortalità e di descrivere più da vicino le realtà territoriali di maggiore interesse sotto l'aspetto sanitario.

Con il DD 2421 del 5 maggio 2010 la Regione Toscana ha recepito il DM 31/3/2008 istituendo il sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV; i primi dati relativi all'infezione saranno disponibili soltanto dal marzo 2011, come riportato da Veronica Casotto nell'ultima pubblicazione dell'ARS (13):

“In Toscana tale provvedimento è stato recepito agli inizi del 2010 e attualmente tutti i reparti di malattie infettive della Regione [...] notificano le nuove diagnosi di HIV secondo la scheda presente nel DD n.2421 del 05-05-2010. I primi dati regionali saranno disponibili a partire da marzo 2011. Sono attualmente disponibili alcune informazioni sui soggetti sieropositivi in carico presso i reparti di terapia intensiva a seguito della sperimentazione della scheda di notifica, successivamente modificata come da DM 31-03-2008, per il periodo gennaio-settembre 2008. In questi mesi i reparti di malattie infettive hanno compilato la scheda per tutti i soggetti HIV positivi in carico,

ossia tutti i pazienti sieropositivi di nuova e vecchia diagnosi al primo accesso presso le rispettive strutture”

Da tale sperimentazione risultano sieropositivi 4457 soggetti, di cui il 14,8% in fase di AIDS conclamata; sul totale il 43,2% ha contratto il virus per via eterosessuale. Dal 1985 al 31 dicembre 2009 i casi di AIDS in Toscana sono stati 3937 di cui il 77,9% maschi.

In data precedente al 2001 i casi di AIDS pediatrici erano 47, dal 2002 in poi non si sono verificati casi di AIDS a trasmissione verticale madre-figlio.

Possiamo sovrapporre l'andamento toscano con la media italiana. I casi di AIDS erano 368 nel 1995 e da tale data, grazie alla distribuzione della terapia antiretrovirale, si verifica una graduale diminuzione dei casi, circa 100 l'anno negli ultimi 10 anni. L'assestamento delle diagnosi di AIDS è una conseguenza dei benefici della terapia, cioè un rallentamento della distruzione del sistema immunitario.

Le persone affette da AIDS in Toscana al 31 dicembre 2009 sono 1419. Nello stesso anno sono state diagnosticate 98 persone con AIDS. Il tasso di incidenza al 2009 è 2,6 per 100.000 residenti. Dal 2003 in poi con l'introduzione della terapia antiretrovirale, a due anni dalla diagnosi di AIDS, sopravvive il 79% delle persone rispetto al 31% negli anni '90. La Toscana come riportato anche dai dati del COA (12) è la quarta regione con l'incidenza AIDS più elevata in Italia (2,7). Le città di Viareggio, Livorno e Prato hanno un'incidenza più alta rispetto alle altre città toscane, rispettivamente con il 4,8, 4,7 e 4,3 per 100.000 abitanti.

Firenze si colloca al sesto posto con un'incidenza del 3,2. Mentre le città di Siena e Arezzo hanno sempre riportato un'incidenza di AIDS più bassa, con lo 0,9 e lo 0,6 rispettivamente nel 2009.

Negli anni precedenti il 2000 la diagnosi veniva fatta in media a 33 anni per gli uomini e 31 per le donne, mentre dal 2000 l'età media è 44 anni per gli uomini e 40 per le donne, grazie all'adesione alla terapia e frequente follow up.

All'inizio della pandemia la Toscana rispecchiava il resto del mondo per quanto riguarda la modalità di trasmissione: nel 1987 i tossicodipendenti sieropositivi erano il 57% mentre ai dati del 2009 si stima il 17,3%. Nel 2000 la modalità di trasmissione prevalente era tra rapporti omosessuali con il 32,4%, seguita dagli eterosessuali con il 25,8%. Oggi (dati al 2009) invece, come in Italia e nella maggioranza dei paesi del Mondo, la via di trasmissione sessuale più frequente è tra eterosessuali con il 43,5% dei casi di HIV. Inoltre come scrive Veronica Casotto (13) *“Analizzando la categoria di esposizione per genere, si nota nei maschi percentuali simili nelle categorie “etero” e “omo/bisex”*”: il 34,5% la prima e il 36,5% la seconda (vedi fig.1.5.4 alla fine del paragrafo). Delle infezioni da HIV abbiamo i dati toscani relativi alla sperimentazione successiva all'emissione del DL del 31 marzo 2008 solo per il periodo da gennaio a settembre. Da tale analisi risultano sieropositivi 4457 persone di cui l'81,1% non in fase AIDS conclamata.

Le città che hanno mostrato un numero maggiore di sieropositivi, non in fase AIDS, sono: Firenze Asl 10 con 562, Firenze Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi con 771 del primo e

123 del secondo reparto. A seguire Pisa con 510 casi, Asl 6 Livorno con 375 e Asl 4 Prato con 301 sieropositivi. Il 75,8% dei casi in questa indagine è di genere maschile, il restante 24,2% femminile. L'età prevalente della diagnosi è tra i 35 e i 39 anni per il 65,7% uomo e 61,4% donna.

È importante sottolineare che in Toscana dal 1999 il 30,6% delle persone (382), è in trattamento farmacologico prima della diagnosi di AIDS. Di questi l'84,3% ha assunto "un cocktail" di tre antiretrovirali. A sei mesi prima della diagnosi di AIDS il 61,9% di coloro che hanno contratto il virus per via sessuale non sa di essere sieropositivo. Fabio Voller, coautore della relazione "HIV e AIDS in cifre"(13), scrive:

"Quest'ultimo dato è particolarmente allarmante in quanto esprime la scarsa consapevolezza della possibilità di contagio da parte della popolazione sessualmente attiva.[...] Nonostante i recenti successi dei trattamenti farmacologici dell'infezione HIV abbiano contribuito a determinare la riduzione dell'incidenza di AIDS, il ritardo dell'evoluzione dell'AIDS in un soggetto sieropositivo con un conseguente miglioramento della qualità della vita impone una maggiore attenzione sulle fasi iniziali dell'infezione".

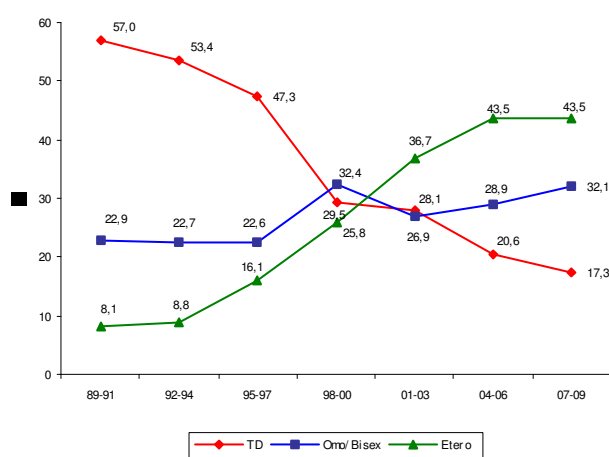


Figura 1.5.4: Distribuzione percentuale dei casi di AIDS di soggetti adulti residenti in Toscana per modalità di infezione del virus HIV e anno di diagnosi - Anni 1985-2009. *Fonte "ARS Toscana" 2009

1.6 Il 'caso AIDS' in America e in Europa: ancora differenze nella definizione

I Centers for Disease Control di Atlanta, l'ente internazionale che si occupa della tutela della salute e la promozione della qualità della vita attraverso la prevenzione e il controllo delle

malattie, infortuni e invalidità, l'OMS e i clinici dal 1981 cercano di dare una definizione di AIDS, ma su questa, America ed Europa sono distanti. L'ultima versione della definizione è del 1993.

In America il caso di AIDS è confermato se il soggetto è sieropositivo, se presenta un'infezione opportunistica o se ha una conta dei linfociti CD4+ inferiore 200/mm³, anche in assenza di sintomi clinici. In Europa invece non è necessaria la conta dei linfociti per enunciare la diagnosi AIDS (14).

Questo non permette un monitoraggio unico e globale del numero di persone viventi con AIDS ed è quindi la definizione stessa che sottostima il numero di casi AIDS nel mondo. Se siamo d'accordo nel voler prenderci cura dei soggetti sieropositivi e sconfiggere il virus HIV, forse è necessario unificare il concetto di "Caso di AIDS". Non sono forse le definizioni che riescono a far comprendere il linguaggio tra i sanitari in tutto il mondo? Se da parte dell'OMS sono state definite alcune patologie come Ictus e Infarto Miocardico perché non adoperarsi nel costruire una definizione anche per il "caso di AIDS"?

1.7 La domanda a cavallo tra due secoli: riusciremo ad avere un vaccino contro HIV? Alcune riflessioni sugli articoli scientifici visionati

"Solo la conoscenza ci salverà." Peppino Impastato

Già qualche anno dopo la definizione del virus HIV come agente eziologico della sindrome dell'immunodeficienza umana acquisita, studiosi, politici e istituzioni mondiali si sono posti come obiettivo la ricerca di un vaccino contro l'HIV. *"Speriamo di avere un vaccino [ndr: contro AIDS] pronto per la prova entro due anni"* erano le parole invocate da Margaret Heckler, segretario della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti d'America alla fine degli anni '80.

Dopo quella affermazione ne sono susseguite altre nel corso degli anni, ma ancora oggi non siamo riusciti in tale scopo. Numerose ricerche per i vaccini sono state testate a tal proposito sia in fase pre-clinica (animali da laboratorio) che nella fase clinica (sull'uomo) ma tutti si sono fermati allo stadio 2b, o prima, in quanto si sono verificati eventi avversi per cui è stato necessario interrompere i trial clinici.

I candidati a tutti i vaccini fin'ora testati sono stati rigorosamente scelti in base alle caratteristiche cliniche del soggetto (ad esempio: sieronegativi non ad alto rischio di contrarre HIV, sieropositivi con carica virale in specifici range plasmatici, soggetti in AIDS conclamata, sieropositivi in terapia HAART con resistenza agli stessi farmaci) e alle caratteristiche del vaccino stesso (sono stati sintetizzati diversi tipi di vaccini su basi di vettori plasmidici, virali, batterici o virali ricombinanti sulla base di altri virus della famiglia morbillo o herpes, virus a DNA ed altri).

In riferimento alle nostre competenze infermieristiche e come aggiornamento professionale riportiamo, qui di seguito, le conclusioni degli articoli da noi visionati.

Sulla rivista "Nature" dell'ottobre 2008 appare un articolo (50) in cui viene descritto il fallimento del protocollo di ricerca (nominato STEP), sponsorizzato da una nota azienda chimica-farmaceutica in collaborazione con il National Institutes of Health, in quanto nell'analisi della fase 2b è stata dimostrata l'incapacità del vaccino di proteggere contro l'infezione o di ridurre la carica virale. Molti vaccinati hanno invece sviluppato un tasso maggiore di HIV, dovuto alla capacità della trascrittasi inversa di essere soggetta a errori, perciò un futuro vaccino immunogeno dovrà fare i conti con un grado particolarmente elevato di diversità virale e l'efficacia protettiva diminuirà sensibilmente con l'aumentare della divergenza tra antigeni del vaccino e virus infettante.

Per raggiungere questi obiettivi sarà fondamentale, per attirare e trattenere nuovi ricercatori, istituire programmi di finanziamento per esplorare idee innovative che affrontino i problemi critici del settore.

Gli autori di questo studio concludono affermando che:

"le sfide scientifiche sono enormi, e quindi lo sono anche i rischi in qualsiasi prova di nuovi vaccini. Tuttavia, non vi è alcun modo per determinare se un potenziale candidato vaccino promettente offrirà protezione in altri esseri umani o meno. Dobbiamo quindi essere pronti ad accettare più fallimenti negli studi come parte del percorso previsto per il finale sviluppo di un efficace vaccino contro HIV-1"

Dopo ulteriori studi nell'ottobre 2009 sulla rivista "Journal of Leukocyte Biology" (51) gli autori affermano che è stato finora impossibile progettare vaccini che possano indurre anticorpi e neutralizzare un ampio spettro delle quasi specie di HIV negli umani.

Dopo il fallimento del progetto STEP alcuni scienziati e attivisti hanno chiesto un arresto generale delle ricerche sul vaccino anti HIV-1 in quanto avevano smesso di crederci loro stessi e gli ulteriori tentativi di ricerca erano visti come spreco di denaro dei contribuenti. Gli stessi autori ci ricordano la lunga e faticosa vittoria contro malattie infettive oggi quasi dimenticate, in quanto 'antichi' biologi e scienziati si sono adoperati per trovare una soluzione comune ad un problema globale. Grazie a loro da più di trent'anni esiste un vaccino per Morbillo, Pertosse, Epatite, Poliomielite, Difterite, Vaiolo; ancora oggi, dopo 40 anni, ricercatori studiano una soluzione di immunità di gregge per la Malaria ma nessuno ha mai dichiarato di voler abbandonare le ricerche.

"Chiaramente questo non è il momento di dividere [...], ma piuttosto, di unire le forze e proseguire i nostri sforzi per sviluppare un efficace e sicuro vaccino contro HIV-1" sono le parole con cui Larissa Herkenoff Haut e i collaboratori concludono questo articolo.

Nel 2010 su "AIDS" viene pubblicata una revisione (52) degli studi precedenti associata ad una analisi sulla percezione dell'accettabilità del vaccino da parte di utenti e ricercatori. Quest'ultima ha evidenziato una accettabilità di 65,6 su una scala di 100 punti. La percezione

del rischio e gli atteggiamenti sul vaccino possono variare in base alla cultura e alla gravità dell'epidemia, suggerendo così l'importanza di valutare i locali determinanti di accettabilità del vaccino, in particolare in paesi ad alta prevalenza HIV con medio-basso reddito.

Visti i sostenuti investimenti finanziari necessari per lo sviluppo del vaccino HIV e la perdita di milioni di vite a causa del virus stesso, secondo Peter A. Newman, ricercatore canadese con cattedra universitaria in salute e giustizia sociale, per favorire nell'opinione pubblica un'accettabilità del vaccino è necessario aprire le collaborazioni di ricerca alle scienze sociali integrandole con la scienza specialistica.

Più immunodepresse invece le conclusioni apparse su "Cell Press" nel settembre del 2010 (53) in cui gli autori stessi dichiarano:

"Gli ostacoli di progettazione di un vaccino contro l'HIV-1 che può indurre un'immunità protettiva sono complessi e scoraggianti. Nonostante quasi tre decenni di ricerca per un vaccino, non conosciamo sufficientemente i componenti immuno-specifici di protezione contro l'HIV-1 e non sappiamo quale sia il modo migliore per ottenere delle risposte protettive contro HIV".

L'11 Novembre 2010 su "Plos One" vengono pubblicati i risultati dello studio (54) finanziato dall'attuale Ministro Italiano della Salute Ferruccio Fazio per il progetto speciale " Lo sviluppo di trial clinici di vaccini contro HIV/AIDS".

In questa ricerca viene studiato il ruolo di una particola proteina, chiamata Tat, che tra tutte svolge una funzione fondamentale nella patogenesi dell'infezione e nella progressione della malattia. Infatti secondo precedenti studi Tat è necessaria per la replicazione del virus prima ancora che si integri nel genoma umano, per la replicazione nella cellula ospite e per la propagazione dell'infezione ad altre cellule.

Le evidenze scientifiche su questa proteina hanno inoltre dimostrato che: la presenza di anticorpi anti Tat sembra rallentare la progressione della malattia nei sieropositivi, i linfociti citotossici CD8+ anti Tat sono presenti e sono in grado di riconoscere e uccidere la cellula infettata da HIV, le regioni immunogenetiche di Tat sono capaci di attivare una risposta immunitaria anche nelle quasi specie HIV e infine è stato dimostrato che questa proteina ha capacità immunomodulatorie, capace cioè di coadiuvare nella risposta immunitaria altri antigeni (55).

Questo studio, arrivato alla fase clinica I di sperimentazione, ha visto la partecipazione sia di soggetti sieropositivi non in terapia con HAART che sieronegativi con basso rischio di infezione (protocollo preventivo).

I candidati alla sperimentazione erano 87 e al termine degli studi la Commissione Indipendente per la Valutazione degli Eventi Avversi ha certificato la sicurezza e l'immunogenicità del vaccino negli individui HIV-negativi e HIV-positivi. Ciò ha confermato il pieno raggiungimento degli obiettivi primari e secondari sia del trial preventivo che di quello

terapeutico. Inoltre i maggiori effetti terapeutici sono stati osservati in soggetti compromessi più immuni.

La positiva conclusione degli studi di Fase I ha incoraggiato e supportato pienamente l'avvio dei trial di Fase II, diretti a valutare l'immunogenicità ed a confermare la sicurezza del vaccino Tat in un più ampio numero di volontari. Infatti è stato proposto e approvato un emendamento in cui si estende la sperimentazione ad un gruppo più esteso di soggetti (130-160), dopo opportuna concordanza con i vari comitati bioetici.

Durante i diversi tempi e dosi di somministrazione del vaccino non sono stati riscontrati gravi eventi avversi. La sicurezza è stata valutata in tutti i trial dei volontari attraverso il monitoraggio locale e sistemico, nonché parametri ematologici, biochimici e immunologici di laboratorio.

Gli eventi avversi sono stati per lo più locali, correlati al sito di iniezione e di lieve gravità. Sette eventi avversi gravi si sono verificati dopo vaccinazione, ma solo uno è stato indicato come possibilmente correlato al trattamento in studio.

La remota speranza di un vaccino efficace potrebbe essere cancellata se viene messo a frutto la conoscenza, gli errori e le piccole vittorie di ieri con le innovazioni, i finanziamenti, i messaggi e le continue ricerche di oggi.

Questi positivi risultati possono da parte nostra alimentare la fiducia e la speranza verso i ricercatori impegnati per una soluzione vaccinale collettiva.

Non sappiamo se questo sarà realizzabile entro brevi termini ma sicuramente arrestare la ricerca sarebbe una immotivata presa di posizione rispetto alle evidenze fino ad oggi emerse.

In futuro ci auguriamo che questo argomento possa essere considerato una delle pagine della storia 'a lieto fine'.

2. Gli adolescenti e le conoscenze su HIV/AIDS

2.1 Un'introduzione sulle caratteristiche degli adolescenti, revisione della letteratura scientifica e la conferma che non esistono ricerche sui genitori

Nel corso del tempo si sono susseguite varie definizioni e teorie, elaborate dalle discipline psicologiche e pedagogiche, sul tema dell'adolescenza; tuttavia si può individuare un fattore comune nell'ormai consolidato concetto di "crisi" altalenante tra l'infanzia e l'età adulta (25).

Per le definizioni e i concetti che seguiranno ci siamo limitati a descrivere le fasi iniziali e centrali dell'adolescenza, meglio conosciute come Pre-adolescenza (10-12 anni) e Adolescenza (13-16 anni) per motivi correlati all'età del nostro campione di ricerca.

Infatti, analizzando le principali teorie dell'ultimo secolo, si hanno tali indicazioni:

- la teoria psicoanalitica di Freud è (25) incentrata sull'analisi della maturazione psicosessuale che vede l'individuo in un continuum dall'infanzia all'età adulta,
- Jung (25) definisce l'adolescenza, da lui chiamata giovinezza, come il periodo in cui nel soggetto avviene una rottura con il mondo fantastico e sognatore dell'età infantile, si affaccia ad un progressivo adattamento con la realtà e con esso la formazione più precisa dell'identità sessuale,
- Erikson (25) espone la sua teoria identificando l'istanza intrapsichica "Io" come un essere creativo in grado di trovare soluzioni personali e funzionali ai vari problemi che nei più disparati contesti della vita possono accadere; lo sviluppo umano è caratterizzato da una costante influenza storico-sociale, l'uomo è perciò condizionato da stimoli ambientali esterni che lo conducono ad una sequenza ininterrotta di processi che intercorrono tra maturazione psicofisica, incidenza dell'ambiente culturale e attività del soggetto nell'organizzare l'esperienza personale,
- l'approccio psicodinamico, infine, considera le crisi tipiche degli adolescenti come manifestazione dei non risolti conflitti sessuali infantili, dovuti ai legami affettivi familiari dove erano presenti attaccamento, divieti e paure, in associazione alle nuove pulsioni di voler sperimentare, entrare nel mondo adulto verso cui l'adolescente nutre nuove tensioni affettive e sessuali.

Ciò che accomuna quindi tutte le teorie indicate è che l'uomo durante l'adolescenza è impegnato in una maturazione mentale e fisica che gli permetterà di vivere positivamente in relazione al resto del mondo.

Perciò, durante questo periodo l'uomo tende a sostituire la dipendenza dalla famiglia con la pulsione di porsi di fronte al mondo, allargando le proprie visioni verso l'ambiente esterno, costituito sia dai coetanei che dalla società intesa come uno stimolo a "fare e pensare".

A seconda della fase della crisi, positiva o negativa, in cui l'adolescente si trova, questa ricerca di sé è comunque accompagnata da continue turbolenze di pensiero, azioni spinte dalla curiosità di conoscenza del mondo (aspetto tipico del bambino) e dalla capacità di prendere e modificare le proprie decisioni consapevolmente, tipico aspetto dell'adulto.

I vuoti esistenziali sulla propria identità fino all'età adolescenziale rimangono silenti perché colmati dalla famiglia attraverso naturali meccanismi di protezione e sostituzione. Successivamente invece, volontà, desideri, attitudini e responsabilità percepite o ancora comandate dalla famiglia sono le questioni per cui l'adolescente è chiamato a "svegliarsi" e di fatto si avvia verso una maturazione interiore che lo porterà, in un periodo di circa 5-6 anni, ad un'identità più definita, indipendente e soprattutto consapevole. Il processo di definizione di sé non si completa intorno ai 20 anni ma si estende per tutta la vita dell'essere umano.

Una definizione significativa che indica che questa è una fase di stravolgimento è quella di Sharon Maxwell (26): l'adolescenza è *"un'unica grande sindrome premestruale per i maschi, non meno che per le femmine"*.

Tra i 9 e i 14 anni l'incremento degli ormoni della crescita e i cambiamenti indotti dagli stimoli ambientali portano il soggetto a riscoprire la genitalità. Infatti sotto il nome di pubertà si manifestano i caratteri sessuali secondari, come l'aumento di statura e crescita di peluria pubica e ascellare per entrambi i generi; l'aumento di dimensioni dei genitali, aumento della profondità della voce, crescita della barba e aumento della massa muscolare per i ragazzi; comparsa del ciclo mestruale, aumento delle dimensioni seni e modificazioni ossee del bacino per le ragazze. Tale percorso si conclude con la capacità riproduttiva per ragazzi e ragazze.

Queste trasformazioni fisiologiche influiscono sull'aspetto psicologico, dando origine a comportamenti di indecisione, insicurezza, chiusura, in evidente conflitto con momenti di determinazione, autonomia, apertura verso il mondo accompagnati da un altalenare di sensazioni come vulnerabilità, ansia, tristezza, euforia, appagamento e volontà di essere sostenuti.

È attraverso questi comportamenti che i familiari devono interpretare il bisogno di spazio e distanza da parte degli adolescenti come consci segnali di "rimbalzo" nell'autonomia e allo stesso tempo assecondare la richiesta di aiuto quando vogliono essere sostenuti; in questo senso i genitori svolgono un ruolo determinante nella prevenzione di probabili situazioni a rischio che tali cambiamenti possono portare.

Non esistendo un'unica definizione di rischio, abbiamo deciso di riportarne alcune che ci sembravano significative per evidenziare l'eventualità che un'azione sia considerata a rischio.

Definizioni di rischio (27):

1. probabilità che un determinato evento *negativo* si verifichi in un dato periodo o circostanze specifiche,
2. probabilità che si verifichino gli eventi che producano danni a persone o a cose per effetto di un *pericolo*,

Definizioni di azione a rischio (27):

1. nella comunicazione un'azione è definita a rischio quando definisce il significato di esso e il livello di preoccupazione,
2. un'azione è socialmente definita a rischio quando si ritiene probabile che essa produca un effetto negativo (danno) per coloro che la mettono in atto,
3. un'azione può essere ritenuta a rischio o al contrario "indifferente o non a rischio" in base alle percezioni, il vissuto e il ruolo assunto da colui che la esegue e colui che la osserva,
4. secondo prospettive diverse l'azione a rischio può essere definita come: *rischiosa*, se il danno probabile viene assegnato all'agire; *pericolosa*, se l'eventuale danno viene attribuito al contesto sociale o ad altri fattori esterni all'azione; *sicura* se non è supportata da alcuna probabilità di danno,
5. si può attribuire un motivo qualsiasi come base di un'azione a rischio: ad esempio ricercare un riparo dalla routine sociale quotidiana.

Il significato sociale dell'azione rischio non è paragonabile ad un'azione di disagio, infatti come scrive Paolo Baraldi (27):

"La ricerca di un rifugio rispetto alla quotidianità è un effetto della complessità sociale (vedi § 1), cioè dell'apertura di innumerevoli opportunità di azione, della creazione di un'estrema varietà e variabilità delle azioni possibili, che crea aspettative nuove e sempre più contingenti riferite all'azione. [...] crescita parallela di (a) insoddisfazioni e delusioni per la ripetitività delle azioni quotidiane e (b) possibilità di soddisfare diversamente le aspettative."

Per introdurre l'argomento sulle azioni giovanili a rischio riportiamo una frase di Cocco E. che nel 2000 dichiara *"Per LeBreton il rischio nella società contemporanee è un inconfessato gioco simbolico con il limite"*, l'uomo tende sempre più a spostare il limite verso confini più ampi. Luca Vallario scrive infatti (28):

"La <<tendenza ad agire>> scarica il conflitto interno per trasformarlo in gesto, comportamento, azione sociale. [...] La crisi dei momenti riflessivi, l'indebolimento"

dell'intelligenza sequenziale, la presa sempre minore di vincoli sociali e ideologici che aiutavano nella sublimazione e contenevano gli adolescenti di un tempo, hanno diminuito nei loro coetanei di oggi la capacità di porre un freno all'agire compulsivo o impulsivo."

L'azione è un meccanismo di difesa, una dimostrazione carica di emozioni, di coraggio contro i conflitti interni che richiama a sé l'attenzione del mondo da una parte e dall'altra è una sfida verso l'esterno, associata all'approvazione da parte del gruppo.

In questo periodo della vita l'azione può essere considerata funzionale per la costruzione di un "io maturo" solo se accompagnata da spazi e momenti di elaborazione personale. È importante sottolineare che la scomparsa o l'indebolimento dei riti di passaggio, definiti come giochi di forte significato simbolico in cui una volta compiuto il rito il rischio non si ripete più, un tempo utili alla costruzione "lenta e necessaria" dell'individuo, sono stati sostituiti dalla ricerca del rischio come obiettivo di sfida continua (28). Inoltre l'incomprensione da parte del gruppo, il minor tempo dedicato da parte della famiglia, il senso di vuoto e l'ansia di voler rimediare a "tutto e subito" possono indebolire la costruzione della propria identità nel contesto sociale di appartenenza.

Nell'adolescente moderno l'istinto (Es) di voler vivere sensazioni nuove ed eccitanti prevale e non permette una piena coordinazione con le altre due istanze psicologiche (l'io e il super io) le quali hanno, in questo periodo, una funzione di "modulazione" del piacere/soddisfazione.

Per schematizzare:

Concezione modernista: bambino → adulto "apparente" senza fondamentali prese di coscienza dell'azioni fatte fino ad allora.

Concezione antimodernista: Bambino → riti di passaggio 1 → elaborazione mentale → preadolescente → riti di passaggio 2 → elaborazione mentale → adolescente → riti di passaggio 3 → elaborazione mentale → adulto consapevole.

Il perché le azioni a rischio siano seguite spesso dall'aggettivo "giovanili" è da ricondurre ad una errata interpretazione del concetto, che nel comune parlare paragona il gruppo 'giovani' ad una sorta di pericolo/devianza diffusa. Ma, la devianza in Sociologia è definita come l'atto o comportamento, anche solo verbale, di una persona o di un gruppo che viola le norme di una collettività e che di conseguenza va incontro ad una qualche forma di sanzione. Inoltre, possiamo utilizzare la definizione statistica descrittiva di devianza, definita come un indice di dispersione di dati rispetto ad un valore centrale (media o mediana).

Possiamo perciò ascrivere i giovani come gruppo a rischio in quanto tutti possono andare incontro a violazioni di norme di qualsiasi genere. Riformulando quindi il concetto di azione a rischio siamo d'accordo con Elisa Rossi quando afferma che (28):

“Difatti, la categoria dei “giovani” è quella socialmente più legittimata e persino incitata nella ricerca delle alternative, nell’apertura al possibile, nell’evasione dalla routine. I giovani sono chiamati dalla società a dimostrare la loro autonomia personale e la loro capacità di scelta.[...] Le culture giovanili riproducono in parte la cultura complessiva della società, poiché vi sono incastonate dentro. [...] Le culture giovanili riproducono primariamente il significato generale del consumo culturale presente nella società. Nella società contemporanea, si è creata una disponibilità di tempo personalizzato, cioè che può essere gestito in base a interessi personali.”

Pertanto la società, non solo la categoria giovani, ha applicato il concetto di tempo personalizzato creando perciò il paradosso del *tempo personalizzato standardizzato*: gli interessi personali sono allo stesso tempo interessi generali e i giovani, anche se spesso si sentono fuori dalla società, sono i primi ad usufruire della cultura e del consumo generale. Sempre Elisa Rossi infatti scrive (28):

“Il consumo culturale è la forma sociale di questo paradosso, che ha una chiara impronta modernista, sia nella proposta della massima varietà possibile sia nella standardizzazione impersonale delle opportunità. [...] le azioni a rischio dei giovani [...] sono quindi figlie della cultura della società [...] che autorizza e legittima le azioni a rischio.”

Vogliamo ricordare inoltre che l’interesse della nostra ricerca nasce dal fatto che nel nostro paese la prima proposta di legge (subito abbandonata) sull’introduzione dell’educazione sessuale nelle scuole risale al 1910. Ne verranno poi proposte altre negli anni successivi parallelamente alle riforme. Per sinteticità ci limitiamo a citare le ultime due:

- il Decreto Legislativo n.54 del 19 febbraio del 2004 (riforma Moratti), in cui nell’articolo 5 vengono delineate le finalità della scuola primaria e dei successivi percorsi scolastici,

“promuove, nel rispetto delle diversità individuali, lo sviluppo della personalità, ed ha il fine di far acquisire e sviluppare le conoscenze e le abilità di base ivi comprese [...] le capacità relazionali e di orientamento nello spazio e nel tempo, di educare ai principi fondamentali della convivenza civile.”

In questa legge l’educazione alla convivenza civile si proponeva di affrontare: educazione civica, stradale, ambientale, alla salute, all’alimentazione e infine all’affettività,

- la legge n.169 del 30 ottobre 2008, in cui viene sostituita l'educazione alla convivenza civile con 'educazione alla cittadinanza e alla Costituzione' e vengono proposte le linee generali che le scuole superiori dovranno attuare in base all'autonomia concessa loro dal DPR 275/99.

L'unica strategia educativa che ha avuto successo, in quanto obbligatoria, è quella promossa nel luglio 2004 dal Ministero dei Trasporti riguardante il "certificato di idoneità alla guida del ciclomotore" (detto anche patentino). Sfortunatamente gli altri percorsi educativi non sono stati attuati su tutto il territorio nazionale, pertanto solo parte delle realtà locali hanno attivato tali corsi.

Ancora oggi, dopo svariate ricerche e sollecitazioni da parte di infettivologi, sessuologi e psicologi, non esistono leggi che prevedano il percorso formativo obbligatorio di educazione all'affettività o almeno quella sessuale.

Su questo argomento si è dimostrata sensibile la S.I.G.O Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia che durante gli ultimi anni ha pubblicato ricerche con evidenti risultati di carenza conoscitiva sulla contraccezione e MTS e inviato un appello (33) all'attenzione dell'attuale Ministro dell'Istruzione Università e Ricerca in cui Emilio Risi, consigliere della SIGO, ha dichiarato:

"Ci aiuti a formare ragazzi responsabili[...]anche a proporre una bozza di Ddl ad hoc [...] Deve darsi da fare perché il buco educativo c'è e si vede [...] il primo Paese a introdurla fu la Svezia nel 1956. Ma in Germania esiste fin dal 1970, in Francia dal '73 [...] In Olanda il Governo ha attivato dal 1980 il programma 'Amore per tutta la vita [...] anche Spagna e Portogallo, nazioni piu' simili alla nostra per formazione culturale e religiosa, l'educazione sessuale a scuola l'hanno introdotta nel 1985 e nel 1990 rispettivamente [...] In assenza di una norma o di un'indicazione ministeriale, contando solo sulle nostre forze, abbiamo attivato nel 2009 il primo programma strutturato e omogeneo su tutto il territorio nazionale [...] noi non vogliamo sostituirci alle istituzioni, ne' vicariarle. Noi facciamo l'informazione, mentre l'educazione e' un'altra cosa [...] E non ci puo' essere un progetto di educazione senza il coinvolgimento delle istituzioni, almeno del ministero dell'Istruzione."

Nella stessa intervista (33) Alessandra Grazziotin, direttore del Centro di ginecologia e sessuologia medica dell'ospedale San Raffaele Resnati di Milano, aggiunge: *"Chiediamo un passo avanti netto e chiaro [...] per uscire dalla palude italiana in cui parlare di contraccezione significa evocare il demonio. Il demonio è quello al quale consegniamo i nostri figli, se non li educiamo"*.

Sempre la Sigo ha istituito un sito internet (34) interamente dedicato agli adolescenti e alle loro famiglie per aiutarli nell'affrontare questo argomento e all'interno del sito ufficiale della Sigo

è presente un'area dedicata ai giovani in cui sono trattati argomenti come contraccezione, MTS, aborto ed altri.

Infine è stata progettata una cartella clinica "tipo" dedicata agli adolescenti, in alcune parti distinta anche per sesso, qualora si presentino nei consultori giovanili.

Per questo capitolo introduttivo alla nostra ricerca abbiamo visionato altri studi scientifici precedenti. Qui di seguito daremo una panoramica generale dei risultati ottenuti. Per una visione sintetica delle ricerche abbiamo schematizzato dati, fonti discussioni e osservazioni consultabili nella sezione 'allegati' 2.1, 2.2 e 2.3.

Negli anni 1995 e 1996 il Servizio di Medicina Scolastica del Distretto Socio-Sanitario n.12 di Manduria, ha effettuato una ricerca conoscitiva (15) sugli adolescenti in tre scuole superiori con diverso indirizzo. Gli studenti frequentavano la seconda superiore e la loro età era quindi compresa tra i 15 e i 17 anni. Gli obiettivi dell'indagine consistevano nell'individuazione della reale conoscenza da parte dei giovani sull'infezione da HIV e la loro principale fonte di informazione. A tal proposito agli studenti è stato proposto un primo test, seguito da una campagna educativo-informativa effettuata dal distretto Socio-Sanitario stesso e quindi un test finale per verificare le nozioni acquisite. Le risposte al pre test hanno evidenziato i seguenti risultati: le conoscenze sulla eziopatogenesi, delle modalità di trasmissione, dei rischi della popolazione e della prevenzione rivelano qualche incertezza e una parte del campione risponde spesso "non so". Al test finale i risultati sono stati i seguenti: l'89,2% hanno risposto correttamente sulla causa e patogenesi dell'infezione HIV (contro il 67,5% del pre test); l'88,6% ha preso consapevolezza che ad oggi non si può guarire dall'AIDS; il 98,8% ha risposto correttamente circa le modalità di trasmissione del virus; per quanto riguarda i concetti sulla prevenzione siamo passati dal 67,2% all'81,2% di risposte esatte; il 98,7% degli studenti ha individuato il profilattico come misura preventiva per il rischio di contagio da HIV nei rapporti con partner sconosciuti; il 98,2% del campione dichiara che non ci sono pericoli di contagio da un sieropositivo nella vita sociale, familiare e lavorativa. I risultati ci mostrano una situazione positiva sia per le conoscenze sul virus che sui metodi di contraccezione. I risultati del post test spingono gli esperti a pensare che l'informazione, il dialogo, l'educazione e la prevenzione in materia di sessualità sono la forma preferita e la via di successo per incentivare i giovani a prendere decisioni responsabili e consapevoli per la propria esistenza.

Nel 2000 sono state pubblicate numerose ricerche su tale argomento, probabilmente conseguenti anche alla ripresa delle infezioni a fine anni '90.

Nello stesso anno la ricerca pubblicata dal Journal of Adolescent Health (16) ha come obiettivo la valutazione delle conoscenze e degli atteggiamenti degli adolescenti italiani prima e dopo un corso di educazione sessuale, dato che in Italia ancora oggi non esiste una normativa che tuteli la salute e garantisca la conoscenza degli adolescenti di fronte al tema della sessualità.

Questa ricerca è stata eseguita tra il gennaio 1993 e il gennaio 1994 in cinque scuole pubbliche di Roma di cui due licei umanistici, un istituto tecnico, un liceo artistico e un liceo scientifico. Sono stati reclutati 376 studenti tra i 14 e i 21 anni. Lo studio prevedeva la somministrazione dello stesso questionario in tre momenti diversi: il primo per valutare la conoscenza di base su tale argomento, un post test per misurare il livello di conoscenza dopo il corso di educazione sessuale e il terzo per stimare il numero di informazioni trattenute 4-6 mesi dopo tale corso.

Le informazioni più rilevanti ottenute da questo studio sono: il 96% del campione è favorevole ai programmi di educazione nelle scuole e il 74% di questo ha suggerito che tali programmi dovrebbero essere inseriti *almeno* dalla scuola media inferiore (11 anni); al termine del corso di educazione sessuale gli studenti hanno avuto un aumento medio di risposte esatte del 50%; si sono mostrati inoltre interessati e partecipativi; la conoscenza di base era pressoché bassa.

Gli studenti sembrano preferire che il corso sia tenuto da esperti (medici e ginecologi) eventualmente in presenza degli insegnanti; le fonti di informazione sono arrivate agli adolescenti da: amici 69%, 53% riviste e libri, genitori per il 43% dei ragazzi e 56% per le ragazze e scuola il 29%. Le priorità di contenuto del corso secondo gli adolescenti sono: la contraccezione per il 72% delle ragazze contro il 59% dei ragazzi; interruzione di gravidanza 55% per le ragazze mentre per i ragazzi solo il 29%. Al pre-test i 2/3 dei ragazzi hanno risposto positivamente circa la data di scadenza dei preservativi e la legalizzazione dell'aborto. Il 50% del campione conosce i concetti basilari di anatomia e fisiologia riproduttiva ma meno di 1/3 conosce il tempo di sopravvivenza degli spermatozoi in vagina, l'uso del diaframma e il sito di fecondazione dell'ovulo. La variabile di corretta conoscenza di base al pre-test è stata dal 20 al 50%.

Gli studenti frequentanti gli indirizzi umanistici e scientifici erano più preparati rispetto agli studenti degli altri istituti. Sull'utilizzo del profilattico il 79% dichiara che se dovesse avere un rapporto sessuale lo userebbe sempre, il 17% ha dichiarato di usarlo occasionalmente e il 4% mai. Dai dati appare inoltre che l'utilizzo del profilattico è preferito dai 18 anni in poi e soprattutto dagli adolescenti degli istituti scientifici e umanistici.

Nel post test i dati più rilevanti sono i seguenti: il 79% del campione dichiara che il corso di educazione sessuale è stato molto utile e il 97% lo ha ritenuto completo nei contenuti. Oltre il 90% ha riferito che il programma è stato personalmente utile e il 60% ha avuto miglioramenti nella relazione col partner.

Il terzo questionario a distanza di 6 mesi ha dimostrato che le informazioni apprese nel corso sono state conservate. Al post test e terzo test le risposte corrette erano tra il 70% e il 100%, questo dimostra che un corso di educazione sessuale a scuola può fare la differenza sulla percezione e vissuto degli adolescenti sull'argomento sessualità.

Da notare che, se al pre test le ragazze avevano più conoscenze, a fine test c'è stato un livellamento dell'informazione in entrambi i generi e perciò il sesso non sembra influire sulle capacità dell'individuo di imparare.

Concludendo, le iniziali informazioni pressoché medio basse si sono rivelate più che positive al post test; la partecipazione e il coinvolgimento da parte degli studenti ha probabilmente stimolato in loro curiosità e interesse verso l'argomento.

Nel 2000 l'ISS, Istituto Superiore della Sanità Italiano, ha pubblicato un'indagine svolta nel 1998 (17) che interessava 24 Ausl, 7484 studenti di 11 regioni italiane frequentanti il primo biennio della scuola superiore, anche se di fatto poi la ricerca si è poi applicata a 6532 perché parte del campione era assente il giorno del questionario. Il campione è rappresentato da 3396 maschi (52.5%) e 3071 femmine (47.5%), di cui il 55% degli intervistati risiede al Sud Italia, il 27% al Centro e il 18% al Nord. I dati di questa ricerca rilevano che: più del 95% del campione ritiene necessaria un'educazione alla sessualità nelle scuole e il 58% di questi vorrebbe che le lezioni iniziassero dalle scuole medie inferiori e il 23% dalle elementari. Il 55% preferirebbe ricevere informazioni da personale esperto del settore (medici o ginecologi), contro un 38% che preferirebbe invece la compresenza dell'insegnante e dell'esperto. Il 91% ritiene che l'informazione sessuale promuova una maggiore consapevolezza e rassicurazione in quanto colma dubbi e incertezze inerenti la sessualità che sono naturalmente presenti in questa fase evolutiva.

Si riscontra come fonte di informazione più frequente gli amici per il 55% degli studenti; il 76% delle ragazze, contro il 33% dei ragazzi, dichiara di averle ricevute anche dalla madre. Analizzando le differenze tra le fonti di informazione sul sesso emerge che i maschi le ricevono dagli amici, dal padre, dalla tv e dalle riviste per adulti più frequentemente rispetto alle femmine. Il 33% degli intervistati dichiara di ricevere tali informazioni a scuola. I temi che gli adolescenti vogliono trattare sono, in ordine di importanza: l'igiene e le malattie a trasmissione sessuale (75%), la sessualità e aspetti psicologici (59%) e i metodi anticoncezionali (52%). Aborto, gravidanza, conoscenza e funzionamento dei metodi anticoncezionali sono voluti per lo più dalle ragazze.

Da notare che il 56% degli intervistati non ha mai partecipato ad incontri riguardanti la sessualità e tra quelli invece che hanno avuto questa opportunità l'83% ha partecipato ad iniziative della scuola. La famiglia come fonte di informazione, nonostante la percepita disponibilità all'argomento sessualità, è evitata dal 55% del campione, mentre solo il 27% si sente libero di chiedere spiegazioni ai propri genitori. Di questi ultimi il 34% si ritiene pienamente soddisfatto, il 53% definisce le risposte accettabili e il 13% sbrigative. Di rilevante importanza è da sottolineare che il 70% e il 68% del campione riterrebbe utile dialogare con un adulto rispettivamente sui rapporti sessuali e sulle malattie a trasmissione sessuale ma non con i genitori, forse per imbarazzo o paura di sentirsi giudicati da loro.

Questo campione ha mostrato interesse per le MTS sul valore che il confronto con l'altro può dare all'informazione stessa. Infatti i ragazzi cercano più confronti con adulti competenti dal

punto di vista dell'esperienza, rispetto a quelli che abitualmente si scambiano tra pari. Il pensiero sulla sessualità cambia se si tratta di ragazzi piuttosto che ragazze: infatti al 40% delle femmine viene in mente il "legarsi all'altro" e la "paura di rimanere incinta" e al 30% la considerazione di prendere tempo, rispetto al 50% dei maschi che associa alla sessualità l'idea di "provare piacere" e il 30% quella di "dare corpo ai propri desideri" e di "legarsi all'altra". Solamente il 54% del campione (media tra maschi e femmine) pensa che una ragazza può rimanere incinta al primo rapporto sessuale. Oltre l'80% degli intervistati riferisce di conoscere l'esistenza e il funzionamento del preservativo e della pillola, mentre tutti gli altri anticoncezionali sono conosciuti da meno del 50% del campione e il loro meccanismo d'azione è noto da percentuali ancora più basse. Solo il 54% è a conoscenza dell'esistenza di una data di scadenza del preservativo, contro il 12% che lo ignora e il 34% che non sa rispondere.

Della contraccezione il 73% dichiara di averne parlato tra coetanei e solo il 50% condivide l'affermazione secondo la quale i giovani utilizzano poco i metodi contraccettivi più efficaci per evitare una gravidanza e le motivazioni più frequenti a tale argomento sono nell'ordine: l'imbarazzo nel procurarseli, specie per le ragazze, la convinzione che tolgano piacere ai rapporti sessuali, la paura di essere scoperti dai genitori e il fatto che i giovani non li conoscano. Le ragazze inoltre riferiscono imbarazzo a chiedere alle madri un incontro con il ginecologo riguardo all'informazione sulla contraccezione orale.

Il 45% degli intervistati afferma di aver avuto rapporti sessuali incompleti, il 36% dichiara di non aver avuto alcun tipo di rapporto e il 18% riferisce di aver avuto rapporti completi. La differenza tra maschi (24%) e femmine (12%) per quest'ultima variabile è significativa a favore dei maschi, che anticipano l'esperienza sessuale rispetto alle ragazze. Tra i sessualmente attivi l'11% riferisce di non aver usato alcun metodo contraccettivo. Tra quelli che hanno già avuto rapporti sessuali completi il 57% afferma di usare sempre il preservativo, il 32% talvolta e l'11% mai.

Alla domanda relativa a quali metodi anticoncezionali siano in grado di proteggere dalle malattie a trasmissione sessuale, il 78% degli studenti cita il preservativo. Per quanto concerne la conoscenza delle MTS il 98% del campione cita l'AIDS e il 58% l'epatite virale, mentre sifilide e gonorrea sono citate rispettivamente dal 17% e 19%. La conoscenza relativa alle vie di trasmissione dell'AIDS da parte dei ragazzi è buona, infatti oltre il 90% cita l'uso dello stesso ago e/o siringa e i rapporti sessuali senza preservativo e il 72% cita la trasmissione da madre a figlio durante la gravidanza, come fattori di rischio.

Ma i dati sconcertanti sono che il 76% cita anche la donazione del sangue come possibile via di trasmissione del virus HIV; ancora il 15% degli intervistati continua a credere che il virus possa trasmettersi dalle punture di insetti e il 21% pensa che si possa contrarre nelle toilette pubbliche. I livelli di conoscenza delle vie di trasmissione del virus dell'epatite sono molto più bassi rispetto a quelli dell'HIV.

Possiamo affermare che in questo campione la famiglia non è vista come fonte di prima richiesta di aiuto o informazione, riconducibile al fatto di sentirsi giudicato e imbarazzato per

l'argomento. Le conoscenze relative agli anticoncezionali sono buone per quanto riguarda pillola e preservativo ma gli altri metodi di contraccezione sono perlopiù sconosciuti.

Sempre nel 2000 Zani Bruna (18) decide di indagare sulla conoscenza e gli atteggiamenti rispetto alla percezione del rischio HIV e i loro comportamenti sessuali e precauzionali in un gruppo di studenti adolescenti e giovani non studenti di Bologna.

Il campione è composto da giovani tra i 14 e i 25 anni senza diploma di scuola superiore e studenti delle scuole superiori. La ricerca si è svolta attraverso la somministrazione di 3000 questionari e inoltre 52 ragazzi hanno preso parte ad un'intervista. I risultati che sono emersi sulla conoscenza dell'HIV/AIDS sono confusi e spesso errati, infatti circa la metà del campione è convinto che: il virus si trasmette attraverso oggetti infetti da sieropositivi, come l'utilizzo dello spazzolino da denti o servizi igienici in comune; gli insetti siano vettori di HIV; i rapporti sessuali oro-genitali non siano a rischio e che dall'AIDS si guarisca.

Il 55,2% dei non studenti non indicano la via spermatica o le secrezioni vaginali come possibile fonte di contagio. In evidente conflitto con il 95,2% che risponde esattamente al quesito sulla prevenzione del rischio di contagio attraverso l'utilizzo del preservativo. Solo il 60,5% di questi considerano la pillola contraccettiva non adeguata alla prevenzione di MTS. Si riscontrano incertezze anche sulla trasmissione salivare del virus, ma per quel che riguarda la via parenterale risultano molto informati.

L'89,1% del campione sa che il virus colpisce il sistema immunitario e l'89,9% conosce l'esistenza di un test per rilevare la positività dell'avvenuta infezione HIV. Il 94,2% risponde correttamente all'impossibilità di trasmissione del virus con una stretta di mano. Si sono evidenziate inoltre differenze di conoscenza tra il gruppo target e gruppo di controllo (composto da studenti frequentanti la scuola): quest'ultimo ha fornito risposte più corrette per quel che riguarda il rischio di trasmissione sessuale in un rapporto oro-genitale. La contraccezione orale è conosciuta come possibile via di trasmissione del virus dall'80% degli studenti frequentanti rispetto al 60,5% dei giovani non frequentanti e 1/3 dei ventenni non frequentanti pensa che il virus non intacchi il sistema immunitario, che l'AIDS sia guaribile e che un sieropositivo sia visibile all'occhio dell'osservatore.

Andando avanti con l'età gli studenti appaiono sensibilmente più competenti (62,5%) sull'informazione del rischio oro-genitale; l'86,4% riconosce la pillola solo come anticoncezionale e il 74,3% sa che il virus non si trasmette utilizzando servizi igienici comuni.

Gli studenti sessualmente non attivi dimostrano di possedere informazioni più corrette rispetto ai non studenti.

Per la parte di campione dei non studenti le fonti di informazione principali sono i mezzi di comunicazione di massa come spot pubblicitari televisivi, radio e opuscoli informativi, mentre la scuola non è quasi mai citata, dato che la maggioranza dei corsi, qualora vengano istituiti, si tengono alle superiori. Nel gruppo dei pari l'argomento sesso e i rischi correlati hanno una funzione di scherzosità o derisione e non viene percepito come argomento di discussione che può portare beneficio psico-fisico. I genitori sono visti come persone imbarazzanti con cui

poterne parlare e infatti le uniche cose che riescono a proporre ai loro figli in maniera ironica è il “portarsi dietro il preservativo...non si sa mai!”

Anche per gli studenti la prima fonte di informazione sull'HIV sono i mezzi di comunicazione di massa, ma paragonando i due campioni possiamo notare che per gli scolarizzati il 70,9% indica come fonte principale la scuola rispetto al 57% dei non scolarizzati, che scelgono la famiglia per il 52,2% e gli amici per il 52,6%.

Sul totale del campione soltanto 402 ragazzi hanno dichiarato di aver seguito un corso di educazione sessuale. La fascia di età meno coinvolta nelle campagne di informazione e prevenzione su HIV sembra essere quella dei 19-25 anni (30% circa), infatti per i ragazzi tra i 14-18 anni si stima un coinvolgimento medio del 48,35%. Rimane solido il concetto, da parte del campione, di voler parlare di HIV e sessualità innanzitutto con specialisti e avanzando con l'età cresce il desiderio di parlarne con il partner.

La percezione del rischio di contagio in questo campione sembra riguardare più spesso l'altro e non se stesso, questo risulta superiore nei soggetti non scolarizzati, probabilmente riconducibile ad una mancanza di conoscenze di base.

Il metodo contraccettivo più utilizzato durante il primo rapporto sessuale è il preservativo per facilità di acquisto e per la mancata conoscenza di altri metodi contraccettivi. Il pensiero di poter essere stato infettato da HIV è successivo al rapporto sessuale e la sicurezza di non essere stati infettati è corrispondente alla fiducia e conoscenza del partner. Il profilattico durante le prime esperienze è utilizzato unicamente come anticoncezionale e non per prevenire il rischio di contagio da MTS. Nella fascia di età 14-18 anni il 51,1% sono sessualmente attivi, percentuale che aumenta all'86,3% nella fascia tra i 19 e 25 anni; degli intervistati solo il 23,2% ha utilizzato sempre il preservativo durante i rapporti sessuali.

È di notevole rilevanza la mercificazione del proprio corpo, infatti 56 ragazzi hanno avuto un rapporto sessuale con prostitute e solo il 77,4% del totale ha utilizzato il preservativo.

Dai dati sopra citati risulta ancora poca e scarsa l'informazione sul rischio di contagio e questo sembra non riguardare mai il “proprio io” ma l'altro. Inoltre il sistema famiglia è poco coinvolto o citato per discutere di sessualità con la preferenza di esperti e amici. Questi ultimi possono però trasmettere informazioni filtrate dalla propria percezione e non chiare come quelle degli esperti.

Sulla rivista Mondo Sanitario nel 2003 (19) il Distretto Lombardo di Tradate insieme all'Asl di riferimento, pubblicano i risultati di una indagine-intervento iniziata nel 1995 e proseguita negli anni successivi su richiesta delle singole scuole. L'indagine aveva come primo obiettivo il riconoscimento delle fonti di informazione e la qualità delle conoscenze degli adolescenti sull'anatomia e fisiologia dell'apparato riproduttivo maschile e femminile, la contraccezione e l'interazione reciproca tra affettività e sessualità. L'intervento successivo era l'istituzione di un corso di educazione sessuale in base ai risultati delle conoscenze preliminari e un successivo test per quantificare le nuove nozioni acquisite e l'effettiva correzione di preconcetti o errate

informazioni su tale argomento. Il campione era costituito da 300 adolescenti di 6 classi delle scuole medie inferiori e 6 classi delle scuole medie superiori.

Nel pre test gli adolescenti dichiarano di cercare le fonti di informazione sulla sessualità e cambiamento corporeo da esperti nel 50% dei casi, da libri e giornali nel 43%, dalla televisione nel 39%, da genitori nel 31% e da coetanei nel 18%. Successivamente al corso di educazione sessuale abbiamo assistito ad un'acquisizione di consapevolezza e voglia di condivisione degli argomenti trattati. Infatti, per quanto concerne le fonti di informazione si registra un incremento della variabile amici con il 29%, esperti 54%, libri e giornali 45% e una riduzione della ricerca di informazioni nei genitori (23%), inoltre la TV si riduce al 33%.

Alla domanda sulla possibilità di "rimanere incinta al primo rapporto" il 96% del campione lo dichiara possibile ma alla risposta sulla propria percezione del rischio di rimanere incinta meno della metà lo prende in considerazione come probabilità di evento.

Gli intervistati ritengono positiva, sia per l'aspetto fisico che emotivo, l'attività sessuale (dal 73% nel pre test all'82% nel post test) e modificano tale atteggiamento considerandola parte integrante della propria personalità.

La responsabilità verso la contraccezione è percepita come scelta di coppia nel 71% dei casi e al successivo test aumenta all'81%.

Al pre test le confidenze in materia di affettività e sessualità sono preferite per il 57% con gli amici, genitori 23%, fratelli/sorelle 14% e partner 10%. Al post test si nota un aumento significativo della percentuale amici (75%), partner 17% e i genitori con un 28% dei casi.

La conoscenza delle MTS nel pre test è significativa soltanto per la più nota epatite (99%), mentre tra sifilide (35%), Herpes genitale (0%) e gonorrea (4%) al pre test non si arriva nemmeno al 50%. I risultati per l'infezione da HIV in questo studio non sono riportati.

Si evince ancora una volta una scarsa conoscenza di MTS come Candida o Herpes genitale. La consapevolezza del rischio di contagio è presente ed aumentata nel post test. Delle fonti di informazione è poco rilevante la famiglia che viene citata da un quinto degli intervistati.

Nel 2005 l'OMS Europe in collaborazione con il centro internazionale di coordinamento dell'HBSC, Health Behaviour in school-aged children dell'università di Edimburgo, stila un report (20) sullo stato di salute degli adolescenti in Europa. Riportiamo di seguito i pochi dati della situazione italiana riguardanti soltanto i quindicenni. Dallo studio emerge che: il 22% delle ragazze e il 27% dei ragazzi ha già avuto la sua prima esperienza sessuale; le informazioni sull'utilizzo dei contraccettivi orali da parte delle adolescenti in Italia non sono riportate e nella figura descrittiva delle percentuali europee l'Italia è contrassegnata "in bianco" che equivale ad assenza di informazioni; anche i dati relativi all'utilizzo del preservativo tra quindicenni italiani non sono riportati. Ma dalla stessa ricerca appare una nota in favore delle ragazze richiedendo loro l'utilizzo del preservativo al proprio partner.

Nel 2005 il Journal of Paediatric and Child Health ha pubblicato un'indagine conoscitiva (21) svolta da febbraio ad aprile 2003 su un campione casuale, composto da 651 tra studenti

universitari e studenti di licei pubblici di età compresa tra 14-20 anni nella città di Catanzaro. Dei 651 studenti hanno risposto al test 644 e di questi il 54,4% era di sesso femminile con età media di 17,7 anni.

Quasi tutti gli intervistati erano a conoscenza che l'AIDS può essere trasmessa attraverso rapporti sessuali (99,4%), mentre il livello di conoscenza delle altre MTS non è stato soddisfacente: solo il 34,5% segnala sifilide e Chlamydia con il 16,5%. Quando agli intervistati sono state domandate le modalità di trasmissione delle MTS, il 94,5% ha indicato che la trasmissione può avvenire attraverso rapporti sessuali con partner HIV positivi. Il 19,9% degli intervistati sovrastima il rischio di MTS, in quanto crede che il bacio profondo possa essere un rischio di trasmissione.

Il primo rapporto sessuale per il 33,8% del campione è stato dichiarato all'età media di 16 anni; rispetto alle ragazze la probabilità per un adolescente maschio di avere un rapporto sessuale completo è risultato maggiore in quelle situazioni familiari in cui la madre è giovane e occupata rispetto a condizioni familiari di disoccupazione genitoriale. Tra gli studenti sessualmente attivi il 52,6% degli intervistati dichiara di aver avuto un solo partner durante la propria vita; per quanto riguarda l'uso del preservativo, il 51,8% degli adolescenti segnala di averlo utilizzato "sempre" negli ultimi sei mesi con un partner sessuale fisso e il 71,9% ha riferito di aver usato il preservativo l'ultima volta che ha avuto un rapporto sessuale.

Dei 44 adolescenti che hanno avuto un rapporto sessuale con un nuovo partner nei 6 mesi precedenti l'indagine, il 66,7% ha indicato di aver utilizzato sempre i preservativi. Da segnalare che gli adolescenti più giovani del campione hanno utilizzato più frequentemente il preservativo rispetto ai più grandi, forse per una maggiore percezione del rischio di infezione e meno esperti in materia di sessualità. A coloro che non hanno usato il preservativo è stato chiesto di darne una motivazione e il 33,9% ha dichiarato che fare sesso con il condom era meno piacevole, probabilmente correlato alla necessità di una soddisfazione sessuale intesa come piacere edonistico.

Possiamo riassumere i risultati di questo studio affermando che il campione risulta informato sulle vie di trasmissione dell'HIV, ma ha una bassa conoscenza di altre MTS, forse perché inconsapevoli che siano MTS da definizione; a conferma delle precedenti ricerche persistono concetti errati nel considerare il bacio profondo come metodo di trasmissione di MTS; del campione sessualmente attivo solo poco più della metà dichiara di usare sempre il preservativo nei rapporti stabili e di coloro che hanno avuto rapporti con partner conosciuti nei 6 mesi precedenti l'indagine, solo il 66,7% ha utilizzato sempre il condom.

Purtroppo, nella popolazione italiana gli studi volti alla valutazione sull'impatto delle campagne informative e di educazione ad un possibile cambiamento del comportamento sessuale verso HIV/AIDS sono assenti.

Solo Nel 2006 sull'European Journal of Public Health viene pubblicata un'indagine conoscitiva rappresentativa della popolazione italiana (23) sulla conoscenza e percezione del rischio HIV. Le quattro province rappresentative scelte per la diversa incidenza di infezione,

area geografica e caratteristiche socio-culturali sono state: Milano, Parma, Perugia e Bari. La raccolta dei dati è stata effettuata tra il mese di Novembre e Dicembre del 2002 attraverso un questionario anonimo con un campionamento di 2000 persone tra i 18 e 49 anni.

I luoghi prescelti per la somministrazione del test sono state le strade ad alto transito pedonale nei giorni festivi e feriali; di tutti i soggetti a cui è stato proposto il test, una percentuale del 42,8% non si è fermato e non sono stati disposti ad ascoltare gli scopi dello studio in genere, perché di fretta o per paura di essere truffati. Del totale (2000), 1985 soggetti avevano compilato il questionario in maniera completa, mentre gli altri sono stati scartati dall'indagine perché incompleti o riconsegnati in bianco.

I risultati ci mostrano che per il 76,7% dei soggetti i mezzi più frequenti di informazione sono stati i messaggi TV e radio (principalmente grazie alle campagne di sensibilizzazione promosse dal Ministero della Salute), le informazioni da giornali e riviste sono state il 69,4%, e il 58,1% da opuscoli informativi.

Una percentuale del 35,7% dei soggetti ha riferito di aver modificato il loro comportamento sessuale dopo le campagne di informazione, evitando rapporti sessuali occasionali (50,9%), utilizzando sempre preservativo nei rapporti sessuali occasionali (47%) e utilizzando sempre preservativo in tutti i rapporti (37,2%).

All'affermazione che "l'AIDS non è una fonte di preoccupazione oggi in quanto esistono terapie", l'80,9% degli intervistati ha risposto correttamente essendo in disaccordo, ma il 12% non sapeva rispondere e il 7,1% concordava con l'affermazione proposta. Si è visto inoltre che a tale affermazione la percentuale di risposte positive diminuiva all'aumentare dell'età, infatti fino a 28 anni le risposte corrette erano di 83,8%, mentre oltre tale età è scesa al 77,3%.

Sulla rivista Difesa Sociale nel 2007 viene pubblicata un'indagine conoscitiva (24) sui livelli di informazione e percezione del rischio da parte di un campione di giovani adulti frequentanti l'Università degli studi di Cassino.

Il campione, rappresentato da 800 studenti tra i 19 e i 40 anni provenienti da facoltà diverse dell'Ateneo, si è presentato volontariamente al test anonimo. La randomizzazione ha permesso di avere una visione globale sui comportamenti a rischio e non sulle categorie a rischio. I partecipanti al test erano 58,8% donne e 41,2% uomini con un'età media rispettivamente di 24,7 e 25,9 anni ed hanno dimostrato di conoscere le modalità di trasmissione del virus HIV; infatti il 90% dei soggetti indica il sangue mentre l'84% lo sperma, le secrezioni vaginali, il liquido pre-eiaculatorio e altri liquidi biologici come via di trasmissione dell'infezione.

Positiva anche la conoscenza dell'incapacità di trasmissione del virus tramite stretta di mano e punture d'insetto. Il campione riconosce inoltre la possibilità di contagio con un soggetto sieropositivo in assenza di sintomi.

L'utilizzo del preservativo in un rapporto sessuale come principale via di protezione dal contagio è riconosciuta dal 76,7% delle ragazze e solo dal 74% dei ragazzi ma, all'atto pratico, tale strumento è utilizzato dal 74,4% del campione in generale e solo il 44,2% lo utilizza

sempre. Allo stesso tempo per quanto riguarda la percezione di rischio, il 93% ha dichiarato di saper evitare il contagio e le fonti di informazione principale sono stati i mass media, la scuola e i libri scientifici.

Tra coloro che hanno avuto più di 4 partner è risultata più alta la percentuale dei soggetti che utilizzano il preservativo raramente (72,8%). L'84,4% degli intervistati è sessualmente attivo e di tale cifra il 23,4% ha dichiarato di aver avuto in passato rapporti occasionali almeno una volta.

Riepilogando possiamo dichiarare che, nonostante le fonti di informazione e le conoscenze delle vie di trasmissione siano ben note, nei comportamenti sessuali parte degli intervistati non applicano strategie di prevenzione e il livello personale di percezione del rischio non è sufficientemente elevato. Gli studenti inoltre sottostimano la probabilità di contrarre l'infezione HIV tra eterosessuali anche se tale dato in Italia, come nel resto del mondo, è in costante aumento dal 2000. L'informazione e le lezioni frontali di educazione alla salute non sono più sufficienti a far capire alle persone il reale rischio, pertanto la partecipazione attiva della popolazione alle campagne, proposte pubblicitarie e volantini risulta una strategia più efficace di Self empowerment.

Nel 2008 negli atti della S.I.G.O , la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, appare una relazione (22) su un'indagine conoscitiva svolta in un servizio ospedaliero nella città di Andria, in Puglia, rivolto all'età adolescenziale. Hanno aderito 1048 adolescenti tra i 14 e i 18 anni, in anonimato, afferenti al servizio o intervistati nelle scuole superiori del distretto scolastico di Andria.

Non sono disponibili le specifiche domande che sono state fatte agli adolescenti, tuttavia Fattibene Michele conclude scrivendo:

“L'indagine ha fornito dati significativi per quanto attiene il senso di responsabilità e il desiderio di consapevolezza, ma purtroppo va evidenziato uno stato delle conoscenze notevolmente carente. La richiesta della tempestività dell'offerta dell'educazione all'affettività e dell'informazione sessuale non può più essere disattesa alla luce delle tante conoscenze distorte e dei comportamenti inadeguati e chiaramente a rischio. Di qui l'importanza di un Servizio di Ginecologia dell'adolescenza, perché soltanto il colloquio, l'instaurarsi di un clima di professionalità e di fiducia, e la visita ginecologica possono consentirci di attuare una prevenzione primaria e secondaria di grande valenza sanitaria e sociale.”

Le prossime due ricerche scientifiche che andremo ad analizzare, insieme a due articoli di riviste nazionali come Panorama e L'Espresso, possono essere considerate la motivazione che ci ha spinto ad iniziare questa ricerca in quanto, entrambe le fonti, espongono lo stesso argomento visto, per diverse competenze, sotto aspetti diversi ma entrambe concludono sottolineando che la situazione italiana, in generale, presenta le seguenti lacune: l'assenza di

educazione sessuale nelle scuole italiane; la volontà da parte degli adolescenti di conoscere questo argomento che sempre più iniziano a praticarlo senza ma sapere come proteggersi; la volontà, da anni ormai dichiarata anche nelle ricerche precedenti, di volerne parlarne in toni confidenziali senza essere giudicati, con “esperti in materia” e allo stesso tempo la necessità di estendere alla maggioranza dei casi e non solo per “pochi” il dialogo in famiglia, dove la scarsità, o in alcuni casi la mancanza di comunicazione potrebbe derivare da una non conoscenza dell’argomento da parte dei genitori.

Nel 2009 viene pubblicata una ricerca (29) da parte del dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell’Università di Napoli nella cui premessa emerge che Svezia, Gran Bretagna e Italia risultano nel 2002 le nazioni con la più alta incidenza in Europa sul ricorso alla contraccezione ormonale d’emergenza. Dal 1995 al 2006 gli aborti annui in Italia sono rimasti stabili con una cifra di circa 1330, di questi nel 2005 e nel 2006, rispettivamente 270 e 290, sono stati eseguiti su ragazze sotto i 15 anni.

Il 55% di coloro che ha fatto uso della pillola contraccettiva d’emergenza ha meno di 20 anni. Inoltre sono aumentate le infezioni da HPV (Human Papilloma Virus) e Chlamydia nelle giovani donne tra i 16 e i 25 anni e ciò aumenta la probabilità di sviluppare condilomi genitali e carcinomi cervicali.

Il campione di questo studio è composto da 630 studenti del terzo anno delle scuole superiori nelle zone di Napoli, Caserta e Latina che su base volontaria hanno aderito al progetto. Naturalmente è stato assicurato loro l’anonimato e riservatezza dei dati raccolti. Tutti gli studenti hanno compilato un questionario, ed al gruppo di Latina, dopo un percorso di educazione sessuale, è stato somministrato un ulteriore test.

Obiettivo della ricerca era di constatare se le conoscenze sulla sessualità, la contraccezione e la ricerca di informazioni conducono ad un comportamento sessuale sicuro e se vi sono particolari differenze di apprendimento col gruppo di controllo di Latina.

Dal totale del campione 5 questionari sono risultati incompleti e perciò esclusi dalla ricerca. Le ragazze erano 298 e 327 i ragazzi con un’età media di 16,5 anni e dei partecipanti il 52% (60,5%maschi e 39,5% femmine) ha avuto la prima esperienza sessuale intorno ai 15,6 anni. Per quanto riguarda la confidenza nel parlare di tale argomento gli studenti hanno dichiarato di preferire gli amici e che la fonte di informazione principale è Internet.

Il 94% degli intervistati non ha ricevuto nessuna educazione sessuale da esperti e gli argomenti principali su cui vogliono essere informati sono per il 31% la masturbazione, per il 27% ‘la prima volta’, per il 15% lo sviluppo corporeo e solo il 14% ha manifestato la volontà di avere maggiori informazioni su MTS.

Le fonti di informazione “su cui contare” sono gli amici e la scuola, rispettivamente con il 58,9% e il 55%, i media il 21,5%, la famiglia solo il 16,2%, il ginecologo 2,2% e i consultori giovanili con l’1,25%. Da notare che, per questo tipo di risposta, il 20,25% del campione ha dichiarato spontaneamente di essere “autodidatta” in materia.

I contraccettivi più conosciuti sono risultati il preservativo per il 97% e a seguire la pillola con l'84,7%; IUD (Dispositivo Intra Uterino) 69,2%, diaframma 50,8%, metodi naturali pianificati con periodi di astinenza il 41,7%. Il coito interrotto, l'anello vaginale, il cerotto e gli spermicidi sono conosciuti singolarmente dal 30% circa del campione.

L'utilizzo dei contraccettivi ha invece un andamento diverso: l'84,9% dei sessualmente attivi usa il preservativo, il 21,5% non utilizza metodi contraccettivi, il 24% preferisce il coito interrotto e il 10,5% dichiara di utilizzare metodi naturali di programmazione della fertilità; soltanto il 31,25% delle ragazze sessualmente attive usa la contraccezione orale che rispetto alla media europea (HBSC) è leggermente minore in quanto la percentuale più bassa è del 35% mentre guardando i dati della Germania si arriva al 55% o più. Un largo uso (19,7%) di pillola contraccettiva di emergenza è stata utilizzata dalle ragazze del campione e il 3,8% si è sottoposta ad aborto all'età di circa 16 anni.

Le risposte positive del post test dei ragazzi di Latina sono salite dal 28% all'85% e la conoscenza esatta dei metodi contraccettivi ha fatto scendere al di sotto del 25%, in totale, il coito interrotto, nessun metodo contraccettivo e metodi naturali. Il campione al post test ha dichiarato di essere per il 70% sessualmente attivo.

Sicuramente non possiamo considerare questo studio rappresentativo del campione nazionale medio e anche in questo caso i dati che emergono sono paragonabili ai risultati delle precedenti ricerche: scarsa informazione sia sulla conoscenza che sull'utilizzo dei contraccettivi; assenza di corsi di educazione sessuale nonostante la loro comprovata importanza; interesse e partecipazione attiva degli studenti a tale argomento. Rispetto a quest'ultima osservazione gli autori di questo studio scrivono che gli studenti hanno espresso interesse ad avere accesso gratuito ai servizi, sapere dove e come poter contattare gli specialisti e alla possibilità di parlarne apertamente prima di iniziare l'attività sessuale, senza essere giudicati. In assenza di studi italiani che dimostrano tale evidenza o il suo contrario ci permettiamo di ipotizzare che la scarsa comunicazione familiare su tale argomento e probabilmente l'errata percezione che i consultori giovanili siano poco attendibili, non favorisce l'adozione di comportamenti sessuali corretti ad evitare il contagio.

Inoltre quasi il 40% degli intervistati è d'accordo con l'affermazione "i preservativi sono troppo costosi", pertanto una politica di riduzione del costo e/o una distribuzione gratuita nelle scuole, come già proposto da alcuni politici italiani (47) (48), affiancata ad un programma di educazione sessuale potrebbe essere una soluzione che facilita l'accesso a tale prodotto riducendo l'imbarazzo nei primi acquisti, con benefici sotto l'aspetto igienico sanitario e sociale.

Nel 2010 il Dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università di Bari pubblica una ricerca (30) iniziata nell'agosto 2008, che ha come obiettivo la determinazione dei fattori dell'utilizzo o meno del preservativo. Il campione scelto è quello degli studenti uscenti dalle scuole medie superiori che hanno deciso di iscriversi all'Ateneo dell'Università di Bari in cui è previsto il test di ammissione al corso. Le domande del questionario erano equivalenti agli studi precedenti ma è stata aggiunta la scala 'Condom Use Skill Measure' validata nel 1991 da Brafford, modificata

appositamente per questo studio: gli studenti erano invitati a rispondere se concordavano o meno con alcune frasi al riguardo.

L'adesione al test è stata totale, infatti 1091 questionari sono stati distribuiti e riconsegnati completi. Quasi il 70% del campione era composto da donne la cui età media era di 19,6 anni.

L'88% ha dichiarato di aver avuto almeno un'esperienza sessuale e l'età media del primo rapporto è stata di 16,8 anni. Il 55% dei sessualmente attivi ha dichiarato di aver utilizzato il preservativo durante l'ultimo rapporto sessuale.

I corsi di educazione sessuale scolastici sono stati frequentati solo dal 30% del campione e meno del 30% ne ha parlato in famiglia.

Le fonti confidenziali su tale argomento sono state per l'89,1% gli amici e il restante 10,1% non ne ha mai parlato con nessuno, poiché ritenuto taboo.

Le comparazioni tra le risposte al questionario e i dati delle affermazioni sulla 'Condom Use Skill Measure' fornite dimostrano che: la carenza di dialogo in famiglia sulla sessualità è associata ad un'infondata affermazione che "se io o il mio partner usiamo la pillola non c'è la necessità di usare un preservativo"; le poche discussioni tra amici sul sesso sono associate alla frase "se suggerisco di utilizzare un preservativo il mio partner può pensare che lo stia accusando di tradimento"; il taboo adolescenziale sul sesso è associato a "i preservativi sono fastidiosi e creano irritazione", "potrei essere in imbarazzo a comprare i preservativi o chiedere di farlo" e soprattutto "non ho bisogno di utilizzare i preservativi, non ho mai preso niente". Anche gli autori di questa ricerca nelle discussioni riportano quanto evidenziato da noi in precedenza e cioè la mancanza di una legge italiana sull'introduzione dell'educazione all'affettività come percorso di studio obbligatorio, come avviene in alcuni paesi dell'Europa Orientale e negli Stati Uniti d'America. L'utilizzo del preservativo in questo campione (55%) è nettamente inferiore alla media europea pubblicata nel 2005 da HSBC (75%). Quasi il 30% degli intervistati che ha affermato "se io o il mio partner usiamo la pillola non c'è la necessità di usare un preservativo" non ha ancora chiaro il messaggio della diversa funzione dei contraccettivi; le revisioni di altri studi fatte dagli autori di questa indagine suggeriscono che le adolescenti che fanno uso di contraccettivi orali sono meno propense all'utilizzo del preservativo rispetto alle adolescenti che non usano la pillola.

La cooperazione tra Stato, scuola, operatori sanitari, servizi sociali, aziende produttrici di preservativi e fonti Internet devono promuovere un uso sano della sessualità su tutta la popolazione, attraverso programmi di promozione e prevenzione.

A novembre 2010 sul mensile Panorama viene pubblicato un articolo (31) nel quale sono riportati sia i dati della ricerca condotta da una nota azienda produttrice di profilattici in merito al 'primo discorso di sesso tra genitori e figli', sia i dati della ricerca della Sigo del 2010. Da queste risulta che, le poche famiglie italiane che parlano di sessualità ai figli lo fanno all'età di 15 anni, mentre in Europa questo argomento viene trattato, a scuola e in famiglia, intorno agli 11-12 anni. Visto anche dalle ricerche precedenti che l'età media del primo rapporto sessuale in Italia avviene a 15,6 anni, probabilmente esiste la necessità di fare *pre-prevenzione* e promozione

della salute spostando indietro di qualche anno il ‘tempo dei discorsi’ in famiglia e a scuola, andando incontro alle esigenze degli adolescenti. Vogliamo a questo proposito riportare le parole della giornalista Terry Marocco che nello stesso articolo (31) scrive:

“Ma 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 6 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 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.”

Secondo la nota azienda produttrice di profilattici il 20% degli intervistati non ritiene necessario l’utilizzo del preservativo se già conosce il partner. La Sigo, inoltre dichiara che il 15% delle intervistate utilizza la pillola, il 20% ricorre al coito interrotto, il 17% non usa alcuna contraccezione e solo il 57% usa il preservativo.

Dalle dichiarazioni fatte da psicologi e sessuologi le esperienze sessuali nella maggioranza dei casi iniziano alle superiori, ma i primi approcci avvengono alle medie e secondo l’esperta Roberta Gommi alcuni si esplorano anche in quinta elementare e chiedono che gli venga spiegato cos’è il sadomaso.

Su L’Espresso di Novembre 2010 (32) oltre ai dati (31) dell’indagine della Sigo emerge un dato importante per l’istituzione di percorsi di educazione all’affettività capaci di ottenere i risultati che da anni ci prefiggiamo (autoconsapevolezza e autopercezione del rischio e gestione delle relazioni). A tal proposito ci teniamo a riportare le dichiarazioni del presidente della Sigo Giorgio Vittori:

“Il problema è che sono capaci di gestire le informazioni, cioè di documentarsi, ma sono meno in grado di assimilare ciò che scoprono [...] Bisogna capire come vengono elaborate le nozioni, e il modo migliore per renderli non solo dotti, ma anche consapevoli quando si parla di sessualità è tramite una guida adulta e capace che rispetti la regola delle tre P: parole, presenza e pazienza”

A conferma dei risultati delle ricerche precedenti, delle osservazioni che queste hanno portato e delle citazioni fatte in questa tesi ci allacciamo alle parole di Giovanni del Bene, psicologo e curatore dei progetti scuole dell’Anlaids (Onlus nazionale per la lotta contro l’AIDS), che nell’intervista de L’Espresso (32) dichiara quanto segue:

“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”

Il pregiudizio, il taboo, le dissimulazioni e le negazioni da parte della famiglia e della società stessa che i propri figli possano essere già soggetti sessualmente attivi non possono essere giustificate e in quanto sanitari vogliamo contribuire attivamente nell’eradicazione di queste ‘ragnatele’: siamo chiamati a educare la popolazione ad una protezione intelligente e sicura.

3. Evoluzione del ruolo infermieristico: nel nuovo secolo nasce una nuova figura.

L'infermiere prima ancora di essere un operatore sanitario è un cittadino e in quanto tale è tenuto a ricordare i fondamenti della:

Costituzione Italiana ed in particolare degli articoli che seguono (35):

- Art. 2: La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali, ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento di doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.
- Art. 3: Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.
- Art. 9: La Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e della ricerca scientifica e tecnica.
- Art. 21: Tutti hanno diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero, con la parola, lo scritto e ogni altro mezzo di diffusione.
- Art. 30: È dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori del matrimonio.
- Art. 32: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

la Dichiarazione dei Diritti Umani firmata nel 1948 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite con particolari riferimenti agli articoli (36):

- Art. 1: Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza.
- Art. 3: Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona.
- Art. 19: Ogni individuo ha diritto alla libertà di opinione e di espressione incluso il diritto di non essere molestato per la propria opinione e quello di cercare, ricevere e diffondere informazioni e idee attraverso ogni mezzo e senza riguardo a frontiere.
- Art. 22: Ogni individuo, in quanto membro della società, ha diritto alla sicurezza sociale, nonché alla realizzazione, attraverso lo sforzo nazionale e la cooperazione internazionale ed in rapporto con l'organizzazione e le risorse di ogni Stato, dei diritti economici sociali e culturali indispensabili alla sua dignità ed al libero sviluppo della sua personalità.

- Art. 27: 1) Ogni individuo ha diritto di prendere parte liberamente alla vita culturale della comunità, di godere delle arti e di partecipare al progresso scientifico ed ai suoi benefici. 2) Ogni individuo ha diritto alla protezione degli interessi morali e materiali derivanti da ogni produzione scientifica, letteraria e artistica di cui egli sia autore.
- Art. 29: Ogni individuo ha dei doveri verso la comunità, nella quale soltanto è possibile il libero e pieno sviluppo della sua personalità.

la Dichiarazione sul Diritto allo Sviluppo (37) proclamata nel dicembre 1986 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite in cui si definisce tale diritto come:

“inalienabile dell'uomo in virtù del quale ogni persona umana e tutti i popoli hanno il diritto di partecipare e di contribuire ad uno sviluppo economico, sociale, culturale e politico, in cui tutti i diritti dell'uomo e tutte le libertà fondamentali possano venire pienamente realizzati, e beneficiare di tale sviluppo.”

Vengono poi sottolineati i concetti di autodeterminazione in cui l'essere umano è il protagonista attivo ed il beneficiario del diritto allo sviluppo. Inoltre tutti gli esseri umani hanno la responsabilità della crescita sul piano individuale e collettivo. Da parte dello stato ci deve essere una responsabilità primaria, inclusa la formulazione, l'adozione e l'attuazione di misure politiche e legislative atte a creare le condizioni nazionali ed internazionali finalizzate a promuovere la realizzazione di tale diritto.

In veste di professionista sanitario l'infermiere, inoltre, è colui che ha preso visione ed è concorde con i seguenti documenti:

nel *Profilo Professionale dell'Infermiere* (38), emanato con D.M 739 del 14 Settembre 1994, all'interno del quale vengono definiti: la figura professionale dell'infermiere, la tipologia di assistenza erogata, le principali funzioni, il dovere di contribuire alla formazione di personale di supporto, di aggiornarsi secondo le modalità apprese durante la formazione base e post-base per un'assistenza sempre più completa ed efficiente a beneficio sia della comunità infermieristica che della popolazione, oltre alla modalità di abilitazione all'esercizio e iscrizione all'albo professionale,

nel *Patto Infermiere Cittadino* del 1996 (39) in cui sono riassunti e presentati ai cittadini i principi fondamentali della professione infermieristica,

nel nuovo *Codice Deontologico* (40) del 2009, composto di 51 articoli che amplia la descrizione fatta nei due documenti precedenti. Questo codice nato nel 1999 con la promulgazione della legge n.42 del 1999 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie” che ha abrogato il mansionario e con l'implementazione della successiva legge n.251 del 2000, conferisce alla professione Infermieristica autonomia e responsabilità propria dell'assistenza Infermieristica. Allo stesso tempo attribuisce all'infermiere il dovere di collaborare con le altre figure dell'equipe finalizzate al processo di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione del

singolo cittadino, della famiglia e della comunità.

In specifico riferimento al nostro obiettivo di ricerca reputiamo importante citare alcuni articoli del Codice Deontologico dell'infermiere:

- Art. 1: L'infermiere è il professionista responsabile dell'assistenza infermieristica.
- Art. 2: L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.
- Art. 6: L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione.
- Art. 11: L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate [...] e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei dati.
- Art. 14: L'infermiere riconosce che l'interazione tra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.
- Art. 19: L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.
- Art. 47: L'infermiere ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato e la valorizzazione del ruolo professionale.

Nella carta di Ottawa per la promozione della salute del 1986 (41): questo documento nasce dalla precedente Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria tenuta nel 1978 ad Alma Ata in Russia, in cui viene ribadito il concetto di Salute definito dall'OMS nel 1948 come *“Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità”*. A tal proposito si evidenzia la necessità di una nuova prospettiva di Sanità Pubblica, incentrata sulla prevenzione. Le indicazioni chiave per una nuova politica sanitaria sono la creazione di ospedali specializzati per acuti e l'assistenza continua ai cittadini. I Governi perciò si prendono un impegno economico, sociale e politico per il raggiungimento degli obiettivi.

Nella carta di Ottawa viene definito il concetto di promozione della salute:

“La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte.”

La salute come *risorsa* è perseguibile attraverso l'adozione di prerequisiti fondamentali, infatti *“le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità”* (41).

Nel 1998 l'OMS aggiunge un ulteriore concetto per il miglioramento delle condizioni di salute:

“L'educazione alla Salute comprende le opportunità di apprendimento costruite consapevolmente che coinvolgono alcune forme di comunicazione, ideate per conoscere meglio la Salute, per migliorare le cognizioni e per sviluppare quelle capacità di vita che contribuiscono alla salute del singolo e della comunità.”

In base alle considerazioni fatte siamo a presentare una nuova figura di infermiere: l'infermiere di comunità.

Le normative internazionali che hanno portato allo sviluppo di questa nuova figura infermieristica sono nate negli anni '90:

con la conferenza di Vienna del 1988 in cui l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa raccomanda l'introduzione dell'infermiere di famiglia che (42):

“Dovrebbe sviluppare il proprio nuovo ruolo agendo come partner nei processi decisionali riguardanti la progettazione e la gestione dei servizi sanitari locali, regionali e nazionali; svolgendo un ruolo più incisivo nel potenziare le capacità degli individui, delle famiglie e delle comunità di sviluppare la fiducia in se stessi e di prendersi in carico il miglioramento della propria salute; offrendo informazioni chiare e attendibili sulle conseguenze favorevoli e avverse dei vari tipi di comportamento e sui vantaggi di differenti opzioni terapeutiche.”

con il documento 'Health for all series n.1: Nursing in action project' del 1991, dove il ruolo sociale dell'infermiere è *“quello di aiutare gli individui, le famiglie e i gruppi a determinare e raggiungere il loro potenziale fisico mentale e sociale all'interno dell'ambiente di vita e di lavoro”*. In questo documento vengono rivisitate le funzioni dell'infermiere spostando l'attenzione dall'assistenza acuta ospedaliera alla *“promozione dell'autodeterminazione delle famiglie e degli individui in materia sanitaria, [...] la partecipazione attiva per ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e per soddisfare i bisogni dell'intera popolazione e in particolare dei gruppi meno favoriti, l'assicurazione della qualità dell'assistenza e l'uso adeguato delle tecnologie”* (42).

nell'“Health 21”, atto sottoscritto dall'Ufficio regionale OMS per l'Europa (1998) nel quale vengono definiti i 21 obiettivi affinché ci sia salute per tutti nel XXI secolo, viene proposta la figura dell'infermiere di famiglia come colui che:

“aiuterà gli individui e le famiglie ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress [...]. Tali infermieri consigliano riguardo agli stili di vita e ai fattori comportamentali di rischio [...] essi possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere. Con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali e degli altri servizi sociali possono identificare gli effetti dei fattori socio-economici sulla salute della famiglia e indirizzare quest'ultima alle strutture più adatte.”

Il parlamento Europeo e il Consiglio nel 2002 hanno redatto il Nuovo Programma di Azione Comunitario nel settore della Sanità Pubblica 2003-2008, con lo scopo di migliorare la Salute attraverso 3 punti cardine: informazione sanitaria; reazione rapida alle minacce della salute; promozione della Salute.

In Italia siamo arrivati a una nuova concezione della salute e ad un nuovo “ruolo” dell'infermiere sia in setting ospedalieri che di Sanità Pubblica grazie a: l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale (legge 833 del 1978) e con esso la responsabilizzazione delle regioni sul piano amministrativo; la creazione delle Unità Sanitarie Locali con attribuzione di competenze quali l'educazione sanitaria, l'assistenza medica e infermieristica ospedaliera, domiciliare e ambulatoriale a carattere generico e specialistico; il D.L. n.502 del 1992 che pone l'attenzione per la creazione di una ‘rete’ di collegamento tra ospedale e cittadino attraverso i Distretti Sanitari. Con tale decreto si ha la programmazione di Piani Sanitari Regionali delineati in base ai Piani Sanitari Nazionali, a cadenza triennale, in cui vengono definiti i livelli essenziali di assistenza, le aree prioritarie di intervento, i progetti, i finanziamenti, finalità e ricerca.

Nell'arco del tempo i temi rilevanti dei Piani Sanitari si sono concentrati su partecipazione attiva dei cittadini, responsabilità verso la propria salute attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria, collaborazione di più settori della Società per raggiungere livelli di salute per tutti, promozione di stili di vita appropriati, medicina palliativa e cure domiciliari integrate, integrazione tra assistenza *Sanitaria e Sociale* con riferimenti alla *qualità di vita* (avvenuta con la promulgazione del D.Lgs 229/99 e della legge n.328 del 2000), valorizzazione della professione infermieristica attraverso la cultura della professione, creazione di una rete efficiente tra ospedale e territorio anche grazie alla collaborazione del MMG (Medico Medicina Generale), prevenzione delle disabilità, dell'autosufficienza e dove non è possibile invece ‘limitare il danno’, integrazione del servizio civile e di volontariato con il sistema sanitario.

Per l'acquisizione del titolo di infermiere di comunità è necessario un percorso di formazione post base che prevede il superamento di esami specifici all'interno del Master di primo livello in Infermieristica in Sanità Pubblica.

L'infermiere di comunità nasce da una nuova visione del concetto di benessere e assistenza. L'assistenza è una relazione umana che coinvolge cittadini attivi e non parti di una società inorganica a cui viene chiesto di "produrre". In ogni aspetto della vita prendiamo parte ad una relazione, sia questa fatta di due o più persone che anche solo con noi stessi. La società è interpretata come un fenomeno associativo, come scrive Mara Pellizzari (42)

"Si propone quindi una visione della società in cui essa viene a coincidere con la coscienza collettiva dei legami, che permettono di superare i particolarismi e creano una comunità. [...] "società" diventa l'insieme delle sfere di relazioni sociali, associative in senso lato, distinte dal mercato e dallo Stato [...] per promuovere le opportunità necessarie a realizzare la piena cittadinanza di ciascuno."

Viene considerata 'libertà' la capacità di coinvolgere i cittadini attraverso regole e patti comuni.

In questa visione di Società è la società stessa, costituita dalla cittadinanza attiva, che produce benessere. Perciò uomo e cittadino non possono essere considerati due entità separate della comunità (42):

"Infatti l'idea di questo approccio è che [...] i destinatari dei programmi debbano svolgere un ruolo più attivo e perfino imprenditoriale; si fa strada l'idea dei "pro-sumer", cioè dei cittadini come soggetti che sono al contempo produttori, distributori e consumatori di beni e servizi di welfare e in generale di protezione sociale."

L'infermiere e il cittadino hanno, in senso biologico, un ruolo enzimatico, dato che queste figure si scambiano reciprocamente i ruoli di substrato (parte della società che partecipa alla reazione) e sito attivo (parte di società in cui avvengono le reazioni).

L'infermiere di comunità è *"il professionista sanitario responsabile della gestione dei processi infermieristici nell'ambito della comunità"* (43).

La sua formazione specialistica ha la finalità di migliorare la qualità di vita del cittadino *"favorendo la domiciliazione delle cure, il contrasto all'istituzionalizzazione e promuovendo il reinserimento sociale nell'ottica dell'empowerment."*(42)

In particolare alcune delle principali competenze sono l'attivazione delle reti delle risorse informali (vicini di casa, parenti, amici percepiti come persone presenti) e formali presenti nella comunità, la collaborazione con la persona o il gruppo nel selezionare il care-giver più adatto alla situazione richiesta, la presa in carico anticipatamente dei bisogni potenziali e inespressi della comunità, garantire la continuità delle cure post acute, orientare ai servizi (sociali, economici) e promuovere la salute.

Lo scopo di tale funzione è la creazione di una rete di persone e istituzioni che si prendono cura l'uno dell'altro (cure di comunità) attraverso il rispetto reciproco, le conoscenze e la comunicazione. L'infermiere perciò *“cede potere terapeutico o di problem solving ai suoi interlocutori, evitando di bloccarli nell'azione possibile a causa del fatto che istituzionalmente dovrebbe agire lui”* (42).

In questa visione 'relazionale' dell'infermieristica potremmo paragonare il sapere, il saper essere e il saper fare a relazione, comunicazione e azione.

Quest'ultimi tre termini hanno come comune denominatore l'azione intesa come una *forza che muove* qualcosa o qualcuno che in termini sociali è la proattività, ovvero (44) *“la capacità di anticipare futuri problemi e cambiamenti. Una persona è pro-attiva quando sa operare senza attendere che qualcosa accada; sa prendere l'iniziativa per realizzare ciò che è giusto e necessario”*.

Gli elementi costitutivi della proattività sono la responsabilità, l'autonomia, la condivisione, il pensiero critico, la cessione di fiducia, le proposte, la volontà, la conoscenza, l'appartenenza e la partecipazione.

La partecipazione del cittadino può essere raggiunta attraverso i metodi di:

- problem solving e decision making (46)
- empowerment (42)

Il *problem solving* è il metodo scientifico, logico e sistematico di identificazione e risoluzione di problemi, derivante dalla psicologia cognitiva in cui il soggetto, dopo aver analizzato le condizioni iniziali di un evento, si vede impegnato in una elaborazione mentale e attuativa che lo porta alla modificazione di azioni e comportamenti atti ad una soluzione positiva.

Il *decision making* è la formulazione di un giudizio in base all'attivazione, o meno, di un'azione; permette quindi di portare il cittadino a riflettere su sé e sull'ambiente circostante, valutando i pro e i contro della decisione da dover prendere. Quest'ultima è inoltre frutto sia del valore soggettivo che le attribuiamo, che della disposizione soggettiva al rischio (probabilità offerte dalla situazione in cui ci si trova e capacità di valutazione soggettiva).

Ma per gli adolescenti questa abilità non è così immediata, infatti dobbiamo aiutare a *“sviluppare questa capacità, affinché diventi anche per loro automatico, e non un semplice esercizio di ragionamento, valutare le conseguenze delle proprie decisioni”* (46).

L'empowerment letteralmente significa 'rendere potenti' ma in una visione relazionale possiamo sostituire il concetto di potenza con possibilità e opportunità; integrare perciò la libertà con la giustizia sociale. Nina Wallerstein, professore e direttore del Master in *Public Health Program* dell'Università del New Mexico U.S.A. (2006), ha definito l'empowerment come *“un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità*

acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita" (45). Un cittadino consapevole, dopo aver aumentato le sue conoscenze su un certo argomento sarà in grado di prendere delle decisioni conformi alla sua personalità, alla sua modalità di gestire la vita e le attività che questa comporta.

L'empowerment necessita di una componente cognitiva, comportamentale ed organizzativa: infatti il cittadino deve *"mantenere, per ampi settori della vita, il controllo sulla propria salute e la capacità di porre rimedio ai fatti patologici senza ricorrere ai professionisti"* (42).

L'adulto, intendendo con questo termine sia la famiglia che le altre figure educative come la scuola, i professionisti sanitari, le politiche giovanili e le figure di riferimento, devono promuovere e facilitare nei giovani l'acquisizione di *senso critico*, in quanto nell'adolescenza questa capacità deve maturare tanto quanto la personalità dell'individuo. La capacità critica è la *"competenza di esaminare le situazioni con uno sguardo libero da eccessivi condizionamenti interni ed esterni"* (46).

Dobbiamo perciò alimentare nei futuri cittadini attivi la facoltà di esaminare le diverse situazioni, raccogliere tutte le informazioni possibili sull'argomento ed infine elaborare dei giudizi al riguardo. Questa complicata percezione personale aumenta verso se stesso e gli altri l'autonomia e la responsabilità, rispettivamente intese come il diritto di prendere decisioni senza vincoli esterni (moda, mass media, stereotipi standardizzati) che possono limitare la libertà di autodeterminazione e l'abilità di soffermarsi a riflettere sulle situazioni che si presentano esponendo una posizione individuale decisa, rendendo conto di atti, avvenimenti e situazioni anche di fronte alle opinioni esterne e la volontà. Gli input esterni possono essere canalizzati solo quando il soggetto ha un margine di libertà e consapevolezza delle proprie azioni e idee.

3.1 Appunti per un'educazione all'affettività

Visto che l'elaborazione di un percorso di educazione sessuale o all'affettività deve coinvolgere la multidisciplinarietà, in primis genitori affiancati da sanitari, psicologi, docenti e figure di riferimento importanti per l'adolescente, ed oltretutto non è il nostro obiettivo di tesi, ci limitiamo a condividere delle 'linee comuni' espresse da Sharon Maxwell nel suo libro *"È ora di parlarne"* (26) e da Andrea Mannucci ed altri nel libro-percorso *"Genitori in formazione"* (49), che possono essere il punto di partenza per un dialogo sulla sessualità con i ragazzi.

Prima ancora di affrontare l'argomento 'libidinoso' con gli adolescenti, genitori e sanitari devono confrontarsi tra loro per conoscere i bisogni reali di questa fascia di età, ed in particolare devono imparare ad aprire la comunicazione e l'ascolto in modo tale da ridurre al

minimo pregiudizi e preconcetti, qualora presenti, derivanti forse da alcune esperienze personali che a volte si è cercato di rimuovere in quanto percepite negativamente.

Devono poi imparare a distinguere il bisogno sessuale dal bisogno affettivo e le relative tendenze sessuali del soggetto; eliminare preconcetti, qualora presenti anche sulla masturbazione vista come dannosa; considerare la sessualità come un qualsiasi argomento di discussione e non sentirsi imbarazzati nell'affrontarlo; fornire per gradi informazioni necessarie e adeguate in base all'età; approfondire l'argomento attraverso la selezione di immagini o film, aprendo poi la discussione con gli adolescenti e favorendo la loro partecipazione attiva; infine rilevare periodicamente la qualità e la quantità di conoscenze apprese e se necessario ripetersi senza stancarsi di 'dire sempre le stesse cose'.

Detto ciò riteniamo necessario condividere e riassumere "i dieci comandamenti" derivanti da i due testi sopra citati (con esplicita modificazione personale sulla contraccezione) per un colloquio *naturale* con i ragazzi:

- I. La facoltà, il vostro corpo appartengono solo a voi e il modo in cui scegliete di usarlo, o meno, diventa una parte personale di ognuno.
- II. Se qualcuno cerca di manipolarvi sessualmente o percepite questa sensazione non ha rispetto né di voi né di sé.
- III. Ogni forma di comportamento sessuale che coinvolge voi e/o un'altra persona è un'espressione di intimità. Non è necessario esternare ad altri le vostre esperienze ed abilità al riguardo, fatelo solo se ritenete che questo possa aumentare le vostre conoscenze e ridurre i dubbi.
- IV. La scelta di esprimere la propria sessualità e lasciare che una persona esplori il vostro corpo ed esplorare quello di un altro è un momento straordinario e ogni volta sarà diverso dalla precedente. Rimane il fatto che è una scelta consapevole da parte di entrambi.
- V. Prima di esplorare il corpo dell'altro, dedicate momenti e spazi per la conoscenza del proprio corpo, così facendo saprete cosa può piacervi e cosa no.
- VI. Confidatevi con la persona che ritenete più adeguata a voi stessi e quando credete di avere problemi o dubbi non esitate a chiedere aiuto, nessuno vi giudicherà per quello che avrete fatto perché anche gli adulti non lo dicono ma "lo fanno".
- VII. Evitare incongruenze tra le parole e i gesti perché possono creare chiusure ed evitamenti inutili.
- VIII. Ricordarsi che un po' di teoria prima di iniziare la pratica è necessaria per non incorrere in spiacevoli situazioni o visite mediche, come per esempio gravidanze indesiderate e malattie sessualmente trasmissibili.
- IX. Indossare un preservativo è un atto di intelligenza, maturità e dimostra che avete rispetto per voi e per l'altro. Chi non lo usa si espone a rischi che potrebbero modificare la propria vita sessuale. Per questo è necessario conoscere prima di passare alla pratica.

- X. Imparare a indossare un preservativo potrebbe non essere così semplice le prime volte. NB: all'interno della scatola c'è scritto come si fa, ma se avete ancora dubbi chiedete alla persona che ritenete sia il vostro punto di riferimento!

4. Giovani e HIV. Indagine conoscitiva tra gli adolescenti fiorentini e le loro famiglie

4.1 Formulazione del problema di ricerca

L'evoluzione della società, dei mezzi di informazione e di comunicazione ha portato negli adolescenti e nella popolazione in generale, molte più possibilità per l'espressione della propria immagine, dei consumi e dei bisogni personali rispetto alle generazioni precedenti.

Vista la complessità, quantità e qualità di stimoli che l'ambiente offre si è andata sempre più riducendo l'età della prima esperienza sessuale (15,6 anni in media) notoriamente accompagnata da una assenza di informazione ed educazione sessuale nelle scuole e poco dialogo nelle famiglie su questo argomento. Ciò ha promosso un'errata capacità di valutazione dei metodi contraccettivi efficaci e tra i giovani si assiste ad una riduzione dell'utilizzo del preservativo, infatti come dichiarato dall'ultima indagine della SIGO del 2010, solo il 57% del campione studiato lo indossa (31).

Per coloro che usano la contraccezione, questa viene percepita soltanto come meccanismo di interruzione di gravidanza. Infatti il pensiero di poter contrarre MTS durante l'adolescenza è proiettato sempre verso l'altro.

Nel 2009 è stato evidenziato (29) che, la principale fonte di informazione su HIV è Internet e il 94% dichiara di non aver ricevuto nessuna indicazione su educazione sessuale da esperti. In realtà il 58,9% ne parla con amici e scuola, mass media 21,5%, famiglia 16%, ginecologo 2%, consultori giovanili 1,25%. La contraccezione utilizzata dall'85% dei sessualmente attivi è il preservativo, il 21,5% non utilizza nessuna contraccezione, il 24% preferisce coito interrotto e il 10% metodi naturali. La pillola anticoncezionale è utilizzata solo dal 31% delle ragazze sessualmente attive, quasi il 20% ha usato pillola contraccettiva di emergenza e il 3,8% a 16 anni ha abortito. Mentre l'ultima ricerca ci mostra che nel 2010 (30) l'utilizzo del preservativo è presente solo nel 55% del campione osservato, i corsi di educazione sessuale scolastici sono stati istituiti solo per il 30% e meno del 30% ne ha parlato in famiglia. Le fonti confidenziali di discussione sono per l'89% amici, e il restante 11% del campione non ne ha mai parlato con nessuno perché considera l'argomento un taboo.

Mentre la sola conoscenza dei contraccettivi è più alta, rispettivamente 97% per il preservativo, 84% la pillola, 69% IUD e 50% il diaframma.

Possiamo osservare una discrepanza tra la conoscenza e il reale utilizzo dei contraccettivi, probabilmente dovuta ad un elevato costo dei preservativi come dichiarato dal 40% del campione, all'imbarazzo nell'acquistarli e alle situazioni inaspettate in cui non disponevano del preservativo stesso. Anche nelle ragazze la prima visita ginecologica è spesso posticipata per l'imbarazzo o per la paura di essere giudicate sessualmente attive.

Vogliamo a tal proposito riportare alcuni dati su AIDS in Toscana: al 2009 sono circa 1420 i soggetti che convivono con questa malattia e di questi 98 sono stati diagnosticati nell'ultimo anno. In Italia al 2009 si stimano tra 3500 e 4300 nuovi casi di HIV e in totale nel Mondo sono 33,3 milioni i sieropositivi; si è evidenziato inoltre un cambiamento delle fasce di popolazione a rischio (da tossicodipendenti e omosessuali a eterosessuali) e della modalità di trasmissione dato che ad oggi la via sessuale è la più frequente.

Il nostro interesse per questo argomento di tesi è nato dalla constatazione che, nonostante le nuove diagnosi di HIV nella fascia di popolazione giovane adulta siano in aumento, si riesce difficilmente a sensibilizzare l'opinione pubblica. Infatti tra la popolazione si riscontrano scarsa consapevolezza ed errate informazioni ricevute e trattenute su HIV e sessualità, assenza di percorsi scolastici sull'educazione all'affettività, presenza costante, illusoria nei mass media e nell'informazione di messaggi subliminali sull'essenziale necessità di essere esteticamente 'perfetti' per sentirsi accettati nella società di oggi, carenza di colloqui tra genitori e figli su questo argomento, l'alta probabilità che la famiglia abbia scarse informazioni con l'eventuale necessità di aumentare le conoscenze nei genitori prima ancora che nei figli.

Vogliamo perciò dare il nostro contributo nell'individuazione delle reali necessità dei cittadini, andando a sondare sia il livello di conoscenza del virus HIV con particolare riguardo ai fattori di rischio e prevenzione che i comportamenti sessuali adottati.

Il nostro obiettivo principale è stato quindi l'accertamento sulle quantità e qualità delle fonti di informazione sull'educazione all'affettività, sulla contraccezione e sul grado di confidenza familiare su tale argomento, in un gruppo di adolescenti fiorentini e nei rispettivi genitori.

A tal proposito sono stati elaborati due questionari, uno per i genitori e uno per gli studenti, destinati ad un campione estratto da alcune scuole superiori della città di Firenze.

4.2 Obiettivi della ricerca

Gli obiettivi specifici dell'indagine prefissati sono stati la:

- valutazione delle reali conoscenze scientifiche in relazione alle caratteristiche e infezione da HIV,
- verifica delle conoscenze e i reali comportamenti adottati finalizzati alla prevenzione del rischio di contagio da HIV,
- verifica degli atteggiamenti verso i sieropositivi ed eventuale conoscenza di essi,
- valutazione delle fonti di informazione principali su HIV, dell'esistenza del test HIV e dell'autopercezione del rischio di infezione,
- verifica della partecipazione a corsi di educazione sessuale, delle reazioni alla proposta di tale progetto nelle scuole e a quale età dovrebbe essere istituito,

- analisi delle fonti di informazione ed educazione alla sessualità e grado di dialogo in famiglia sull'argomento,
- valutazione delle conoscenze e reale utilizzo di metodi contraccettivi,
- stabilire se il campione è a conoscenza delle possibilità offerte dal SSN (consultori giovanili)
- analisi della percezione da parte del campione sulla qualità e quantità di informazioni ricevute sulla sessualità.

4.3 Popolazione di riferimento, criteri di inclusione, esclusione e tempi.

La popolazione di riferimento è costituita da 300 studenti tra il primo e il secondo anno delle scuole superiori dell'area centro di Firenze ed i relativi genitori anche in caso di monogenitorialità.

La motivazione della scelta di questa fascia di età del campione è stata conseguente alle evidenze emerse nelle precedenti ricerche, dove si riscontra che l'età del primo rapporto sessuale o dell'avvicinamento a tale tema da parte dei giovani si è notevolmente abbassata.

Per motivi di tempo e di difficoltà ad avere la presenza dell'insegnante di sostegno durante la somministrazione del test, sono stati esclusi gli studenti con handicap fisici e mentali.

I tempi da noi proposti alle scuole per la somministrazione del test è stato dicembre 2010 - gennaio 2011.

4.4 Pianificazione del percorso di ricerca

Nel novembre 2010 sono state contattate telefonicamente, con eventuale successivo colloquio per la presentazione dello studio, 8 scuole superiori dell'area centro di Firenze.

Dopo numerosi tentativi (telefonici, e-mail, fax) e lunghe attese per avere conferma o meno per la presentazione dello studio, solo un istituto ha aderito all'indagine e si è dimostrato sensibile e interessato al progetto, l'istituto Alberghiero A. Saffi di Firenze.

Gli istituti che a metà gennaio 2011 non hanno risposto o hanno rimandato periodicamente l'adesione all'indagine sono state invitate a darne una motivazione.

Le sintetiche e artificiose giustificazioni che hanno fornito i vari dirigenti scolastici, o i loro delegati, sono state le seguenti: l'argomento del test era ritenuto troppo "delicato, sensibile e precoce" per dei ragazzi di 14 anni, altri erano disinteressati a partecipare, altri ancora hanno

dichiarato che “al carico di lavoro degli studenti non poteva essere aggiunto altro materiale”, ritardando così la nostra possibilità di analisi dei dati e risultati.

Le fasi di attuazione per la raccolta dei dati sono state:

1. presa di contatto con il Dirigente scolastico dell'istituto, in sua mancanza con il vice preside, tra dicembre 2010 e gennaio 2011,
2. identificazione della data per la distribuzione dei questionari,
3. somministrazione del questionario agli studenti nei giorni 14 e 15 febbraio 2011.

Per i ritardi tempistici e le difficoltà dichiarate dalle scuole nell'organizzare logisticamente l'incontro con i genitori, a questi ultimi non è stato possibile somministrare il test.

Le domande relative alla frequenza e apertura al dialogo su sessualità e contraccezione sono state poste indirettamente ai ragazzi utilizzando un linguaggio adeguato e appropriato all'età.

Il preside e i docenti dell'Istituto Alberghiero Saffi ci hanno lasciato inoltre autonomi nella distribuzione e spiegazione di tale studio dopo l'ufficializzazione tramite circolare interna.

4.5 Materiali e metodi

Al campione sono state spiegate le finalità dello studio al fine di renderli partecipi per una visione quanto più possibile reale del problema.

È stato chiesto loro di rispondere liberamente in quanto il questionario anonimo, non sarebbe stato sottoposto a giudizio né scolastico né morale; inoltre è stato fatto notare ai ragazzi che poteva essere il loro primo punto di partenza per parlarne a scuola e in famiglia, per sciogliere dubbi e incertezze, qualora lo ritenevano opportuno.

Il questionario (in allegato n°3) è stato strutturato interamente a domande chiuse o scelta multipla per una veloce compilazione e facilità di analisi dei dati.

Dopo la consultazione e l'autorizzazione all'utilizzo del questionario del progetto di tesi di Luca Pietrini, attuale relatore di questo elaborato, il test è stato modificato e integrato con i nostri obiettivi di ricerca.

Le sezioni del test e le relative domande sono così ripartite:

- conoscenze medico-scientifiche su HIV: domanda 1, 2, 3, 5, 6, 13,
- percezione del rischio HIV e fonti di informazione: domanda 4, 10, 12, 7, 17, 21,
- comportamenti e atteggiamenti verso i sieropositivi: domanda 8 e 11,
- comportamenti personali e collettivi ritenuti a rischio HIV: domanda 5, 9, 12, 14, 15, 16,
- livello di informazioni culturali e le relative modalità di accesso alle cure mediche: domanda 18, 19, 20, 22, 23, 39, 40, 41, 42,

- fonti di informazione relative all'educazione sessuale, comunicazione familiare su MTS ed emozioni suscitate di fronte all'argomento sessualità: domanda 24, 25, 26, 27, 28, 44, 45,
- comportamenti e auto percezione del rischio nelle esperienze sessuali o relazioni di coppia: domanda 29, 30, 31, 32, 33, 43,
- conoscenze generali su anticoncezionali femminili: domanda 34, 35,
- valutazione dell'opinione degli intervistati sull'istituzione e contenuti di un ipotetico corso di educazione alla sessualità: domanda 36, 37, 38.

Gli ulteriori materiali resi necessari per completare ed esporre lo studio sono stati:

- grafici,
- tabelle,
- fogli di calcolo excel.

Siamo consapevoli che il test utilizzato per questa nostra indagine non può sostituirsi alla validità più specifica e veritiera di uno o più colloqui verbali con gli adolescenti.

Il questionario può essere considerato il punto di partenza per una visione globale di questo campione, oltrechè uno spunto per far riflettere e uno stimolo a informarsi su tale argomento sia per i professionisti a contatto con gli adolescenti che per i giovani stessi.

4.6 Analisi dei dati

L'indagine ha coinvolto le classi: classi 1^a A, 1^a D, 1^a E, 1^a H, 2^a A, 2^a D, 2^a F, 2^a H per un totale di 190 studenti, ma nelle giornate di distribuzione del questionario erano presenti nelle aule soltanto 160 di loro. Del totale 9 questionari non erano conformi per l'analisi dei dati in quanto alcuni di questi non erano completi nella sezione relativa al riconoscimento del campione (sesso ed età) ed altri di difficile interpretazione (dichiarazioni incongruenti e incomplete per la maggior parte delle risposte).

Il campione è rappresentato dal 57,7% da ragazzi e 42,3% da ragazze; il 32,7% dichiarano l'età di 14 anni, il 34,6% 15 anni, il 23,9% 16 anni, il 7,55% 17 anni e il restante 1,25% tra i 18 e 19 anni.

Il numero di studenti tra il primo e il secondo anno scolastico si equivalgono, infatti il 49,65% frequenta il primo anno e il 50,35% il secondo.

4.6.1 Sezione conoscenze medico-scientifiche

Come premessa alla lettura dei dati vogliamo condividere con i lettori di questo elaborato le seguenti domande che ci sono state poste dagli studenti qualche secondo dopo la spiegazione e la distribuzione del questionario: “Che cos’è HIV?”... “Cosa significa sieropositivo?”... “Che cos’è il periodo finestra?”... “Che cos’è il rapporto sessuale oro-genitale?”... “Cosa sono le trasfusioni e gli emoderivati?” (n.d.r. altri della classe a tale domanda rispondono al loro compagno dicendogli in tono scherzoso che “EMO” è una moda nell’abbigliamento e di personalità “emotiva” dei giovani di oggi)... “Cosa sono le secrezioni vaginali?”... “Cosa sono le escort?”.

Analizzando le singole risposte, alla domanda 1 “cosa colpisce il virus HIV” gli studenti rispondono per il 36,42% il sistema immunitario, per il 19,87% l’apparato circolatorio, per il 32,45% l’apparato genitale e il 11,26% non dichiara risposta (fig 4.6.1).

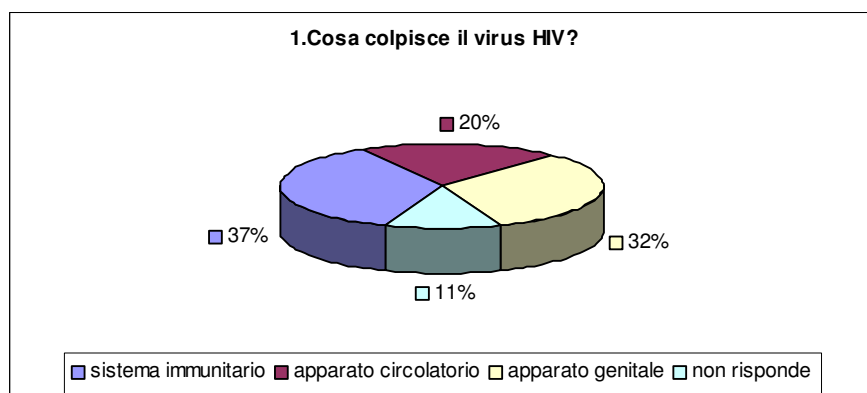


Fig. 4.6.1

Solo il 22,52% degli intervistati risponde correttamente alla domanda “a quale temperatura il virus HIV può essere distrutto”, mentre il 36,42% risponde 100°C, il 25,17% dichiara oltre i 100°C e il restante 15,89% non risponde.

Le risposte alla domanda 3 “quanto può resistere il virus HIV fuori dall’organismo” sono per lo più distribuite come per la domanda precedente: solo il 24,5% risponde correttamente dichiarando “non più di un’ora”, il 39,07% è convinto che HIV resiste 12 ore, quasi il 20% invece risponde “due giorni” e il 17,22% non dichiara risposta.

La successiva domanda riguarda i liquidi biologici potenzialmente a rischio HIV e nella fig. 4.6.2 sono evidenziate le risposte fornite.

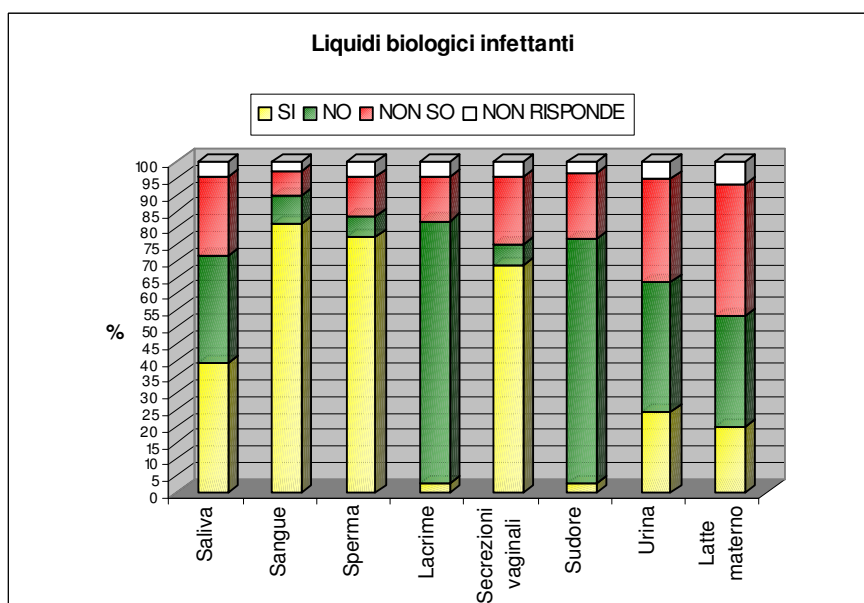


Fig. 4.6.2

Da tale figura leggiamo che la maggioranza del campione riconosce il sangue, lo sperma e le secrezioni vaginali come fonte di rischio, mentre si evidenzia una carente e spesso errata informazione sugli altri liquidi biologici infettanti.

Vogliamo focalizzare l'attenzione sulla saliva che risulta infettante per il 39% e quasi il 24% risponde "non so"; l'urina è un liquido biologico rischioso per il 24,5% e il 31,1% risponde "non so"; anche per il latte materno sussistono errate conoscenze dove il 33,7% lo definisce non a rischio e quasi il 40% non sa rispondere. In generale il campione lascia incomplete tra il 3% e il 6,5% le risposte a questa domanda.

Mentre le dichiarazioni alla domanda 5 sui comportamenti o situazioni a rischio (vedi fig.4.6.3) ci fanno tornare culturalmente indietro nel tempo, in quanto il nostro campione considera rischioso: le trasfusioni di emocomponenti (83,4%), frequentare omosessuali (30%), vivere con una persona sieropositiva (50%), essere punti dalle zanzare (35%), frequentare tossicodipendenti (60,9%), usare piatti e posate in comune (35,7%), convinzioni risalenti alla metà degli anni '90.

Per quanto riguarda i rapporti sessuali vaginali protetti l'87,4% del campione afferma positivamente "non rischio" in coerenza con il 90% che dichiara il rapporto sessuale vaginale senza preservativo a rischio di trasmissione da HIV; quasi l'80% del campione è d'accordo nel dichiarare che l'utilizzo di lamette e aghi in comune rappresenti un comportamento a rischio, mentre abbracciarsi non è considerato un comportamento a rischio. Il rapporto sessuale orale per il 25,8% del campione non rappresenta invece un comportamento rischioso.

Inoltre un 31,7% è erroneamente convinto che i rapporti sessuali anali senza preservativo non siano una condizione a rischio.

Vogliamo porre l'attenzione su quanto siano confuse ed errate le convinzioni che la sola frequentazione di eterosessuali e omosessuali sia rispettivamente per il 32,4% e il 30,4% del campione un comportamento a rischio.

I rapporti sessuali con escort sono considerati a rischio per il 76,1% del campione e lo stesso per la condizione di sieropositività della donna in gravidanza con il 70%. Ancora oggi il 24,5% dichiara che scambiarsi vestiti e intimo sia una condizione a rischio.

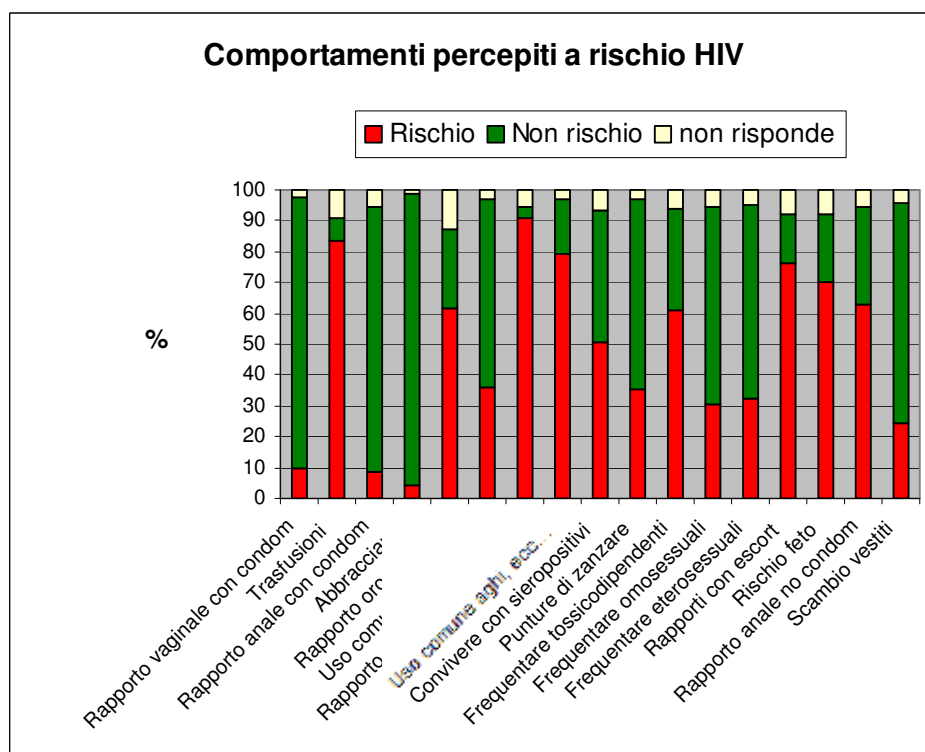


Fig.4.6.3

Andando avanti con le domande ci siamo accorti che le conoscenze sono realmente basse e la risposta “non so” e “non risponde” è frequentemente indicata.

Al quesito 13 “che cos’è il periodo finestra” (fig.4.6.4) solo il 38% degli intervistati risponde correttamente e il 20% non si espone lasciando vuota la domanda.

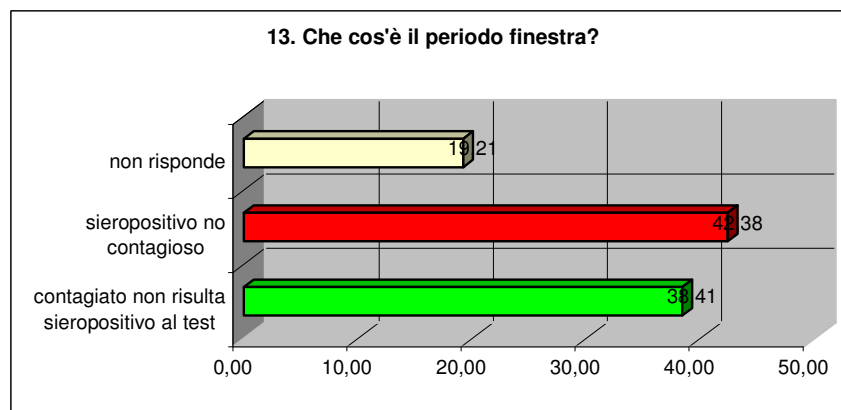


Fig.4.6.4

4.6.2 Sezione percezione del rischio HIV e fonti di informazione

La domanda 4 “dall’infezione HIV si guarisce” (fig 4.6.5) abbiamo deciso di inserirla in questo raggruppamento di obiettivi in quanto abbiamo riscontrato un’elevata percentuale di intervistati, il 37%, che dichiara che ci sia una cura eradicante il virus HIV o percepisce questa infezione curabile e quasi il 10% del campione non si esprime in merito.

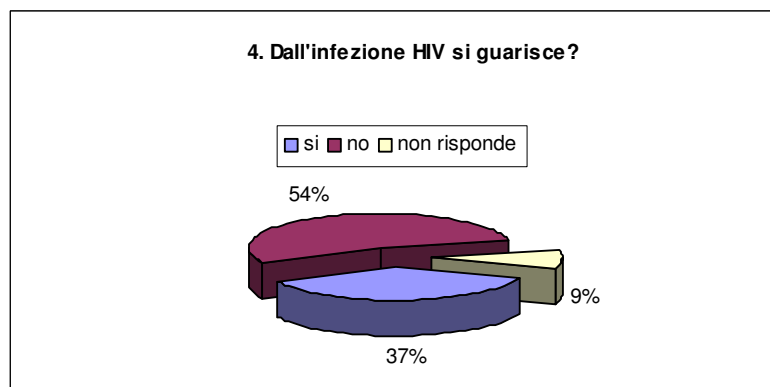


Fig. 4.6.5

Alla domanda 7 sulla prevenzione del rischio HIV in relazione alla frequenza di utilizzo del preservativo, l’84% del campione dichiara “sempre”, un 7,2% “qualche volta”, il 6,6% afferma “solo con partner occasionali” e quasi il 2% si astiene dal rispondere.

Nella domanda 12 (fig 4.6.6) “quando fare il test HIV” l’83,44% ha dichiarato la condizione di “se ha avuto rapporti sessuali a rischio” in concordanza con le precedenti domande sui rapporti sessuali non protetti, il 7,95% dichiara “se un soggetto ha toccato sangue”, il 4% circa non risponde e il 4,64% dichiara “altro” e un intervistato specifica “se contatto con omosessuale”.

Dai dati emersi appare una buona conoscenza del preservativo come mezzo di prevenzione da HIV da parte degli studenti che riconoscono l'utilità del test HIV qualora una persona abbia avuto rapporti sessuali a rischio.

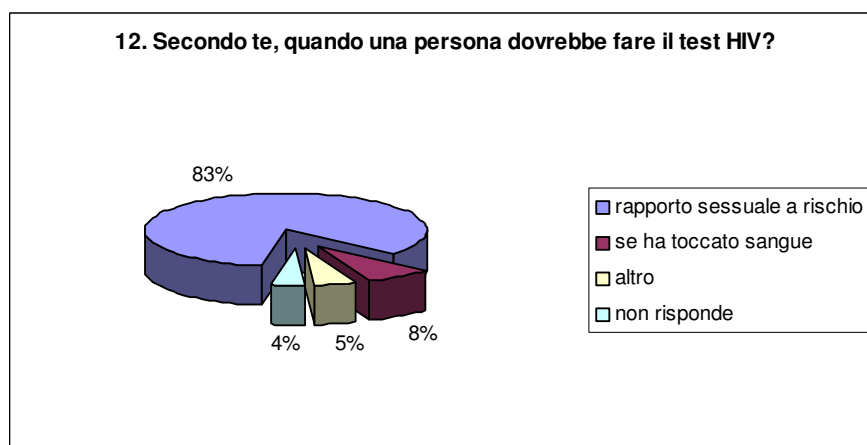


Fig. 4.6.6

Abbiamo inoltre chiesto come giudicano le loro conoscenze in merito ad HIV: il 23,18% del campione le dichiara insufficienti, il 42,38% sufficienti, il 25,17% discrete, il 4,64% buone, soltanto un intervistato dichiara ottime e quasi il 4% non risponde.

Per quel che riguarda la propria percezione del rischio HIV abbiamo riscontrato che solo il 3,31% ha dichiarato di essersi sottoposto al test HIV e nonostante il 39% sia sessualmente attivo, di essi solo 26 studenti hanno utilizzato sempre il preservativo.

Le fonti di principale informazione su HIV sono state (fig 4.6.7) per il 27,9% del campione Tv e giornali, il 18,97% scuola e libri, il 17,34% famiglia, l'11,92% internet, l'8,67% medici e per il 15,18% amici.

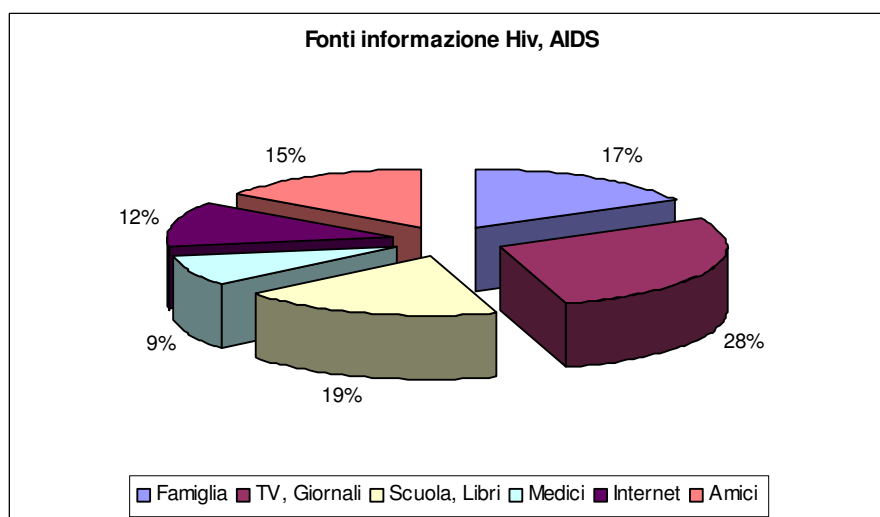


Fig. 4.6.7

Durante la fase di progettazione di questo elaborato abbiamo deciso di descrivere la quantità e la qualità di informazione da parte della stampa nazionale e locale nella settimana cruciale per la giornata mondiale contro l'AIDS; dal 26 novembre al 2 dicembre 2010 abbiamo quindi acquistato giornalmente quattro quotidiani (due nazionali e due locali) per valutare il grado di informazione e partecipazione prevista per il primo dicembre. La scelta dei quotidiani si è basata sulla loro rilevanza di distribuzione.

Dei quotidiani acquistati: "La Repubblica", "Il Corriere della Sera", "La Nazione di Firenze", "Il nuovo corriere di Firenze", soltanto il 30 Novembre 2010 su "La Repubblica" nella sezione "Salute la Medicina" nelle pagine 49 e 50 viene riportato un dettagliato schema riassuntivo, in cui vengono trattati temi quali la prevenzione, la dimensione mondiale della malattia, i vaccini sperimentali, la ricerca e la riduzione dell'utilizzo del condom tra i teenager.

A tal proposito riportiamo una tabella riassuntiva (tabella 4.6.1) per mostrarvi "l'effetto vuoto" che i giornali italiani hanno lasciato nelle nostre menti riguardo a questo tema, mentre invece si è largamente occupata di Wikileaks, Riforma Gelmini, voto di fiducia al Governo, l'emergenza rifiuti a Napoli e altri temi di attualità, come se si fossero dimenticati dell'emergenza sociale e politica che i governi internazionali si sono presi con l'istituzione del "Global Fund" nel luglio 2001 durante il G8 per la ricerca, cura e prevenzione della malaria, tubercolosi e AIDS.

Tabella riassuntiva sulla quantità di articoli pubblicati dalla stampa italiana nella settimana precedente il primo dicembre:

	26/11/10	27/11/10	28/11/10	29/11/10	30/11/10	1/12/10	2/12/10
"La Repubblica"					1		
"Il Corriere della Sera"							
"La Nazione FI"							
"Il Nuovo Corriere di Firenze"							

Tabella 4.6.1

4.6.3 Sezione comportamenti e atteggiamenti verso i sieropositivi

Nonostante l'iniziale domanda "cosa significa sieropositivo?" da parte degli intervistati, al quesito numero 8 sulla frequentazione di amici con diagnosi di HIV, gli studenti sulla carta si dimostrano sensibili; infatti il 39,7% del campione dichiara di volerlo aiutare, il 27,3% non cambierebbe atteggiamento, il 12,8% combatterebbe gli atteggiamenti discriminatori verso i

sieropositivi ma allo stesso tempo un 10% del campione non mangerebbe al tavolo con lui come misura preventiva, il 7,2% eviterebbe di frequentarlo e il 2,8% non lo inviterebbe a casa propria.

Il 90% degli intervistati inoltre afferma di non aver mai conosciuto una persona sieropositiva.

4.6.4 Sezione comportamenti personali e collettivi ritenuti a rischio HIV

Per la propria salute gli studenti desiderano una protezione efficace contro HIV e alla domanda 9 “se il tuo partner dice di essere sieronegativo ti basta per sentirti tranquillo e non usare il preservativo” il 77,5% dichiara di non esserlo e vuole che il proprio partner utilizzi il condom, per quasi il 20% invece la fiducia riposta nel proprio partner scavalca il rischio biologico e afferma di sentirsi tranquillo a non utilizzarlo.

L'analisi dei reali comportamenti personali per la prevenzione del rischio HIV dimostrano quanto segue: alla domanda 14 “pensi di avere comportamenti adeguati ad evitare il rischio di contagio HIV” il 69,5% risponde “sì”; i mezzi indicati per prevenire il contagio (domanda15) sono l'utilizzo del preservativo in ogni rapporto sessuale per il 66% dei casi, evitare ogni contatto con il sangue per il 12,7% e la fedeltà dichiarata da entrambi i partner per il 12,7%. Il restante 24,5% che risponde “no” al quesito in questione, motiva la scelta (domanda 16) per il fatto di non avere rapporti sessuali per il 48,5%, perché conosce bene il partner e ripone fiducia in esso per il 28,57%, mentre per il 22,8% risulta essere una situazione che non lo riguarda né lo può intaccare.

4.6.5 Sezione livello di informazioni culturali e le relative modalità di accesso alle cure mediche

Sono state poste 9 domande sulla conoscenza culturale per la diagnosi di infezione da HIV, sulla modalità di cura e accesso ai servizi sanitari sia in relazione all'aspetto informativo che di consulenza per visite specialistiche.

La domanda 18 chiedeva ai partecipanti l'indagine se per il test HIV fosse necessaria la prescrizione medica: il 52,3% del campione risponde “sì”, il 39% “no” e la restante parte non risponde (fig.4.6.8).

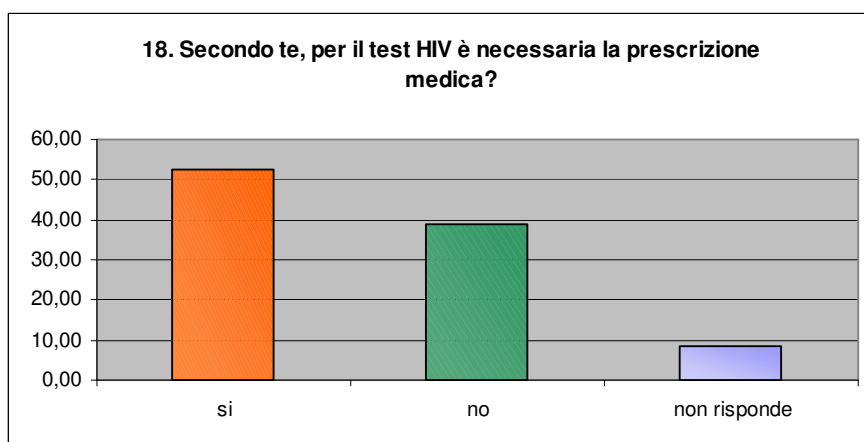


Fig. 4.6.8

Alla domanda successiva sulla gratuità del test HIV il 58,9% del campione definisce il test gratuito, il 35,1% crede sia un'indagine diagnostica a pagamento e il 6% non risponde.

Viste le continue ricerche sul vaccino contro HIV, abbiamo voluto indagare il loro grado di informazione e all'interrogativo "se esiste un vaccino contro HIV oggi" (fig.4.6.9) riscontriamo un 23,2% di risposte affermative, il 62% dichiara che non esiste ma ne ha sentito parlare, il 6,6% pari a 10 intervistati risponde che non esisterà mai un vaccino contro HIV dimostrandosi poco fiducioso verso i ricercatori e 12 studenti si astengono dal rispondere.

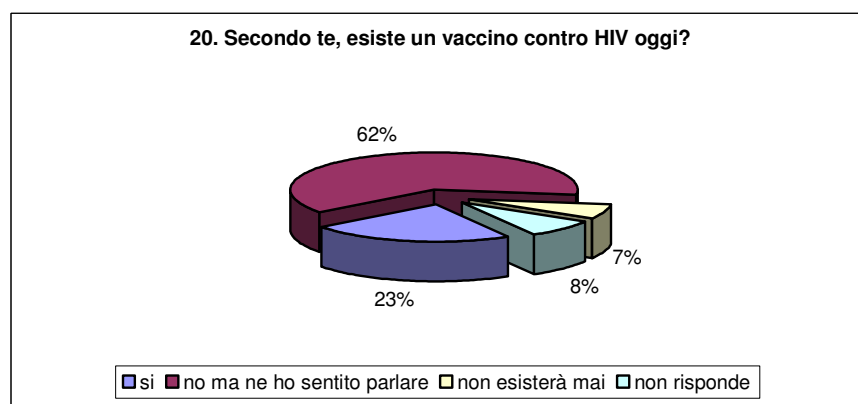


Fig.4.6.9

In riferimento all'assenza dell'obbligo da parte degli istituti scolastici di creare un corso di educazione sessuale (o all'affettività) abbiamo chiesto (domanda 22) se ne avessero mai frequentato uno e il 51,6% risponde affermativamente, il 45,3% risponde no e il 3,3% non risponde.

Prima di rispondere alla domanda 23 che chiedeva loro di indicare il luogo in cui avevano svolto tale corso, molti di essi ci hanno chiesto se una lezione di educazione sessuale svolta dal

professore di religione potesse essere considerata valida; lasciando liberi gli studenti di esprimersi secondo le proprie facoltà, il 90,6% risponde “a scuola” e il restante 9,33% ha affermato “altro” appuntando, singolarmente, a lato della domanda le seguenti sedi: “in parrocchia”... “dalle cugine”... “incontri con altre persone”... “Escort”... “al consultorio”.

Durante la campagna informativo-promozionale per la giornata mondiale contro l'HIV promossa dal comune di Firenze, sono stati affissi alcuni cartelloni pubblicitari su sfondo viola che citavano “l'AIDS c'è, non abbassare la guardia” rappresentando una “donna-fumetto” in nero in cui si vedeva soltanto il volto del teschio (vedi fotografia in immagini).

Ai ragazzi è stato chiesto se avessero visto tale messaggio (domanda 39) e che reazione avesse loro suscitato (domanda 40): molti degli studenti di questo istituto sono pendolari provenienti da comuni limitrofi, ma nonostante ciò il 37,7% (57 studenti) ha affermato di aver visto i cartelloni e le loro reazioni sono state per il 49% “interesse/curiosità” verso la pubblicità, il 43,6% è rimasto “indifferente” e il restante 7,2% ha avuto “paura” dell'immagine impressa sul manifesto.

Dalle ricerche che abbiamo consultato per elaborare questa tesi si evince quanto siano poco conosciuti i “consultori giovanili”, luoghi istituiti per i giovani e meno giovani dove poter andare liberamente e senza necessità di prescrizione medica, per avere informazioni e consulenze specialistiche sulla gravidanza, sessualità e malattie ad essa correlate; ci siamo quindi domandati quale fosse il grado di conoscenza di queste strutture da parte del nostro campione di riferimento: del 23% di coloro che sono a conoscenza dei consultori giovanili solo 7 intervistati hanno usufruito di questo servizio (fig. 4.6.10).

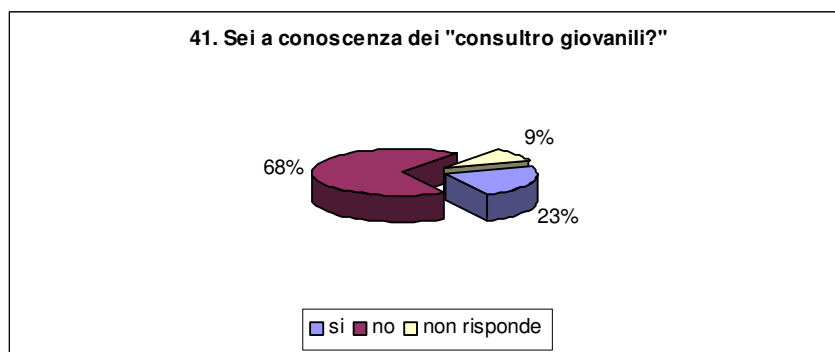


Fig. 4.6.10

4.6.6 Sezione fonti di informazione relative all'educazione sessuale, comunicazione familiare su MTS ed emozioni suscitate di fronte all'argomento sessualità

Alla domanda 24 "in famiglia, i tuoi genitori ti hanno mai parlato di sessualità e malattie sessualmente trasmissibili" il 58,2% del campione ha risposto affermativamente, il 38,4% non ha mai ricevuto informazioni dai genitori e il 3,3% non risponde.

Dei ragazzi che hanno ricevuto informazioni sulla sessualità e MTS da parte dei genitori, alla domanda successiva che sonda le modalità di interazione genitore-figlio, il 37,1% ha visto i genitori "tranquilli di fronte al dialogo", il 26,8% ha vissuto il dialogo come "un'informazione da memorizzare", il 14,4% li ha visti "vicini e sensibili", l'11,3% ha notato che i genitori erano "imbarazzati più di me" e il 10,3% "rigidi e chiari" (fig.4.6.11).

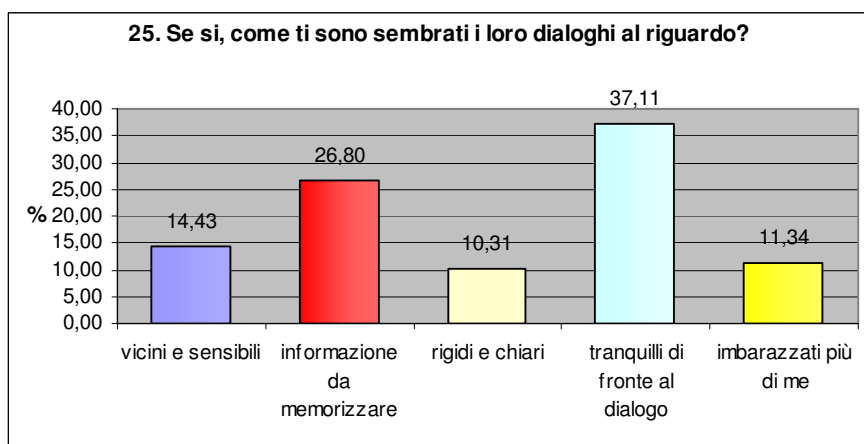


Fig 4.6.11

Invertendo le figure che prendono iniziativa al dialogo sul tema sessualità, possiamo affermare che gli adolescenti sono più timidi o comunque restii in tale "passo", infatti solo il 33% di loro si è sentito libero ed ha chiesto consigli ai genitori, ritenendo le loro risposte utili per il 63,2%, sufficienti per il 16,3%, esaustive per il 14,2% e veloci e poco chiare per il 6,1%.

Andando a quantificare i dati della domanda 28 relativa alle fonti di informazione sulla sessualità (fig. 4.6.12) si può affermare che, come si evidenzia nella letteratura in merito, anche per questo campione prevalgono gli "amici" per il 28%, seguono i "genitori" con il 20%, "giornali e tv" per il 15,2%, "internet" con quasi l'11%, il 9% non ha avuto esitazioni nel dichiarare la fonte di informazione "siti pornografici" e "medici" e "libri" sono stati indicati entrambi dall'8%. In questa domanda erano contemplate un massimo di tre risposte.

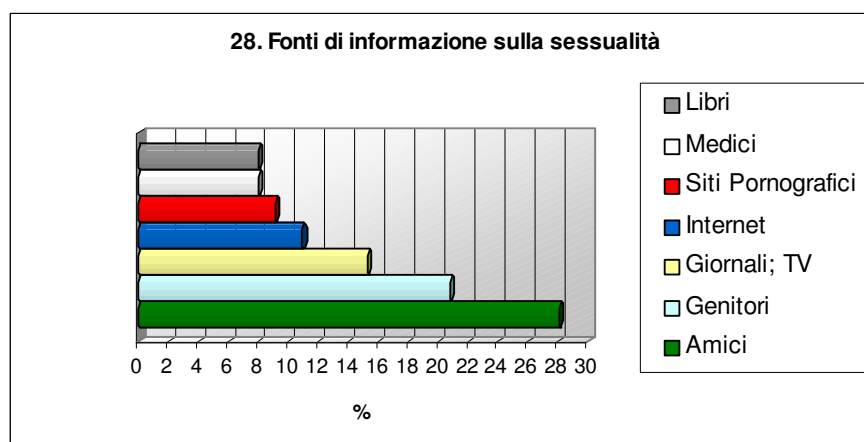


Fig.4.6.12

Visto la delicatezza dell'argomento affrontato non abbiamo voluto lasciare la ricerca con un essenziale aspetto tecnico-scientifico, pertanto ci siamo domandati quale sarebbe stato il vissuto emotivo di fronte al dialogo con i genitori in circostanze confidenziali ed empatiche; il 30% dei ragazzi ha risposto che accetterebbe i loro consigli, il 20% rimarrebbe comunque imbarazzato, il 15% sa che potrebbe contare su di loro se avesse dubbi, il 13% sarebbe a proprio agio a porre successive domande sull'argomento, l'8% non chiederebbe altre spiegazioni, un 6% dichiara di averne già parlato con i genitori ed è stato un momento costruttivo per lui, infine l'8% sa che i propri genitori non farebbero mai una cosa simile (fig.4.6.13).

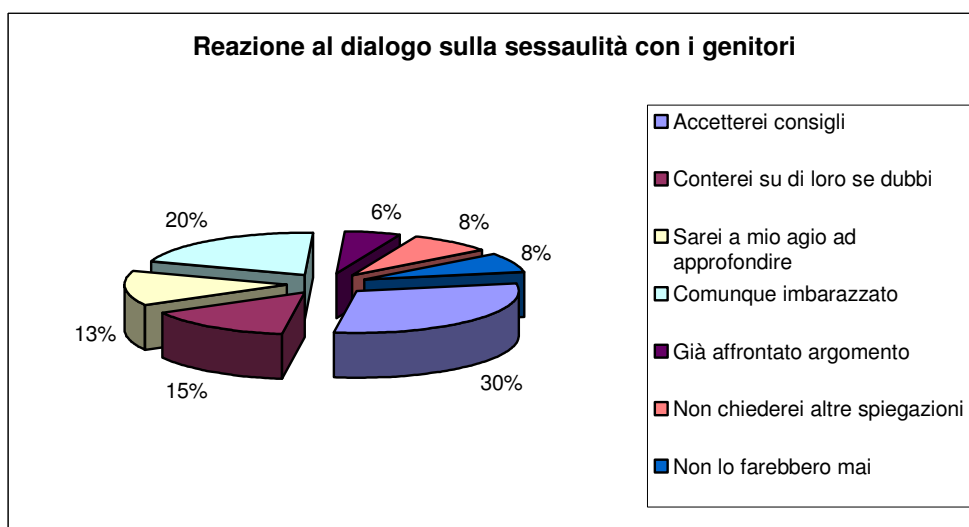


Fig.4.6.13

Per questa domanda sono state lasciate alcune righe disponibili per le eventuali osservazioni personali, delle quali ne riportiamo alcune più significative: ♀ 15 anni: *“Vorrei che i miei genitori ne parlassero con me”*, ♂ *“siamo spontanei, non ci vergogniamo di questo argomento!”*, ♀ *“tornerei da loro per altre spiegazioni”*.

Infine le emozioni che hanno vissuto gli adolescenti durante la compilazione del test (domanda 45, fig. 4.6.14) sono state per il 40% “interesse e curiosità”, per il 26% “indifferenza”, 16% “liberazione”, un altro 16% “imbarazzo” e solo per l’1% “ansia”.

Anche per questa domanda abbiamo voluto sondare cosa ne pensavano gli studenti con le loro parole ed una ragazza ha riportato *“non basta un test per giudicare le conoscenze”*, un ragazzo invece ha dimostrato intelligenza e orgoglio dichiarando *“secondo me, visto che sono gay, conviene sempre usare il preservativo”*, un’altra ragazza invece *“imbarazzo assurdo!!”*

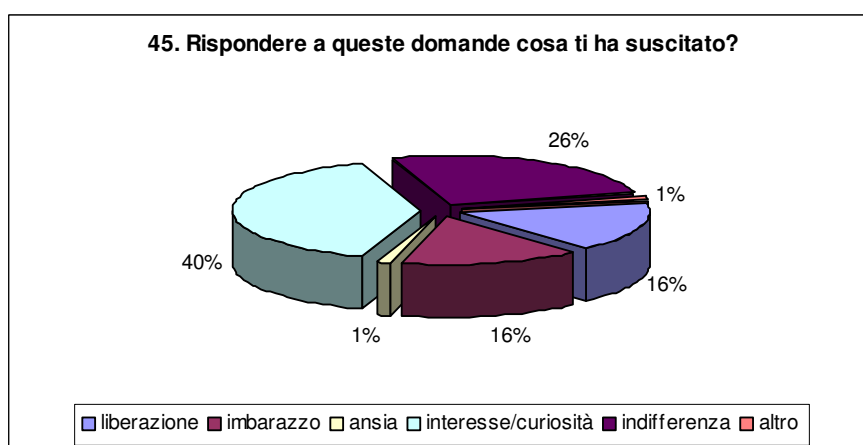


Fig. 4.6.14

4.6.7 Sezione comportamenti e auto percezione del rischio nelle esperienze sessuali o relazioni di coppia

Per conoscere i reali comportamenti sul rischio biologico da HIV è stato necessario sottoporre agli studenti alcune domande *intime* sulle loro abitudini alla contraccezione ma, durante la somministrazione del test è stato più volte espresso da parte nostra la non obbligatorietà a rispondere a tali domande, qualora non percepissero il bisogno di condividere con noi, nonostante l’anonimato, una parte della loro vita privata.

A dispetto delle nostre precedenti affermazioni alla domanda 29 “hai già avuto la tua prima esperienza sessuale?” solo il 3,9% del campione ha deciso di non rispondere, pertanto la collaborazione è stata per la maggioranza positiva e l’anonimato del test ha fatto sì che il 39% rispondesse “sì” e il restante 56,9% dichiarasse “no” (fig. 4.6.15).

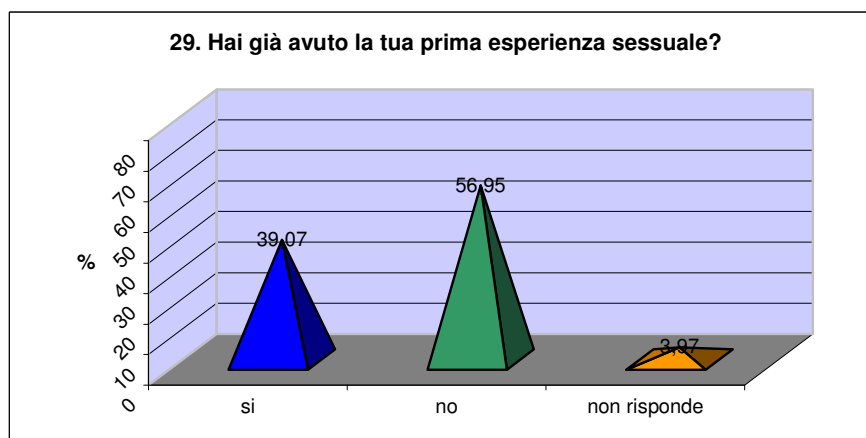


Fig. 4.6.15

Coloro che hanno risposto “si” al quesito 29, sono stati invitati a rispondere alla successiva domanda “se sì, hai avuto un atteggiamento adeguato a prevenire il rischio di contagio” ed il 73,3% ha risposto “sì”, il restante “no”.

Abbiamo a tal proposito riassunto in una tabella (tab.4.6.2) le relative percentuali per genere ed età del primo rapporto sessuale; questa ci mostra che la maggioranza del campione sessualmente attivo ha avuto un'esperienza sessuale prima dei 15 anni.

TABELLA 4.6.2 RIASSUNTIVA DEGLI ADOLESCENTI SESSUALMENTE ATTIVI PER ETÀ E GENERE:

ETÀ E GENERE	TOTALE PER ETÀ E GENERE	%
14 M	7	11,86%
14 F	3	5,08%
15 M	10	16,94%
15 F	12	20,33%
16 M	11	18,64%
16 F	6	10,16%
17 M	6	10,16%
17 F	3	5,08%
18 M	/	/
18 F	/	/
19 M	/	/
19 F	1	1,69%
TOTALE	59	100%

L'ampia indagine regionale pubblicata nel novembre 2008 da A.R.S Toscana, l'Agenzia Regionale Sanità Toscana (56), su vari comportamenti a rischio negli adolescenti, ci mostra dei dati leggermente diversi rispetto alla nostra indagine. Infatti, se per l'indagine EDIT i quattordicenni sessualmente attivi sono il 21,2%, nel nostro caso sono il 16,94%, mentre invece aumenta la percentuale dei quindicenni 37,27% rispetto al 22.7% del 2008. L'indagine EDIT aveva rilevato una percentuale di sedicenni sessualmente attivi del 25,2%, mentre noi abbiamo registrato un leggero aumento pari al 28,8%.

Sappiamo bene di non poter paragonare i nostri dati con le indagini internazionali ma possiamo affermare che anche il campione da noi studiato rispecchia la media nazionale, dove è stato dimostrato che la maggioranza degli adolescenti ha il primo rapporto sessuale intorno ai 15 anni.

La domanda 31 prevedeva la dichiarazione del tipo di contraccettivo utilizzato e nella maggioranza dei casi, 42 studenti, è stato utilizzato il preservativo, 7 invece hanno utilizzato la pillola anticoncezionale, 2 il coito interrotto e una ragazza soltanto ha dichiarato "altro" specificando l'utilizzo dell'anello vaginale (fig. 4.6.16).

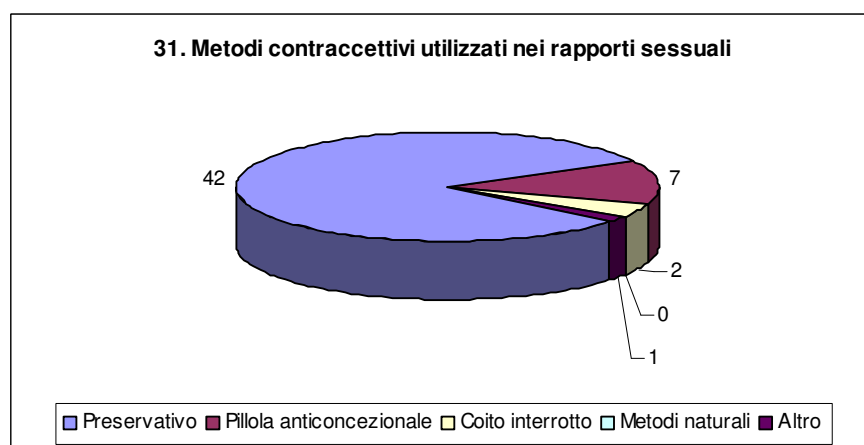


Fig. 4.6.16

Coloro invece che hanno risposto "no" alla domanda 30 hanno motivato la domanda 32 con le seguenti affermazioni: 5 studenti riponevano nel partner "fiducia e fedeltà dichiarata", 4 invece "non volevano ostacoli al piacere", 1 non ne era a conoscenza, 4 studenti si sono trovati in una "occasione inaspettata e non avevano con sé il preservativo", mentre 3 soggetti hanno espresso "altro" e soltanto una ragazza ha motivato scrivendo "so che il mio partner non ha questa malattia" (fig.4.6.17).

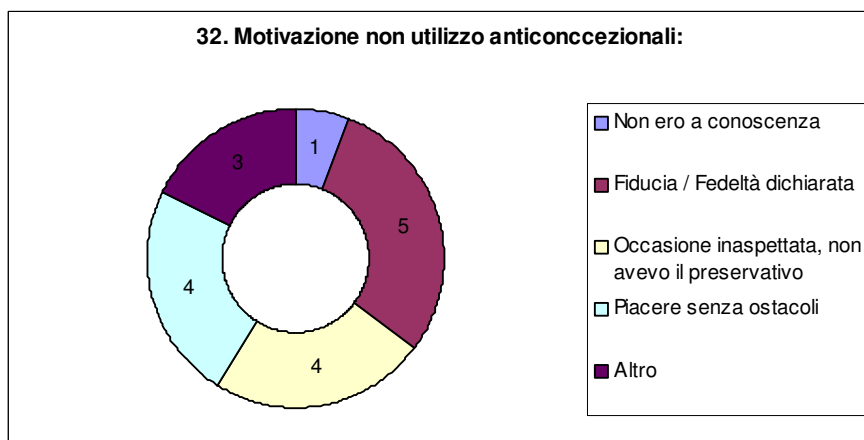


Fig.4.6.17

Degli studenti sessualmente attivi (39%) la frequenza dell'utilizzo del preservativo durante i rapporti sessuali (domanda 33, fig. 4.6.18) è stata eterogenea infatti solo 26 adolescenti hanno affermato di averlo utilizzato "sempre", 17 "spesso", 8 "qualche volta" e altri 8 "mai".

Incrociando i dati della risposta alla domanda 15 con le risposte alla domanda 33 ci siamo accorti che, di coloro che avevano dichiarato di proteggersi da HIV utilizzando sempre il preservativo per un totale di 72, soltanto 32 hanno realmente dichiarato di aver già avuto un'esperienza sessuale, pertanto si dimostra un'incongruenza tra le dichiarazioni fatte ma probabilmente le risposte sono state date in visione del futuro.

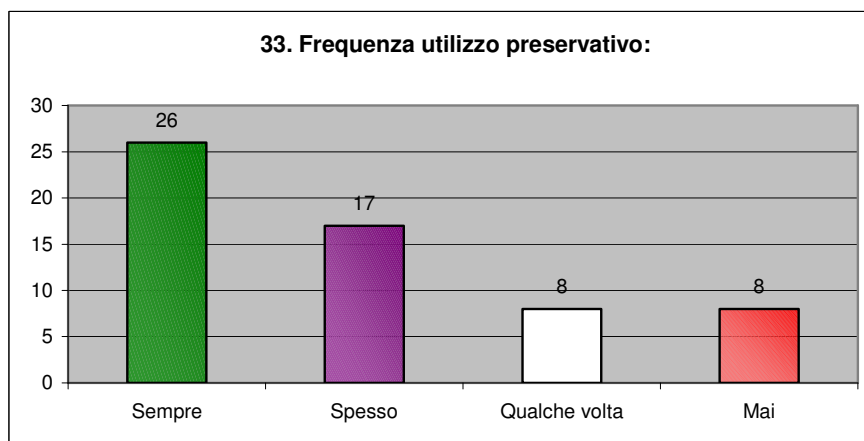


Fig. 4.6.18

Per quanto riguarda l'autovalutazione delle conoscenze sulla sessualità da parte degli studenti (domanda 43) si nota che il 33,7% le definisce "discrete", il 27,8% "buone", il 17,2% "sufficienti", il 13,2% "ottime", il 3,3% "insufficienti" e un 4,4% non risponde al quesito.

4.6.8 Sezione conoscenze generali su anticoncezionali femminili

Per valenza scientifica, l'uso commerciale di tale farmaco e il dibattito sostenuto dagli obiettori di coscienza e dal clero, le due domande proposte agli studenti sugli anticoncezionali femminili si sono concentrate sulla pillola anticoncezionale e la contraccezione di emergenza.

Alla domanda 34 “secondo te che cos'è la pillola del giorno dopo” il 41% ha risposto “una pillola assunta dopo il rapporto sessuale non protetto che “non fa rimanere incinta”, il 17% non risponde, il 13% crede sia una pillola prescritta dal medico di famiglia routinariamente, l'11% afferma “una pillola anticoncezionale prescritta dal ginecologo” e infine soltanto il 18% risponde correttamente (fig. 4.6.19).

Non possiamo affermare con certezza se gli studenti si siano lasciati condizionare dalle virgolette utilizzate sia nella domanda che in una delle risposte, risultata poi con la percentuale più alta di risposta, oppure se il campione davvero non conosce la contraccezione di emergenza.

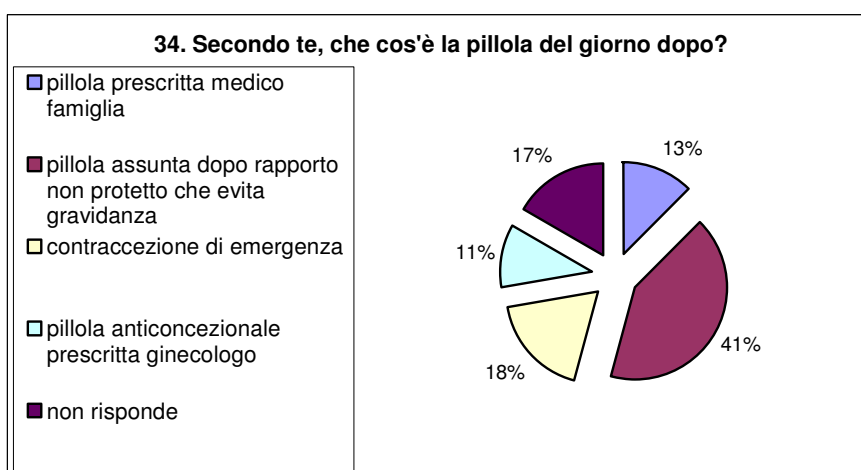


Fig. 4.6.19

Per quel che riguarda la pillola anticoncezionale regolarmente assunta da milioni di donne nel mondo, il 72,8% del nostro campione ha dimostrato di sapere che questa non protegge da MTS (domanda 35) e solo il 9,2% non risponde alla domanda.

4.6.9 Sezione valutazione dell'opinione degli intervistati sull'istituzione e i contenuti di un ipotetico corso di educazione alla sessualità

Vista l'attuale assenza di una legge che assicuri l'istituzione di un corso all'educazione alla sessualità, le domande poste agli studenti per questo argomento nascono dalla necessità di conoscere se siano favorevoli all'educazione sessuale (domanda 36), l'età a cui dovrebbe essere iniziato un corso (domanda 37) e il suo contenuto (domanda 38) in modo tale da lasciarli liberi di scegliere.

Gli studenti per il 68,2% parteciperebbero ad un corso di educazione sessuale se la scuola lo proponesse, quasi il 6% non risponde e il restante non parteciperebbe.

Nonostante tutto il 48,3% degli intervistati vorrebbe che il corso fosse rivolto ai ragazzi "tra i 13 e i 15 anni", il 27,8% "tra i 15 e i 17", il 15,2% "tra gli 11 e i 13" e il restante in parte non risponde e una minima percentuale, intorno al 2%, dichiara "oltre i 20".

Gli argomenti del corso da noi proposti sono stati così indicati in ordine di importanza dagli studenti: educazione e rischio biologico del rapporto sessuale, anatomia e fisiologia dell'apparato genitale maschile e femminile, metodi contraccettivi, educazione che aiuti le persone a scegliere esperienze sessuali giuste, rapporti di coppia.

Infine nei giorni 15 e 16 marzo 2011 abbiamo contattato telefonicamente 10 istituti scolastici superiori chiedendo loro se nell'istituto era previsto un corso di educazione alla sessualità e affettività.

Le sedi contattate si sono dimostrate disponibili e tre di loro hanno confermato per l'anno scolastico 2010/2011 la presenza di corsi di educazione sessuale e all'affettività nelle proprie classi.

4.7 Interpretazione e discussione dei risultati

In base ai dati descritti possiamo affermare che il campione in generale ha una scarsa conoscenza scientifica sul virus HIV, infatti alla domanda 1 "cosa colpisce il virus HIV" solo il 38% risponde correttamente e nonostante ciò hanno l'idea che il virus sia resistente al di fuori del suo habitat naturale.

In una ricerca del 1997 il campione esaminato in assenza di corsi educativi ha dichiarato l'eziopatogenesi di HIV correttamente per il 67% degli intervistati, mentre nella stessa indagine al post test le risposte esatte arrivano al 90% ed oltre.

Nelle successive domande sui liquidi biologici potenzialmente infettanti vengono inquadrati correttamente il sangue, lo sperma e le secrezioni vaginali, ma la saliva e l'urina sono

considerati contagiosi per una discreta parte del campione e oltretutto appare forte la propensione a rispondere “non so” a queste domande.

Più del 60% non sa cosa sia il “periodo finestra HIV”; nella domanda sui comportamenti ritenuti a rischio i ragazzi rispondono correttamente sullo scambio di aghi e lamette così come il rapporto sessuale vaginale non protetto è una potenziale fonte di HIV.

Purtroppo come già dichiarato da Zani Bruna nella sua indagine del 2000 “L’HIV NON VA A SCUOLA” su studenti di Bologna, i dati preoccupanti si riconfermano anche per il nostro campione, dove l’errata informazione e la convinzione che le emotrasfusioni, frequentare tossicodipendenti, frequentare omosessuali, vivere con una persona sieropositiva, utilizzare piatti e posate comuni e le punture di zanzare siano condizioni rischiose o vettori per HIV.

Il 30% circa del campione dichiara il rapporto sessuale anale non protetto non rischioso, non sapendo forse che le mucose anali sono più fragili e soggette più spesso ad infiammazione e per questo ancora più suscettibili a infezioni; il 25% dichiara il rapporto sessuale oro-genitale non a rischio, dove spesso questo è uno dei primi approcci al rapporto sessuale completo o comunque una forma di esplorazione del corpo dell’altro.

Con grande “novità” frequentare eterosessuali è considerato un comportamento a rischio come è successo per gli omosessuali e i tossicodipendenti negli anni ottanta, quando venivano etichettati come “untori” dal resto della comunità.

Anche se il campione fosse aggiornato sulle nuove incidenze di HIV negli eterosessuali, il generale pensiero che la sola *frequentazione* di un essere umano, al di là del suo orientamento sessuale, non può essere considerato un comportamento a rischio. Pertanto rinnoviamo la necessità di fare campagne informativo-educative su tutta la popolazione.

Nonostante le non conoscenze del virus HIV da parte del nostro campione quest’ultimo sa, probabilmente per logica, che l’utilizzo del preservativo previene il rischio di HIV.

Degli adolescenti sessualmente attivi, che costituiscono il 39% del campione, soltanto tre soggetti hanno eseguito il test HIV, sebbene solo 26 di loro hanno utilizzato sempre il preservativo: ciò dimostra quanto sia considerata poco probabile la possibilità di infezione da HIV oltretutto un’eventuale gravidanza indesiderata.

Nei confronti dei sieropositivi gli studenti si dimostrano sensibili e presenti anche se sussistono percentuali che non mangerebbero con loro o non li inviterebbero a casa propria, forse per una scarsa conoscenza delle vie di trasmissione del virus HIV, associata ad una incompleta capacità di senso critico considerata “tuttavia normale” vista l’età del campione. Ciò non ci invita in ogni caso a non promuovere negli adolescenti questa parte dell’intelletto importante per la vita adulta.

Una testimonianza personale da parte di un sieropositivo dopo il questionario forse avrebbe generato consapevolezza verso questa malattia e soprattutto verso i sieropositivi.

La maggioranza del campione non è sessualmente attiva e quaranta di essi alla domanda 15 rispondono di volersi proteggere sempre con il preservativo nei rapporti sessuali, probabilmente in visione del proprio futuro. Ci auguriamo che questo dato propositivo venga mantenuto nella realtà dei fatti di fronte ad un’esperienza sessuale.

Il 26,6% che invece ha dichiarato di non aver avuto un atteggiamento adeguato a prevenire il rischio di contagio, sembra rispecchiare un 'modello di gioventù a rischio' dove la fiducia, la fedeltà o le occasioni inaspettate oltrepassano il pensiero razionale e si lasciano travolgere dalle emozioni, senza considerare il rischio biologico che un rapporto sessuale può contenere.

Coloro invece che hanno dichiarato di non volere ostacoli al piacere durante il rapporto sessuale ci fanno riflettere su quanto si possano sentire irresponsabilmente immuni dal correre tale pericolo e la loro ignoranza sull'argomento può essere considerata un fattore di rischio modificabile, in modo tale che li porti a riflettere sulla 'scelta giusta da fare'.

Scarse anche le informazioni per la modalità di accesso alle cure, infatti metà dei ragazzi ritiene necessaria la prescrizione medica per il test HIV e che lo stesso sia a pagamento.

Quando poi diminuisce il livello di informazione e prevenzione delle campagne pubblicitarie ministeriali succede che il 23,2% dichiara l'esistenza di un vaccino contro HIV.

Nel 2009 una ricerca pubblicata sull' 'European Journal of Contraception and Reproductive Health Care' ha evidenziato che la fonte di informazione "consultori giovanili" sia pari al 2% circa, mentre nel nostro caso il campione che ne conosce l'esistenza è il 23%, di cui il 17% (7 ragazzi) ha avuto informazioni presso questa struttura.

La risposta sulla contraccezione ormonale d'emergenza distribuita in ospedale è positiva solo per il 17,8% del campione e le elevate percentuali di risposta sono invece attribuite alla "pillola assunta dopo il rapporto sessuale non protetto che non fa rimanere incinta", seguita dalla "pillola prescritta dal medico di famiglia". Sempre nell'indagine del 2009 le intervistate che avevano utilizzato il contraccettivo d'emergenza erano circa il 20%.

Il 70% del campione ha ben presente l'impossibilità da parte della pillola ormonale anticoncezionale di proteggere dalle MTS.

L'ultima ricerca del 2010, utilizzata come bibliografia per la nostra tesi, testimoniava il dialogo in famiglia sulla sessualità e MTS inferiore al 30% del campione intervistato, mentre il nostro campione dichiara di aver ricevuto informazioni dai genitori per il 58% circa e che una parte, il 37%, siano state utili e soprattutto ha visto i genitori tranquilli di fronte al dialogo, il 26% ha invece vissuto il dialogo come un'informazione da dover memorizzare.

Rimane presente il dato 'timidezza' da parte degli adolescenti che non prendono l'iniziativa nel parlare di questo argomento, aspettando perciò nella maggioranza dei casi che siano gli adulti, in generale, ad iniziare a parlare di un tema così delicato.

Vista la complessità, l'iniziale imbarazzo, l'ansia che può generare un argomento simile e la paura di sentirsi giudicati sessualmente attivi, crediamo sia "fisiologico" a 14-15 anni aspettare le indicazioni degli adulti, ma nel frattempo i giovani si organizzano per parlarne tra amici e alcuni hanno anche le prime esperienze sessuali senza sapere troppe cose al riguardo.

Data la scarsa conoscenza del virus e l'inaspettata elevata percentuale di intervistati che ha avuto modo di parlarne in famiglia ci chiediamo quale informazione sia stata trasmessa dai genitori ai figli. Sfortunatamente per ritardi di adesione da parte delle scuole non è stato possibile raggiungere il nostro primo obiettivo di indagine che era quello di intervistare gli educatori primari di questo campione.

Nonostante che il 37,2% abbia già avuto la prima esperienza sessuale a 15 anni, l'argomento MTS, sessualità e HIV hanno generato per molti di loro "liberazione", "interesse/curiosità".

Questo dimostra quanto gli adolescenti vogliano aumentare le loro conoscenze sul funzionamento del proprio corpo, per potere gestire al meglio le situazioni che andando avanti nella vita gli si proporranno.

La volontà di seguire un corso di educazione alla sessualità è stata manifestata per la maggioranza di loro cioè il 68%, sebbene il 51% abbia già preso parte a tali iniziative organizzate soprattutto a scuola, visto inoltre che il 33,7% ha giudicato le proprie conoscenze sulla sessualità "discrete" e il 27,8% "buone". La maggioranza di loro vorrebbe che il corso di educazione sessuale fosse istituito tra i 13 e i 15 anni.

Anche in un'indagine del 2000 dell'Istituto Superiore di Sanità, il 95% degli adolescenti aveva dichiarato di voler partecipare a tali corsi, di cui il 58% avrebbe preferito iniziare alle scuole medie e sulla rivista "Mondo Sanitario" del 2003 gli studenti partecipanti lo studio avevano dichiarato, per l'82%, la sessualità come parte integrante della propria persona.

L'altra cosa importante è che attraverso il trasferimento di conoscenza tecnica, ma anche intellettuale, diamo ai futuri cittadini la possibilità di scegliere in autonomia cosa sentano sia più giusto per loro.

4.8 Conclusioni

Alla luce dei dati emersi possiamo affermare che, quanto ipotizzato negli obiettivi di tesi è stato raggiunto per la quasi totalità, ad eccezione delle interviste ai genitori degli studenti. Siamo inoltre a ri-puntualizzare il fenomeno ormai conosciuto e descritto in letteratura da molti, cioè la discrepanza tra le conoscenze acquisite e i comportamenti realmente adottati a prevenire il rischio di contagio HIV.

Il nostro campione ha mostrato una conoscenza un po' più scarsa rispetto ad altre ricerche e alle nostre aspettative, pertanto siamo a confermare la necessità di corsi di educazione sessuale multidisciplinari nelle scuole, in cui l'aspetto della conoscenza scientifica riguardo le MTS non venga separato dalla componente cognitivo-emotiva dell'adolescente; volontà dichiarata anche dal 70% del campione da noi intervistato.

Per avere una conoscenza generale, omogenea e distribuita su tutto il paese è necessaria la partecipazione e la volontà degli organi superiori dello Stato Italiano, in quanto la frammentaria e locale informazione "a zone" che viene fatta nelle scuole (spesso è istituita solo quando sono disponibili fondi economici), non è sufficiente a coprire le esigenze di tutti i giovani cittadini in prossimo futuro, forse genitori.

Questo sarebbe possibile se lo Stato Italiano non solo proponesse (dal 1975) leggi sulla obbligatorietà dell'educazione alla sessualità, all'affettività nelle scuole, ma che queste venissero approvate e di conseguenza avvenisse l'istituzione di tali corsi come già accade ormai da oltre venti anni nel resto della maggioranza degli stati europei.

Lo stato si definisce democratico quando fornisce ai cittadini la possibilità di scegliere tra le proposte che la scienza e l'etica, in questo caso, possono offrirci, in rispetto del principio di autodeterminazione e all'articolo 32 della costituzione italiana:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”

Concordiamo con le dichiarazioni di Chiara Mezzalama, psicoterapeuta dell'infanzia, apparse in un'intervista il 12 gennaio (60) dove riferendosi agli adolescenti dichiara:

“in quest'età si gioca con il rischio, con la morte, con la voglia di sentirsi grandi, e c'è quindi una voglia di azzardo impossibile da controllare [...] nelle scuole stesse non è facile fare educazione sessuale, anche per la diffidenza delle famiglie, che non voglio parlare di questi temi ma non si fidano degli estranei. Così ai giovanissimi non resta che la Rete. E il rischio qui è grande. Perché questa generazione è ormai abituata ai rapporti virtuali, disincarnati, senza fisicità, e quando invece i ragazzi si trovano nell'incontro sono del tutto impreparati agli ostacoli della realtà, al passaggio del corpo. Se poi consideriamo che l'accesso alla pubertà avviene sempre prima, è evidente come questa precocità altro non sia che una grande fragilità. L'educazione sessuale invece può aiutare a rimettere insieme il corpo e le emozioni, portare alla conoscenza di sé. Ma ci vorrebbero luoghi, scuole, consultori, invece manca tutto...”

Educare significa implementare le conoscenze su un certo argomento, non stabilire regole e modelli di comportamento, infatti solo quando le conoscenze entreranno a fare parte della cultura vista come miglioramento delle relazioni con sé stessi e con gli altri, avremo insegnato ai cittadini a considerare la salute come una risorsa fondamentale per l'acquisizione di consapevolezza delle proprie azioni.

L'educazione alla sessualità dovrà diventare una tema “fisiologico”, concetto che per definizione già lo è, diventando così una realtà accessibile e piacevole per coloro che ne vorranno parlare.

In assenza di ricerche che dimostrino lo studio delle conoscenze dei genitori riguardo le MTS, l'obiettivo principale a cui dobbiamo tendere è iniziare indagini che prevedano come campione di riferimento loro stessi.

Successivamente in base alla qualità e quantità di conoscenze dimostrate, iniziare percorsi di educazione alla salute rivolti alle due fasce generazionali differenti: genitori e figli.

Per noi sanitari educare ed entrare nelle famiglie non sarà un compito facile ma questo può diventare un obiettivo reale se, in tutte le parti coinvolte, organizzazione politica, organizzazione socio-sanità e famiglia, si manifesti la volontà di voler cambiare in prospettiva di un futuro con più capacità critica verso il rischio biologico e le gravidanze indesiderate.

La nostra credibilità sarà giudicata in base alla nostra preparazione e alla capacità di mettersi alla prova su questo tema di prevenzione così spesso trattenuto e represso.

I docenti che affiancano nel percorso di crescita gli studenti ogni giorno nelle scuole sono invitati a riflettere su quanto possa essere importante anche il loro contributo su questo tema e non ostacolarne il dialogo come ci hanno dimostrato alcuni istituti non partecipanti l'indagine dichiarando l'argomento "troppo precoce e sensibile" per gli adolescenti.

Infine se per un certo periodo di tempo noi sanitari ci siamo in parte sostituiti nell'educazione alla salute dei giovani, dobbiamo cercare un'alleanza terapeutica con la famiglia allo scopo di farla diventare la principale protagonista, mentre l'infermiere venga visto come collaboratore, care giver, che affianca la comunità.

5. conclusioni generali

L'Organizzazione delle Nazioni Unite nel 2000 ha sottoscritto e firmato la campagna del millennio "NO EXCUSE 2015" (61) per il raggiungimento di otto obiettivi di tipo sociale, economico e di sviluppo in particolare per i paesi del terzo Mondo.

Tra questi obiettivi appare di nuovo l'AIDS, a conferma che tutt'oggi questa è una pandemia sociale e politica non più sottovalutabile. Per tutelare la propria salute e quella degli altri individui i paesi dell'ONU hanno identificato degli indicatori di risultato: di rilevante importanza sono l'accesso gratuito alle cure a tutti coloro che ne hanno bisogno entro il 2010 e la conoscenza corretta ed esaustiva dell'HIV tra i giovani nella fascia tra i 15 e 24 anni entro il 2015.

A tal proposito nel campione da noi intervistato appaiono errate informazioni sui comportamenti a rischio HIV, dove infatti dichiarano: il 25% il rapporto oro-genitale non a rischio, il 35% le punture di zanzara, il 30% frequentare omosessuali, il 32% frequentare eterosessuali, il 35 % frequentare tossicodipendenti, il 25% lo scambio di vestiti e intimo, il 50% convivere con una persona sieropositiva e l'83% l'utilizzo di emotrasfusioni un comportamento o una situazione a rischio HIV.

Parlando dell'Italia vogliamo ricordarci a tal proposito l'articolo 7 della Costituzione Italiana dove *"Lo Stato e la Chiesa cattolica sono, ciascuno nel proprio ordine, indipendenti e sovrani"* e l'articolo 33 *"L'arte e la scienza sono libere e libero ne è l'insegnamento. La Repubblica detta le norme generali sull'istruzione ed istituisce scuole statali per tutti gli ordini e gradi. Enti e privati hanno il diritto di istituire scuole ed istituti di educazione, senza oneri per lo Stato."*

I due articoli sopra citati affermano pertanto che se lo Stato volesse davvero prendersi cura della salute psico-sessuale dei cittadini ne avrebbe tutte le cognizioni per poterlo fare e noi professionisti sanitari saremo pronti a proporre percorsi di educazione alla salute su questo tema.

Il campione da noi sondato sarebbe favorevole all'introduzione di un corso di educazione all'affettività per il 70%, vista anche la scarsità di conoscenze in merito al virus HIV, dove solo il 38% di essi ha saputo rispondere correttamente alla "domanda cosa colpisce il virus HIV" (anche se il 90% di essi ha riferito di averne già preso parte ad alcune lezioni svolte a scuola).

Sebbene il 58% degli intervistati abbia avuto modo di parlare in famiglia di MTS e sessualità e ha ritenuto questa per il 26% un'informazione da memorizzare e per il 37% ha visto i genitori tranquilli di fronte al dialogo, ci siamo accorti che la preparazione su tale argomento in generale è scarsa; quindi, a conferma di quanto detto nell'introduzione, troviamo sia necessario valutare le competenze (o nozioni) nella figura educatrice 'genitori', campione di partenza della nostra indagine, dovuto poi abbandonare per i suddetti motivi.

Di rilevante importanza per la prevenzione del rischio biologico delle MTS è la promozione dell'utilizzo del preservativo ma è noto come ai vertici del clero non condividono tale cultura sull'educazione sessuale in quanto questa può costituire *"una minaccia alla libertà religiosa [...] trasmettono concezioni della persona e della vita presunte neutre, ma che in realtà riflettono un'antropologia contraria alla fede e alla retta ragione"* ha dichiarato il Pontefice Benedetto XVI il 10 gennaio 2011 (57).

Anche se il 20 e 21 novembre 2010 la Santa Sede aveva riflettuto osservando che “*Tuttavia, questo non è il modo vero e proprio per vincere l'infezione dell'HIV*” (58) ma “*vi possono essere singoli casi in cui l'utilizzo del preservativo può essere giustificato*” (59) (riferendosi alle prostitute che devono proteggere la loro salute e quella dei propri clienti), questa apertura verso l'utilizzo del profilattico per noi sanitari non può che esser considerata una chiarificazione sulla questione ampiamente dibattuta.

Sappiamo che il ruolo della Chiesa è di natura conservatrice ma ad oggi il preservativo è l'unico dispositivo di protezione individuale commerciale che ci offre, la possibilità di proteggerci dai rischi biologici sessualmente correlati anche in una coppia stabile.

Infatti degli adolescenti sessualmente attivi, pari al 39% del campione osservato, hanno dichiarato di aver usato sempre il preservativo solo 26 di loro; di coloro invece che non hanno utilizzato alcuna precauzione per il rischio biologico da HIV, hanno motivato tale scelta con “occasione inaspettata, non avevo con me il preservativo”, “mi fidavo del partner” ed “è stato un momento magico, non volevo ostacoli tra me e il mio partner”. Appare visibile quanto tra gli adolescenti ci sia una sottostima di tale rischio e alcuni non essendo a conoscenza delle vie di trasmissione del virus facciano probabilmente confusione dichiarando inoltre, per il 31,8% che la via sessuale anale in assenza di preservativo non sia una condizione di rischio HIV.

Da professionisti quali siamo dobbiamo considerare l'aspetto etico dell'uomo, mentre a quello morale, di natura soggettiva, non ci è richiesto di giudicare e rispondere.

Perciò, condividendo i modelli funzionali della salute di M.Gordon (cognitivo-percettivo, percezione e concetto di sé, ruoli e relazioni, sessualità) e i bisogni di salute dell'uomo proposti da Lynda J.Carpenito, siamo tenuti considerare il preservativo come il bene maggiore che la scienza può offrirci anche quando sarà disponibile un vaccino contro HIV, in quanto ci sono altre MTS che possono interferire con la nostra esistenza.

A proposito del vaccino contro HIV il 23% dei giovani da noi sondati, ha dichiarato ad oggi l'esistenza di questo e il 52% di loro crede sia necessaria la prescrizione medica per effettuare il test HIV in ospedale, oltretutto il 35% pensa sia un'indagine diagnostica a pagamento.

Anche se negli anni passati sono state fatte molte campagne educative e informative, probabilmente negli ultimi anni è si è abbassata la soglia di sensibilità anche da parte della società, della tv e delle scuole.

Ciò è dimostrabile anche attraverso la lettura dei dati da noi esaminati, dove il 20% del campione non sa definire la condizione di “periodo finestra” e il 42% di loro è convinto che tale periodo sia la fase in cui un soggetto sieropositivo non è contagioso.

Per il raggiungimento degli obiettivi mondiali è necessario inoltre far prendere visione ai mass media e alle aziende produttrici di preservativi l'importanza che loro stesse avrebbero durante uno spot televisivo, lanciando un messaggio protettivo come fanno altre aziende che promuovono i loro prodotti a scopo commerciale, inserendo in questo la prevenzione di altri fattori di rischio della salute (ad esempio l'importanza di una sana attività fisica o di una corretta alimentazione).

Pertanto è necessario ri-lanciare messaggi educativi e informativi su più fronti: tv, campagne pubblicitarie ministeriali, punti di informazione in tutte le città, educando in tal modo tutta la popolazione e non solo i giovani tra i 15 e i 24 anni.

Infine vogliamo ricordare ai governi aderenti il G8, tenutosi nel luglio del 2001 a Genova, in cui hanno sottoscritto le dichiarazioni per l'istituzione del Global Fund, il fondo per la lotta alla tubercolosi, malaria e AIDS, di non dimenticare l'impegno economico preso con istituzioni e ricercatori nella lotta alle suddette malattie.

Allegato 2.1: SINTESI DELLE RICERCHE UTILIZZATE COME BASE DEL NOSTRO STUDIO

Titolo e fonte della ricerca	Scopo ricerca/età/N.campione	Discussione dei risultati	Osservazioni
<p>"Aids e giovani: l'informazione è prevenzione". Bollettino per le farmacodipendenze e l'abolismo. 1987</p> <p>"Sex education in secondary schools: an Italian experience". Journal of Adolescent Health. 2000</p>	<p>Individuazione reale conoscenza su HIV con pre test, campagna educativo-informativa e post test su adolescenti tra 15-17 anni.</p> <p>Valutazione conoscenze, atteggiamenti, fonti: info con 3 test: pre, post e conferma, dopo 6 mesi dal corso di ed. sessuale. campione 376 studenti tra 14-21 anni.</p>	<p>Pre test: conoscenza etiopatogenesi (67,5%), rischi e prevenzione scarse (67,2%). Post test: 88,6% consapevole che da AIDS non si guarisce, modalità trasmissione HIV 98,8% conosciuta, 98,7% profilattico come prevenzione, 98% dichiara che vita sociale e familiare non rischia di trasmissione HIV.</p> <p>Pre Test: conoscenza generale contraccettivi tra 20% e 50%. Fonte info 69% amici, 53% riviste, 43% famiglia, 29% scuola. Post test: 79% corso ed. sessuale utile e 60% ha avuto miglioramenti nelle relazioni, risposte corrette tra 70 e 100%. 96% favorevole corso ed. sessuale a scuola (74% vorrebbe iniziarlo alle medie). gli studenti preferiscono corso tenuto da esperti con argomenti contraccettivi e interruzione di gravidanza.</p>	<p>Le conoscenze dopo campagna educativa sono aumentate notevolmente e con esse la consapevolezza.</p> <p>Gli studenti sono interessati e partecipano al corso. Le info, 6 mesi dopo il corso, sono trattate positivamente.</p> <p>91% concorda che informazione promuove consapevolezza (colma dubbi, 70% ritiene utile parlare con adulto di sex e MTS. La famiglia non è considerata fonte primaria. Conoscono abbastanza MTS ma per paura/preconcetti non usano contraccettivo. Il rischio di gravidanza è un evento considerato possibile solo per metà del campione.</p>
<p>"Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti". Istituto Superiore Sanità. 2000</p>	<p>Valutare conoscenze, attitudini e comportamenti sulla sessualità / MTS tra studenti di 14-15anni. 6532 STUDENTI, MA NON RAPPRESENTATIVI DELLA REALTA NAZIONALE.</p>	<p>95% ritiene necessaria ed. sessuale superiore, di cui 58% vorrebbe iniziare alle medie e il 23% elementari. 59% preferisce fonte informazione esperti. fonte info: 55% amici, scuola 33%, madre 76% delle ragazze. Argomenti interessanti: MTS e igiene 75%, sessualità e psiche 59%, anticoncezionali 52%. 56% mai partecipato corso ed. sex, di coloro che hanno partecipato ed. sex (83%) a scuola. Dialoghi famiglia evitati da 55%, ma di coloro che ne hanno parlato 34% soddisfatto, 53% accettabile, 13% sbrigliati. 54% afferma che esiste rischio gravidanza al primo rapporto, contraccettivi più conosciuti 80% condom e pillola, ma imbarazzo, paura di essere scoperti dai genitori e riduzione del piacere sono cause di non utilizzo. 45% dichiara rapporti sex incompleti, 18% rapporti completi, 36% non ha avuto rapporti. 11% sex attivi (frapp. completi, incompleti) non utilizza contraccettivi; 57% usa sempre preservativo e 32% talvolta. 98% conosce HIV e epatite come MTS. vie di trasmissione HIV conosciute per 90% ma il 76% crede che emotasfusioni è fattore di rischio HIV, il 15% insetti come vettori d HIV e 21% crede che toilette pubbliche siano rischio HIV.</p>	<p>La fonte famiglia è poco coinvolta o ritenuta imbarazzante/giudicante, le conoscenze su altri metodi anticoncezionali poco conosciuti. La percezione del proprio rischio infettivo è negata e proiettata verso l'altro. Ancora errate conoscenze su meccanismi di trasmissione HIV. i dialoghi su sessualità ritenuti poco importanti per la propria salute.</p>
<p>"L'HIV non va a scuola". Zani Bruna. 2000</p>	<p>Conoscenza e atteggiamenti su la percezione del rischio HIV + relativi comportamenti sessuali e precauzionali tra campione studenti e non (tot. 3000). 14-25 anni.</p>	<p>50% del totale convinto che HIV si trasmette con spazzolino da denti, toilette in comune, insetti. 50% indica rapporti oro-genitali non rischio HIV e convinzione che da AIDS si guarisce. Solo 4.5% dei non studenti indica via genitale come rischio HIV, in conflitto con il 95% che indica preservativo come prevenzione HIV. 90% sa che HIV colpisce sistema immunitario e che esiste test-Hiv. La pillola è conosciuta come via di contagio HIV dall'80% degli stud ma solo 60% dei non stud. 1/3 crede che un sieropositivo è visibile ad occhio nudo e HIV non intacca sistema immunitario. le fonti di info per i non stud. sono i mezzi di comunicazione di massa, tra pari (52%) argomento sessualità è utilizzato come larità e genitori sono percepiti come imbarazzanti; per gli stud le info sono: scuda 70%. La percezione del rischio è proiettata spesso sull'altro e il pensiero è successivo al rapporto sessuale. 50% tra i 14 e 18 anni è sessualmente attivo, di questi solo il 23% ha utilizzato 'sempre' il preservativo e il 17% dichiara di aver avuto rapporti sessuali con persone conosciute da poco. Di coloro (56) che hanno avuto rapporti con prostitute, solo il 77% ha utilizzato preservativo.</p>	<p>La fonte famiglia è poco coinvolta o ritenuta imbarazzante/giudicante, le conoscenze su altri metodi anticoncezionali poco conosciuti. La percezione del proprio rischio infettivo è negata e proiettata verso l'altro. Ancora errate conoscenze su meccanismi di trasmissione HIV. i dialoghi su sessualità ritenuti poco importanti per la propria salute.</p>

Allegato 2.2: SINTESI DELLE RICERCHE UTILIZZATE COME BASE DEL NOSTRO STUDIO.

Titolo e fonte della ricerca		Scopo ricerca/età/N. campione		Discussione dei risultati		Osservazioni	
<p>"Educare gli adolescenti ad una sessualità e responsabile". Mondo Sanitario. 2003</p>	<p>1. fonti info e qualità delle conoscenze sul proprio corpo, contraccezione e sessualità con pre test. 2. istruzione corso ed. sessuale 3. post test per valutare nozioni acquisite. (tot. 300 tra medie inferiori e superiori).</p>	<p>1. fonti info cercate sono: esperti 50%, 43% libri, 39% TV, 18% da pari. Nella realtà si confidano invece: 57% amici, 23% genitori, 14% fratelli, 10% partner. MTS conosciuta solo Epatite con 99% e sifilide con 35%. Per quel che riguarda educazione sessuale: 96% dichiara possibile la gravidanza al primo rapporto ma solo 50% lo considera come una probabilità di avvenimento personale. ritengono l'attività sessuale positiva per l'aspetto psicoemotivo e nel post test 82% considera la sessualità parte integrante della propria persona. La contraccezione è percepita come scelta di coppia dall'81% del campione. Post test: le fonti info cercate e aumentate sono 29% amici, esperti 54%, libri 45%; la TV e genitori sono scesi al 33% e 23%. Fonti di confidenza reali: 75% Amici, partner 17% e genitori con 28%.</p>	<p>Nei pre test le fonti di info cercate sono: esperti 50%, 43% libri, 39% TV, 18% da pari. Nella realtà si confidano invece: 57% amici, 23% genitori, 14% fratelli, 10% partner. MTS conosciuta solo Epatite con 99% e sifilide con 35%. Per quel che riguarda educazione sessuale: 96% dichiara possibile la gravidanza al primo rapporto ma solo 50% lo considera come una probabilità di avvenimento personale. ritengono l'attività sessuale positiva per l'aspetto psicoemotivo e nel post test 82% considera la sessualità parte integrante della propria persona. La contraccezione è percepita come scelta di coppia dall'81% del campione. Post test: le fonti info cercate e aumentate sono 29% amici, esperti 54%, libri 45%; la TV e genitori sono scesi al 33% e 23%. Fonti di confidenza reali: 75% Amici, partner 17% e genitori con 28%.</p>	<p>Dopo post test acquisizione consapevolezza di soddisfare e condividere bisogni comuni. La percezione del rischio è ancora bassa sia gravidanza che MTS. NO dati HIV/AIDS. La famiglia come fonte di info è citata solo da 1/5 del campione.</p>			
<p>Report "Health Behaviour School-aged Children". OMS FOR EUROPE. 2005</p>	<p>Individuare comportamenti e conoscenze su contraccezione e Educazione sessuale. Età 15 anni.</p>	<p>Prima esperienza sessuale a 15 anni: 22% ragazze e 27% ragazzi. L'Italia non ha fornito dati circa: - l'utilizzo e le conoscenze dei contraccettivi orali per le ragazze - la frequenza e l'utilizzo, o meno, dei preservativi nei ragazzi. Unica nota 'favorevole' è che sono le ragazze a chiedere al proprio partner di indossare il preservativo prima del rapporto sessuale.</p>	<p>Prima esperienza sessuale a 15 anni: 22% ragazze e 27% ragazzi. L'Italia non ha fornito dati circa: - l'utilizzo e le conoscenze dei contraccettivi orali per le ragazze - la frequenza e l'utilizzo, o meno, dei preservativi nei ragazzi. Unica nota 'favorevole' è che sono le ragazze a chiedere al proprio partner di indossare il preservativo prima del rapporto sessuale.</p>	<p>In questa ampia ricerca vengono forniti molti dati dagli altri paesi europei.</p>			
<p>"Adolescents and sexually transmitted infections: Knowledge and behaviour in Italy". Journal of Paediatric and Child Health. 2005</p>	<p>Livello conoscenza HIV e MTS; contraccezione e percezione del rischio di trasmissione HIV. Età 14-20 (liceali e universitari) anni. Tot. 644.</p>	<p>Il 99% del campione conosce la via sessuale come fonte di trasmissione di HIV. Altre MTS sono conosciute solo da 34%. 33,8% ha avuto il primo rapporto sessuale a 16 anni. Solo il 51,8% ha utilizzato negli ultimi 6 mesi sempre il preservativo e il 71,9% lo ha usato nell'ultimo rapporto (+ frequente tra i più giovani). Il 34% che non usa preservativo ha motivato risposta con "è meno piacevole"</p>	<p>Il 99% del campione conosce la via sessuale come fonte di trasmissione di HIV. Altre MTS sono conosciute solo da 34%. 33,8% ha avuto il primo rapporto sessuale a 16 anni. Solo il 51,8% ha utilizzato negli ultimi 6 mesi sempre il preservativo e il 71,9% lo ha usato nell'ultimo rapporto (+ frequente tra i più giovani). Il 34% che non usa preservativo ha motivato risposta con "è meno piacevole"</p>	<p>Scarsa conoscenza di altre MTS. Solo la metà utilizza sempre preservativo.</p>			
<p>"Third Italian national survey on knowledge, attitudes, and sexual behaviour in relation to HIV/AIDS risk and the role of health education campaigns". European Journal of Public Health. 2006</p>	<p>Conoscenza e percezione del rischio HIV in 4 province italiane. Il campione (tot. 1985) tra 18 e 49 anni. RAPPRESENTATIVO DELLA FASCIA DI POPOLAZIONE ITALIANA</p>	<p>76,7% Mezzo di informazione HIV è stato TV (campagna nazionale sensibilizzazione) e radio; giornali o riviste 69%; opuscoli per 58%. il 37,5% dopo le campagne informative modifica comportamento sessuale evitando per il 50,9% rapporti sessuali occasionali, utilizzando sempre preservativo in rapporti occasionali 47%, utilizzando sempre preservativo in tutti rapporti sessuali 37%. è stato notato che nella parte di campione con età superiore a 28 anni le risposte corrette diminuivano al 77% rispetto all'84% degli under 28. Per 80% AIDS è ancora fonte di preoccupazione oggi.</p>	<p>76,7% Mezzo di informazione HIV è stato TV (campagna nazionale sensibilizzazione) e radio; giornali o riviste 69%; opuscoli per 58%. il 37,5% dopo le campagne informative modifica comportamento sessuale evitando per il 50,9% rapporti sessuali occasionali, utilizzando sempre preservativo in rapporti occasionali 47%, utilizzando sempre preservativo in tutti rapporti sessuali 37%. è stato notato che nella parte di campione con età superiore a 28 anni le risposte corrette diminuivano al 77% rispetto all'84% degli under 28. Per 80% AIDS è ancora fonte di preoccupazione oggi.</p>	<p>Dopo campagne di sensibilizzazione parte del campione modifica i comportamenti sessuali dimostrando che la corretta informazione crea consapevolezza del rischio.</p>			
<p>"Indagine conoscitiva sui livelli di informazione e percezione del rischio sull'AIDS e infezioni da HIV negli studenti dell'Università degli Studi di Cassino". Difesa Sociale. 2007</p>	<p>Livelli informazione e percezione del rischio HIV. Tot 800 tra 18 e 40 anni</p>	<p>Il 90% conosce sangue come fonte di trasmissione, 84% sperma e secrezioni vaginali. assenti le errate conoscenze su insetti come vettori HIV e stretta di mano. conoscenze buone sulla capacità di contagio da "soggetto apparentemente sano". il 76,7% conosce preservativo come prevenzione e all'atto pratico solo 74% lo utilizza, di cui solo 44% sempre. Il 93% dichiara di saper evitare contagio e le fonti di informazione principali sono i mass media, libri e scuola. 84% del campione sessualmente attivo, ma tra coloro che hanno avuto + di 4 partner, il 72,8%, ha usato raramente il preservativo.</p>	<p>Il 90% conosce sangue come fonte di trasmissione, 84% sperma e secrezioni vaginali. assenti le errate conoscenze su insetti come vettori HIV e stretta di mano. conoscenze buone sulla capacità di contagio da "soggetto apparentemente sano". il 76,7% conosce preservativo come prevenzione e all'atto pratico solo 74% lo utilizza, di cui solo 44% sempre. Il 93% dichiara di saper evitare contagio e le fonti di informazione principali sono i mass media, libri e scuola. 84% del campione sessualmente attivo, ma tra coloro che hanno avuto + di 4 partner, il 72,8%, ha usato raramente il preservativo.</p>	<p>Le fonti di informazione e le conoscenze sulle vie di trasmissione sono ben conosciute ma parte degli intervistati non usa precauzioni e la percezione del rischio è relativamente bassa.</p>			

Allegato 2.3: SINTESI DELLE RICERCHE UTILIZZATE COME BASE DEL NOSTRO STUDIO.

Titolo e fonte della ricerca	Scopo ricerca/età/N.campione	Discussione dei risultati	Osservazioni
<p>"Le MTS in età adolescenziale. Esperienza di un servizio di ginecologia dell'età evolutiva". Atti SIGO. 2008.</p>	<p>Bisogni, conoscenze, comportamenti degli adolescenti su MTS ed educazione sessuale tra 14-18 anni. (Tot.1048)</p>	<p>_dati significativi per quanto attiene il senso di responsabilità e il desiderio di consapevolezza, ma purtroppo va evidenziato uno stato delle conoscenze notevolmente carente.</p>	<p>Gli autori richiedono nell'offrire educazione all'affettività</p>
<p>"Sexual Behaviour and Contraception among Italian Adolescents". The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care". 2009</p>	<p>Verificare se le conoscenze (pre-test) sulla sessualità, la contraccezione e la ricerca di info conducono ad un comportamento sessuale sicuro+ confronto con post test su gruppo di controllo dopo corso di ed.sessuale.(tot.625 studentità media 16,5 anni).</p>	<p>Il 52% ha avuto la prima esperienza a 15,6 anni. Pre test: Fonte principale di informazione Internet; confidenza nei dialoghi con amici. Il 94% dichiara di non aver ricevuto nessuna indicazione su ed.sessuale da esperti. In realtà il 58,9% ne parla con amici e scuola, mass media 21,5%, famiglia 16%, ginecologo 2%, consultori giovanili 1,25%. Il 20% del campione dichiara SPONTANEAMENTE di essere "autodidatta" in materia. _Contracezione conosciuta: 97% preservativo, 84% pillola; 69% IUD, diaframma 50%, 41% metodi naturali+periodi di astinenza, 30% tra coito interrotto, anello vaginale e cerotto. _Contracezione utilizzata: 85% dei sessualmente attivi >preservativo, 21,5% NON utilizza nessuna contraccezione, il 24% preferisce coito interrotto, 10% metodi naturali. La pillola anticoncezionale è utilizzata solo dal 31% delle ragazze sessualmente attive (germania 55%). _Quasi 20% ha usato pillola contraccettiva emergenza e il 3,8% a 16 anni ha abortito. 40% dichiara "preservativi troppo costosi". _Post test successivo a educazione sessuale (gruppo di controllo): le risposte corrette sono salite dal 25% (pre) all'85% (post), migliorata anche la conoscenza dei contraccettivi. _ Si è dichiarato sessualmente attivo il 70% del gruppo.</p>	<p>vuoti, errate informazioni e alterate percezioni sull'utilizzo dei contraccettivi. Le scarse conoscenze sono migliorate dopo corso educazione sessuale, in cui il gruppo ha assunto partecipazione attiva. Gli studenti dopo test chiedono ulteriori info su:accesso alle informazioni, da specialisti, volontà di parlare prima di iniziare attività sessuale. Scarsa comunicazione familiare ed errata percezione consultori non favorisce adozione comportamenti sessuali corretti.</p>
<p>"Determining factors for condom use: a survey of young Italian Adults". European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2010.</p>	<p>Determinazione dei fattori dell'utilizzo, o meno, del preservativo attraverso questionario e modificazione scala 'Condom Use Skill Measure'. Campione tot.1091 tra coloro che affrontavano test per ammissione facoltà universitaria. Età media 19,6 anni.</p>	<p>_L'88% del campione ha dichiarato di aver avuto almeno un rapporto sessuale all'età media di 16,8 anni. Il 55% sessualmente attivi ha dichiarato utilizzo preservativo nell'ultimo rapporto sex. i corsi di ed. sessuale scolastici sono stati istituiti solo per il 30% e < del 30% ne ha parlato in famiglia. _Fonti confidenziali discussione sono: 89% amici, il restante 11% mai parlato con nessuno perché Taboo. Le comparazioni tra risposta del test e scala 'Condom Use Skill Measure' sono le seguenti: 1. carenza dialogo in famiglia con: "se io o mio partner usiamo la pillola non c'è la necessità di utilizzare il preservativo, 2. discussioni tra amici con: "se suggerisco di utilizzare il preservativo il partner può pensare che lo sto accusando di tradimento, 3. taboo adolescenziale associato con: "i preservativi sfregano e creano irritazione", "potrei essere in imbarazzo a comprare preservativi o chiedere di farlo" e "non ho bisogno di utilizzare preservativi, non ho mai preso niente"</p>	<p>Anche gli autori concordano con la necessità di un percorso di ed. sessuale obbligatorio nelle scuole. Rispetto a media europea (75%-85%) i giovani italiani usano meno il preservativo(55%). La diversa funzione dei contraccettivi ancora non è molto chiara. Le adolescenti che fanno uso di pillola sono meno propense nell'utilizzo del preservativo rispetto a quelle che non usano pillola</p>

ALLEGATO n°3

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA PERCEZIONE DEL RISCHIO DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI, IN UN GRUPPO DI ADOLESCENTI FIORENTINI E IL GRADO DI EDUCAZIONE SESSUALE DA PARTE DEI GENITORI. FACCIAMO UN PÒ IL PUNTO!

Data di compilazione ___/___/___ Classe _____ Istituto _____
Età _____ Sesso _____

1. Che cosa colpisce il virus Hiv?

Sistema immunitario Apparato circolatorio Apparato genitale

2. A quale temperatura il virus Hiv può essere distrutto?

60° 100° oltre i 100°

3. Quanto può resistere il virus Hiv fuori dall'organismo?

Non più di un'ora 12 ore 2giorni

4. Dall'infezione Hiv si guarisce?

Si No

5. Secondo te, quali tra questi comportamenti o situazioni sono a rischio di trasmissione del virus Hiv e quali non a rischio? (inserisci una X per rispondere)

	<i>Rischio</i>	<i>Non rischio</i>
- Rapporto sessuale vaginale con preservativo		
- Trasfusioni e uso di emoderivati		
- Rapporto sessuale anale con preservativo		
- Abbracciarsi		
- Rapporto oro-genitale		
- Uso comune di piatti, posate e bicchieri		
- Rapporto sessuale vaginale senza preservativo		
- Uso comune di aghi, siringhe, lamette, spazzolino da denti		
- Vivere con una persona sieropositiva		
- Punture di zanzara		
- Frequentare tossicodipendenti		
- Frequentare omosessuali		
- Frequentare eterosessuali		
- Avere rapporti con Escort		
- Durante la gravidanza dalla madre sieropositiva al feto		
- Rapporto sessuale anale senza preservativo		
- Scambio vestiti e intimo		

6. In quali dei seguenti liquidi organici il virus Hiv è presente in concentrazioni tali da permettere il contagio?

	Si	No	Non so
Saliva			
Sangue			
Sperma			
Lacrime			
Secrezioni vaginali			
Sudore			
Urina			
Latte materno			

7. Per prevenire il rischio di contagio da Hiv il preservativo, in un rapporto sessuale va usato:

sempre qualche volta solo con partner occasionali

8. Se venissi a sapere che un tuo amico è sieropositivo che faresti? Puoi indicare anche più di una risposta

Eviteresti di frequentarlo Non lo inviteresti a casa tua
Non cambieresti atteggiamento Gli faresti capire di volerlo aiutare
Combatteresti gli atteggiamenti discriminatori verso i sieropositivi
Eviteresti di mangiarci insieme come misura di precauzione

9. Se il tuo partner ti dice di essere sieronegativo, ti basta per sentirti tranquillo e non usare il preservativo?

Si No

10. Le informazioni che hai su Hiv/Aids da chi le hai ricevute? (indica massimo 3 risposte con i numeri in ordine cronologico)

Famiglia Tv, giornali, riviste Scuola, libri
Medici esperti Internet Amici

11. Hai mai avuto modo di conoscere una persona sieropositiva? Si No

12. Secondo te, quando una persona dovrebbe fare il test Hiv?

Se ha avuto rapporti sessuali a rischio Se ha toccato sangue
Altro (specificare)...

13. Che cos'è il periodo finestra?

Il periodo in cui una persona contagiata da Hiv non risulta positiva al test
Il periodo in cui una persona sieropositiva non è contagiosa

14. Pensi di avere comportamenti adeguati ad evitare il contagio Hiv? Si No

15. Se sì, come:

Astinenza sessuale Fedeltà sessuale dichiarata da entrambi
Usando sempre il preservativo Evitando ogni contatto con il sangue
Altro (specificare)...

16. Se no, perché?

Non mi riguarda Non ho rapporti sessuali Conosco bene il partner

17. Hai mai fatto il test Hiv? Si No

18. Secondo te, per il test Hiv è necessaria la prescrizione medica? Si No

19. Secondo te il test Hiv è gratuito? Si No

20. Secondo te, esiste un vaccino contro il virus Hiv oggi?

Si
No, ma ne ho sentito parlare (ancora è in fase di sperimentazione)
Impossibile, non esisterà mai un vaccino contro Hiv

21. Come giudichi le tue conoscenze che hai sul tema Hiv/Aids?

Insufficienti Sufficienti Discrete Buone Ottime

22. Hai mai partecipato a corsi di Educazione Sessuale? Si No

23. Se sì, dove? A scuola Altro (specificare).....

24. In famiglia, i tuoi genitori ti hanno mai parlato di sessualità e malattie sessualmente trasmissibili?

Si No

25. Se sì, come ti sono sembrati i loro dialoghi al riguardo?

Vicini e sensibili Li ho vissuti come una informazione da memorizzare
Rigidi e molto chiari Imbarazzati più di me Tranquilli di fronte al dialogo

26. Hai mai fatto domande ai tuoi genitori sulla sessualità? Si No

27. Se sì, come sono state le loro risposte?

Utili Esaustive Veloci e poco chiare Sufficienti Insufficienti

28. Le informazioni che hai ricevuto sulla sessualità da chi le hai ricevute?

Libri Medici Siti porno Genitori
Internet Giornali e tv Amici

29. Hai già avuto la tua prima esperienza sessuale? Si No

30. Se sì, hai avuto un atteggiamento adeguato a prevenire il rischio di contagio?

Si No

31. Se sì, quale hai utilizzato?

Preservativo Pillola Coito interrotto
metodi naturali Altro(specificare)

32. Se no, perchè?

Non ne ero a conoscenza
Mi fidavo del partner/fedeltà dichiarata
Occasione inaspettata, non avevo con me il preservativo
È stato un momento “magico”, attimi pieni di energia e passione e non ho voluto sentire ostacoli tra me e la/il mio/a partner
Altro (specificare).....

33. Nelle tue esperienze sessuali, quante volte hai usato il preservativo?

Sempre Spesso Qualche volta Mai

34. Secondo te, che cos'è la “pillola del giorno dopo”?

Una pillola anticoncezionale prescritta dal medico di famiglia
Una pillola assunta dopo il rapporto sessuale non protetto che “non fa rimanere incinta”
Una contraccezione di emergenza somministrata in ospedale (da assumere entro 72h) che interrompe l'ovulazione
Una pillola anticoncezionale prescritta dal ginecologo

35. Secondo te, la pillola anticoncezionale protegge dalle malattie sessualmente trasmissibili?

Si No

36. Secondo te, a quale età dovrebbe essere rivolto un corso di educazione sessuale?

sotto i 10 anni tra gli 11 e i 13 anni tra i 13 e i 15 anni
tra i 15 e i 17 anni oltre i 20

37. Se la tua Scuola proponesse un corso di educazione alla Sessualità, parteciperesti?

Si No

38. Tra le seguenti osservazioni, secondo te quali argomenti dovrebbe contenere un corso di Educazione sessuale? (Indica i numeri da 1 a 5 in ordine di importanza)

__ Informazione su anatomia femminile e maschile e il suo funzionamento
__ Educazione/info sui rischi del rapporto sessuale
__ Educazione/info sul rapporto di coppia (come funziona una relazione tra due persone che si “piacciono”)
__ Tipi di contraccezione
__ Educazione che aiuti le persone a scegliere esperienze sessuali giuste

39. Nel 2010 e 2011, a Firenze, hai visto cartelloni pubblicitari (campagne informative) che parlavano di “infezione da Hiv e Aids”? Si No

40. Se sì, che reazione ti ha suscitato?

Paura
Indifferenza
Interesse/curiosità

41. Sei a conoscenza dei “consultori giovanili”? Si No

42. Se sì, ci sei mai stato/a per chiedere informazioni o fare delle visite?

Si No

43. Come giudichi le tue conoscenze sulla sessualità?

Ottime Buone Discrete Sufficienti Insufficienti

44. Se i tuoi genitori venissero spontaneamente da te a parlarti di sessualità in modo confidenziale, senza essere giudicato, a parte l'iniziale imbarazzo, come reagiresti? (max tre risposte)

Accetterei i loro consigli
So che potrò contare su di loro se avrò dubbi
Mi sentirei meno "preoccupato/a" o "a mio agio" a fargli successive domande su questo argomento
Rimarrei comunque imbarazzato
Me ne hanno già parlato ed è stato un momento costruttivo per me
Successivamente non tornerei a chiedergli altre spiegazioni
Non lo farebbero mai

Osservazioni personali (facoltative).....

45. Rispondere a queste domande cosa ti ha suscitato? (sono ammesse due risposte)

Liberazione Imbarazzo Ansia
Interesse/Curiosità Indifferenza Altro _____

GRAZIE DELLA COLLABORAZIONE!



Studente: Nicola Piscitelli
Relatore: prof. Luca Pietrini

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Moroni M., Esposito R., De Lalla F., Malattie infettive, 7° edizione, Milano, Elsevier Masson, 2008.
- (2) Dianziani F., Ippolito G., Moroni M., AIDS in Italia 20 anni dopo, Milano, Masson, 2004.
- (3) Eudes, Lanciotti, Principi di Microbiologia Clinica, 3°edizione, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2007.
- (4) Pontieri G. M., Patologia generale e fisiopatologia generale, 2° edizione, Padova, Piccin, 2007.
- (5) Comodo N., Maciocco G., Igiene e sanità pubblica: manuale per le professioni sanitarie, Roma, Carocci Faber, 2002.
- (6) Sito di World Health Organization
URL:<http://www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web.pdf>, [u.c. 13 marzo 2011].
- (7) Sito di UNAIDS,
URL:<http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf>, [u.c. 10 marzo 2011].
- (8) Sito di EpiCentro, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ultimo aggiornamento 2 dicembre 2010, in
<<http://www.epicentro.iss.it/problemi/aids/epid.asp>>, [u.c. 10 dicembre 2010].
- (9) Sito di World Health Organization, regional office for Europe,
URL:<http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/127656/e94500.pdf>, [u.c. 20 dicembre 2010].
- (10) Sito di EpiCentro, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ultimo aggiornamento 2 dicembre 2010, in
<<http://www.epicentro.iss.it/problemi/aids/epid.asp>>, [u.c. 20 dicembre 2010].
- (11) Sito di Istituto Superiore di Sanità, in
<<http://www.iss.it/regi/cont.php?id=26&lang=1&tipo=45>>, [u.c. 22 dicembre 2010].
- (12) Sito di Istituto Superiore di Sanità,
URL:<<http://www.iss.it/binary/publ/cont/nuovoONLINE.pdf>>, [u.c. 23 dicembre 2010].
- (13) Sito di ARS TOSCANA, in
<http://www.ars.toscana.it/c/document_library/get_file?uuid=6caa0ae4-047f-485c-8114-8473f907df1b&groupId=12339>, [u.c. 2 gennaio 2011].
- (14) Sito di ARS TOSCANA, in
<http://www.ars.toscana.it/c/document_library/get_file?uuid=9b65782d-a93d-4a82-a486-72063254525c&groupId=12339>, [u.c. 3 gennaio 2011].
- (15) Sito di United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, in
<http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin_it/1997-3/articolo2.htm>, [u.c. 4 gennaio 2011].

- (16) Sito di Pub Med in <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10734278>> , [u.c 15 gennaio 2011]
- (17) Sito di Istituto Superiore di Sanità,
URL:<http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_778_allegato.pdf ,[u.c.18 gennaio 2011].
- (18) Zani B., L'HIV non va a scuola. Una ricerca intervento con gli adolescenti e i giovani non studenti a Bologna, Bologna, CLUEB, 2000.
- (19) Del Piero G., Strucchi C., Taurino A., Educare gli adolescenti ad una sessualità cosciente e responsabile, Mondo Sanitario, 2003, 7-8: 14-18.
- (20) Sito di World Health Organization,
URL:<http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf>,
[u.c. 12 dicembre 2010].
- (21) Sito di Embase, in
<<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L40991163>>,
[u.c 17 gennaio 2011].
- (22) Fattibene M., Strippoli M., Fucci B., Tarantini A., Tajan E., Le malattie sessualmente trasmesse in età adolescenziale. Esperienza di un servizio di ginecologia dell'età evolutiva, Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia-Vol LXXXIV, 2008.
- (23) Signorelli C., Pasquarella C., Limina R.M., Third Italian national survey on knowledge, attitudes, and sexual behaviour in relation to HIV/AIDS risk and the role of health education campaigns, European Journal of Public Health, October 2006; 16(5):498-504.
- (24) Ferrara M., Mercone B., Nardone V., Indagine conoscitiva sui livelli di informazione e percezione del rischio sull'AIDS e infezioni da HIV negli studenti dell'Università degli studi di Cassino, Difesa Sociale, 2007, 4:103-108.
- (25) Tonolo G., Adolescenza e identità, Bologna, Il Mulino, 1999.
- (26) Maxwell S., È ora di parlarne: quel che i figli devono sapere dai genitori sul sesso, 1° edizione "Universale Economica" 2009, Milano, Feltrinelli, 2008.
- (27) Baraldi C., Rossi E., La prevenzione delle azioni giovanili a rischio, 2002, Franco Angeli, Milano.
- (28) Vallario L., Giorgi R., Martorelli M., Cozzi E., Il rito del rischio in adolescenza, 2005, Edizioni Magi.
- (29) Capuano S., Simeone S., Scaravilli G., Raimondo D., Sexual behaviour among Italian adolescent: Knowledge and use of contraceptives, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, August 2009, (4):285-289.
- (30) Tafuri S., Martinelli D., Germinario C., Prato R., Determining factor for condom use: A survey of young Italian adults, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, February 2010, 15: 24-30.
- (31) Marocco T., 2010, Il sesso dei nostri figli, Panorama, 45:154-158.
- (32) Orrigoni M., 2010, NOI LO FACCIAMO SENZA, L'Espresso, 45:158-162.

- (33) Sito di Sanità in cifre, in <<http://www.sanitaincifre.it/2010/09/sigo-a-gelmini-serve-educazione-sessuale-nelle-scuole/>>, [u.c. 15 gennaio 2011].
- (34) Sito di Sigo, in <<http://www.sceglitu.it/>>, [u.c. 20 gennaio 2011].
- (35) Sito di Governo Italiano, in <<http://www.governo.it/governo/costituzione/principi.html>>, [u.c. 10 marzo 2011].
- (36) Sito di Amnesty International, in <<http://www.amnesty.it/dichiarazione-universale-diritti-umani-uomo.html>>, [u.c. 13 marzo 2011].
- (37) Sito di Centro di Iniziativa per l'Europa, in <<http://www.ciepiemonte.it/dirittiumani/documenti/convenzione-diritto-sviluppo.rtf>>, [u.c. 13 marzo 2011].
- (38) Sito di Ipasvi, in <<http://www.ipasvigorizia.it/numeroRiferimento.php?action=3>>, [u.c. 25 gennaio 2011].
- (39) Sito di Ipasvi, URL:< <http://www.ipasvi.it/content/patto%20IPASVI.pdf>>, [u.c. 26 gennaio 2011].
- (40) Sito di Ipasvi, in < <http://www.ipasvi.it/professione/content.asp?id=19>> [u.c. 26 gennaio 2011].
- (41) Sito di retephitalia, in <<http://www.retephitalia.it/allegati/Ottawa%20carta.htm>>, [u.c. 26 gennaio 2011].
- (42) Pellizzari M., L'infermiere di comunità dalla teoria alla prassi, Milano, Mc Graw Hill, 2008.
- (43) L'infermiere, perché le analisi delle competenze, 2007, 4:2-39.
- (44) Altomare O., Inderca B., Distretto e nursing in rete: dall'utopia alle pratiche, Milano, Maggioli Editore, 2008.
- (45) Sito di Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, URL:<http://www.agenas.it/agenas_pdf/Nota_metodologica_empowerment.pdf> [u.c. 26 gennaio 2011].
- (46) Marmocchi P., Dall'Aglio C., Zannini M., Educazione delle Life Skills *le abilità psico-sociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità*, Trento, Edizioni Erikson, 2003.
- (47) Gentile C., 10 marzo 2010, sito di La Repubblica, in <http://www.repubblica.it/cronaca/2010/03/10/news/preservativi_scuola-2574569/index.html?ref=search> [u.c. 15 marzo 2011].
- (48) Sito di Corriere della Sera, in <http://roma.corriere.it/roma/notizie/cronaca/09_settembre_14/preservativi_sinistra_liberta-1601766973044.shtml>, [u.c. 10 marzo 2011].
- (49) Mannucci A., Collacchioni L., Genitori in formazione, Genova, ECIG, luglio 2009.

- (50) Sito di Pub Med, in <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572109/?tool=pubmed>>, [u.c. 30 gennaio 2011].
- (51) Sito di Journal of Leukocyte Biology, in <<http://www.jleukbio.org/content/86/4/779.long>>, [u.c. 1 febbraio 2011].
- (52) Sito di Pub Med, in <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20597165>>, [u.c. 1 febbraio 2011].
- (53) Sito di Cell Press, in <<http://www.cell.com/immunity/retrieve/pii/S1074761310003547>>, [u.c. 2 febbraio 2011].
- (54) Sito di Plos One, in <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0013540>>, [u.c. 3 febbraio 2011].
- (55) Sito di HIV-1 Tat Vaccines Italian AIDS Vaccines, in <http://www.hiv1tat-vaccines.info/italian/clinical_studies.htm>, [u.c. 4 febbraio 2011].
- (56) Sito di ARS Toscana, in <http://www.ars.toscana.it/c/document_library/get_file?uuid=02855eae-94e6-461a-8cdf-bd1c83f61e87&groupId=12339>, [u.c. 5 febbraio 2011].
- (57) Sito di Libero, in <http://www.libero-news.it/news/589076/Il_Papa_Educazione_sessuale_minaccia_libert%C3%A0_religiosa_.html>, [u.c. 25 febbraio 2011].
- (58) Sito di La Repubblica, in <http://www.repubblica.it/esteri/2010/11/20/news/papa_preservativo_morale-9322692/>, [u.c. 10 ,marzo 2011].
- (59) Sito di La Repubblica, in <<http://www.repubblica.it/esteri/2010/11/21/news/papa-9336590/index.html?ref=search>>, [u.c. 11 marzo 2011].
- (60) Sito di La Repubblica, in <http://www.repubblica.it/scuola/2011/01/12/news/la_mala_educazione_sessuale_a_scuola_resta_ancora_un_tab-11121800/>, [u.c. 12 marzo].
- (61) Sito di NO EXCUSE 2015, in <http://www.campagnadelmillennio.it/mc_08/ob_6.php#>, [u.c. 15 marzo 2011].