

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA  
FACOLTA' DI PSICOLOGIA**

ADOLESCENTI E PREVENZIONE DELL'HIV: UNA RASSEGNA DI STUDI E  
RICERCHE SU ATTEGGIAMENTI, OPINIONI, RAPPRESENTAZIONI E  
INTERVENTI DI PREVENZIONE

**Tesi di laurea in**

Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale

**Relatore**

Prof. Giorgio Rifelli

**Presentata da**

Ilaria Caremani

**Parole chiave:** Adolescenti, Hiv, Rischio, Sessualità, Prevenzione

**Sessione Prima**

**Anno Accademico 1999 - 2000**

## **INDICE**

### **INTRODUZIONE**

### **CAPITOLO 1**

#### **L'INFEZIONE DA HIV**

- 1.1 Eziologia dell'infezione da Hiv pag.
- 1.2 Patogenesi dell'infezione da Hiv pag.
- 1.3 Il contagio: le vie di trasmissione pag.
- 1.4 I test diagnostici pag
- 1.5 Le terapie attuali

### **CAPITOLO 2**

#### **EPIDEMIOLOGIA DELL'INFEZIONE DA HIV E COMPORAMENTO SESSUALE IN ADOLESCENZA**

- 2.1 Le rilevazioni epidemiologiche recenti
- 2.2 Epidemiologia: è emergenza giovani
- 2.3 Concomitanti situazionali e psicosociali  
del comportamento sessuale in adolescenza

### **CAPITOLO 3**

#### **GLI ADOLESCENTI E IL RISCHIO**

- 3.1 Il rischio in adolescenza
- 3.2 Il comportamento contraccettivo in adolescenza: atteggiamenti, opinioni,  
scelte e possibili conseguenze
- 3.3 L'adolescente e l'uso di sostanze psicoattive

### **CAPITOLO 4**

#### **STRATEGIE E PROPOSTE PER INTERVENTI DI PREVENZIONE**

- 4.1 La prevenzione della trasmissione del virus Hiv
- 4.2 Le principali caratteristiche degli interventi informativi e  
preventivi in Italia
- 4.3 Alcune proposte per l'impostazione dell'intervento preventivo

in adolescenza

**4.4** La scelta della metodologia nella prevenzione dell'Hiv  
nella scuola

**4.5** Un'esperienza di intervento di prevenzione presso la  
popolazione adolescenziale non scolarizzata

**CONCLUSIONI**

**RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

## **INTRODUZIONE**

A distanza di 18 anni dal primo caso di Aids diagnosticato nel nostro paese, le conoscenze circa l'infezione da Hiv e la correlata sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) sono ormai largamente diffuse nella popolazione generale.

Tuttavia, è ormai noto che, per indurre modifiche comportamentali, in questo caso specifico la modificazione delle abitudini a rischio, non sia sufficiente la sola trasmissione di informazioni che lascia ai destinatari il compito di saperne di più e di difendersi.

Ciononostante, pur in presenza di numerosi progressi nella terapia dell'Aids, la strada più efficace per combattere tale malattia resta pur sempre la prevenzione del contagio.

E' dunque di vitale importanza perseverare nella progettazione e realizzazione di attività preventive al fine di renderle effettivamente efficaci, servendosi di valutazioni approfondite dei risultati raggiunti negli interventi già attivati.

Non solo, poiché gli studi epidemiologici evidenziano come, per tutta una serie di ragioni, i soggetti più a rischio di contagio da Hiv siano gli adolescenti, ancora più rilievo assumono gli interventi preventivi rivolti a questo target.

Alla luce di tali considerazioni questo lavoro è stato svolto con l'intento, da un lato di fare il punto sullo stato della ricerca in relazione a quello che è il livello di conoscenza degli adolescenti circa l'Hiv/Aids, gli atteggiamenti, le opinioni, le rappresentazioni che essi nutrono in proposito; dall'altro di offrire una panoramica, sia pure parziale, su quanto, in tema di prevenzione dell'Hiv, si è realizzato in anni recenti. Tutto ciò, non prima di avere sommariamente accennato, nel Cap.1, al virus Hiv in termini di eziopatologia, patogenesi, modalità di trasmissione, diagnosi e recenti sviluppi terapeutici.

Nel Cap.2 vengono prese in considerazione le rilevazioni epidemiologiche recenti che dimostrano un incremento del numero di casi di contagio in soggetti adolescenti, le cui cause sono riconducibili all'uso di droghe, ma in misura ancora maggiore ai rapporti sessuali non protetti. A tal proposito vengono presentate

alcune riflessioni sull'attuale condizione giovanile che non può essere studiata e compresa a prescindere dal contesto sociale che può influenzare il percorso di sviluppo dell'adolescente, ma anche dalle modalità con cui il giovane può far fronte alle richieste ambientali, ribadendo l'esistenza di un'interdipendenza tra dato sociale e condotte adolescenziali. Sono state esaminate così le caratteristiche principali della sessualità e dei comportamenti sessuali in adolescenza, evidenziando anche le differenze di genere che non riguardano tanto l'implicazione nella sessualità, quanto piuttosto i modelli di comportamento, le situazioni, le concomitanti psicosociali legate all'attività sessuale.

Il Cap.3 è dedicato al rischio in adolescenza nel tentativo di individuare le possibili cause della grande esposizione degli adolescenti ad una serie estesa di pericoli, soffermandosi a considerare una tendenza che si è fortemente consolidata in questi ultimi anni nel mondo giovanile: l'accettabilità del rischio. Dato che il rischio di contrarre l'infezione da Hiv in adolescenza è legato all'uso di droghe e ai rapporti sessuali non protetti, vengono esaminati gli atteggiamenti, le opinioni e le motivazioni che stanno alla base del comportamento contraccettivo in adolescenza, e la complessità degli elementi che entrano in gioco nell'uso delle droghe.

Il Cap.4, dedicato alla prevenzione, offre una panoramica sugli interventi eseguiti in adolescenza, evidenziandone le principali caratteristiche e limiti e presenta alcune proposte per progettare e realizzare programmi di prevenzione efficaci. Saranno menzionate anche le metodologie che hanno ottenuto i risultati più incoraggianti nell'ambito della prevenzione dell'Hiv nella scuola. Infine, viene riportata un'esperienza di prevenzione attuata con adolescenti non scolarizzati, utilizzando gli operatori di strada.

## CAPITOLO 1

### L'INFEZIONE DA HIV

#### 1.1 Eziologia dell'infezione da Hiv

L'Hiv è un retrovirus nella sottoclasse dei lentivirus. La prima indicazione che l'Hiv fosse causato da un retrovirus risale al 1983, quando il gruppo del Prof. Luc Montagnier dell'Istituto Pasteur di Parigi pubblicò un lavoro in cui veniva descritto l'isolamento di un virus contenente trascrittasi inversa da un paziente affetto da Aids.

Successivamente, si riuscì a stabilire che le caratteristiche biologico-molecolari del virus che causa l'Aids, erano diverse da quelle dei retrovirus noti. Venne pertanto coniato il termine di Hiv e lo si incluse nella famiglia Retroviridae-genere lentivirus.

I lentivirus sono virus lenti che necessitano di un lungo periodo di incubazione e che sono responsabili di infezioni di tipo cronico. Infatti, la somiglianza tra Hiv e lentivirus si riferisce soprattutto all'estrema lentezza con cui l'infezione si manifesta, al possibile coinvolgimento del sistema nervoso e all'inefficienza, pressoché totale, della risposta immunitaria dell'ospite nei confronti del virus.

A tutt'oggi, si conoscono due sierotipi di Hiv: Hiv-1 diffuso principalmente in Europa e negli Stati Uniti e Hiv-2 più comune nell'Africa equatoriale e molto vicino, dal punto di vista filogenetico, al Siv (Simian Immunodeficiency Virus), un retrovirus in grado di indurre in alcune specie di scimmie una malattia molto simile all'Aids (Montagnier L., Rozenbaum W., Gluckman J.C.,1990).

La particella virale dell'Hiv rivela, al microscopio elettronico, una struttura a forma di piccola sfera (Danziani F., Antonelli G., 1997). Il virione (la particella infettiva che ha raggiunto la sua maturità) risulta composto per il 60-70% da proteine, per il 30-40% da sostanze lipidiche derivate dalla cellula ospite, per il 2% da carboidrati e infine per l'1% da RNA genomico. Nella particella virale si può distinguere una

parte più esterna chiamata “involucro”, ed una parte più interna, contenuta nell’involucro, detta “nucleocapside”.

La parte più esterna, l’involucro, è costituita da un doppio strato fosfolipidico al quale risultano essere ancorate alcune glicoproteine virali. Questo doppio strato fosfolipidico (di natura non virale ma cellulare) deriva dalla membrana della cellula ospite, da cui il virione fuoriesce durante l’ultima fase della replicazione. Nell’involucro si trovano così, oltre alle proteine virus-specifiche, anche numerosi antigeni di superficie propri della cellula ospite.

La parte più interna, il nucleocapside, ha una struttura simcilindrica ed è formata da due molecole identiche di RNA e da proteine: tra queste la trascrittasi inversa, ossia l’enzima della replicazione, e proteine interne di rivestimento (le cui principali sono le p24). Queste proteine interne sono codificate da un gene chiamato “gag” e vengono inizialmente sintetizzate in forma di un lungo nastro che è poi tagliato da un enzima virale specifico, detto “proteasi” (Danziani F., Antonelli G., 1997).

L’organizzazione dell’Hiv è ancora più complessa. All’estremità dei geni esiste un comando della loro espressione la cui regolazione è multipla: essa dipende sia dai geni virali detti di regolazione, sia dai geni cellulari. In generale per integrare il loro provirus nel DNA cellulare, i retrovirus hanno bisogno che quest’ultimo DNA sia esso stesso in fase di replicazione e quindi che la cellula sia in fase di replicazione attiva. L’Hiv, invece, non ha necessità così stringenti: esso può integrare il proprio DNA provirale nei cromosomi dei linfociti T4 anche se questi non si stanno moltiplicando: è sufficiente che siano in una fase preparatoria detta di attivazione.

Le cellule bersaglio dell’Hiv sono essenzialmente i linfociti T4, che hanno una molecola della membrana (CD4) che serve da recettore al virus, ma anche i macrofagi che presentano lo stesso recettore. I macrofagi sono in grado di fagocitare particelle estranee e di presentare i frammenti di questa digestione ai linfociti T4 e T8. Cellule derivate da macrofagi si trovano in numerosi tessuti: nel cervello, nella pelle, nelle ghiandole linfatiche; esse possono anche essere infettate dal virus, il che spiega la presenza del virus in numerosi tessuti e organi.

Grazie a una glicoproteina dell'involucro, la gp41, si verifica la fusione dell'involucro del virus con la membrana della cellula bersaglio. Tutto l'interno del virus penetra nella cellula. Su un singolo linfocita esistono circa 50.000 recettori CD4 ai quali si possono fissare particelle virali. L'Hiv si replica sempre nello stesso modo nella cellula che infetta, secondo il ciclo comune a tutti i retrovirus. La replicazione avviene in tre momenti:

1-penetrazione del virus nella cellula: l'involucro del virus riconosce i o i recettori della cellula da infettare; le membrane si fondono e il virus penetra nel citoplasma cellulare.

2-inserimento a caso dei geni dell'Hiv nel DNA della cellula ospite: è un processo che avviene in due tappe: a) conversione del RNA virale in DNA grazie all'enzima trascrittasi inversa; b) dopo il passaggio del DNA virale nel nucleo cellulare, si ha la sua integrazione con il DNA cellulare dei cromosomi, grazie a un enzima detto integrasi.

3-formazione di nuove particelle virali: se la cellula è attivata, il DNA virale, integrato nella cellula, viene trascritto in numerose molecole di RNA messaggero; esse abbandonano il nucleo e giungono nel citoplasma dove vengono usate per la sintesi delle proteine di Hiv; segue l'assemblaggio delle proteine virali che si spostano verso la superficie cellulare per formare gemme e liberare così nell'ambiente decine di nuove particelle, pronte ad andare a infettare altre cellule (Danziani F., Antonelli G., 1997).

## **1.2 Patogenesi dell'infezione da Hiv**

Ogni malato ha la sua storia. Tuttavia, gli studi condotti su gruppi ben identificati e seguiti molto da vicino, hanno permesso di mettere in evidenza alcune costanti nell'evoluzione della malattia (Pantaleo G., Graziosi C., Fauci A.S., 1993; Pantaleo G. e Coll., 1993; Pantaleo G. e Coll., 1995).

Generalmente è un'evoluzione lunga: dopo l'infezione da Hiv passano in media una decina d'anni prima che si manifestino sintomi clinici e biologici. La storia

naturale della malattia comprende tappe ben definite: l'infezione primaria, la fase silente, la malattia clinica (Pantaleo G. e Coll., 1993).

L'infezione primaria o fase precoce si manifesta durante le prime settimane che seguono l'infezione da parte del virus con un'infezione acuta che dura qualche settimana. Il virus si replica in modo sostenuto nelle ghiandole linfatiche, le prime barriere contro gli agenti infettivi, ma molto poco nel sangue. Ecco perché è difficile isolarlo in questo stadio. Questa fase può essere clinicamente silente, ma spesso si caratterizza per i sintomi non specifici di un'infezione virale acuta, simile a un'influenza, in modo che l'episodio passa spesso inosservato. Tuttavia, vari segnali possono trovarsi associati in un periodo che va da una a più di quattro settimane: febbre e manifestazioni cutanee sono le manifestazioni più frequenti, ma anche dolori alla testa, talvolta dolori muscolari e articolari, diarrea, mal di gola (Pantaleo G. e Coll., 1993).

La risposta immunitaria in questo stadio si verifica attraverso varie tappe: prima di tutto intervengono i macrofagi, in seguito si registra una produzione di interferone, poi una risposta immunitaria cellulare e infine si ha una risposta immunitaria umorale con la produzione di anticorpi. Nello stadio precoce dell'infezione il virus non uccide le cellule che infetta. Se così fosse, scomparirebbe con esse. Esso deve invece rispettare l'integrità della cellula, in modo che questa produca più particelle virali possibile che, a loro volta, andranno ad infettare nuove cellule.

Durante lo stadio precoce dell'infezione, gli esami biologici evidenziano una diminuzione del numero dei linfociti T4 legata alla moltiplicazione del virus. Questo è il fenomeno principale dell'infezione da Hiv. Il numero assoluto di linfociti T4 è inizialmente compreso tra 500 e 1.200/mmc di sangue, che è il tasso normale; questi valori decrescono progressivamente nei pazienti in ragione di 60-100/mmc all'anno. In modo incostante si ha anche una traccia oggettiva della moltiplicazione del virus: la presenza di antigene p24/25 nel sangue. Questo perché gli anticorpi compaiono generalmente nei tre mesi che seguono l'esposizione al virus (Danziani F., Antonelli G., 1997).

In seguito all'infezione primaria s'instaura un periodo di vari anni detto fase silente o fase asintomatica. Il soggetto non presenta normalmente alcun sintomo clinico,

ma può trasmettere il virus. Nella maggior parte dei pazienti si ha la persistenza di ghiandole ingrossate, della dimensione di una noce. La ghiandola svolge una duplice funzione: è una barriera contro l'infezione, ma funge anche da serbatoio del virus, come tutti gli altri organi produttori di linfociti (milza, tonsille, ecc.). In questo stadio il virus si replica lentamente e si trasmette di cellula in cellula all'insaputa del sistema immunitario. A poco a poco si infettano anche i linfociti T4 e inizia così il deterioramento del sistema immunitario. La fase asintomatica è particolarmente importante per i ricercatori: più si comprende cosa succede nel corso di questo periodo, più si riesce a ritardare la comparsa della malattia. All'inizio degli anni Ottanta si poneva il problema di sapere se tutti i sieropositivi avrebbero sviluppato l'Aids. Oggi sappiamo che quasi tutti i sieropositivi progrediranno verso l'Aids: alcune cellule, in particolare nelle ghiandole linfatiche, sono permanentemente infettate dal virus (Montagneir L. , Rozenbaum W., Gluckman J.C., 1990).

La malattia clinica, l'Aids, si rivela con la comparsa di una o più infezioni opportunistiche: le più frequenti nei nostri paesi sono la pneumocitosi e la toxoplasmosi. Possono comparire anche empatie, linfomi o sarcoma Di Kaposi. In oltre il 40% dei casi si osserva un attacco al sistema nervoso da parte del virus stesso o di un agente opportunista. L'insorgere di queste malattie segna la sconfitta del sistema immunitario (Danziani F., Antonelli G., 1997). Per definizione una malattia opportunista non si sviluppa in un soggetto con difese immunitarie normali. In caso di Aids, se ne possono sviluppare varie contemporaneamente. Esse possono anche attaccare lo stesso organo. Essendo particolarmente colpita l'immunità cellulare, sono spesso germi intracellulari all'origine delle infezioni. La natura delle infezioni opportuniste dipende dalla loro frequenza nella popolazione generale circostante. In Africa domina la tubercolosi, negli Stati Uniti, nel Canada e in Europa la pneumocitosi. La prevalenza relativa di queste infezioni negli ultimi anni si è però modificata a causa delle terapie profilattiche che vengono proposte sistematicamente ai malati e che hanno permesso di allungare la durata della loro vita (Danziani F., Antonelli G., 1997).

Anche il sistema nervoso viene colpito spesso. Al momento dell'infezione primaria questo attacco si traduce talvolta in un'encefalite, una meningite o un attacco al sistema nervoso periferico, per il fatto che i macrofagi, una volta infettati, attraversano la barriera delle meningi e danno origine a piccoli focolai di infezione virale. Al momento dell'Aids conclamato questi focolai vengono riattivati per il cedimento del sistema immunitario. In circa il 20% dei pazienti, infatti, si sviluppa un'encefalite. I primi segni sono difficoltà di concentrazione, vuoti di memoria, rallentamento intellettuale. Poi, progressivamente, nel giro di qualche settimana o qualche mese, s'instaura uno stato di demenza. Ai vari esami il cervello risulta perdere la sua sostanza bianca e talvolta diventa atrofico. Questa encefalite è la complicazione neurologica più frequente nello stadio dell'Aids manifesto, anche se il sistema nervoso può essere sede di altre infezioni opportuniste quali la toxoplasmosi cerebrale, l'encefalite da citomegalovirus, i linfomi o leuco-encefalite multifocale provocata da un piccolo virus (Danziani F., Antonelli G., 1997).

Nel corso della malattia possono anche sopravvenire manifestazioni ematologiche varie: diminuzione del numero di piastrine sanguigne con disturbi della coagulazione, alterazione dei ceppi sanguigni, presenza di auto-anticorpi nel sangue (Pantaleo G., Graziosi C., Fauci A.S., 1993).

In questa fase della malattia tutti i parametri immunitari cedono. I linfociti vengono uccisi dal virus e muoiono per apoptosi; inoltre in tutte le cellule dell'organismo si accelera un processo di distruzione: lo stress ossidativo. I macrofagi infettati e attivati liberano nella circolazione quantità sempre più ingenti di prodotti dell'ossidazione (i radicali liberi) che sono tossici per le cellule. Essi inducono l'apoptosi, ossia la morte programmata di cellule che comporta la rottura del DNA in piccoli frammenti da parte di specifici enzimi cellulari e facilitano la rottura ripetuta del DNA, modificando inoltre le membrane delle cellule che diventano per questo molto più fragili. Allo stadio terminale non vi sono più linfociti T4 nel sangue, mentre in circolo si ritrovano grandi quantità di antigene virale. La morte può verificarsi per le conseguenze di un'infezione recidiva, di un cancro, di un'encefalopatia o per cachessia. Quest'ultima evoluzione, in particolare, è caratteristica dell'Aids. Si assiste a un cedimento muscolare enorme e si accelera la

perdita di peso. All'origine di questo fenomeno vi è la malnutrizione: il virus, direttamente o indirettamente, colpisce il tubo digerente e i prodotti della digestione sono meno assorbiti dall'intestino. Probabilmente, l'infezione ha anche un effetto (diretto o indiretto) sulle fibre muscolari, attaccando i mitocondri, quei piccoli organelli intracellulari particolarmente necessari al funzionamento dei muscoli poiché forniscono loro energia chimica (Pantaleo G., Graziosi C., Fauci A.S., 1993).

### **1.3 Il contagio: le vie di trasmissione**

Gli innumerevoli studi epidemiologici condotti nell'ultimo decennio hanno ormai ampiamente dimostrato come l'Hiv venga trasmesso esclusivamente attraverso tre modalità: per via sessuale, per via parenterale e per via verticale (Montagneir L., Rozenbaum W. , Gluckman JC. , 1990; Cates W., 1990; Allen J.R., Setlow V.P., 1991).

Il virus è stato isolato da una grande varietà di tessuti e liquidi biologici: sangue, liquido spermatico, fluidi vaginali, latte materno, saliva, urina, lacrime, sudore, liquido amniotico, eccetera, per cui, in via teorica, tutti questi materiali devono essere considerati. Tuttavia, in grado di veicolare l'infezione sono: sangue, sperma, secreti vaginali e latte materno; non è mai stata documentata una trasmissione esclusivamente per via salivare.

La trasmissione per via sessuale dell'Hiv è la più frequente su scala mondiale. Il rischio più elevato si ha con il rapporto anale sia maschile che femminile di tipo recettivo, seguito da quello con penetrazione vaginale ed oscilla dallo 0,1 al 5%. Nel rapporto eterosessuale il rischio aumenta quando il maschio è Hiv-positivo e la partner è Hiv-negativa rispetto al contrario, in quanto lo sperma ha un potere contagiante maggiore rispetto alle secrezioni vaginali e la mucosa vaginale è, per la situazione anatomica, a maggior rischio. Il rischio di contagio aumenta parallelamente al numero di partner sessuali e al numero di rapporti non protetti con la persona infetta. Rischi ridotti, ma sempre presenti, sono stati evidenziati anche tramite rapporti orali (Maestrini R., Caremani M., 1997).

Per quanto riguarda la trasmissione omosessuale dell'Hiv, il rischio di contagio aumenta con il numero di partner sessuali e con la frequenza di rapporti anali di tipo recettivo. Tra le pratiche sessuali, il rapporto anogenitale è quello più traumatizzante poiché determina facilmente abrasioni e lacerazioni della mucosa anorettale, che favoriscono l'ingresso del virus. Alcune condizioni sono associate significativamente con un più alto rischio di infezione da Hiv, quali sieropositività per la sifilide, pregressa storia di infezione da virus Herpes simplex di tipo 2 a livello rettale, nonché pregressi rapporti con un partner che ha successivamente sviluppato l'Aids (Montagneir L., Rozenbaum W., Gluckman J.C., 1990).

La trasmissione parenterale del virus può essere riconducibile a: trasfusioni di sangue, impiego di emoderivati o trapianti di organi infetti, scambio di siringhe tra tossicodipendenti, esposizione accidentale a sangue o ad altri fluidi corporei infetti da parte di operatori sanitari, uso di strumentario sanitario non sterile.

L'esposizione a sangue e/o emoderivati infetti è stata la causa di numerose infezioni da Hiv in soggetti politrasfusi ed emofilici, soprattutto nella prima metà degli anni Ottanta; a partire dal 1985 l'adozione sistematica nei paesi industrializzati delle procedure di screening per la ricerca degli anticorpi anti-Hiv nei donatori di sangue, il minor ricorso a trasfusioni inutili e l'adeguato trattamento degli emoderivati hanno fatto sì che la trasmissione del virus attraverso questa modalità rappresenti oggi un evento estremamente raro. Attualmente la possibilità di acquisire l'infezione attraverso trasfusioni di sangue è legata alla rara evenienza che la donazione venga effettuata prima che sia evidenziabile una sieroconversione, cioè durante il periodo di latenza che intercorre tra l'ingresso dell'Hiv nell'organismo e la produzione di un movimento anticorpale specifico (Pantaleo G. e Coll., 1995).

Circa il 10% delle infezioni globali da Hiv sono oggi riconducibili all'uso di droghe iniettabili. La probabilità di contrarre l'infezione è direttamente correlata con la frequenza degli episodi di scambio delle siringhe, attraverso quelle piccolissime quantità di sangue che inevitabilmente residuano dopo ogni inoculazione all'interno della siringa. Il rischio di contagio ad ogni buco è basso, ma diventa molto elevato in rapporto alla frequenza con cui i tossicodipendenti per

via venosa si iniettano sostanze stupefacenti. L'infezione da Hiv è favorita dal fatto che si tratta, nella quasi totalità dei casi, di soggetti con un certo grado di immunodepressione (l'eroina provoca diversi deficit nella risposta immune) e intensamente immunostimolati per concomitanti infezioni (da epatite B, epatite C, nonché da endocarditi, setticemie, ascessi e flebiti). Anche la promiscuità sessuale, che sembra essere abbastanza spiccata in questa fascia di popolazione, può rappresentare un ulteriore rischio di infezione e costituire un'importante via collaterale di contagio (Maestrini R., Caremani M., 1997).

L'esposizione accidentale a sangue o altri fluidi corporei si è resa responsabile di qualche caso di Aids tra gli operatori sanitari; secondo i dati forniti dall'OMS nel 1997, si sono verificati nel mondo circa un centinaio di casi di infezioni da Hiv in questa categoria di lavoratori, in seguito ad esposizione accidentale di cute o mucose a sangue o a fluidi biologici contaminati dal virus (Montagneir L., Rozenbaum W., Gluckman J.C., 1990).

La trasmissione verticale del virus può verificarsi durante la gravidanza (per via transplacentare), al momento del parto, tramite l'allattamento al seno materno, nel periodo postnatale. Da quando la pandemia HIV/AIDS ha iniziato a diffondersi in ogni parte del mondo, l'OMS stima che circa tre milioni di bambini abbiano acquisito l'infezione da madri sieropositive (COA *(a cura di): Aggiornamento dei casi di Aids notificati in Italia al 3/3/1997*. Notiziario dell'ISS, 9 aprile 1997).

Tutti i bambini che nascono da madri Hiv positive presentano anticorpi materni anti-Hiv, ma solo una percentuale inferiore al 20% risulterà infettata. Il rischio di trasmissione materno-fetale è correlato alla carica virale, allo stadio di malattia e forse al tipo di virus.

Le donne con diagnosi di Aids conclamata e con elevata carica virale corrono il rischio di trasmettere l'infezione da Hiv al figlio con percentuale più elevata. L'incidenza di trasmissione materno-fetale varia nel mondo dal 25% nei Paesi industrializzati al 40% in quelli sottosviluppati. Al momento attuale però la terapia antiretrovirale, altamente efficace, ha ridotto il rischio a valori inferiori all'8%, ma questa terapia è troppo costosa proprio nei Paesi in via di sviluppo, che sono purtroppo le nazioni in cui si registra il maggior numero di casi di Aids.

Per quanto riguarda le modalità del parto, è stato osservato che il parto cesareo risulta ridurre le percentuali di trasmissione materno-fetale, per cui questa opzione dovrebbe sempre essere prevista per le donne sieropositive, ma ad onore del vero, questa soluzione non può essere indicata in tutte le parti del mondo.

Alla nascita non è possibile una diagnosi con le tecniche usuali, poiché nel neonato sono presenti anticorpi materni che hanno attraversato la placenta. Essi scompaiono progressivamente, cosicché la prima diagnosi può essere effettuata. In realtà, la diagnosi può essere effettuata precocemente ricercando il virus nel sangue del bambino, metodica però costosa e utilizzata quindi solo nei paesi dove questo è economicamente possibile. Tutti i bambini infetti mostrano una coltura positiva a sei mesi, ma soltanto a quindici mesi si ha la certezza biologica che il bambino è infetto, ma a questo punto molti di loro presentano già i sintomi della malattia (Boylan L., Stein Z.A., 1991).

Per quello che riguarda gli intimi meccanismi di trasmissione, la scoperta del virus nei tessuti fetali e nella placenta avvalorava l'ipotesi che l'infezione possa verificarsi già in utero. Attualmente, però, si ritiene che la trasmissione dell'Hiv si verifichi nella maggior parte dei casi al momento del parto, sia a causa delle lesioni che si producono nella barriera placentare con scambio anche minimo di sangue tra madre e feto, sia a causa dell'esposizione del neonato a sangue e secrezioni materne infette nel canale del parto (Tacconi D., Rossi G., 1997).

La trasmissione tramite il latte materno è stata ormai documentata, ma l'OMS dà consigli diversi alle madri a seconda che vivano in paesi sottosviluppati o industrializzati: nel primo caso l'OMS consiglia l'allattamento al seno, in quanto il rischio di morte neonatale per infezioni gastrointestinali è elevato, mentre nel secondo caso lo sconsiglia (Boylan L., Stein Z.A., 1991).

#### **1.4 I test diagnostici**

I test comunemente utilizzati per la diagnosi di infezione da Hiv sono due: l'ELISA e il WESTERN BLOT.

Entrambi vengono effettuati con un semplice prelievo di sangue. Il risultato viene detto positivo quando indica la presenza del virus, negativo quando la esclude.

I test di screening non rilevano direttamente la presenza del virus nell'organismo, ma individuano la comparsa degli anticorpi anti-Hiv, di quelle proteine, cioè, che il sistema di difesa immunitario produce quando entra in contatto con il virus dell'Aids.

Per produrre anticorpi l'organismo ha bisogno di tempo. Per questa ragione i test normalmente utilizzati possono risultare negativi, anche se il contagio è avvenuto, quando vengono effettuati troppo presto. L'intervallo di tempo che trascorre tra il momento del contagio e quello in cui i test diventano positivi, comunemente detto periodo finestra, può durare fino a sei mesi (Gurtler L., 1996).

Se dunque una persona ha avuto un rapporto a rischio è utile ripetere il test dopo 60 e 120 giorni dal presunto contagio, anche se i test attuali consentono già dopo 2-3 settimane di rilevare la presenza di anticorpi specifici.

Di solito nei laboratori viene effettuato prima il test ELISA, che ha una probabilità molto bassa di produrre risultati erroneamente positivi (probabilità inferiore al 2%), cioè di individuare le tracce del virus quando invece non c'è. In ogni modo, quando il risultato è positivo è necessaria una conferma con il WESTERN BLOT.

Accanto a questi test, esiste anche la possibilità di rintracciare nel sangue il virus stesso o suoi frammenti mediante un'analisi sofisticata detta PCR o reazione a catena della polimerasi, che individua la presenza del materiale genetico del virus. Ovviamente, individuando il virus e non gli anticorpi prodotti dall'organismo, la PCR può confermare o escludere il contagio già nei primi giorni e sempre dopo due settimane. Questo test, però, è molto costoso e di difficile esecuzione: non viene perciò mai utilizzato in prima battuta, se non in casi eccezionali (Migali E., Caremani M., 1997).

Per effettuare il test basta rivolgersi ai laboratori di analisi, possibilmente a quelli che vengono sottoposti a periodici controlli sulla qualità e l'affidabilità dei test usati.

Il test è gratuito, può essere richiesto in forma anonima, cioè senza dichiarare le proprie generalità e il motivo per cui viene richiesto. La risposta viene consegnata

in busta chiusa consigliando un colloquio con lo specialista, cioè un counselling. Scopo di questi colloqui è da un lato informare la persona sulle caratteristiche della malattia, sui metodi per prevenirla e per curarla, e dall'altro valutare l'impatto e le conseguenze che il risultato del test, sia esso positivo o negativo, avrà sulla persona. Il risultato del test, qualunque esso sia, è strettamente confidenziale, e in nessun caso può essere violato il diritto all'anonimato.

### **1.5 Le terapie attuali**

Allo stato attuale non esiste una cura definitiva per l'Aids. Tuttavia, sono stati compiuti progressi certi dall'inizio degli anni Ottanta ad oggi. Essi hanno permesso di allungare la durata della vita e di rendere più confortevole l'esistenza dei malati. Dato che l'Aids è la manifestazione più grave di una sindrome complessa, riconducibile a un'eziologia unica, l'Hiv, ma a patogenesi multipla, la terapia è altrettanto complessa, articolata e differenziata a seconda dello stato chimico-immunologico (Moroni M., Bini T., Testa L., 1997)

Il provvedimento terapeutico fondamentale è rappresentato dalla terapia antiretrovirale.

La replicazione di Hiv rappresenta il meccanismo patogenetico di base da cui derivano altre possibili cause di danno. Ai farmaci antiretrovirali va pertanto riservato il ruolo centrale nella strategia terapeutica.

Ai farmaci antiretrovirali vanno affiancati chemioterapici per la profilassi primaria, terapia e profilassi secondaria delle infezioni opportunistiche e chemioterapici antitumorali (Montagneir L., Rozenbaum W., Gluckman J.C., 1990).

Farmaci intesi a stimolare il sistema immunitario, i cosiddetti farmaci immunoattivi, sono stati sperimentati fin dal primo insorgere dell'epidemia. Purtroppo, dopo le prime segnalazioni favorevoli, tutti i farmaci sperimentati non si sono rivelati in grado di modificare significativamente alcun parametro clinico o immunologico. Infine, alcuni farmaci antiossidanti sembrano dotati di attività citoprotettiva nei confronti di vari stimoli citotossici attivati dalla replicazione virale (Montagneir L., Rozenbaum W., Gluckman J.C., 1990).

L'era della chemioterapia anti-Hiv è iniziata con l'impiego dell'azidotimidina (AZT) resa disponibile a partire dal 1985. Attualmente sono utilizzabili cocktail di farmaci che agiscono su varie tappe della replicazione virale. La terapia antiretrovirale per l'Hiv altamente efficace (H.A.A.R.T.) consiste nella combinazione di 2 inibitori della trascrittasi inversa e 1 o 2 inibitori della proteasi. Tale strategia terapeutica ha dato ottimi risultati, ma ha evidenziato anche alcuni effetti collaterali fra i quali si può menzionare la lipodistrofia. Purtroppo, la storia clinica dei malati trattati con l'HAART dimostra che a distanza di alcuni anni queste sostanze creano resistenza, permettendo così l'ingresso nell'organismo di virus ancora peggiori e difficili da trattare. Quando ciò si verifica questi farmaci non si possono più impiegare. Diventa allora necessario modificare la strategia terapeutica ricorrendo ad altre sostanze. I farmaci anti-Hiv sono virustatici e pertanto hanno la sola funzione di limitare il più possibile la replicazione virale e i danni ad essa conseguenti. Gli obiettivi della terapia antiretrovirale sono pertanto limitati ad ottenere la cronicizzazione della malattia in stadi ancora caratterizzati da un buon patrimonio immunologico (Moroni M., Bini T., Testa L., 1997).

La recente disponibilità di un buon numero di farmaci dotati di notevole potenza antiretrovirale rende questo obiettivo già perseguibile. Oggi, pertanto, si ritiene possibile garantire alle persone sieropositive la convivenza a lungo termine con il virus, senza pagare il prezzo della malattia (Moroni M., Bini T., Testa L., 1997).

## CAPITOLO 2

### EPIDEMIOLOGIA DELL'INFEZIONE DA HIV E COMPORTAMENTO SESSUALE IN ADOLESCENZA

#### 2.1 Le rilevazioni epidemiologiche recenti

Dal 1982, anno della prima diagnosi di Aids in Italia, al 30 giugno 1999, sono stati notificati al COA 44516 casi di Aids (“Aggiornamento dei casi di Aids notificati in Italia al 30 giugno 1999”, a cura del Centro Operativo AIDS [COA] dell'Istituto Superiore di Sanità). Di questi, 34746 (78,1%) erano di sesso maschile, 674 (1,5%) in età pediatrica (<13 anni), e 1999 (4,5%) erano stranieri. L'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, risultava essere di 33 anni per i maschi, e di 31 anni per le femmine.

L'andamento del numero dei casi segnalati al Registro Nazionale AIDS (RNAIDS) evidenzia un costante incremento dell'incidenza dei casi di Aids notificati nel nostro Paese sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione nel 1996, 1997, 1998 e anche nel primo semestre 1999.

In base ai casi segnalati nel 1999 si può osservare come i tassi di incidenza dimostrino che le regioni più colpite sono nell'ordine: la Lombardia, il Lazio, la Liguria e l'Emilia-Romagna. Nel nostro Paese esiste, quindi, un gradiente nord-sud nella diffusione della malattia, come risulta dai tassi di incidenza che continuano ad essere mediamente più bassi nelle regioni meridionali.

Attualmente, l'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di Aids è di 30 anni per i maschi e di 25 anni per le femmine, dati questi che lasciano supporre un contagio avvenuto in età adolescenziale. Nell'ultimo decennio la proporzione di pazienti di sesso femminile tra i casi adulti è andata progressivamente aumentando, passando dal 16% del 1985 al 24,6% del 1999.

Per quanto riguarda le modalità di esposizione al virus, si evidenzia come il 64,2% del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa. La distribuzione nel tempo mostra un aumento

della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale (omosessuale ed eterosessuale) ed una corrispondente diminuzione dei casi attribuibili alle altre modalità di trasmissione.

Dei 44516 casi segnalati fino al 30 giugno 1999, 674 (1,5%) sono stati registrati nella popolazione pediatrica (pazienti con età alla diagnosi inferiore ai 13 anni).

La diffusione dell'Aids pediatrico sembra ricalcare la distribuzione geografica dell'epidemia riportata per i casi segnalati negli adulti, poiché anche tra i bambini si riscontra un numero più elevato di casi in Lombardia, seguita da Lazio ed Emilia-Romagna.

La cospicua diminuzione dei casi di Aids pediatrici che si è registrata nel 1997 e nel 1998 può in parte considerarsi un effetto delle campagne di prevenzione e dell'applicazione delle linee guida relative al trattamento antiretrovirale delle donne in gravidanza.

Per quanto riguarda l'andamento dell'infezione pediatrica per categoria di esposizione, si può osservare che dal 1993 ad oggi non sono stati più riportati casi in emofilici. Dei 640 (95%) casi pediatrici che hanno contratto l'infezione dalla madre, 339 (53%) sono figli di madre tossicodipendente, mentre 225 (35,1%) sono figli di donne che hanno acquisito l'infezione per via sessuale.

In considerazione dei dati sopra citati, si può osservare che la diminuzione dell'incidenza dei casi di Aids verificatasi a partire dal 1996 si conferma anche per il primo semestre 1999.

In particolare, negli ultimi dodici mesi si è avuta una flessione nel numero delle notifiche dei casi di Aids di circa il 12,4% rispetto al periodo precedente (luglio 1997-giugno 1998).

La diminuzione si riscontra in tutte le principali categorie di esposizione, anche se è meno marcata per i casi a trasmissione sessuale (sia omosessuale che eterosessuale).

Come evidenziano alcune simulazioni (con modelli matematici) sull'andamento dei casi di Aids, la repentina diminuzione dei casi verificatasi negli ultimi tre anni è difficilmente attribuibile ad una riduzione delle infezioni da Hiv (Rezza G. , Pezzetti P. , Calducci M. , 1998). D'altro canto, in Italia come in altri Paesi

industrializzati, si è avuta una ampia e rapida diffusione di nuove terapie di combinazione con più farmaci antiretrovirali, la cui efficacia ha permesso anche di ridurre il rischio di patologie Hiv-correlate e di morte (Pezzotti P. , Napoli P. , Acciai S. et al., 1999).

Nonostante l'accuratezza di tali studi, non si può però dimenticare che le limitate conoscenze sulla durata dell'effetto delle nuove terapie, la mancanza di una stima precisa della diffusione dei farmaci antiretrovirali e di eventuali differenze nei singoli sottogruppi, rendono più problematica la stima della curva epidemica dell'infezione da Hiv e ribadiscono l'importanza dei sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi d'infezione da Hiv (Detels R. e Coll., 1998).

## **2.2 Epidemiologia: è emergenza giovani**

Le cifre sopra citate, rese note dal Ministero della Sanità, testimoniano che in Italia si riscontra una sempre maggior incidenza del virus Hiv tra i giovani.

Questo andamento dei tassi di incidenza del virus è riscontrabile anche a livello mondiale, come testimonia il rapporto dell'ONU del febbraio 1999: nel mondo circa settemila giovani di età compresa tra i 10 e i 24 anni contraggono il virus Hiv ogni giorno.

Sempre dal rapporto del Ministero della Sanità emerge che le cause di questa importante diffusione dell'Hiv tra i giovani sono riconducibili all'uso di droghe per via endovenosa, ma in misura ancora maggiore ai rapporti sessuali non protetti.

Tali dati vengono confermati anche dall'ultima indagine condotta dall'Istituto IARD su l'affettività e la sessualità tra i giovani (1998): il 50% dei ragazzi italiani ha avuto almeno un'esperienza a rischio elevato di contrarre il virus dell'Aids. I rapporti sessuali rappresentano, quindi, per loro, una minaccia costante dato che, a 19 anni, il 56% dei maschi ed il 42% delle femmine ha già avuto la prima esperienza sessuale completa; inoltre, fra i ragazzi tra i 18 e i 22 anni, un terzo ha già avuto esperienze con almeno due partner diversi, in molti casi conosciuti occasionalmente (Buzzi C., 1998).

Secondo Carlo Buzzi, autore di questa ricerca, i risultati ottenuti, per poter essere meglio compresi, devono essere inquadrati nella odierna situazione generale in cui si ritrovano a vivere i giovani.

Bisogna quindi considerare, innanzitutto, che la condizione giovanile non può essere studiata e compresa a prescindere dal contesto sociale che può influenzare il percorso di sviluppo dell'adolescente, ma anche dalle modalità con cui il giovane può far fronte alle richieste ambientali e mantenersi in grado di regolare la propria traiettoria di sviluppo personale, ribadendo l'esistenza di un'interdipendenza tra dato sociale e condotte adolescenziali.

Ciò che si riscontra oggi è un prolungamento della durata dell'adolescenza che sicuramente provoca nei giovani una permanenza ancora più dolorosa in quello stato di incertezza, indeterminatezza, caratteristico, del resto, di questo periodo della vita. Alcuni dei giovani intervistati da Buzzi, infatti, denunciano la sensazione di essere come sospesi in un limbo, da cui è difficile tirarsi fuori perché è difficile fare progetti, e ancor di più tendere verso obiettivi che appartengono a un futuro troppo lontano e con orizzonti sempre più ristretti.

In riferimento alle condizioni culturali ed economiche che fanno da contesto, in questi ultimi anni, all'adolescenza si può sostenere, insieme a Palmonari, che i due eventi che maggiormente incidono sulla condizione adolescenziale attuale siano il restringimento del mercato del lavoro e la crisi economica. Palmonari (1997) ipotizza che, in ragione di tali eventi, si siano modificate in molti giovani le rappresentazioni di sé e del processo della propria realizzazione e che da queste rappresentazioni derivino un'interpretazione diversa della propria situazione sociale e una nuova credenza riguardo la possibilità di cambiare la propria condizione.

L'effetto più evidente della crisi economica è quello di chiudere molti sbocchi occupazionali per la forza lavoro giovanile. In ragione di ciò, si può comprendere che per molti giovani il futuro appaia privo di garanzie, di attrazione, poiché offre solo la prospettiva della disoccupazione.

La mancanza di aspettative positive per il futuro può bloccare, nei giovani che ne sono consapevoli, la spinta ad elaborare progetti di realizzazione di sé sia sul piano

professionale, sia più in generale su quello esistenziale. Come fa notare Palmonari, questo è di importanza cruciale, poiché i progetti che vengono organizzati attorno al sé del soggetto, hanno la funzione di scopo verso cui il comportamento e i bisogni vengono orientati.

Se, dunque, la prospettiva temporale è bloccata dalla certezza di ostacoli oggettivi, diventa difficile, se non impossibile, definire, a livello di rappresentazione individuale, obiettivi di realizzazione del proprio sé che prescindano da un cambiamento della società; da ciò deriverà una sensazione di impotenza e una apatia colma di frustrazione e di rabbia.

Tali sentimenti assumono un'importanza cruciale, poiché si scontrano con una caratteristica peculiare della fase adolescenziale: l'ampliamento e la particolare salienza della dimensione futuro all'interno della prospettiva temporale. Lo stesso Lewin (1951) osservò che, durante l'adolescenza, si verifica un cambiamento profondo nella prospettiva temporale dell'individuo, non solo nel senso di un ampliamento, ma anche nel senso che viene a crearsi una netta differenziazione tra mete reali e mete ideali riguardanti il futuro personale. Tale differenziazione deriva dal bisogno di dare una struttura alla propria prospettiva temporale, in modo da considerare sia le motivazioni ed i valori ideali dell'individuo, quanto le condizioni che permettono di realizzare il progetto. L'adolescente deve operare delle scelte (in primo luogo quella scolastica o professionale) che lo obbligano a definire progetti concernenti sé quale futuro adulto, e quindi a considerare non solo le proprie aspirazioni, ma anche le possibilità di realizzazione di tali progetti, che dipendono dalla conoscenza delle condizioni esterne nel cui ambito il progetto si deve realizzare.

Inoltre, come suggerisce ancora Lewin, non si può non ricordare che l'adolescenza provoca un cambiamento nell'appartenenza a categorie sociali.

Il soggetto, infatti, non si considera più un bambino e tanto meno vuol essere trattato come tale; prova ad entrare nella vita adulta ponendosi nella prospettiva di un'occupazione e di uno stile di vita adulto. Questo cambiamento modifica non solo la situazione momentanea del soggetto, ma tutto il suo contesto di riferimento.

Il passaggio dal gruppo dei bambini a quello degli adulti è però un passaggio ad una posizione più o meno sconosciuta sul piano cognitivo e sul piano psicologico viene sperimentata come non strutturata. Questa mancanza di chiarezza è una delle ragioni principali della tipica “incertezza di comportamento” dell’adolescente, cosicché la sua azione appare ambigua e conflittuale.

La tensione verso l’acquisizione dello status di adulto è però in parte ostacolata dall’attuale prolungamento, per così dire, obbligato della fase adolescenziale, che costringe la maggior parte dei giovani in uno stato di attesa infinito (Bonino S., 1999).

Il disagio che gli adolescenti percepiscono per il presente e la bassa fiducia che nutrono nella possibilità di riportare successo in futuro possono far insorgere il bisogno di mettersi alla prova e di sperimentare le proprie capacità in ambiti differenti. Nelle situazioni più critiche, di particolare insicurezza e disagio, si può assistere alla messa in atto di comportamenti che si configurano come una vera e propria esasperazione dell’adulthood, di cui vengono attuati gli aspetti più esteriori, esagerati e plateali.

Questo bisogno di sperimentazione e di mettere alla prova le proprie capacità investe anche la sfera affettiva e sessuale.

Chiaramente, quando si parla di sessualità in adolescenza non la si può considerare solo dal punto di vista del rischio, sia fisico o psicosociale, che essa può rappresentare, poiché si rischierebbe di introdurre un discorso limitativo e fuorviante. I rapporti sessuali sono infatti ritenuti normali negli adulti e l’acquisizione del ruolo adulto comporta anche la capacità di saper vivere una relazione sessuale (Bonino S., Ciairano S., 1999).

Costruire e mettere alla prova la capacità di instaurare con persone del sesso opposto rapporti affettivi profondi, che possono condurre o meno all’impegno in una relazione sessuale, costituisce uno dei compiti di sviluppo affrontati durante l’adolescenza (Zani, 1997). Superare tale compito con successo può dunque promuovere lo sviluppo dell’identità. Il sostegno che l’adolescente può ricevere dal partner dell’altro sesso all’interno della relazione di coppia, insieme alla possibilità di avere relazioni amicali con persone di ambo i sessi, favorisce la costruzione di

un'identità adulta e la conquista di una maggiore autonomia affettiva dal nucleo familiare di origine. L'impegno all'interno di una relazione affettiva e sessuale può facilitare il distacco almeno parziale dai genitori, offrendo contemporaneamente un sostegno affettivo. Inoltre, esso può costituire una conferma positiva all'immagine di sé, aiutando l'identificazione con il proprio ruolo sessuale e promovendo la sintesi tra tenerezza e sensualità che è una delle prerogative del rapporto di coppia maturo (Zani B., 1997).

Come fanno notare Baldaro Verde e Pallanca (1984), ciò che sembra essere prioritario nella ricerca di un partner e nello stabilire un rapporto sentimentale è la soddisfazione del bisogno personale di crescita. Non ci dobbiamo stupire, quindi, che la maggioranza degli adolescenti consideri importante alla propria età avere il/la ragazzo/a.

Se facciamo un'analisi più profonda delle motivazioni che sono alla base della ricerca del partner, emerge soprattutto come il partner risponda all'esigenza di soddisfare bisogni profondi (Zani B., 1997). In primo luogo emergono i bisogni affettivi di appoggio, per cui il partner è visto come qualcuno capace di aiutare e proteggere nel processo di separazione dalla figure parentali, una sorta di "appiglio a cui aggrapparsi" per poter sperimentare nel nuovo rapporto affettivo ciò che si è già vissuto nell'infanzia e si teme di perdere. Come fa notare la Zani (1997), si evidenzia la difficoltà dell'adolescente ad affrontare il processo di individuazione e nello stesso tempo a stabilire una relazione simmetrica con l'altro: infatti, a questa età è alquanto difficile comprendere contemporaneamente i propri bisogni e quelli dell'altro.

In secondo luogo emerge l'importanza dei bisogni maturativi, per cui il partner diviene la persona che permette la realizzazione di sé, l'aumento dell'autostima personale, la parziale risoluzione delle inquietudini adolescenziali.

Per ciò che riguarda i bisogni di natura sessuale, si può notare come essi siano decisamente secondari e si trovino quasi sempre associati ad altre esigenze, confermando così che gli adolescenti di solito scindono l'affettività dalla sessualità.

Infatti, tra gli aspetti ritenuti rilevanti in un rapporto sentimentale, gli adolescenti indicano la sincerità e il capirsi, aspetti che esprimono ancora una volta un forte bisogno di rassicurazione del sé.

L'interesse per le persone dell'altro sesso estranee alla famiglia nasce e si realizza oggi in un contesto culturale che è profondamente diverso rispetto a quello di alcuni decenni fa: in Europa e negli Stati Uniti, i grandi cambiamenti che si sono verificati nei rapporti tra i sessi hanno investito anche l'età adolescenziale.

Infatti, le influenze culturali che derivano sia dal macrosistema (modelli dominanti veicolati ed imposti dai mass media), sia dal microsistema all'interno del quale ciascuno di noi è inserito (famiglia, gruppo dei pari), incidono in modo importante sul modo di concepire l'affettività e le relazioni interpersonali eterosessuali.

Cosa è cambiato nella sfera della sessualità tra gli adolescenti maschi e femmine? Se analizziamo la letteratura in proposito, osserviamo che si evidenziano alcune indicazioni relativamente a tre aree:

1. Si è verificato un mutamento dei modelli che regolano i comportamenti sessuali: il modello del "doppio standard", prevalente fino agli anni '50, secondo cui il rapporto prematrimoniale è giusto per gli uomini, ma non per le donne, ha lasciato il posto ad uno standard di "astinenza sessuale" prescritto in specifico alle donne, poi ad uno di "permissività ma solo quando c'è un rapporto affettivo" (Reiss, 1967), fino ad arrivare all'affermazione del modello della "permissività del rapporto anche senza coinvolgimento affettivo".

Attualmente, sembra invece prevalente la convinzione che l'attività sessuale è sì importante, ma, per acquistare significato, deve essere inserita nell'ambito di una relazione affettiva.

2. Si è assistito anche ad un mutamento negli atteggiamenti verso la sessualità: secondo Coleman e Hendry (1990), i giovani, rispetto alla generazione passata, sono più aperti sulle questioni sessuali, come dimostra la maggior franchezza con cui parlano di sesso. Per essi il comportamento sessuale riguarda la morale privata piuttosto che quella pubblica: così gli adolescenti appaiono meno inclini ad esprimere giudizi assoluti su ciò che è giusto o sbagliato nei singoli casi

individuali, poiché il loro punto di vista morale è più relativistico e meno valutativo.

3. Questo cambiamento generale di mentalità ha portato ad una maggior precocità nei rapporti sessuali. Tale precocità, in realtà, non si riscontra in tutte le indagini condotte finora, probabilmente perché è molto difficile avere dei dati attendibili sull'età del primo rapporto, a causa delle differenze metodologiche nella raccolta dei dati. Tuttavia, alcune analisi delle ricerche condotte sul comportamento sessuale degli adolescenti hanno messo in evidenza un sensibile aumento delle attività sessuali, una liberalizzazione nell'espressione sessuale (rapporti con diversi partner, una maggior frequenza dei rapporti) e una iniziazione più precoce per le femmine (Coleman e Hendry, 1990; Cavalli A., De Lillo A., 1993; Fontenberry J.D., Costa F.M. e Coll., 1997).

A tal proposito, è opportuno ricordare che l'abbassamento dell'età media dello sviluppo puberale e la conseguente precocità della maturazione biologica, determina un importante divario tra la maturità biologica già completa e lo status sociale: l'allungamento del ciclo di studi e le difficoltà negli sbocchi occupazionali allontanano sempre più l'acquisizione dell'autonomia personale e l'assunzione di responsabilità proprie dell'adulto. Aumentano di conseguenza per gli adolescenti le possibilità di vivere situazioni conflittuali.

Inoltre, è necessario ricordare che la maggior precocità nel raggiungimento della pubertà non significa che la maturazione biologica coincida con quella psicologica, affettiva e sociale: iniziare l'attività sessuale troppo precocemente può quindi avere un'influenza negativa sulla capacità dell'individuo di assumersi in prima persona la responsabilità che essa comporta (Brooks-Gunn, Paikoff, 1997).

Per quanto riguarda le differenze tra maschi e femmine, nonostante si sia verificato un avvicinamento tra i comportamenti dei due sessi, legittimato dal parziale superamento della morale del "doppio standard", alcune differenze importanti sembrano però essere sempre presenti (Zani, 1997; Buzzi, 1998).

Tali differenze riguardano il modo con cui ragazzi e ragazze stabiliscono relazioni profonde sia di tipo affettivo-sentimentale, sia di tipo sessuale. Si riscontrano così

differenze nei significati e nei motivi che gli adolescenti elaborano ed esprimono a proposito di tali esperienze.

Si può affermare, quindi, che esistono modi tipicamente maschili e modi tipicamente femminili di instaurare rapporti intimi eterosessuali, poiché lo sviluppo psicosessuale e l'elaborazione dell'identità di genere seguono percorsi differenti nei due sessi. Come sostiene Lloyd (1994), la diversità di tali percorsi dipende in parte dalle differenze fisiologiche sottostanti ai modelli di apprendimento dei ruoli sessuali, ed in parte dall'influenza di alcuni fattori socioculturali.

Come sappiamo, lo sviluppo puberale avviene in modi e tempi diversi nei due sessi, andando ad influenzare gli atteggiamenti e i comportamenti degli adolescenti. Ma, come fa notare la Zani (1997), ad esercitare l'influenza maggiore non sono tanto le differenze in sé, quanto i significati personali e sociali attribuiti a tali differenze. Sono le pratiche di socializzazione familiare e altre pressioni sociali, come ad esempio quelle esercitate dal gruppo dei pari, a definire gli standard accettabili del comportamento sessuale e l'apprendimento dei ruoli sociali appropriati.

Certamente, non dobbiamo credere che i comportamenti sessuali degli adolescenti siano il risultato inevitabile di pressioni sociali o di influenze ambientali, perché fra il dato biologico e quello sociale si inserisce sempre l'intermediazione del soggetto, quale persona attiva che elabora significati, compie delle azioni, prende decisioni, seppure all'interno delle opportunità offerte da uno specifico contesto (Bonino S., Ciairano S., 1999).

Dalle ricerche condotte (Zani, Altieri e Signani, 1992; Costanzi, Lesmo, 1995; Breakwell G.M., 1997; Buzzi, 1998; Bonino, Ciairano, 1999) emerge che per i maschi la scoperta della pubertà non è un evento di cui si parla volentieri, la consapevolezza dei cambiamenti è scarsa e spesso legata alle osservazioni fatte dagli altri. I ragazzi dimostrano di essere influenzati da alcuni stereotipi legati al ruolo maschile, quali, ad esempio, l'idea che l'uomo "vero" sia forte, non mostri emozioni, sia aggressivo e che la sessualità maschile sia dirompente, aggressiva e predatrice (Costanzi, Lesmo, 1995). Tra i maschi i dialoghi con gli amici rispetto alla sessualità consistono nel raccontare le proprie avventure, piuttosto che

esprimere i propri dubbi e le proprie incertezze, evidenziando maggiori reticenze e maggior imbarazzo a confrontarsi con la propria sessualità (Buzzi C., 1998).

Infatti, i maschi ricercano meno attivamente informazioni in proposito, sia per la difficoltà ad ammettere la propria ignoranza di fronte ai compagni, sia per l'esigenza di affermare la propria autosufficienza in questo campo. Di conseguenza il modello dominante è quello di arrangiarsi da soli, faticosamente, attraverso letture, sentito dire, esperienze. La preoccupazione più grande è quella di non sentirsi diversi dagli altri, di essere normali, e quindi il bisogno di provare questa normalità: infatti, le prime esperienze, in genere sporadiche e realizzate con una partner occasionale, più adulta ed esperta, sono ricercate per verificare le proprie capacità e fugare le paure di "non essere in grado", di "non sapere come fare".

Si può affermare, perciò, che la precocità maschile è un'anticipazione dell'esperienza sessuale completa rispetto a quella relazionale e di coppia. Sul piano psicologico i rischi maggiori, in questi casi, sono legati ad un vissuto deludente di un atto che di solito viene idealizzato come un'esperienza eccezionale. Per le femmine, invece, la scoperta della pubertà è un fatto ben preciso, che si ricorda con chiarezza, di cui si parla con le amiche e con la madre. Da questo momento aumentano per le femmine le pressioni a conformarsi agli stereotipi comportamentali del proprio ruolo. Così le ragazze lamentano un incremento del controllo da parte della famiglia sulla libertà personale, una maggior difficoltà ad ottenere margini di autonomia, ma nello stesso tempo non vogliono rinunciare all'affermazione di sé in termini di emancipazione e realizzazione personale, ossia in termini ben diversi da quelli che tradizionalmente vengono attribuiti alla donna (Buzzi, 1998).

Da un punto di vista culturale e sociale, si può evidenziare una discontinuità nella socializzazione delle femmine: infatti, durante l'infanzia la bambina ha ricevuto un modello ambivalente che ha incoraggiato sia la dipendenza che l'autonomia, mentre nell'adolescenza viene sollecitata ad essere femminile (moglie e madre) e quindi ad abbandonare quei comportamenti di indipendenza fatti propri nell'età precedente.

Nonostante che oggi le ragazze possano far riferimento a più modelli di identità femminile, sicuramente tale ambivalenza può provocare sentimenti e comportamenti più contraddittori (Bonino, Ciairano, 1999).

Di fatto, il debutto nella vita sessuale risulta essere un passaggio evolutivo cruciale che ha riflessi sia sul benessere individuale, ad esempio sulla percezione di sé e sui progetti di realizzazione presente e futura, che su quello sociale, ad esempio nelle relazioni con la scuola, con la famiglia, con il gruppo dei pari e con la società in senso più ampio (Cattellino E., Bonino S., 1998).

L'inizio dell'attività sessuale sembra svolgere un ruolo più chiaro nel processo di costruzione dell'identità maschile adulta; essa sostanzialmente promuove un'immagine più positiva di sé, mentre l'assenza di rapporti sessuali, in particolare nei soggetti più grandi, è connessa all'insicurezza e al senso di alienazione. La vita sessuale appare come una componente chiara e necessaria della condizione maschile adulta, a cui molti ragazzi aspirano; ne consegue una certa impazienza ad iniziare l'attività sessuale precocemente, anche in assenza di un legame affettivo, nel timore di non apparire "grandi" agli occhi propri e a quelli dei coetanei (Bonino S., Ciairano S., 1999).

Per le femmine, invece, l'integrazione della sessualità nel processo di costruzione dell'identità si configura come maggiormente problematico, complesso e conflittuale. Infatti, i vissuti psicologici che accompagnano l'attività sessuale delle femmine sono caratterizzati da una profonda ambivalenza: le ragazze che hanno già avuto rapporti sessuali riferiscono una maggiore stima di sé e un maggior senso di efficacia personale rispetto alle coetanee, ma anche maggiori sentimenti depressivi e maggiore stress.

Questo si verifica soprattutto quando le ragazze stabiliscono con il partner una relazione stabile e hanno con lui una vita sessuale regolare. Queste ragazze sembrano interpretare allo stesso tempo un duplice ruolo: quello dell'adolescente che si impegna a sufficienza nello studio e che crede nell'utilità della scuola, e quello della donna adulta che vive affettivamente una relazione e fa dei progetti per il futuro con il partner.

Per tali ragazze, però, questa duplicità di ruoli risulta troppo gravosa da affrontare, a causa della responsabilità che essa comporta, ed allo stesso tempo anche troppo conflittuale in riferimento sia ai modelli sociali, sia alle proprie future opportunità di sviluppo; da tutto ciò possono derivare sentimenti di depressione e la percezione di stress.

I maschi, invece, non sembrano vivere in modo gravoso e conflittuale il loro duplice ruolo di adolescenti e allo stesso tempo di adulti sessualmente impegnati. Questa mancanza di malessere può essere ricondotta sia ad una minore conflittualità nel vivere la vita sessuale, connessa alla diversa accettazione della sessualità nei due sessi, sia alla minore responsabilità individuale che il maschio si assume nella relazione sul piano della procreazione e delle prospettive future, sia, infine, al modo diverso, più provvisorio ed aperto al cambiamento, con cui essi vivono la relazione affettiva presente (Bonino e Ciairano, 1999).

Come si può notare le differenze tra i due sessi non riguardano tanto l'implicazione nella sessualità, quanto piuttosto i modelli di comportamento, le situazioni e i concomitanti psicosociali legati all'attività sessuale.

Maschi e femmine prediligono, infatti, situazioni relazionali diverse sia per l'esordio che per la vita sessuale successiva: meno impegnative dal punto di vista affettivo i primi, più stabili e coinvolgenti le seconde.

Tale dato viene confermato anche dall'indagine IARD del 1998 (Buzzi C., 1999): le ragazze hanno una vita sessuale meno promiscua ed investono maggiormente nel rapporto di coppia sia sul piano emotivo, che su quello della progettualità futura. A proposito dell'età di inizio la stessa indagine rivela che la grande maggioranza (94%) degli adolescenti sessualmente attivi non ha avuto rapporti sessuali prima dei 14 anni d'età: il 40% ha iniziato tra i 14 ed i 15 anni, il 46% tra i 16 ed i 17 anni, l'8% ha iniziato tra i 18 ed i 19 anni. La percentuale di maschi che ha iniziato prima dei 15 anni è leggermente superiore a quella delle femmine.

Dall'analisi condotta da Buzzi emerge che la precocità di inizio dell'attività sessuale è connessa ad una maggiore promiscuità ed una minore capacità di gestire la contraccezione.

In generale, il coinvolgimento precoce nei rapporti sessuali è più probabile per i soggetti con bassa istruzione e precoce inserimento lavorativo. Gli adolescenti che hanno interrotto gli studi e che lavorano si percepiscono molto più vicini agli adulti dei ragazzi di pari età che ancora frequentano la scuola; tale maggior vicinanza può legittimare l'attuazione di quei comportamenti che sono ritenuti normativi per gli adulti (Bonino, 1999).

Alcune ricerche hanno evidenziato anche un legame con le diverse prospettive temporali degli adolescenti: le differenze di obiettivi, come quello di portare a termine gli studi nel lungo periodo oppure quello di inserirsi nel mondo del lavoro nel breve e medio periodo, possono riflettersi in consistenti differenze di implicazione nei rapporti sessuali (Bandura A., 1995; Brooks-Gunn J., Paikoff R., 1997; Zani B., 1997; Bonino S., Cattellino E., 1998).

Un'altra differenza importante tra i due sessi si riscontra a proposito del tipo di relazione con il primo partner sessuale: nonostante che più della metà degli adolescenti abbia avuto il primo rapporto all'interno di una relazione consolidata o all'interno di un'amicizia profonda, una percentuale piuttosto elevata ha iniziato l'attività sessuale al di fuori di una relazione affettiva, ossia con un partner conosciuto superficialmente o conosciuto in un incontro occasionale. A tal proposito, le femmine hanno avuto il primo rapporto sessuale all'interno di una relazione consolidata in percentuale quasi doppia rispetto ai maschi.

Dall'indagine condotta da Bonino e Ciairano (1999) su un campione normativo di adolescenti tra i 14 e i 19 anni emerge che il 30% degli adolescenti intervistati ha già avuto rapporti sessuali. La percentuale dei maschi implicati è di poco superiore a quella delle femmine: 31% contro 28%. Inoltre, si riscontra un notevole aumento dell'implicazione nei rapporti sessuali al crescere dell'età: si passa dal 15% dei soggetti di 14-15 anni, al 27% dei soggetti di 16-17 anni, al 53% dei soggetti di 18-19 anni.

Sempre dall'indagine sopra citata, emerge un altro dato interessante: esiste una stretta relazione tra l'influenza percepita da parte degli amici, i modelli degli amici e l'implicazione nell'attività sessuale. Infatti, gli adolescenti che hanno già avuto rapporti sessuali percepiscono una maggior influenza da parte del gruppo di amici e

hanno un maggior numero di amici che, a loro volta, è già implicato nell'attività sessuale. Questi ragazzi appartengono a gruppi di pari dove l'attività sessuale è più diffusa e questo perché gli adolescenti tendono sempre a frequentare compagni che si comportano nel loro stesso modo, rafforzando così le proprie scelte (Bonino S., Gangarossa A., 1998).

Per ciò che riguarda la frequenza dei partner sessuali si rileva che il 56% degli adolescenti ha avuto un solo partner, il 17% ha avuto due partner e il 20% ha avuto da tre a cinque partner; da notare che la percentuale delle ragazze che ha avuto solo un partner sessuale è decisamente superiore a quella dei maschi: 66% contro 45%.

Per ciò che riguarda la contraccezione, si può rilevare che gli adolescenti, in generale, sono decisamente favorevoli ad usare precauzioni e ritengono di aver ricevuto a questo proposito un numero sufficiente di informazioni.

Le conoscenze sui vari metodi contraccettivi aumentano con l'età e sono più accurate presso le ragazze che nei ragazzi, e, in generale, presso gli adolescenti con livelli di istruzione più elevati.

Questo, tuttavia, non significa che la maggior conoscenza porti ad un uso più efficace dei contraccettivi, anche perché spesso la conoscenza è superficiale, senza una reale comprensione del funzionamento dei vari metodi, e con ambivalenze nella valutazione dei metodi stessi. Questo dato è stato riscontrato anche in altre ricerche, confermando così che, anche se gli adolescenti dichiarano di poter accedere a più fonti di informazione riguardo al sesso sicuro (coetanei, partner, carta stampata, televisione, ecc.), la loro conoscenza dell'argomento è approssimativa, imprecisa, sempre bisognosa di conferme (Ruminati R., Legrenzi P., Bonini N., 1995; Zani B., 1997; Buzzi C., 1998; Cattellino E., Bonino S., 1998).

Si scopre così che, in realtà, la percentuale di adolescenti che non ricorre all'uso di qualche metodo contraccettivo la prima volta è abbastanza alta, così come è alta la percentuale di coloro che non ricorrono sistematicamente alla contraccezione in seguito (Costanzi C., Lesmo C., 1995; Fortenberry JD., Costa FM., Donovan JE., 1997; Buzzi C., 1998; Bonino S., Ciairano S., 1999).

A tal proposito, il dato importante che emerge riguarda la contiguità di questo mondo giovanile, sessualmente emancipato, con il rischio veicolato attraverso comportamenti imprudenti: nonostante l'informazione generalizzata in materia, la maggior parte dei ragazzi sceglie di non usare, almeno non sempre, il profilattico, il che potrebbe far supporre di essere in presenza di un'assunzione consapevole del rischio, di assistere al ritorno di una sorta di filosofia del *carpe diem* (Buzzi C., 1998).

A ciò contribuiscono alcuni fattori culturali specifici, come ad esempio la convinzione della scarsa piacevolezza del rapporto sessuale con il profilattico o un certo imbarazzo nel suo acquisto: su tutti, tuttavia, si afferma il principio di "reversibilità delle scelte", ovvero che la convinzione che l'assumersi talvolta dei rischi non implichi una presa di posizione definitiva, ma sia una condotta che può essere interrotta con un semplice atto di volontà (Buzzi C., 1998).

Alla luce di tali considerazioni, è facile comprendere perché la conseguenza dell'aumentato numero di adolescenti sessualmente attivi sia la maggior diffusione delle malattie trasmesse per via sessuale (MST): infatti, anche se i rapporti sessuali tra adolescenti non sono per lo più promiscui, perché si è fedeli ad un solo partner alla volta, però questo partner viene cambiato spesso e altrettanto spesso si tratta di rapporti non protetti, per cui le possibilità di contagio aumentano in maniera proporzionale.

Tutto ciò ci rimanda alla considerazione di cosa fanno, cosa pensano e quali atteggiamenti assumono gli adolescenti di fronte al problema dell'Aids.

Dalle numerose indagini condotte sull'argomento emerge che la maggioranza degli adolescenti è consapevole della gravità dell'Aids e solo una esigua minoranza lo è poco o per nulla (Cicognani E., Zani B., 1994; Costanzi C. e Lesmo C., 1995; Rumiati R., Legrenzi P., Bonini N., 1995; Breakwell G.M., 1997; Beyth-Marom R., 1997; Buzzi C., 1998). In particolare, si riscontra che le femmine, i soggetti più grandi e gli adolescenti che hanno già avuto rapporti sessuali sono più consapevoli, insieme agli studenti dei licei ed ai soggetti che vivono nelle città grandi e medie.

Poco meno della metà degli adolescenti dei vari campioni presi in esame non si è mai preoccupato di poter prendere l'Aids, mentre una percentuale più ristretta si è

preoccupata qualche volta e solo un piccolo sottogruppo ha avuto tale preoccupazione diverse volte.

Si osserva, inoltre, che tale preoccupazione aumenta al crescere dell'età dei soggetti, è più elevata tra gli studenti degli istituti professionali e tra i ragazzi che hanno già avuto rapporti sessuali. Alla luce di tali risultati, i ricercatori hanno perciò indagato se questa maggiore preoccupazione si traduca in una maggiore attuazione di prevenzione attraverso l'utilizzo del preservativo. La risposta è negativa poiché non è stata riscontrata alcuna relazione tra utilizzo dei preservativi e preoccupazione di prendere l'Aids.

Per quanto riguarda l'informazione sulle possibili modalità di trasmissione e sulle possibili strategie di prevenzione dell'Aids, le conoscenze degli adolescenti sono abbastanza elevate. Esistono però alcune differenze: possiedono conoscenze inferiori a quelle degli altri adolescenti i maschi ed i soggetti più piccoli, gli studenti degli istituti tecnici e professionali, così come i soggetti che vivono in cittadine di piccole dimensioni. Analizzando, in particolare, una domanda che appartiene alla scala delle conoscenze generali ("Una persona può prendere l'Aids da un'altra infetta avendo rapporti sessuali senza preservativo?"), emerge come quasi la totalità degli adolescenti è a conoscenza di questa possibilità, mentre solo un'esigua percentuale è convinta del contrario o non è sicura. Anche in questo caso, però, non si evidenzia alcuna relazione tra la conoscenza della possibilità di prendere l'Aids attraverso rapporti sessuali non protetti e l'effettivo uso del preservativo. Tutto questo, nonostante che la quasi totalità degli adolescenti ritenga che utilizzando il preservativo sia possibile prevenire l'Aids.

A tal proposito, Bonino e Ciairano (1999) nella loro indagine svolta su un campione normativo di adolescenti tra i 14 e i 19 anni di età, hanno analizzato le relazioni tra le scale "Consapevolezza della gravità dell'Aids", "Conoscenze generali sull'Aids" ed uso del preservativo. I risultati di queste analisi evidenziano che la consapevolezza della gravità dell'Aids è collegata alla presenza di conoscenze più precise, ma confermano l'assenza di una relazione tra le conoscenze degli adolescenti e l'utilizzo dei preservativi.

Sempre nell'indagine sopra citata, si evidenzia un altro aspetto interessante: la quasi totalità degli adolescenti ritiene che l'argomento Aids debba essere affrontato a scuola e sono soprattutto le femmine ad essere più favorevoli a tale soluzione. Infatti, secondo il 60% dei ragazzi del campione preso in esame, l'argomento Aids non è mai stato affrontato in modo approfondito all'interno dell'ambiente scolastico, mentre per il 32% ciò è avvenuto e l'8% non è sicuro.

In considerazione di ciò, è utile sapere se, nei casi in cui l'argomento è stato trattato a scuola, le conoscenze degli adolescenti siano più corrette. Come è già stato evidenziato (Costanzi C., Lesmo C., 1995) la valutazione dell'efficacia della trasmissione di informazioni in tema di Aids è complessa, sia per la pluralità delle fonti di informazione, non sempre aggiornate e corrette, sia per la possibilità di fraintendimenti ed equivoci suscitati da un tema che coinvolge numerose dimensioni psicologiche, quali quelle dell'affettività, della relazione con gli altri, della sessualità e anche della morte.

Così, dalle analisi condotte si è riscontrato che i soggetti che dichiarano che il tema dell'Aids è stato trattato a scuola non possiedono delle conoscenze più corrette degli altri adolescenti (Bonino S., Ciairano S., 1999).

Il caso dell'Aids mette dunque in evidenza due aspetti rilevanti. In primo luogo, ci fa riflettere sul fatto che la costruzione e la rielaborazione della conoscenza da parte del soggetto costituiscono un processo ben più complesso della semplice trasmissione di informazioni: come dimostra l'assenza di relazione tra la trattazione del tema a scuola e la correttezza delle conoscenze, una maggior informazione non si trasforma automaticamente in maggiore conoscenza.

In secondo luogo, la presenza di conoscenze corrette circa le misure cautelative raccomandate a scopo di prevenzione non garantisce che tali misure siano effettivamente attuate. Diversi sono i fattori che possono distrarre dalla loro adozione (Beyth-Marom R., 1997) e gli stessi adolescenti ne individuano alcuni a proposito del mancato utilizzo dei contraccettivi in generale, quali l'assenza di programmazione del rapporto sessuale ed aspetti emotivi come l'imbarazzo.

Proprio per queste ragioni, nel caso dell'Aids, così come in quello della prevenzione della salute in generale, affinché l'azione informativa possa

trasformarsi in azione preventiva occorre che la conoscenza delle cause del contagio e dei modi per prevenirlo si associ alla convinzione di “sapere di saper fare”, o autoefficacia percepita, dal momento che tale convinzione è connessa al controllo che la persona è in grado di esercitare sui propri comportamenti (Bandura A., 1996; Caparra G.V., 1996).

### **2.3 Concomitanti situazionali e psicosociali del comportamento sessuale in adolescenza**

Nel precedente paragrafo è stata evidenziata la complessità sottostante al comportamento sessuale e contraccettivo in adolescenza. Nel presente paragrafo, utilizzando lo studio compiuto da Bonino e Ciairano (1999) e riferendo i risultati da loro ottenuti in un'indagine condotta su un campione normativo di adolescenti tra i 14 e i 19 anni, vengono espone alcune riflessioni sulle situazioni e sulle concomitanti psicosociali del comportamento sessuale in adolescenza.

Questa analisi è stata condotta dalle due Autrici con lo scopo di evidenziare quali aspetti relativi al soggetto, all'ambiente ed ai comportamenti svolgono un ruolo di fattore di protezione o di rischio, e di individuare le funzioni principali del comportamento sessuale, che costituisce un'importante transizione evolutiva e che può portare un radicale cambiamento nella vita dei giovani.

Tra i fattori in grado di influire sui comportamenti sessuali degli adolescenti e sulle diverse modalità di coinvolgimento nel sesso, le Autrici hanno preso in esame tre tipi di variabili: le variabili del soggetto, le variabili del sistema “ambiente percepito”, le variabili del sistema di comportamenti.

Per prima cosa, sono state studiate le variabili del soggetto, di cui un primo gruppo è costituito dagli atteggiamenti che gli adolescenti nutrono nei confronti di alcuni aspetti della vita quotidiana. Questi atteggiamenti sono particolarmente importanti poiché intervengono nel processo di decisione che porta ad iniziare l'attività

sessuale troppo precocemente o in condizioni di rischio, oppure a scegliere di aspettare un momento o una situazione più adeguati.

Essi sono:

- l'importanza attribuita alla scuola;
- l'importanza attribuita alla propria salute;
- l'importanza attribuita al raggiungimento di una certa autonomia dalla famiglia in alcune scelte personali (utilizzo del denaro, film da vedere e libri da leggere, impiego del tempo libero, scelta dei capi d'abbigliamento);
- l'importanza attribuita alla religione;
- l'atteggiamento verso alcuni comportamenti trasgressivi e devianti tipici dell'età adolescenziale (marinare la scuola, raccontare bugie, partecipare a risse);

Un secondo gruppo di variabili, invece, concerne la percezione che il soggetto ha di sé nei diversi ambiti della vita di tutti i giorni. Sono perciò stati considerati:

- la percezione che la propria salute sia, almeno parzialmente, sotto il proprio controllo e la propria responsabilità (controllo interno) o dipenda, invece, totalmente da eventi esterni su cui è impossibile esercitare un controllo (controllo esterno);
- le aspettative di successo e di realizzazione che l'adolescente prova verso alcune dimensioni rilevanti come la scuola, la famiglia, la salute, gli amici;
- la stima di sé circa le proprie capacità: scolastiche, di resistere all'influenza del gruppo dei pari, di essere interessanti per il sesso opposto;
- l'efficacia personale in base alla quale gli adolescenti ritengono di saper risolvere i problemi della vita quotidiana, di saper prendere decisioni importanti, di saper imparare capacità nuove quando è necessario;
- il senso di alienazione sperimentato quando si ha l'impressione di essere esclusi dalle attività degli altri ragazzi, di non sapere chi si è veramente, di non sapere come comportarsi quando non si sa bene cosa si aspettano gli altri, di fare cose che non hanno senso;
- la depressione sperimentata per alcuni eventi particolari, per il futuro o per la vita in generale.

I risultati delle analisi della varianza indicano, per quanto riguarda gli atteggiamenti, che i soggetti che sono già implicati nel sesso, sia maschi che femmine, attribuiscono maggiore importanza all'autonomia e minore importanza alla scuola e alla religione, ed, inoltre, disapprovano meno degli altri adolescenti i comportamenti devianti.

Per ciò che riguarda le modalità di coinvolgimento, l'autonomia perde importanza, mentre diventa rilevante l'importanza attribuita alla salute. A tal proposito, i soggetti che si differenziano nettamente dagli altri per la scarsa importanza attribuita alla salute sono quegli adolescenti che in un anno hanno avuto almeno 2 partner ed un elevato numero di rapporti.

Circa l'atteggiamento verso la devianza, i ragazzi/e che in un anno hanno avuto un solo partner sessuale ed un alto numero di rapporti disapprovano i comportamenti devianti più degli altri adolescenti.

Infine, per quanto riguarda l'importanza attribuita alla scuola ed alla religione, la variabile discriminante sembra essere la promiscuità sessuale, poiché gli adolescenti che hanno avuto due o più partner attribuiscono una scarsa importanza sia alla scuola che alla religione.

Anche la percezione di controllo sulla propria salute può essere connessa all'implicazione nell'attività sessuale: chi ritiene di poter incidere con il proprio comportamento sulla propria salute evita, infatti, maggiormente i rapporti sessuali a rischio. Così i risultati evidenziano che solo i maschi che non hanno ancora avuto rapporti sessuali possiedono una maggiore percezione di controllo interno della propria salute.

Per ciò che concerne invece le modalità di coinvolgimento, si rileva che è il maggiore o minore controllo esterno a differenziare i diversi sottogruppi di soggetti: coloro che conducono una vita sessuale promiscua sono convinti che il destino della loro salute non sia nelle loro mani e non si percepiscono come responsabili di comportamenti sessuali che possono causare un danno alla salute.

La percezione di controllo della propria salute gioca un ruolo importante anche a proposito dell'uso sistematico di metodi contraccettivi: infatti, nel campione totale, l'uso regolare di metodi contraccettivi è positivamente correlato ad un maggior

controllo interno della propria salute e negativamente correlato ad un maggior controllo esterno della propria salute.

Circa le attese di successo o di realizzazione, alcune ricerche (Silbereisen R.K., Noack P., 1990) hanno dimostrato che esiste un legame tra la disponibilità all'implicazione nel sesso e le prospettive di realizzazione che ciascun individuo nutre per sé.

In effetti, anche i risultati dell'indagine di Bonino e Ciairano confermano che i soggetti che non hanno ancora avuto rapporti sessuali nutrono aspettative scolastiche più elevate. In generale, le analisi condotte per fasce d'età e per tipi di scuola mettono in evidenza che gli adolescenti già implicati nell'attività sessuale hanno delle aspettative superiori circa la possibilità di avere una casa ed un lavoro soddisfacente, di poter vivere dove si vuole e di essere rispettati all'interno della propria comunità. Essi nutrono maggiori attese di successo legate alla dimensione "affetti familiari, relazioni sociali e lavoro" soprattutto quando appartengono alla fascia d'età di 16-17 anni e frequentano gli istituti professionali. Questi adolescenti sembrano quindi più proiettati verso una realizzazione di adultità, almeno a livello di aspettative.

Infine, l'uso sistematico della contracccezione presenta una relazione positiva con le attese di successo riferite alla scuola: avere delle aspettative più elevate circa la propria capacità di portare a termine il percorso scolastico promuove l'assunzione di comportamenti adeguati ad evitare eventuali ostacoli nella realizzazione di tale progetto.

In riferimento alla variabile "percezione di sé", emerge chiaramente che i soggetti che hanno già avuto rapporti sessuali hanno una percezione più positiva di sé e percepiscono un minor senso di alienazione. L'unica eccezione è rappresentata dalla percezione delle proprie capacità scolastiche che è, invece, superiore nei soggetti che non hanno ancora iniziato l'attività sessuale. Sembra che il debutto sessuale sia legato, in una relazione circolare, ad un cambiamento netto nel modo di vedere il mondo da parte degli adolescenti: si passa, infatti, da un investimento nella scuola ad un orientamento verso altri aspetti che connotano la condizione

adulta, quali la creazione di una propria famiglia, l'essere in grado di lavorare e considerati positivamente dalla propria comunità.

Le analisi sulla percezione di sé sono interessanti soprattutto perché evidenziano la presenza di forti differenze tra i maschi e le femmine: la stima di sé, l'efficacia personale e i sentimenti depressivi sono più rilevanti per le femmine che non per i maschi. Inoltre, la relazione tra queste variabili e l'implicazione nel sesso è più complessa nel caso delle femmine, poiché quelle che hanno già avuto rapporti sessuali percepiscono una stima di sé e un'efficacia personale maggiori, ma anche maggiori sentimenti depressivi. Viene dimostrata quindi ancora una volta la maggiore contraddittorietà e conflittualità dell'esperienza sessuale femminile.

Nei maschi, invece, la relazione tra percezione di sé e implicazione nel sesso è più lineare: per essi l'aver rapporti sessuali porta ad una percezione più positiva di sé, mentre il non averli ancora avuti si accompagna ad un maggior senso di alienazione e di insicurezza.

Nel paragrafo precedente è stato evidenziato l'importante ruolo svolto dai modelli amicali circa i rapporti sessuali ed è stato constatato come il desiderio di conformarsi agli standard del gruppo aumenti quando l'implicazione nell'attività sessuale è molto diffusa tra i propri amici. I risultati ottenuti nella presente indagine confermano che per gli adolescenti maschi, che appartengono a gruppi in cui il coinvolgimento nel sesso è particolarmente diffuso, il fatto di non avere ancora avuto rapporti sessuali può configurarsi come una mancanza particolarmente scottante.

I soggetti che in un anno hanno avuto un solo partner sessuale e un elevato numero di rapporti, che sono costituiti in grande maggioranza da femmine, si differenziano dagli altri per la maggior presenza di sentimenti depressivi: si evidenzia qui la grande complessità della relazione tra benessere psicologico degli adolescenti e coinvolgimento nell'attività sessuale e la maggiore conflittualità che caratterizza questa relazione nelle ragazze.

Inoltre, un altro dato interessante riguarda il ricorso più sistematico alla contraccezione, che appare connesso ad una maggiore stima di sé, ad una più

elevata efficacia personale, a minori sentimenti di alienazione e a minori sentimenti depressivi.

Il secondo tipo di variabili osservate sono quelle del “sistema ambiente percepito”, ossia variabili relative all’ambiente, ma sempre mediate dalla percezione del soggetto. In particolare, sono stati indagati alcuni aspetti relativi all’ambiente sociale dell’adolescente, che possono essere ricondotti a tre ambiti principali: la famiglia, gli amici e la scuola.

Per ciò che riguarda la famiglia, sono state considerate:

- la severità in generale dei genitori nei confronti dei figli;
- la severità delle regole familiari, come ad esempio la richiesta di rispettare alcuni orari, di svolgere i compiti scolastici o di aiutare gli altri membri della famiglia nelle faccende domestiche;
- il sostegno dei genitori circa i problemi, i pensieri e i sentimenti dell’adolescente.

Per i rapporti tra famiglia e gruppo dei pari sono stati osservati:

- il grado di accordo tra amici e genitori circa ciò che è importante nella vita e circa il tipo di persona che l’adolescente vorrebbe diventare;
- l’orientamento dell’adolescente verso genitori ed amici riguardo le decisioni importanti che concernono la scuola, la vita in generale, la salute;
- la vicinanza ai genitori e agli amici nel modo di concepire la vita in generale.

Per le relazioni con gli amici ed i rapporti sentimentali:

- il sostegno degli amici circa i problemi personali dell’adolescente;
- il numero degli amici intimi che l’adolescente possiede;
- il fatto di avere o meno il ragazzo/la ragazza.

Riguardo la scuola sono state osservate:

- la percezione generale;
- la percezione di difficoltà nelle varie materie;
- la percezione della sua utilità per il presente;
- la percezione della sua utilità per il futuro.

Per quanto riguarda la famiglia, essa si rivela una dimensione protettiva attraverso la severità ed il sostegno per entrambi i sessi, ma con un peso maggiore nel caso delle femmine. Il sostegno familiare svolge una funzione protettiva non tanto per

facilità di dialogo circa generici problemi, pensieri o sentimenti, ma piuttosto per la capacità dei genitori di sostenere i figli nelle eventuali difficoltà scolastiche.

Questo risultato conferma ancora una volta che una minore implicazione nel sesso è connessa ad un maggior investimento nella scuola e ad una maggiore accettazione della propria condizione di studente, grazie anche al sostegno della famiglia.

Anche le regole familiari svolgono un ruolo protettivo sull'adolescente: non sono importanti soltanto i limiti circa con chi uscire, dove andare e a quali orari rientrare, ma anche che la vita familiare di tutti i giorni sia caratterizzata da regole e ruoli chiari e che i giovani abbiano imparato a rispettarli. Infatti, quando questi limiti e questi ruoli sono chiaramente stabiliti, è più probabile che gli adolescenti siano in grado di regolare da sé, in modo adeguato alle diverse situazioni, il loro comportamento fuori casa.

Inoltre, sono state esaminate anche le relazioni tra coinvolgimento nel sesso ed alcune variabili della famiglia, quali il grado di istruzione di entrambi i genitori, la disoccupazione, il tipo di lavoro, la presenza e la convivenza dei genitori. Queste analisi sono state svolte per controllare l'ipotesi di una relazione tra alcune di queste variabili della famiglia e un maggior coinvolgimento degli adolescenti nei comportamenti sessuali.

I risultati di tali analisi dimostrano che, per quanto riguarda il coinvolgimento nel sesso, esistono differenze tra adolescenti appartenenti a famiglie integre e non: rispetto al campione totale qui esaminato, risultano implicati nel sesso il 52% di adolescenti figli di genitori divorziati, il 46% dei figli di genitori separati ed il 27% dei figli di genitori conviventi. Questi risultati devono essere interpretati tenendo presenti alcuni aspetti della vita familiare, come la coerenza educativa e i conflitti tra genitori, che possono essere più problematici nelle famiglie non integre.

Infine, le Autrici hanno osservato che l'implicazione nel sesso tende a diminuire con il crescere del titolo di studio dei genitori, precisando, però, che tale influenza non va considerata come diretta, ma come mediata da altre variabili, quali ad esempio la presenza di prospettive di realizzazione a lungo termine che riguardano tutto il nucleo familiare a cui l'adolescente appartiene.

Per quanto riguarda, invece, le relazioni con gli amici e i rapporti sentimentali, emerge che i soggetti che hanno già avuto rapporti sessuali percepiscono un maggior sostegno da parte degli amici: i maschi che hanno già iniziato l'attività sessuale possiedono inoltre un numero maggiore di amici intimi; non c'è, invece, nessuna relazione tra implicazione nel sesso e numero di amici intimi nel caso delle femmine.

Da notare che per entrambi i sessi il fatto di avere il ragazzo/a fisso/a si traduce in una maggiore implicazione nel sesso. Comunque, il fatto di non avere il ragazzo fisso porta a una minore implicazione più per le femmine che non per i maschi: questo fenomeno appare legato alla minore disponibilità delle ragazze ad avere rapporti sessuali al di fuori di una relazione affettiva con il partner.

Per ciò che riguarda il ruolo svolto dalla scuola, si evidenzia che una buona percezione della scuola (essere soddisfatti in generale, essere soddisfatti dei propri risultati e dei propri insegnanti) unita alla percezione dell'utilità della scuola per il presente e non solo per il futuro, funge da importante fattore di protezione rispetto all'implicazione nel sesso, sia per i maschi che per le femmine. Emerge, infatti, che chi ha una buona percezione della scuola vive con minor disagio la sua condizione attuale di studente e sente meno il bisogno di attuare quei comportamenti che lo avvicinerebbero di più alla condizione di adulto.

Il ruolo positivo della scuola si riscontra anche nell'assunzione di una maggiore responsabilità contraccettiva: esiste, infatti, una relazione positiva tra un ricorso più sistematico alla contraccezione, la percezione generale della scuola e la percezione di utilità della scuola per il futuro.

L'ultimo tipo di variabili analizzate in questa ricerca è il sistema dei comportamenti a cui appartengono alcune attività nell'ambito della scuola e della religione. Sono state considerate le seguenti attività:

- attività svolte nel tempo libero, dopo la scuola o durante i fine settimana, che si possono suddividere in quattro aree:

1. attività convenzionali: fare i compiti, leggere per svago, ascoltare la musica, parlare al telefono, stare con la famiglia;
2. attività sportive: praticare sport individuali, partecipare a giochi di squadra;

- 3. rapporti sentimentali: stare da solo con il partner, numero degli appuntamenti;
- 4. passatempi: frequentare bar e sale giochi, andare in discoteca;
- eventuale esperienza lavorativa;
- partecipazione a diversi tipi di gruppo: scolastico, parrocchiale, di volontariato, a sfondo politico e sportivo;
- la presenza di modelli amicali per le attività convenzionali, quali: far parte di associazioni scolastiche, andare regolarmente in chiesa, partecipare ad attività o gruppi giovanili, prendere buoni voti a scuola, trascorrere molto tempo in famiglia;
- altri comportamenti a rischio per la salute o a rischio psicosociale, come il fumo di sigaretta, il fumo di marijuana e l'uso di altre droghe, l'abuso di alcol, comportamenti alimentari a rischio, comportamenti trasgressivi e devianti ecc.

L'analisi del sistema dei comportamenti permette, secondo le Autrici, di individuare quali attività, convenzionali e non, sono maggiormente connesse all'implicazione nei rapporti sessuali e ai diversi modelli di coinvolgimento nel sesso, e quali relazioni ci sono tra l'implicazione nell'attività sessuale e la vita di gruppo da un lato ed il coinvolgimento in altre condotte a rischio dall'altro.

Così, per ciò che riguarda la presunta relazione tra le attività scolastiche, religiose e il coinvolgimento nel sesso, sono stati considerati, per la scuola: il successo scolastico, il numero di bocciature e gli eventuali tentativi di abbandono; per la religione: il fatto di avere o meno una religione e la partecipazione alle funzioni religiose.

Emerge che l'investimento sulla scuola o sulla religione sono accomunati dal fatto di promuovere entrambi una prospettiva temporale più rivolta alla realizzazione di sé nel futuro piuttosto che alla ricerca di una soddisfazione immediata nel presente. In particolare, l'investimento in un percorso scolastico più lungo e complesso può essere protettivo perché distoglie dal compiere scelte contrarie all'obiettivo di portare a termine il proprio percorso di studio. Avere una religione o partecipare alle funzioni religiose, invece, può svolgere un ruolo di protezione poiché favoriscono la condivisione dei valori morali convenzionali della propria società, tra i quali rientra anche la disapprovazione dei rapporti sessuali troppo precoci.

I risultati ottenuti, infatti, confermano che sia la scuola che la religione sono due dimensioni protettive rispetto all'implicazione nei rapporti sessuali: in realtà la religione è più protettiva per le femmine, mentre la scuola lo è di più per i maschi. Bisogna, però, rilevare che l'aver o meno una religione non svolge più alcun ruolo per gli adolescenti più grandi (18-19 anni).

Per quanto riguarda il modello di coinvolgimento nel sesso, i soggetti che hanno avuto in un anno due o più partner si distinguono per un maggior numero di tentativi di abbandono, per il fatto di avere meno frequentemente degli altri una religione e per una minore partecipazione alle funzioni religiose.

Infine, si riscontra una correlazione positiva tra il successo scolastico e un ricorso più sistematico alla contraccezione.

Se andiamo ad osservare le attività degli adolescenti svolte nel tempo libero, scopriamo che i soggetti che hanno già avuto rapporti sessuali sono maggiormente occupati in relazioni sociali al di fuori dell'ambito familiare: essi trascorrono più tempo non solo con il partner, con cui hanno un maggior numero di appuntamenti, ma anche con gli amici ed in locali pubblici quali discoteche e sale giochi. Inoltre essi passano più tempo ascoltando la musica, parlando al telefono o semplicemente facendo nulla.

Invece, i soggetti che non hanno ancora avuto rapporti sessuali dedicano più tempo allo studio e alla lettura e trascorrono un tempo maggiore con la famiglia. Queste differenze, però, sono valide solo al di sotto dei 18-19 anni.

Rispetto al modello di coinvolgimento nel sesso, si osserva che i soggetti che hanno avuto in un anno due o più partner trascorrono più tempo nei bar, sale giochi e discoteche piuttosto che a studiare, a differenza dei ragazzi/e che hanno invece avuto in un anno un solo partner, per i quali avviene il contrario.

Analizzando la relazione tra attività del tempo libero ed assunzione di un comportamento contraccettivo più regolare, si evidenzia che tale comportamento ha una correlazione positiva con le ore di studio ed una correlazione negativa con le ore trascorse senza far nulla o nei bar e sale giochi. Secondo le Autrici, le relazioni tra questi aspetti, apparentemente lontani fra di loro, sono da attribuire a differenze nello stile di vita degli adolescenti: si afferma da un lato uno stile di vita più sano e

responsabile, che comprende una maggiore percezione di controllo interno della propria salute, un maggior impegno personale nello studio e una maggiore regolarità nell'uso dei metodi contraccettivi, dall'altro, uno stile di vita meno responsabile, che si manifesta attraverso un maggior numero di ore trascorse senza fare niente oppure in attività di divertimento in bar e sale giochi, e una minore regolarità nell'uso dei metodi contraccettivi.

Per ciò che riguarda il legame tra attività lavorative e coinvolgimento nel sesso, l'ipotesi che il lavoro conferisca all'adolescente uno status di adulto e ne legittimi una maggiore implicazione nell'attività sessuale è stata qui confermata: non solo i ragazzi/e che già lavorano, ma anche coloro che hanno lavorato saltuariamente hanno già avuto rapporti sessuali. Alla luce di ciò, Bonino e Ciairano affermano che non è il lavoro come occasione per incontrare nuove persone e fare nuove esperienze a differenziare i soggetti, quanto la diversa rappresentazione di sé come adulti.

Passando ad analizzare le attività convenzionali svolte dagli amici, considerando che la presenza di modelli amicali e la percezione d'influenza da parte dei coetanei circa il fare sesso è molto importante per l'implicazione nei rapporti sessuali degli adolescenti, è stato verificato qui se anche altre attività svolte dagli amici svolgano un ruolo e in quale direzione. Osservando i risultati ottenuti, si può constatare che i soggetti che non hanno ancora avuto rapporti sessuali si distinguono da quelli che invece li hanno già avuti per la presenza di amici che sono maggiormente impegnati in attività di tipo "convenzionale", ossia la scuola, la famiglia, la religione ed alcune attività sportive e sociali.

Infine, un aspetto estremamente interessante che si evidenzia nel presente lavoro è la correlazione tra coinvolgimento nell'attività sessuale e diversi comportamenti a rischio per la salute ed a rischio psicosociale, con alcune differenze tra maschi e femmine.

I maschi che hanno già iniziato ad avere rapporti sessuali riferiscono una media più alta di sballi da marijuana a scuola; mentre le femmine già attive sessualmente riferiscono una maggiore frequenza di fumo di spinelli, abitudini alimentari irregolari ed un'età più tardiva di prima assunzione di alcolici.

In generale, le differenze tra soggetti che hanno già avuto rapporti sessuali e quelli che, invece, non li hanno ancora avuti sono rilevanti soprattutto per due comportamenti a rischio: il fumo di sigarette e la violazione delle norme. Inoltre, nei maschi il comportamento sessuale è legato ad un più elevato coinvolgimento nella guida pericolosa e ad un più alto numero di condotte aggressive verso i pari. Si osserva, inoltre, che il modello sessuale caratterizzato da promiscuità è maggiormente connesso all'implicazione nei diversi comportamenti a rischio: la promiscuità sessuale è connessa in particolar modo all'abuso di alcolici ed all'uso di marijuana.

Questi risultati offrono un'altra importante indicazione: durante l'adolescenza, l'attività sessuale è fortemente connessa all'uso di sostanze psicoattive, quali il fumo di sigarette, di spinelli, di marijuana, l'uso di alcolici.

Infatti, si può osservare che i soggetti che non hanno ancora avuto rapporti sessuali sono in grande maggioranza il gruppo di adolescenti non implicati nei diversi comportamenti a rischio. All'estremo opposto troviamo i soggetti che si caratterizzano per una vita sessuale promiscua ed intensa: essi sono fortemente coinvolti e ad un livello piuttosto serio anche nell'uso di molte sostanze psicoattive, mostrano una percentuale elevata di guida pericolosa, di condotte aggressive verso i pari ed episodi di violazione delle norme. Tra i due estremi si collocano gli altri adolescenti, una sorta di gruppo intermedio in cui si riscontra un'alternanza tra comportamenti più responsabili e comportamenti più connessi al rischio psicologico e psicosociale, oltre che a quello fisico.

Alla luce di tali risultati, si può concludere, insieme alle Autrici, che la popolazione giovanile non può essere considerata in modo unitario, poiché non esiste un universo giovanile omogeneo per quanto riguarda i comportamenti, le rappresentazioni e la percezione dei rischi.

In particolare, i fattori che espongono gli adolescenti ai rischi sono di natura diversa, a seconda del peso e del ruolo giocato da variabili che interagiscono fra loro come il sesso, l'età, le caratteristiche di personalità, il livello di conoscenza e di esperienza, il senso di fiducia in se stessi e di efficacia personale, gli atteggiamenti, le opinioni, la religione.



## CAPITOLO 3

### GLI ADOLESCENTI E IL RISCHIO

#### 3.1 Il rischio in adolescenza

Negli ultimi decenni gli studi sul rischio hanno goduto di un crescente interesse da parte di ricercatori, insegnanti, operatori sanitari e sociali. Questo diffuso interessamento può essere spiegato considerando la salienza di alcuni fattori.

Prima di tutto, oggi viene posta una maggiore attenzione alla prevenzione primaria e secondaria, per cui diventano importanti non solo le azioni dirette alla cura, ma anche quelle che hanno lo scopo di impedire il verificarsi di eventi indesiderati o dannosi. Inoltre, si è verificato un ampliamento del concetto di salute, che oggi non è più inteso semplicemente come un'assenza di malattia, ma come uno stato di benessere psicofisico. Infine, è cambiato anche il modo in cui si concepisce il rischio: mentre in precedenza si postulava una causalità diretta e lineare tra un agente eziologico e un esito disadattivo, oggi si pone attenzione alla multifattorialità delle cause e alla necessità di individuare indici cumulativi di rischio e percorsi con un probabile esito negativo (Cattellino E., Bonino S., 1998).

Questi aspetti appena menzionati hanno ripercussioni importanti nell'ambito della ricerca e dell'intervento. Ad esempio, l'attenzione alla prevenzione significa studiare e riflettere sia sui fattori di rischio, ossia quelli che possono aumentare la probabilità di subire un danno o una perdita, sia sui fattori di protezione, cioè quelli che possono, invece, contrastare gli effetti dei primi e promuovere un maggiore benessere.

Il concetto di salute nella sua accezione più ampia di benessere permette di trattare il rischio per la salute in stretta connessione con il rischio psicologico e sociale; porre l'accento sul benessere significa considerare la globalità della persona e delle sue esperienze e quindi valutarne non solo gli aspetti fisici, ma anche quelli psicologici e sociali (Bonino S., 1999).

L'esigenza di studiare insieme il rischio per la salute ed il rischio psicologico e sociale viene ulteriormente rafforzata dalla constatazione che raramente i comportamenti rischiosi si presentano in forma isolata, bensì molto più spesso essi compaiono insieme in forma di sindrome e costellazione e configurano dei veri e propri stili di vita. Infatti, sono questi stili di vita, più che i singoli comportamenti isolati, a mettere maggiormente alla prova il benessere della persona, strutturandosi come profili e percorsi di rischio oppure di protezione.

Tale constatazione è giustificata dai risultati di diverse ricerche condotte sugli adolescenti, che dimostrano come la condizione di massimo rischio sia vissuta dai ragazzi/e che hanno molti partner, molti rapporti sessuali e che utilizzano in modo non sistematico e non regolare metodi anticoncezionali (Durbin M., e Coll., 1993; Buzwell S., Rosenthal D., 1996; Brooks-Gunn J., Paikoff R., 1997; Graber J.A., Brooks-Gunn J., Galen B.R., 1998; Buzzi C., 1998; Bonino S., Ciairano S., 1999)

Proprio questi adolescenti sono anche maggiormente coinvolti in altri comportamenti a rischio, in particolare l'uso di sostanze psicoattive, ma anche nella guida pericolosa, nelle condotte aggressive e nella violazione delle norme.

Esaminando i risultati di tali indagini, si può notare che le percentuali dei comportamenti a rischio di questi adolescenti sono notevolmente superiori a quelle di coloro che non sono coinvolti nell'attività sessuale, ma anche a quelle di chi ha rapporti sessuali all'interno di una relazione stabile.

L'elemento discriminante sembra quindi essere la promiscuità. Infatti, queste ricerche confermano l'esistenza in alcuni adolescenti di un più generale stile di vita caratterizzato dalla ricerca di soddisfazioni immediate e di emozioni forti, in assenza di una prospettiva temporale più ampia, di progetti di realizzazione di sé e di competenze adeguate per realizzarli.

Nel comportamento di questi adolescenti si mescolano la ricerca esasperata dell'adulità nelle sue forme più esteriori, la trasgressione contro il mondo adulto, la sperimentazione plurima di sé, la fuga dalle proprie difficoltà relazionali, la ricerca di una soluzione "emotiva" ai propri problemi (Bonino S., 1999).

Un altro aspetto da non sottovalutare è che questi adolescenti promiscui nutrono minori attese di successo circa il proprio futuro scolastico, hanno una percezione

più negativa della scuola, che considerano poco utile sia per il presente che per il futuro e alla quale dedicano poco tempo e che più frequentemente hanno cercato di abbandonare. Tale atteggiamento denota una maggiore difficoltà di questi adolescenti sia nel rappresentarsi un futuro sia nel mettere in atto le azioni necessarie per costruirlo, poiché è dimostrato che la frequenza e l'investimento nella scuola sono connesse all'assunzione di una prospettiva temporale più ampia e più rivolta alla realizzazione di sé nel futuro, piuttosto che alla ricerca di una soddisfazione immediata nel presente (Buzzi C., 1998).

Il concetto di benessere permette di considerare i fattori di rischio ed i fattori di protezione nella loro interazione dinamica. Ne consegue che il rischio si configura anch'esso come concetto dinamico, dal momento che definisce una possibilità che si può realizzare a determinate condizioni e in gradi differenti.

Salute, benessere, fattori di rischio e di protezione sono oggi considerati all'interno di modelli probabilistici multicausali che postulano una multifattorialità sottostante ai diversi comportamenti. Questi modelli consentono di considerare la complessità delle condotte umane e quindi di studiare l'individuo e l'ambiente nelle loro reciproche interazioni e non come fattori isolati ed escludentesi a vicenda.

Inoltre, le variabili interagiscono nel tempo e, in momenti e situazioni diverse, la loro interazione può dar vita a esiti differenti. La considerazione della variabile tempo è di cruciale importanza; non si può parlare di rischio in generale, bensì in relazione ad una specifica età del ciclo di vita (Bonino S., Ciairano S., 1999).

A tal proposito, quando ci si riferisce al rischio in adolescenza, è opportuno ricordare che questa età è un periodo di grandi cambiamenti che si collocano, per alcuni aspetti, in una certa continuità con i periodi precedenti, mentre, per altri, mettono in evidenza una marcata discontinuità. In questa fase dello sviluppo vengono acquisite caratteristiche e competenze proprie dell'adulto, in particolare riguardo alle capacità cognitive ed a quelle riproduttive.

Nello studio di questa età, quindi, è necessario valutare da un lato gli interessi e le esperienze dell'adolescente, dall'altro le proposte, le richieste, le aspettative e le opportunità che vengono offerte all'adolescente dalla società. Infatti, è in questo rapporto tra la riflessione su se stesso, resa ormai possibile dalle acquisite capacità

cognitive, e l'analisi dell'immagine che gli altri gli rimandano, che l'adolescente costruisce e rafforza nel tempo la propria identità.

In riferimento al problema del rischio, è in questo periodo che certi comportamenti a rischio vengono attuati per la prima volta e che altri si stabilizzano con conseguenze negative sia a breve che a lungo termine.

Poiché, come è già stato detto, i fattori di rischio e quelli di protezione sono tali non in assoluto, ma all'interno di un certo periodo e di uno specifico percorso di sviluppo, il loro studio in adolescenza deve tenere in considerazione sia le peculiarità di quest'età nella nostra cultura, prima fra tutte la tendenza ad un prolungamento progressivo dell'adolescenza, sia del fatto che non esiste "l'adolescenza" in astratto, bensì diversi modi di essere adolescenti, a seconda dei contesti sociali, delle caratteristiche individuali, delle esperienze fatte in passato e di quelle che si possono prevedere per il futuro (Bonino S., Ciairano S., 1999).

L'indagine IARD su "giovani e salute"(1998), nel costruire una mappa del disagio giovanile ha messo in evidenza la grande esposizione degli adolescenti ad una serie estesa di pericoli determinati da stili di vita irresponsabili o da abitudini antisalutistiche che possono essere collegati ad una sostanziale rivalutazione del concetto di rischio (Buzzi C., 1998).

Tra le tendenze che si sono consolidate in questi ultimi anni nel mondo giovanile, infatti, quella dell'accettabilità del rischio è senza dubbio la più nuova. Nuova, non nel senso della maggiore propensione dei giovani rispetto agli adulti ad assumere condotte pericolose, probabilmente è da sempre che le nuove generazioni rischiano di più delle vecchie, bensì nei significati che il rischio ha assunto nella cultura giovanile.

Si è imposta oggi una concezione del rischio che evidenzia lo spostamento degli orientamenti generali dei giovani da obiettivi di sicurezza, dove la tensione a raggiungere condizioni di garanzia rappresentava lo scopo finale del processo di acquisizione dei ruoli adulti, a obiettivi più flessibili, all'interno dei quali trova spazio il "saper rischiare" come condizione irrinunciabile per chi voglia ottenere soddisfazione immediata nel presente.

Tra le possibili cause dell'esposizione giovanile al rischio, sembrano diminuire il fattore informazione e il fattore trasgressione; in altre parole i giovani, oggi, sono sempre più informati delle conseguenze di condotte pericolose e appaiono disinteressati a sfidare le regole sociali solo per il gusto di trasgredirle. Il rischio diventa, invece, sempre più un fattore culturale legato alla reversibilità delle scelte, alla convinzione di essere invulnerabili, all'incerta capacità di progettare il futuro; tratti, questi, generalizzati che connotano i processi evolutivi della cultura giovanile.

Ciò che emerge come valore supremo nella cultura giovanile è il "sentire", cioè il provare emozioni. Questo può dipendere dal fatto che la vita quotidiana degli adolescenti non satura il bisogno vitale di felicità che gli stessi giovani avvertono con tanta urgenza. Se, infatti, il mondo è già conosciuto e disincantato dalla TV, da Internet e le sue realtà virtuali, nulla può più stupire e riempire.

Così, gli adolescenti arrivano a pensare che la felicità è sempre fuori dalla realtà, è straordinaria. E per straordinario intendono le emozioni sensoriali-limite, come lo sbalzo in discoteca, la violenza occasionale, le emozioni estreme da raggiungere con mezzi artificiali quali alcol, ecstasy o i giochi di morte.

Proprio la morte è per loro lo straordinario per eccellenza e soprattutto la morte è reversibile.

Un altro ambito problematico che emerge dalle numerose ricerche riguardanti il rischio in adolescenza è la contiguità del mondo giovanile con il rischio veicolato attraverso comportamenti sessuali imprudenti (Cicognani E., Zani B., 1994; Costanzi C., Lesmo C., 1995; Ruminati R., Legrenzi P., Bonini N., 1995; Ingrosso M., 1996; Beyth-Marom R., 1997; Buzzi C., 1998; Cattellino E., Bonino S., 1998; Bonino S., Ciairano S., 1999).

Molti indicatori convergono nel dimostrare che l'esposizione al rischio non è affatto trascurabile se ci si riferisce alla possibilità di contrarre malattie a trasmissione sessuale.

L'ipotesi più probabile è che oggi gli adolescenti siano inclini ad una sottovalutazione culturale del rischio. Ciò significa che la presenza di comportamenti pericolosi in ambito sessuale dipende solo in minima parte da

scarse o errate informazioni, mentre, invece, deriva per lo più dall'imporsi di tratti culturali generalizzati che prevedono forme di accettazione consapevole del rischio (Buzzi C., 1998).

Se dunque si esclude la carenza informativa, allora gli agenti principali della struttura cognitiva che favorisce l'assunzione del rischio sembrerebbero essere le credenze e gli stereotipi culturali.

Tra i fattori culturali specifici in grado di influenzare i comportamenti sessuali, emergono come più frequenti la convinzione della scarsa piacevolezza di un rapporto sessuale con il profilattico, un certo imbarazzo al momento dell'acquisto e la percezione che i comportamenti poco prudenti siano assai diffusi tra i giovani. A tal proposito, è necessario sottolineare l'importanza che la percezione del comportamento dei coetanei può assumere: se, infatti, il comportamento del gruppo dei pari e le norme che lo sottendono sono considerati importanti, essi possono fare da filtro attraverso cui gli adolescenti valutano la rilevanza del rischio a livello personale.

A conferma di ciò, è stato rilevato che negli adolescenti la percezione del rischio personale è di gran lunga inferiore alla percezione del rischio altrui; inoltre, la valutazione del rischio per altre persone tende a diminuire progressivamente passando dal livello generale, ossia rischio per la società, per la persona media, ad un livello più prossimale, cioè gli amici (Costanzi C., Lesmo C., 1995; Ruminati R., Legrenzi P., Bonini N., 1995; Schulenberg J., Maggs J.L., Hurrelmann K., 1997).

Queste opinioni non si presentano necessariamente insieme, ma anche solo una di esse può fungere da deterrente per attivare contromisure atte a limitare il pericolo.

Su tutte si impone comunque il principio di reversibilità delle scelte che si traduce nella convinzione che l'assumersi qualche volta dei rischi non implica una presa di posizione definitiva: è sempre possibile retroagire con un semplice atto di volontà; anzi, il fatto che qualche volta si è prudenti rende giustificabile, o più accettabile, il fatto che qualche altra volta non lo si è (Bonino S., Ciairano S., 1999).

Inoltre, bisogna considerare che le eventuali conseguenze negative dei comportamenti sessuali, poiché sono lontane nel tempo rispetto alla scelta

comportamentale rischiosa, hanno scarse capacità inibitorie; se infatti, in altri ambiti, come in quello dell'abuso dell'alcol o delle droghe, gli effetti e i rischi sono immediatamente conseguenti all'assunzione della sostanza, nei rapporti sessuali non c'è questa manifesta immediatezza tra cause ed effetti.

Un altro fattore che può favorire l'assunzione di comportamenti a rischio è la presenza o meno di competenze attivabili nel momento in cui un giovane dovesse trovarsi in una situazione di potenziale pericolo. Alcune di queste competenze risultano spesso deboli, inadeguate alla capacità di far ricorso a strategie sicure (Buzzi C., 1998).

Le competenze comunicative possono, infatti, essere compromesse da difficoltà di natura relazionale, causata per lo più dall'imbarazzo di introdurre un argomento razionale in un momento dominato dall'emotività. Questa caratteristica contraddistingue molti giovani maschi soprattutto nei primi rapporti con una partner nuova.

Le capacità di controllo, che consentono di non subire passivamente le situazioni a rischio ma di agire attivamente in modo da sviluppare contromisure adeguate, sembrano invece più difficilmente gestibili da parte delle femmine; in esse il principale fattore inibitorio è rappresentato dalla volontà di non rompere l'aura romantica che circonda il rapporto sessuale.

In considerazione di ciò, molti autori ritengono che, per poter incrementare le competenze di comunicazione e di controllo degli adolescenti, è necessario acquisire abilità di base attraverso un processo di presa di coscienza e di responsabilizzazione personale (Costanzi C., Lesmo C., 1995; Cipolla C., 1996; Buzzi C., 1998; Bonino S., Ciairano S., 1999).

Un simile processo potrebbe essere promosso e favorito da nuove metodologie preventive, ma dovrebbe comunque fare i conti con la riluttanza con cui i giovani si pongono rispetto al futuro. Vivere nel presente in modo esasperato, infatti, non favorisce l'acquisizione di un concetto di salute come investimento per il futuro: il pensiero di dover limitare il piacere dell'oggi mettendo in atto comportamenti prudentziali per poter raccogliere i frutti domani sembra una prospettiva non del

tutto proporzionata alla nuova sensibilità e alla sempre più confusa percezione che gli adolescenti hanno di se stessi e dell'ambiente in cui vivono (Buzzi C., 1998).

Tutto ciò ci rimanda inevitabilmente al problema del rischio di trasmissione del virus Hiv in adolescenza. Infatti, stando alle stime più recenti relative alla diffusione del virus, in vari Paesi gli adolescenti costituiscono una delle categorie più a rischio di contagio [Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità "Aggiornamento dei casi di Aids notificati in Italia al 30 giugno 1999", Centro Operativo Aids, (a cura di); Istituto Superiore di Sanità " Bilancio dell'ONU sull'Aids", 1997].

Le cause sono costituite dalla natura spesso irriflessiva ed occasionale della loro attività sessuale, la sperimentazione di droghe, gli atteggiamenti negativi nei confronti del profilattico e la convinzione di essere invulnerabili alle conseguenze spiacevoli dell'attività sessuale, che, come è già stato detto, si associa alla tendenza a correre dei rischi anche di altra natura (Rezza G., Pezzotti P., Balducci M., 1998). Per ciò che concerne l'informazione, gli adolescenti dimostrano di essere consapevoli della gravità dell'Aids e sono convinti che il problema li riguardi da vicino (Cicognani E., Zani B., 1994; Zani B., 1997; Buzzi C, 1998; Bonino S., Ciairano S., 1999). Essi possiedono delle conoscenze abbastanza buone sul tema dell'Aids sia per quanto riguarda le modalità di trasmissione che la possibilità di prevenire l'infezione, anche se in alcuni sottogruppi di adolescenti si evidenziano delle ampie aree di indecisione e soprattutto alcune preoccupanti aree di conoscenze errate.

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

Tale risultato può essere compreso considerando che per gli adolescenti sia particolarmente difficile riferire a sé le conoscenze, per quanto corrette, ed utilizzarle al momento opportuno. In generale, i processi psichici che mediano la relazione tra conoscenze e comportamenti sono assai numerosi e complessi: la conoscenza degli effetti negativi di un certo comportamento e delle modalità per

prevenire tali effetti non è di per sé sufficiente a indurre le persone ad adottare misure adeguate alla prevenzione (Bonino S., Ciairano S., 1999).

Tuttavia, per quanto riguarda il caso dell'Aids, bisogna considerare anche le particolari caratteristiche di questa patologia e il modo in cui è avvenuto il processo di divulgazione delle notizie dal momento della sua scoperta.

In primo luogo, l'Aids è una malattia a decorso piuttosto lento e coinvolge un numero relativamente limitato di persone. Queste caratteristiche potrebbero aver causato una particolare condizione di "invisibilità" sociale degli ammalati di Aids agli occhi della maggioranza delle persone (Costanzi C., Lesmo C., 1995). Tale condizione di "invisibilità", a sua volta, potrebbe favorire la sottostima del pericolo, ma anche l'incapacità di collegare le conoscenze possedute con i comportamenti adeguati a prevenire l'infezione.

In secondo luogo, vanno valutati alcuni aspetti che hanno contribuito a creare un clima di confusione e disorientamento, quali il tono allarmistico con cui sono stati presentati gli effetti della patologia, l'enfasi drammatica con cui è stata resa nota al grande pubblico la difficoltà a trovare farmaci adeguati a fronteggiarla.

Facendo un passo indietro, agli anni ottanta, si può ricordare come l'argomento Aids sia stato considerato e trattato dai mass media in modo tendenzialmente scandalistico, e questo non ha certamente contribuito a portare chiarezza.

Così, all'inizio, il messaggio trasmesso e divulgato dai media è stato preoccupante e liberatorio allo stesso tempo: esso comunicava al mondo che era comparsa una nuova malattia, che essa era incurabile, ma che colpiva solo alcuni individui, in particolare omosessuali e tossicodipendenti.

In una seconda fase il messaggio è stato parzialmente modificato: ora l'Aids poteva colpire tutti, anche chi non apparteneva ai gruppi a rischio, ma era sufficiente adottare alcune precauzioni basilari per prevenirlo.

Oggi, la maggior parte del mondo scientifico ha cominciato a rivalutare proprio l'influenza di alcuni stili di vita a rischio sulla possibilità di contagio del virus Hiv, in particolare la forte promiscuità sessuale e l'uso di droghe (Duesberg P.M., 1996).

Per questo motivo, appare particolarmente utile in età adolescenziale riconsiderare il ruolo degli stili di vita, dal momento che diversi studi in proposito hanno indicato che i comportamenti a rischio non si presentano mai in forma isolata (Jessor R., Donovan J.E., Costa F.M., 1991; Kimmel D.C., Weiner I.B., 1995; Schulenberg J., Maggs J.L., Hurrelmann K., 1997; Brooks-Gunn J., Paikoff R., 1997; Bonino S., Cattellino E., 1998; Buzzi C., 1998; Bonino S., Ciairano S., 1999). Diventa allora necessario capire quali sono le ragioni che conducono allo strutturarsi di alcuni comportamenti in stili di vita ed alle funzioni che essi svolgono, in un certo contesto sociale, per il soggetto che li mette in atto (Bonino S., Ciairano S., 1999). A tal proposito, è interessante considerare altri due fattori che possono incrementare negli adolescenti il rischio di contagio dell'Hiv fino a strutturarsi in veri e propri stili di vita, ossia l'atteggiamento nei confronti delle precauzioni e quindi la sua influenza sulle scelte comportamentali, e l'uso di droghe.

### **3.2 Il comportamento contraccettivo in adolescenza: atteggiamenti, opinioni, scelte e possibili conseguenze**

Numerose ricerche hanno messo in evidenza come la liberalizzazione dei comportamenti sessuali, o quantomeno la maggiore permissività che caratterizza l'atteggiamento comune e quindi anche quello adolescenziale, non sempre è accompagnata da un'adeguata conoscenza e da un uso sistematico di misure di prevenzione del contagio delle malattie sessualmente trasmissibili (Beyth-Marom R., 1997; Brooks-Gunn J., Pajkoff R., 1997; Fontenberry J.D., e Coll., 1997; Zani B., 1997; Bonino S., Ciairano S., 1999).

Tale carenza di una protezione adeguata può essere influenzata da numerosi fattori. Da un lato, l'utilizzo di una corretta pratica contraccettiva implica l'assunzione di responsabilità e la presa di coscienza della propria sessualità, e

quindi riconoscere di essere sessualmente attivi. Dall'altro lato, il comportamento contraccettivo ha delle implicazioni connesse alla sfera della morale che riguardano anche gli adolescenti. Per questi ultimi, ancor più che per gli adulti, può risultare particolarmente difficile programmare l'uso di metodi contraccettivi poiché ciò implica accettare e segnalare al partner la propria disponibilità ad avere rapporti sessuali (Zani B., 1997).

La segnalazione di disponibilità al rapporto può contribuire a favorire un'immagine di sé connotata negativamente, e ciò è vero soprattutto per le femmine, poiché, nel momento in cui propongono al partner l'uso del contraccettivo, temono di essere giudicate come ragazze "sessualmente esperte".

Inoltre, è opportuno ricordare che i rapporti sessuali si configurano come una situazione emotivamente coinvolgente in cui può essere estremamente difficile negoziare con il partner l'utilizzo di pratiche contraccettive efficaci, dal momento che gli adolescenti che vivono le loro prime esperienze di intimità sessuale devono superare anche la propria insicurezza nella gestione delle relazioni interpersonali con l'altro sesso (Bonino S., Ciairano S., 1999).

Secondo il modello di Byrne (1983), l'uso efficace di metodi contraccettivi è un comportamento complesso che richiede diverse fasi:

1. aver appreso, elaborato e memorizzato informazioni corrette ed accurate circa il modo in cui avviene il concepimento e le modalità attraverso cui è possibile evitarlo;
2. essere consapevoli della possibilità di avere rapporti sessuali;
3. essere in grado di procurarsi il metodo contraccettivo adatto;
4. essere in grado di parlare con il partner della possibilità di usare metodi contraccettivi;
5. usare il metodo contraccettivo che ci si è procurati in modo corretto;

Ciascuna di queste fasi prevede delle operazioni a livello cognitivo e comportamentale e ha delle implicazioni importanti a livello affettivo-emotivo, poiché fa riferimento a modelli riguardanti il concetto di sé che l'adolescente sta costruendo.

Quindi, per attuare una corretta pratica contraccettiva sono necessarie la capacità di riconoscere di essere sessualmente attivi e la consapevolezza della possibilità di avere rapporti sessuali. Tutto questo presuppone l'accettare la propria sessualità e l'essere in grado di pianificarla: si tratta, però, di elementi che negli adolescenti non sono ancora completamente costruiti. Infatti, è necessario del tempo ed anche un'educazione sessuale adeguata affinché l'adolescente possa elaborare una nuova immagine di sé, che comprenda anche l'essere sessualmente attivo con tutte le implicazioni che questo comporta, tenendo conto allo stesso tempo il contesto normativo e socioculturale in cui si trova (Zani B., 1997).

Infatti, i fattori in gioco non sono soltanto di tipo psicologico individuale ma sono anche funzione del contesto sociale e culturale, ossia del tipo di educazione ricevuta, dei valori e le norme prevalenti in un dato momento storico. In considerazione di ciò, è facile comprendere quante barriere possono insorgere nelle varie fasi del processo decisionale ed ostacolare una adeguata protezione contraccettiva (Byrne D., Fisher W.A., 1983).

I dati emersi da numerose ricerche condotte in diversi paesi negli ultimi anni (Costanzi C., Lesmo C., 1995; Kimmel D.C., Weiner I.B., 1995; Brooks-Gunn J., Paikoff R., 1997; Breakwell G.M., 1997; Silbereisen R.K., Kracke B., 1997; Fontenberry J.D., 1997; Zani B., 1997; Buzzi C., 1998; Bonino S., Ciairano S., 1999) concordano su alcuni punti relativi al comportamento contraccettivo degli adolescenti. I vari metodi contraccettivi sono mediamente conosciuti, e tra questi soprattutto pillola, preservativo, spirale, seguiti da diaframma e coito interrotto. Gli adolescenti conoscono, invece, meno i metodi naturali, quali il metodo della temperatura, l'Ogino Knaus e il Billings.

Le conoscenze aumentano con l'età, sono più accurate presso le ragazze che nei ragazzi e, in generale, presso gli adolescenti con livelli di istruzione più elevati. La percentuale di adolescenti che ritiene di aver ricevuto informazioni sufficienti sull'argomento è piuttosto alta e, tra le fonti di informazione da loro citate, al primo posto si collocano gli amici, seguiti dai genitori, dalla scuola, dai mass media. Ben distanziate risultano le fonti di tipo medico-psicologico, mentre strutture sanitarie come il consultorio non vengono affatto menzionate. Tuttavia, oltre queste fonti

generali, il processo di apprendimento si differenzia tra i generi: per le femmine il ruolo della madre, della scuola, dei libri ed anche del partner è molto più rilevante che nei maschi. Per questi ultimi, i genitori svolgono una funzione informativa poco incisiva e non si notano distinzioni di impegno tra madri e padri (Zani B., 1997; Buzzi C., 1998; Bonino S., Ciairano S., 1999).

Per ciò che riguarda l'atteggiamento nei confronti della contraccezione, si rileva che, in generale, la larghissima maggioranza dei soggetti dei diversi campioni intervistati è favorevole alla contraccezione, e tra questi soprattutto le femmine, gli studenti dei licei e coloro che hanno già avuto rapporti sessuali appaiono più sensibili a tale problema.

L'atteggiamento contrario alla contraccezione riguarda, invece, una percentuale più esigua e si riscontra soprattutto tra i maschi, tra i soggetti più giovani, tra gli studenti degli istituti tecnici e professionali e tra coloro che non hanno ancora iniziato l'attività sessuale.

Quando si passa dall'analisi degli atteggiamenti e percezioni a quella dei comportamenti effettivamente agiti, in modo da mettere in risalto la consistenza oggettiva del rischio, diventa inevitabile fare riferimento ai rapporti non protetti, ovvero agli incontri sessuali potenzialmente a rischio senza l'uso di preservativi.

Il quadro generale che può fare da cornice al problema deriva da un lato, da alcune credenze relative al rapporto sessuale che gli adolescenti adducono per giustificare le proprie resistenze ad usare precauzioni e dall'altro, dalla persistenza tra di essi di alcune opinioni concernenti in specifico l'uso del profilattico, che convivono con la consapevolezza dei pericoli e che forse qualche volta la contrastano (Costanzi C., Lesmo C., 1995; Zani B., 1997; Fontenberry J.D., 1997; Buzzi, 1998).

Tra le numerose motivazioni addotte dagli adolescenti per giustificare la propria riluttanza ad usare precauzioni, le più rilevanti sono:

1. la convinzione che il rapporto sessuale debba essere naturale, spontaneo, cosicché il contraccettivo viene percepito come un'interferenza al piacere personale e alla spontaneità. Sembra prevalere tra gli adolescenti l'ideale dell'amore romantico, intenso, anche se di breve durata, che mal si armonizza con la preoccupazione di correre dei rischi;

2. la difficoltà di accettare la programmazione del rapporto sessuale che è implicita nell'utilizzo dei contraccettivi. Questo aspetto, infatti, si scontra con la disapprovazione sociale dei rapporti prematrimoniali, per cui l'uso dei contraccettivi viene percepito e vissuto come un gesto di premeditazione colpevole;

3. la peculiarità delle situazioni in cui avvengono le prime esperienze sessuali, per molti inaspettate e a volte anche in contrasto con le proprie idee e i propri valori. Inoltre, tra un'esperienza e l'altra ci possono essere dei lunghi intervalli di tempo, per cui questi rapporti possono apparire come "incidenti", tali da distogliere l'attenzione dal problema contraccettivo;

4. infine, giocano un ruolo importante anche problemi di ordine interpersonale: molti adolescenti nutrono forti riserve a far conoscere al partner la propria disponibilità al rapporto sessuale, predisponendo in anticipo un'adeguata protezione contraccettiva. Esistono delle barriere psicologiche che ostacolano questo tipo di conversazione con il/la partner, inclusa la mancanza di modelli di ruolo appropriati per poter esprimere all'altro/a la richiesta e connotarla come segno di rispetto e di cura reciproca. E' opportuno ricordare, poi, che il soggetto preparato sul piano contraccettivo può essere percepito e giudicato come sessualmente esperto, e se si tratta di una ragazza, le connotazioni negative sono ancora più accentuate (Zani B., 1997).

Per quanto riguarda le opinioni relative in specifico all'uso del preservativo, si può osservare quanto queste siano largamente diffuse tanto da costituire dei veri e propri fattori culturali di rischio (Buzzi C., 1998).

Il primo fattore riguarda la convinzione che usare il preservativo renda meno piacevole il rapporto: tale opinione si riscontra in percentuale più elevata nei maschi che nelle femmine.

Il secondo elemento concerne l'imbarazzo nel comprare i preservativi: la maggioranza degli adolescenti, sia maschi che femmine, dichiara di essere a disagio nell'entrare in farmacia o al supermercato e di provare vergogna al momento dell'acquisto.

Il terzo aspetto si riferisce, invece, ad una percezione: una percentuale piuttosto elevata di adolescenti ritiene che è molto o abbastanza diffusa tra essi l'abitudine di

non usare il profilattico la prima volta che si fa l'amore con un/una partner nuovo/a.

Non è semplice capire se queste opinioni influenzino concretamente i comportamenti o se, viceversa, siano i comportamenti agiti ed osservati che determinano tali convinzioni (Buzzi C., 1998). Tuttavia, si può ipotizzare che la convinzione della scarsa piacevolezza dell'uso del profilattico possa diventare un deterrente alla protezione nel caso in cui prevalgano gli aspetti edonistici o romantici del rapporto sessuale su quelli razionali.

Anche per il secondo fattore si può supporre un forte potenziale di condizionamento, dato che la necessità di procurarsi i profilattici rende pubblico, se non altro al momento dell'acquisto, un ambito intimo, privato e individuale che, nonostante le idee liberali espresse dai giovani, si preferisce mantenere riservato.

Il terzo elemento da un lato conferma che usare il profilattico la prima volta è più difficile poiché spesso manca la necessaria confidenza e si rischia di rovinare l'aura romantica che circonda il rapporto, dall'altro procura una fittizia sicurezza psicologica rafforzata dal fatto che molti non lo usano quando fanno l'amore con un/a partner nuovo/a.

Si tratta, a ben vedere, non solo di ipotesi, dal momento che alcuni dati oggettivi sembrano confermare l'esistenza di una relazione tra il piano degli atteggiamenti e quello delle azioni.

Infatti, molte indagini condotte su diversi campioni di adolescenti (Mannetti L., Cavalieri A., Ricca P., 1993; Costanzi C., Lesmo C., 1995; Stefanile C., 1996; Ingrosso M., 1996; Buzzi C., Cavalli A., De Lillo A., 1997; Buzzi C., 1998; Bonino S., Ciairano S., 1999) evidenziano che l'uso del preservativo durante il primo rapporto sessuale riguarda la minoranza degli adolescenti, mentre la maggioranza non lo ha utilizzato.

Poiché non si può in assoluto valutare la consistenza reale del rischio, dal momento che una coppia che non ha usato il profilattico poteva essere alla prima esperienza per entrambi oppure essere assolutamente monogama, alcune ricerche hanno indagato su coloro che non avevano usato il preservativo in situazioni di palese incertezza, ad esempio quando la conoscenza tra i partner è superficiale. I risultati

di tali indagini dimostrano che una percentuale piuttosto consistente di adolescenti con esperienza sessuale ha avuto il primo rapporto completo con una persona che conosceva superficialmente, spesso incontrata qualche giorno prima, senza fare uso di preservativo.

Dopo la prima esperienza sessuale, l'aver rapporti non protetti con un/una partner è una situazione ricorrente anche se non frequente, e questo più per i maschi che per le femmine. In effetti, alcune analisi hanno dimostrato che esiste una relazione, anche piuttosto forte, tra il comportamento contraccettivo attuato la prima volta e quello che viene adottato successivamente: più della metà degli adolescenti del campione preso in esame che ha utilizzato il preservativo la prima volta è ricorsa alla contraccezione anche durante i rapporti sessuali successivi, e, viceversa, per coloro che non hanno fatto uso del profilattico la prima volta (Ingrosso M., 1996).

Inoltre, si riscontrano considerevoli differenze circa l'uso del profilattico la prima volta in relazione sia all'età in cui gli adolescenti hanno iniziato la loro attività sessuale, sia alla condizione affettiva all'interno della quale è avvenuto il primo rapporto. Per chi ha iniziato ad avere rapporti prima dei 14 anni, si evidenzia una percentuale decisamente superiore di mancato utilizzo del profilattico rispetto a coloro che hanno iniziato meno precocemente. Per quanto riguarda, invece, il tipo di relazione con il partner, il mancato uso del preservativo è massimo nella situazione di "conoscenza superficiale", mentre l'utilizzo è più alto nel caso della relazione stabile o comunque nel caso in cui ci sia tra i due partner una conoscenza ben consolidata (Bonino S., Ciairano S., 1999).

Relativamente alla decisione di usare o meno il preservativo, emerge che nella maggioranza dei casi tale decisione viene presa da entrambi i partner, anche se si evidenziano casi in cui la richiesta parte da uno solo dei due. E' opportuno sottolineare che la condivisione della responsabilità contraccettiva aumenta al crescere dell'età e con la frequentazione di uno stesso partner (Buzzi C., 1998).

Per quanto riguarda la situazione italiana, si può osservare che la mappa del rischio è influenzata non solo dal sesso, ma anche dall'area geografica, dall'ampiezza del comune e dall'origine sociale degli adolescenti (Buzzi C., 1998). Infatti, risultano maggiormente a rischio, nell'ordine: 1) i maschi centro-settentrionali di basso

background culturale; 2) i maschi meridionali; 3) gli altri maschi del Centro-Nord di estrazione socioculturale media ed elevata; 4) le femmine centro-settentrionali di basso background culturale; 5) le femmine del Nord e del Sud di estrazione socioculturale media ed elevata; 6) le femmine meridionali di basso background culturale. La distanza tra il primo gruppo e l'ultimo è notevole, registrando l'uno un'esposizione al rischio pari al 42,7% e l'altro dell'11,1%.

L'aver affrontato delle situazioni pericolose non sembra dipendere, se non in minima parte, da ignoranza o mancanza di consapevolezza, dal momento che chi oggettivamente ha avuto rapporti non protetti riconosce di aver corso dei rischi, tanto da indurre alcuni a richiedere il test per appurare un'eventuale infezione da Hiv.

Anche da un punto di vista teorico, il rischio sembra essere accettato da una buona percentuale di giovani, dato che, alla domanda se possa capitare loro in futuro di avere rapporti non protetti con un partner non fisso, una quota piuttosto consistente di essi risponde affermativamente (Buzzi C., 1998).

Come fa notare Carlo Buzzi, commentando i risultati emersi dall'indagine IARD su "giovani e salute"(1998), i dati disponibili sul comportamento contraccettivo degli adolescenti mettono emblematicamente in evidenza le tendenze emergenti nella cultura giovanile: presentismo (agisco oggi e non penso troppo al domani), pragmatismo (non so cosa farò, deciderò sul momento), concezione fatalista della salute (se mi deve capitare, mi capiterà), reversibilità delle scelte (non è detto che debba sempre rischiare, quando deciderò di smettere, smetterò).

### 3.3 L'adolescente e l'uso di sostanze psicoattive

Attualmente, l'uso di sostanze psicoattive è un fenomeno sociale di ampie proporzioni che riguarda soprattutto gli adolescenti e i giovani. La caratteristica più importante di tale fenomeno è il progressivo incremento, verificatosi a partire dagli anni settanta, di forme occasionali e regolari di consumo in questa fascia di età.

Questo aspetto ha prodotto un cambiamento radicale nel modo di concettualizzare il problema droga: inizialmente era considerato come il risultato o conseguenza di processi psicopatologici e devianti, attualmente invece si preferisce interpretarlo nel quadro più complessivo delle problematiche adolescenziali (Ravenna M., 1993).

L'uso di queste sostanze viene oggi considerato alla stessa stregua di altri comportamenti definibili a rischio (quali, ad esempio, avere esperienze sessuali precoci e/o non protette, comportarsi in modo aggressivo, guidare pericolosamente) ed è posto in stretta relazione ai compiti di sviluppo che l'adolescente si trova ad affrontare in questo specifico periodo della vita.

L'età in cui ha inizio l'uso delle diverse sostanze psicoattive è piuttosto diversificato.

L'età a rischio per l'iniziazione all'hashish e alla marijuana è indicata fra i 15 e i 17 anni. Le femmine sono circa un terzo dei consumatori, ma con livelli più bassi dei maschi sia per la quantità che per la frequenza. Non si riscontrano differenze in base al sesso per l'età in cui si verifica l'iniziazione, mentre se ne rilevano a proposito di chi induce alla prima esperienza: nel caso dei ragazzi si tratta di solito di un amico o di amici dello stesso sesso, in quello delle ragazze è quasi sempre il partner (Rosenbaum, 1979).

Per quanto riguarda, invece, l'età di inizio di assunzione di eroina e di altre droghe pesanti gli anni più a rischio sono quelli fra i 18 e i 25.

Tra età e uso di droghe illecite c'è una relazione curvilineare: il loro consumo resta in genere estremamente basso e contenuto fino a 14 anni; aumenta poi con il

progredire dell'età fino a raggiungere il culmine nella prima fase dell'età adulta (Nyberg, 1979).

Come è già stato detto, si sono affermate e diffuse tra gli adolescenti forme di consumo non dipendenti, ossia stili di consumo meno estremi in cui l'uso di tali sostanze è riservato a particolari situazioni, preferibilmente il weekend, tali da consentire di mantenere una vita pressoché normale. Per questo motivo i ragazzi in questione vengono definiti "consumatori", differenziandoli dai tossicodipendenti.

Il "consumatore" è colui che assume una droga in modo saltuario o regolare in dosi moderate, cioè tali da non determinare fenomeni di dipendenza e da non pregiudicare il normale svolgimento della sua vita quotidiana, e che è in grado di mantenere il controllo sull'uso e di interromperlo senza particolari difficoltà. Il tossicodipendente è invece chi, in conseguenza dell'uso frequente, consistente e prolungato di una droga, ha sviluppato un rapporto di dipendenza, caratterizzato dal bisogno di continuare ad usare la sostanza, dall'affievolirsi dei legami sociali e dall'adozione di comportamenti tutti finalizzati a procurarsela (Cancrini, 1980).

Il fatto che, a partire dalla seconda metà degli anni ottanta, sia diminuito il numero di adolescenti che fanno uso di droghe iniettabili è sicuramente un dato positivo per quanto concerne il rischio di trasmissione dell'Hiv, tuttavia questo non scongiura del tutto il problema.

Infatti, proprio il timore dei problemi posti dalla diffusione di questo virus ha contribuito all'immissione massiccia sul mercato clandestino di sostanze come la cocaina e le cosiddette "nuove droghe" o droghe sintetiche che non prevedono l'uso della siringa, ma che, per gli effetti che provocano sul sistema nervoso centrale, sono ugualmente importanti fattori di rischio.

Negli adolescenti gli effetti delle sostanze d'abuso possono ripercuotersi innanzitutto sullo stesso sviluppo sessuale, ed in secondo luogo sul comportamento sessuale (Bruni F., Maselli F., 1985).

Per ciò che riguarda le possibili ripercussioni sullo sviluppo sessuale, è necessario ricordare che nell'adolescenza l'evento biologico centrale è la crisi puberale, cioè il manifestarsi di modificazioni visibili e quantificabili nel corpo del ragazzo e della ragazza, dovute all'avvenuta maturazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi e della

concomitante produzione ormonale. Perché si possa avere un completo sviluppo sessuale è necessaria non solo una normale attività di tale asse, ma anche dell'asse ipotalamo-ipofisi-tiroide. Per questo motivo le interferenze causate dall'uso di stupefacenti, in particolar modo dagli oppiacei, sulla liberazione dell'ormone follicolo-stimolante (FSH), dell'ormone luteinizzante (LH) e della tireotropina (TSH), con la conseguente riduzione dei livelli ematici di estrogeni nella femmina, di androgeni nel maschio, e di ormone tiroideo, possono bloccare lo sviluppo puberale con una percentuale di ripresa inversamente proporzionale al tempo di abuso.

Per ciò che concerne, invece, gli effetti delle sostanze di abuso sul comportamento sessuale, è opportuno premettere che ogni singola sostanza può agire nell'individuo in senso depressore o eccitatore a seconda delle modalità di assunzione, ma tali effetti sono indubbiamente influenzati anche dalla qualità della sostanza, le caratteristiche del consumatore e l'ambiente in cui si verifica l'assunzione.

E' necessario ricordare che gli effetti sono diversi a seconda che la sostanza sia naturale, raffinata o di sintesi, a seconda del suo grado di concentrazione e di purezza, a seconda della dose e delle modalità di assunzione. Ad esempio, il fatto di assumere una droga per via orale comporta processi di assimilazione più lenti ed incompleti, per cui gli effetti sono meno intensi ma più prolungati di quelli causati da una somministrazione per via endovenosa (Ravenna M., 1993).

La variabilità nella reazione ad una droga dipende anche dalle caratteristiche psicobiologiche dell'assuntore e quindi dal suo sesso, dall'età, la statura, il peso, lo stato di salute, il gruppo etnico di appartenenza.

La personalità dell'assuntore, il suo stato psichico, l'immagine che egli ha della droga ed anche la fase di consumo in cui si trova (c'è differenza, infatti, tra la prima o le primissime assunzioni e invece un rapporto d'uso consolidato) sono tutti fattori che possono influenzare in modo importante quella che sarà la sua esperienza con la droga.

In alcune ricerche è stato dimostrato che le credenze e le convinzioni che un soggetto si è costruito rispetto alle droghe in generale e a quella che si appresta ad usare in particolare, il significato che egli assegna a tale esperienza e ciò che si

aspetta di ottenere, sono tutti fattori che possono influenzare e modificare la sua modalità di reazione (Schachter S., Singer J.I., 1962; Marlatt G.A., Rohsenow D.J., 1981; Gossop M., 1988).

Inoltre, esercita una certa influenza anche l'ambiente fisico, cioè le caratteristiche del luogo in termini di confortevolezza/ostilità e quello sociale, ossia la presenza/assenza di altre persone e la qualità della relazione reciproca. E' stato notato, infatti, che l'esperienza con una droga è più soddisfacente se l'ambiente in cui si verifica è percepito dal soggetto come piacevole, rilassante, sicuro, se le persone presenti sono in sintonia ed in amicizia con l'assuntore e se le circostanze non impongono al soggetto di affrontare compiti o attività che richiedono vigilanza, concentrazione, efficienza e sobrietà (Ravenna M., 1993).

Passando ora a considerare alcuni dei principali effetti causati dalle diverse sostanze, si può osservare che, ad esempio, l'oppio e i suoi derivati, cioè la morfina e l'eroina, provocano un ottundimento, oltre che degli impulsi della fame e del dolore, anche dell'aggressività e della sessualità, determinando però nel contempo una diminuzione del senso del contegno e dell'autocontrollo.

Gli allucinogeni, come ad esempio l'LSD, causano dispercezioni somatiche e sensoriali che possono comportare una sensazione di leggerezza con perdita totale del controllo del proprio corpo, alterazione della percezione temporale e spaziale e del livello di realtà: per questo motivo vengono utilizzati prevalentemente per scopi sessuali. Allo stesso modo agiscono i derivati della canapa indiana, che per la loro azione disinibente inducono comportamenti sessuali promiscui ed anticonformisti. Le droghe che stimolano il sistema nervoso centrale, come le amfetamine, la cocaina, il crack, diminuiscono la sensazione di fame e di fatica, aumentano la vigilanza e inducono un comportamento ipersessuale, che nel tempo, a seguito delle ripetute assunzioni, può trasformarsi in una perdita del desiderio sessuale. Così, l'uso di ecstasy e di droghe sintetiche si associa per lo più alla fruizione delle discoteche, dei rave parties ed alla musica techno, e appare strettamente connessa al bisogno di migliorare, di rendere più calde ed empatiche le relazioni con le altre persone, favorendo la sensazione di sentirsi fusi e confusi con gli altri.

In considerazione di ciò, diventa inevitabile evidenziare il potenziale rischio veicolato dall'uso di tali sostanze: alterando lo stato di coscienza, il livello di realtà, causando una diminuzione della funzione di autocontrollo, favorendo disinibizioni e stati di eccitazione euforica, queste sostanze possono indurre comportamenti sessuali estremamente rischiosi, in quanto agiti con parziale o totale mancanza di consapevolezza e di autocontrollo.

Un altro aspetto da sottolineare, ma questo nel caso dell'adolescente tossicodipendente e non di quello consumatore, è che spesso questi ragazzi ricorrono alla prostituzione per procurarsi altro denaro per nuove dosi, incrementando così le probabilità di correre rischi anche di altra natura. Il mondo della prostituzione, che vede accanto a quella femminile diffondersi anche quella maschile omosessuale, è spesso teatro di ulteriori esperienze dannose non solo sul piano fisico, ma anche su quello psicologico, poiché molto frequentemente il tossicomane che si prostituisce può essere vittima di violenze sessuali e di aggressioni personali ad opera del partner o di altri tossicodipendenti (Plant M., 1990).

Ricostruire la complessità degli elementi che entrano in gioco nell'uso adolescenziale di droga significa individuare i possibili bisogni a cui l'uso delle diverse sostanze può rispondere e i possibili fattori che spingono i ragazzi a vivere una tale esperienza.

Provare una droga non è un fatto casuale o il frutto di circostanze facilitanti, poiché l'adolescente che decide di provare deve aver precedentemente elaborato un orientamento favorevole e considerarla un'esperienza non solo attraente ma anche in grado di rispondere a bisogni e aspettative per lui rilevanti rispetto a diversi ambiti: al periodo di vita in cui si trova, alla ricerca di sensazioni forti, all'esperienza di sé, alla regolazione delle emozioni, alle relazioni con gli altri, allo stile di vita (Ravenna M., 1997).

Se esaminiamo in specifico ognuno di tali ambiti, si nota come la droga può apparire agli occhi di molti adolescenti come un mezzo per far fronte e superare disagi di natura diversa.

Per ciò che riguarda la specificità della fase di vita che l'adolescente sta attraversando, è possibile che spesso si trovi a sperimentare in modo estremamente acuto sentimenti d'incertezza, d'inadeguatezza, di scarsa fiducia in se stesso, temendo per questo di non essere all'altezza delle situazioni e di non essere considerato dagli altri come vorrebbe. Quanto più la difficoltà che avverte è grande, tanto più aumenta la probabilità che percepisca la droga come un mezzo per ridurre l'ansia, l'angoscia, l'incertezza, nella convinzione di poter meglio rispondere alle richieste del suo ambiente.

In questo periodo della vita, inoltre, diventa più intenso il bisogno di ampliare i confini del proprio spazio di vita ed anche la curiosità di sperimentare nuovi comportamenti, di fare esperienze inusuali che comportano un certo grado di rischio. Provare una droga, per la sua illegalità e potenziale dannosità, può in questo senso apparire come una soluzione attraente, in grado di appagare tali bisogni.

L'adolescenza è anche la fase in cui si intensifica la ricerca e la definizione della propria identità. Quanto più tale esigenza assume centralità psicologica nell'esperienza di vita di un adolescente, tanto maggiore è la probabilità che egli possa identificare il fumare, l'assumere degli alcolici o delle droghe illecite come un modo per migliorare l'immagine di sé e per presentare agli altri una serie di informazioni su di sé che gli permettano di farsi considerare secondo le sue aspettative e cioè di solito come più adulto, emancipato, autonomo.

Per ciò che riguarda le regolazione delle emozioni, si può osservare che alcuni adolescenti, pur essendo in grado di riconoscere ed esprimere le emozioni che provano, spesso non sono però capaci di regolare i loro stati emozionali, cioè di produrre reazioni emozionali adeguate alle diverse situazioni. In tale senso, la droga può essere percepita dall'adolescente come una strategia di autoregolazione che consente di ottenere facilmente effetti immediatamente gratificanti e di aumentare la capacità di controllo personale.

A proposito delle relazioni con gli altri, l'adolescente è alla ricerca di autonomia e di indipendenza emotiva rispetto ai modelli proposti dai genitori, per cui è possibile che l'esperienza con una droga rappresenti ai suoi occhi una sfida nei confronti

delle norme da essi proposte. Fare una simile esperienza, per altro stigmatizzata dalla maggior parte degli adulti può essere un modo per affermare e sottolineare la propria distanza da loro, ma anche di esplicitare il bisogno di farsi notare e di sconcertare. In questo movimento di allontanamento dalle figure parentali l'adolescente ha bisogno di coetanei a cui sentirsi simile e con cui sperimentare scelte, comportamenti autonomi, difficoltà e conflitti. Se nel suo gruppo di amici ci sono dei consumatori o dei ragazzi che nutrono un atteggiamento favorevole nei confronti della droga, è possibile che anch'esso sia disponibile a provarla, proprio per sentirsi accettato, ben integrato e valorizzato dal gruppo.

Un altro aspetto da non sottovalutare è il fatto che nella nostra società occidentale non c'è nessun riconoscimento esplicito del passaggio dall'adolescenza all'età adulta, per cui la droga può apparire all'adolescente come uno strumento che gli permette di accorciare le tappe del percorso verso lo status adulto e di simboleggiare la sua definitiva emancipazione dall'infanzia. Questo risulta particolarmente frequente per quegli adolescenti che, maturati troppo precocemente sul piano biologico, sono impazienti di usufruire, senza aspettare troppo, dei vantaggi della vita adulta, ma anche per quegli adolescenti che sono più sensibili alle pressioni dei coetanei ad apparire più grandi e indipendenti.

Tra i molteplici fattori che possono favorire la prima sperimentazione di una droga, alcuni autori indicano come più rilevanti quelli relativi alle influenze di altri significativi (Kandel D.B., 1980; Cooreman J., Perdrizet S., 1980; Needle R. e Coll., 1986). Così, si ritiene che i ragazzi/e che vivono in famiglie in cui uno o entrambi i genitori e/o fratelli fumano, devono alcolici o assumono altre droghe, ha di solito una probabilità più alta di provare a sua volta. Se l'adolescente frequenta e assume come punto di riferimento privilegiato coetanei favorevoli alla droga o che ne sono già consumatori, aumenta la possibilità che egli possa sperimentarla.

Nel tentativo di approfondire tale aspetto, Becker in una ricerca sui consumatori di marijuana (1972) considera l'iniziazione come il frutto di una successione di esperienze psicologiche e sociali che permettono all'individuo di assegnare certi significati ad uno specifico comportamento, di prefigurare la funzione che questo può avere, di valutarne i rischi e le conseguenze e di percepirlo come desiderabile.

Sia che il soggetto abbia già strutturato una certa disponibilità oppure un'accettazione ancora incerta, sia che abbia, invece, un atteggiamento negativo o neutro, è comunque sempre nell'ambito dell'interazione con gli altri consumatori che può rafforzare o modificare l'immagine della droga. Il gruppo è quindi il contesto privilegiato in cui il soggetto rivaluta se stesso nel rapporto possibile o irrealizzabile con la droga. Inoltre, il gruppo dei pari fornisce sull'argomento informazioni molto diverse rispetto a quelle acquisite dagli adulti o dai mass media. Gli adulti, infatti, puntano sulla paura, sulla demonizzazione e su immagini stereotipate della droga, mentre gli amici consumatori forniscono raffinate distinzioni tra le sostanze e riferiscono esplicitamente le esperienze di piacere che è possibile sperimentare.

Tuttavia, gli studi sull'influenza dei pari non chiariscono se ci si riferisce al gruppo vero e proprio, a degli amici o all'amico più stretto, e quindi se l'iniziazione dipende da dinamiche intragruppo o da rapporti interpersonali (Ravenna M., 1997).

Un dato, invece, ormai certo è che non esistono delle caratteristiche unitarie di personalità associate all'uso di droga (Cancrini L., 1980; Olievenstein C., 1982; Bergeret J., 1983; Clerici M., 1993). L'iniziazione non è dovuta in genere a disturbi psicopatologici strutturati, ma è connessa ad una serie di tratti nell'area della non convenzionalità, cioè tolleranza verso la trasgressione, scarso interesse per le mete di tipo educativo, comportamenti ribelli impulsivi o finalizzati alla ricerca di sensazioni ed esperienze gratificanti e immediate, ma anche a stati emozionali negativi temporanei.

Gli aspetti cognitivo-motivazionali giocano un ruolo importantissimo: quanto più una persona ha delle aspettative e motivazioni positive rispetto all'uso di droga, attribuendole significati rilevanti, tanto più aumenta la probabilità di un primo contatto. Indagando sull'orientamento dei valori di adolescenti consumatori e non consumatori, alcuni Autori hanno scoperto che i primi privilegiano soprattutto quelli centrati sulla soddisfazione personale, mentre i secondi danno più importanza a quelli rivolti al bene comune (Simons R.L., Conger R.D., Whitbeck L.B., 1988; Carlson B.R., Edwards W.H., 1990).

Anche gli stili, le competenze sociali che l'adolescente utilizza per affrontare gli eventi, le situazioni o i suoi rapporti interpersonali, così come i compiti specifici della sua età sono particolarmente importanti.

E' stato, infatti, riscontrato che i bambini e i ragazzi che non hanno potuto apprendere le abilità sociali appropriate, che sono stati poco o per niente sostenuti e valorizzati nei loro tentativi di fronteggiare eventi particolarmente difficili, hanno minori probabilità di acquisire abilità adattive e sono quindi maggiormente a rischio rispetto a tutta una serie di comportamenti (Shiffman S., Wills T.A., 1985).

In specifico, le abilità necessarie per far fronte alla droga sono soprattutto due: quelle che permettono di affrontare gli stress e quelle che consentono di affrontare le tentazioni. Nel primo caso il modo in cui l'adolescente affronta gli eventi particolarmente difficili influenza il suo livello di disagio e questo, a sua volta, influisce in modo più o meno intenso sulla sua propensione ad assumere droga nel tentativo di ridurlo. Nel secondo caso, invece, le abilità sono decisive nel trattare le situazioni specifiche in cui gli viene offerta concretamente la droga.

La presenza di comportamenti problematici, quali indisciplina, espulsione da scuola, fughe da casa, furti, atti di vandalismo, che si manifestano prima dei 15 anni, sembra connessa ad una più elevata probabilità di cominciare ad assumere droga. A tal proposito, alcune ricerche hanno evidenziato un rapporto significativo fra il numero di tali disturbi e l'età in cui si verifica l'iniziazione alla droga: quanto più questi disturbi sono numerosi, tanto più precocemente avviene il primo contatto con la droga (Robins L.N., McEvoy L., 1990; Anderson T., Magnusson D., 1990).

I fattori socioanagrafici, ad eccezione del sesso, non ricoprono invece un ruolo specifico nell'iniziazione, ma piuttosto in fasi successive di consumo. Tuttavia, le cause della prevalenza maschile nell'uso di droghe illecite non sono state sufficientemente indagate e approfondite, per cui le spiegazioni al riguardo sono piuttosto generiche. Così, essa viene interpretata in base a differenze nel tipo di socializzazione e di controlli, o in base ai diversi tipi di attaccamento che caratterizzano i due sessi: la maggior libertà concessa ai ragazzi nel mettere in atto comportamenti non convenzionali contro le più forti pressioni esercitate sulle femmine ad uniformarsi alle attese sociali, il forte coinvolgimento delle ragazze

nella vita familiare e scolastica contro il forte coinvolgimento dei ragazzi nei confronti dei pari (Ensminger M.E., Hendricks Browns C., Sheppard Kellam G., 1982; Hser Y., Douglas Anglin M., McGlothlin W., 1987).

## CAPITOLO 4

### STRATEGIE E PROPOSTE PER INTERVENTI DI PREVENZIONE

#### 4.1 La prevenzione del virus Hiv

A dispetto della sua gravità, l'Aids è una malattia totalmente prevenibile con il comportamento, interrompendo il primo anello della catena, il contagio. Il virus che provoca la malattia, infatti, può essere trasmesso attraverso il sangue, lo sperma e secrezioni spermatiche, secrezioni vaginali. Il contatto di tali fluidi corporei con lesioni, anche minime, presenti sulla pelle o sulle mucose, permette al virus di penetrare nell'organismo e di infettarlo.

Ci si può pertanto contagiare attraverso i rapporti sessuali, la puntura con aghi infetti, lo scambio di siringhe o di cucchiaini per iniettarsi la droga, l'uso in comune di oggetti taglienti (Caremani M., Cremani A., 1997).

L'infezione da Hiv non si trasmette attraverso sudore, saliva, tosse, starnuti, lacrime, feci, urine e nemmeno con punture di insetti. Non c'è quindi pericolo di infezione nella convivenza con persone infette, né nell'uso in comune di stoviglie, asciugamani e gabinetti, se si adottano le comuni norme igieniche. Il virus, infatti, si distrugge facilmente con il calore oltre i 60° C e con i comuni disinfettanti per ambienti, quali la varechina (Caremani M., Caremani A., 1997).

Bisogna, invece, prestare attenzione a non condividere oggetti pungenti o taglienti: pettini, spazzolini, rasoi, lamette, forbici, aghi potrebbero infatti essere contaminati e contagiare a loro volta attraverso minuscole lesioni di cute e mucose.

Nel caso dell'Hiv non esistono categorie a rischio, ma solo comportamenti a rischio, per ridurre i quali occorre prendere delle precauzioni.

Chi fa uso di droghe iniettabili per via endovenosa ha altissime probabilità di contagio quando usa, anche per una sola volta, la siringa già usata da altri. Dovrebbe, quindi, usare solo siringhe nuove o, se nell'impossibilità di reperirle, dovrebbe accuratamente lavare quelle già usate risciacquandole prima con

varechina e poi per almeno tre volte con acqua fredda prima di ogni iniezione. Gli esperimenti con le macchinette scambiasiringhe, che forniscono siringhe nuove in cambio di quelle usate, hanno dato finora risultati incoraggianti, permettendo di tutelare il tossicodipendente e di ridurre il numero di siringhe contaminate circolanti.

I rapporti sessuali sono la modalità di trasmissione più frequente. Il virus può infettare chiunque, indipendentemente dall'età, dalla razza, dalla classe sociale, dal tipo di attività sessuale. L'unica garanzia nei confronti del virus è il preservativo, integro, ben conservato e usato correttamente.

Dunque è necessario usare il preservativo per tutti i rapporti sessuali, vaginali, anali od orali che siano, fin dall'inizio del rapporto. Occorre, infatti, impedire allo sperma, alle secrezioni spermatiche, alle secrezioni vaginali, ad eventuali perdite di sangue, e quindi al virus, di venire in contatto con le mucose.

#### **4.2 Le principali caratteristiche degli interventi informativi e preventivi in Italia**

La comparsa e la diffusione dell'Aids nel nostro Paese e nel mondo, oltre ad essere un serio problema di salute individuale, ha attivato un meccanismo di comunicazione sociale di enorme portata (Santoro G., 1995).

Già per altre patologie, quali ad esempio i tumori, o comportamenti ad alto rischio, come l'abuso di alcol, l'uso di sostanze stupefacenti, ecc., si è assistito all'attivazione dei sistemi di comunicazione, ma, rispetto a tali problematiche, gli interventi in tema di Hiv/Aids presentano due differenze importanti.

In primo luogo, la dimensione del fenomeno: nel giro di pochissimi anni (dal 1984 in poi) sono state attivate molte iniziative promosse e gestite da numerosissimi soggetti sia pubblici che privati.

In secondo luogo, il fattore tempo: dopo una fase iniziale caratterizzata dal disorientamento generale causato dai dati sulle proiezioni dell'Aids, si è avuta una risposta istituzionale finalizzata ad arginare la diffusione dell'infezione e del contagio. Tale fase ha visto la mobilitazione non solo degli enti e delle organizzazioni deputate alla tutela della salute, ma anche dei mezzi di comunicazione di massa, degli Enti Locali, numerosi Provveditorati agli Studi, qualche Istituto o Dipartimento Universitario, molte Associazioni di volontariato, partiti politici e organizzazioni sindacali.

Così, considerando il periodo di tempo intercorso dalla comparsa dell'Aids ad oggi, ma soprattutto tenendo presenti il progredire delle conoscenze scientifiche sui vari aspetti della malattia, la preoccupazione causata dall'effettivo diffondersi del virus Hiv in alcuni gruppi di popolazione e l'identificazione di altri soggetti potenzialmente esposti al rischio, è possibile identificare una successione di fasi caratterizzate da messaggi e modelli di comunicazione diversi per struttura e grado di coinvolgimento delle persone (Santoro G., 1995).

La prima fase è quella della scoperta e coincide con la diffusione nel nostro Paese, intorno al 1982-83, delle notizie relative alla comparsa dei primi malati e delle prime morti, provenienti soprattutto dagli USA. In questo periodo il messaggio divulgato era centrato su tre aspetti in particolare. Innanzitutto la novità della malattia, di cui, non conoscendo l'agente eziologico, si mettevano in evidenza gli effetti sull'organismo umano, ribadendo l'importanza degli studi che si stavano realizzando per scoprire la causa dell'Aids e i motivi e i percorsi della malattia.

Inoltre, si insisteva sulla progressione lenta ma inesorabile dell'Aids e sull'assoluta inefficacia delle sostanze terapeutiche disponibili.

In ultimo, l'attenzione veniva puntata sui soggetti particolarmente colpiti dalla malattia, ossia omosessuali e tossicodipendenti.

La caratteristica più importante di questa fase è che, pur trasmettendo notizie sostanzialmente corrette, l'impatto dell'informazione sul grande pubblico assunse toni di drammaticità, causando reazioni diverse tra loro.

La reazione più generale era quella di un'estrema lontananza dal fenomeno, sia per la grande distanza geografica del paese da cui provenivano le notizie, sia per la

presunta non appartenenza alle cosiddette categorie a rischio. A proposito delle categorie a rischio, si è assistito a una profonda stigmatizzazione della pratica omosessuale, con fenomeni di emarginazione di tali soggetti.

Accanto a tali atteggiamenti, si andava però diffondendo anche un sentimento complesso, composto di paura e di impotenza.

Paura dovuta alla scarsità delle informazioni scientifiche disponibili e impotenza in relazione all'impossibilità di ricorrere a farmaci o vaccini efficaci e risolutivi.

Questa fase gestita quasi esclusivamente dai sistemi di comunicazione di massa, è durata all'incirca fino al 1986, periodo in cui l'Aids cominciava ad essere un problema reale anche per il nostro paese, le proiezioni degli esperti sulla diffusione del contagio si facevano più precise e cresceva la preoccupazione in relazione al fatto che l'Hiv stava uscendo dai gruppi a rischio e interessava sempre più la popolazione generale.

Così, a partire dal 1987, vengono attivate una serie di iniziative promosse, a livello centrale, dal Ministero della Sanità e, a livello periferico, dagli Enti Locali (Regioni, Province, Ussl) e dalle Associazioni del Privato Sociale ( Arci, Gruppo Abele di Torino, Lila, Anlaids, ecc.).

A livello ministeriale viene istituita la Commissione Nazionale per la lotta contro l'Aids, quale strumento tecnico e punto di riferimento per gli operatori sanitari.

Tra la fine del 1987 e l'inizio del 1988 prende avvio la prima campagna di informazione del Ministero della Sanità e nel contempo anche gli Enti Locali e l'Associazionismo Privato promuovono interventi informativi tramite la produzione di depliant, opuscoli, lettere ai cittadini, guide per gli operatori sanitari e scolastici.

Lo scopo della campagna ministeriale è quello di raggiungere diversi gruppi target, ossia il grande pubblico, medici e paramedici, omosessuali e tossicodipendenti, utilizzando come mezzi di comunicazione la televisione, periodici specifici, la radio e presentando una prima differenziazione di messaggio a seconda del gruppo di popolazione che intende coinvolgere.

L'intervento informativo a livello nazionale, coadiuvato dall'attivazione locale, fa sì che il processo di diffusione delle informazioni subisca una grande

accelerazione. I messaggi subiscono alcune modificazioni: si verifica una specializzazione della comunicazione anche in relazione all'identificazione di nuovi gruppi target, si utilizza un linguaggio chiaro ed accessibile per informare sui vari aspetti del problema Aids, soffermandosi con particolare attenzione sui comportamenti a rischio e sulle misure precauzionali da adottare.

Accanto agli interventi informativi rivolti al grande pubblico e ai soggetti a rischio, sono state attivate anche nel nostro paese iniziative rivolte al mondo della scuola e quindi agli adolescenti. Tali iniziative si configurano come un evento molto significativo, poiché presentano una sostanziale modificazione nel modo di porsi dei possibili utenti. Infatti, si passa da un tipo di informazione che lascia ai destinatari il compito di saperne di più e di difendersi, ad una produzione di materiali pensati per essere utilizzati in contesti educativi certi e stabili, come le aule scolastiche (Santoro G., 1995).

Prende così avvio la fase educativa caratterizzata da iniziative rivolte agli adolescenti e che privilegiano la scuola come spazio in cui realizzare interventi di prevenzione dell'Hiv.

Molti Enti Locali si sono impegnati per coinvolgere i Provveditorati agli Studi in tali iniziative, producendo e distribuendo materiali didattici per favorire e facilitare i percorsi educativi. Questi sussidi, pur avendo differenti impostazioni grafiche, sono pensati come strumenti a disposizione degli insegnanti, offrono proposte di percorsi metodologici e notizie su aree di contenuti relativi ai vari aspetti dell'Aids, al fine di favorire e sostenere l'attività in classe con gli studenti. Si tratta di materiali didattici che si rivolgono soprattutto alla Scuola Media Superiore, realizzati per aumentare il livello di conoscenza dei ragazzi, ma anche per far emergere il vissuto individuale e collettivo e l'immagine che essi hanno dell'Aids (Barone M., 1990).

Utilizzando un linguaggio accessibile, la parte conoscitiva dei sussidi ha lo scopo di informare i ragazzi sugli aspetti fondamentali dell'Hiv/Aids: la provenienza e i motivi che hanno causato la comparsa del virus; le caratteristiche del virus e i suoi effetti sull'organismo umano; le modalità di diffusione dell'infezione e il concetto di "comportamenti a rischio"; i comportamenti da adottare per evitare il contagio;

gli aspetti sociali, culturali e psicologici che interessano tale malattia; il progredire clinico della malattia e le terapie a disposizione.

Conclusa l'operazione informativa, vengono consigliate discussioni in classe coordinate dall'insegnante, al fine di permettere ai ragazzi di esprimere e confrontare eventuali dubbi sull'argomento appena affrontato, le loro opinioni, atteggiamenti, ma anche paure e ansie che il tema Aids può scatenare.

In realtà, al di là delle buone intenzioni, gli interventi di educazione alla salute nella Scuola Superiore hanno incontrato spesso ostacoli e limitazioni (Costanzi C., Lesmo C., 1995).

In primo luogo, a causa delle modalità di organizzazione della Scuola Superiore, c'è di solito poco spazio e tempo per poter affrontare argomenti relativi alla salute dei soggetti che la frequentano: molto spesso gli insegnanti sono costretti a dedicare al problema il tempo di un'assemblea generale degli studenti, servendosi della collaborazione di un esperto (di solito un medico) che illustra i vari aspetti del fenomeno.

Un altro ostacolo agli interventi educativi nella scuola deriva dal fatto che parlare di Aids significa affrontare tematiche relative alla sessualità, ai rapporti sessuali (omo ed eterosessuali), uso corretto del preservativo, uso di sostanze stupefacenti e quindi tematiche che coinvolgono aspetti molto delicati e fortemente legati al clima educativo e religioso in cui sono immersi la scuola, i genitori, e di conseguenza i ragazzi.

Per tutti questi motivi, la maggior parte degli interventi preventivi attuati nella scuola si è ridotta spesso ad una elargizione di informazioni tecniche, tenendo presenti solo gli aspetti razionali e non quelli emotivi e affettivi che guidano le scelte degli adolescenti. E' mancato spesso l'impegno a stimolare e favorire l'elaborazione dei vissuti e delle scelte e, quindi, una presa di coscienza più ampia, più realistica e matura, proprio perché non è stata realizzata la possibilità di far partecipare attivamente, in prima persona i diretti interessati (Cortese C.G., Ronco P., 1997).

Inoltre, quando si fa prevenzione in adolescenza è necessario tener conto di alcune caratteristiche di questa fase evolutiva: la percezione di sé come invulnerabile e la

scarsa proiezione nel futuro delle azioni attuate nel presente. E' quindi importante che gli interventi con gli adolescenti siano precoci e tengano conto dell'informazione, ma anche degli aspetti cognitivi, quali la percezione della propria vulnerabilità, l'individuazione dei fattori che facilitano l'adozione dei comportamenti precauzionali, ecc., e degli aspetti comportamentali, come l'abilità di performance, di comunicazione, il senso di auto-efficacia, il controllo dei fattori antecedenti ai comportamenti a rischio (Zamperetti M., Giove C., Buti M., 1998).

Si può sostenere che il fallimento della maggior parte di tali programmi sia dovuto al fatto che essi sono stati pensati solo per promuovere, da un lato, un aumento delle conoscenze sulla malattia, e, dall'altro, una maggiore consapevolezza del rischio personale di contagio, sottolineando implicitamente che l'acquisizione di informazioni sull'Aids e la percezione di vulnerabilità personale si traducano automaticamente nell'adozione di comportamenti preventivi (Pierro A., Malagoli Togliatti M., Ardone R.G., 1997).

La caratteristica comune a molti programmi di prevenzione è quella di avere un'impostazione passiva (per esempio, ascoltare una conferenza o vedere film, video, ecc.), con una scarsa se non addirittura assente partecipazione da parte del gruppo target. A tal proposito, alcune ricerche (Rhodes, Woliski, 1989; Gilliam, Seltzer, 1989; Mannetti e Coll., 1994; Pierro, Turchet, 1995) hanno riscontrato che, mostrando a diversi gruppi di studenti filmati e video contenenti informazioni sull'Aids, si verifica un incremento delle conoscenze sulla malattia, ma nessuna modificazione degli atteggiamenti connessi con la percezione di gravità dell'Aids e con la percezione di vulnerabilità personale e nessun cambiamento relativo all'intenzione/desiderio di ricercare ulteriori informazioni, né tanto meno cambiamenti nelle intenzioni comportamentali.

Alla luce di tali considerazioni, si può comprendere che la scelta di effettuare un intervento educativo non dipende solamente dall'aver a disposizione notizie scientifiche certe, ma anche dalla reale possibilità di attivare e gestire iniziative globali, ossia specifiche e mirate a seconda del target considerato, precoci e che considerino gli aspetti informativi, motivazionali e comportamentali, dal momento

che è ampiamente dimostrata la non linearità del rapporto tra conoscenze e comportamenti (Costanzi C., Lesmo C., 1995).

Un altro problema da non sottovalutare riguarda la necessità di individuare e raggiungere quegli adolescenti che abbandonano la scuola e rischiano per questo di ritrovarsi fuori dal circuito di circolazione dei messaggi. Una possibilità è quella di raggiungere questi soggetti nei luoghi di aggregazione spontanea dei giovani, come la strada, il bar, le discoteche, i fast food, o nelle strutture di aggregazione formale, quali le associazioni sportive, culturali e del tempo libero (Borlone P., Lesmo C., 1995).

#### **4.3 Alcune proposte per l'impostazione dell'intervento preventivo in adolescenza**

L'ipotesi che ha guidato i programmi di prevenzione dell'Aids in Italia, secondo la quale a un incremento della quantità delle informazioni sarebbe seguito un miglioramento delle conoscenze e quindi una modificazione dei comportamenti a rischio, ha ormai dimostrato la sua scarsa evidenza empirica, rendendo perciò necessario un ripensamento delle strategie preventive (Cortese.C.G., Ronco P., 1997).

Un altro dato importante emerso dalle ricerche condotte con adolescenti riguarda l'efficacia della metodologia del lavoro di gruppo (Bianco L., 1994; Capsoni F., 1995; D'Ottavi M., 1995; Serraino D., Franceschi S., 1995; Cortese C.G., Ronco P., 1997). E' stato riscontrato che il lavoro di gruppo risponde adeguatamente ai bisogni di coinvolgimento e attivazione espressi dagli stessi giovani, e contemporaneamente facilita l'interiorizzazione del messaggio preventivo, la disponibilità allo scambio e al confronto, ma soprattutto favorisce l'assunzione di un ruolo di agente del cambiamento, poiché le informazioni ricevute possono

essere rielaborate e trasformate in materiale soggettivo. Certamente, nel corso dei progetti può verificarsi la necessità che qualche intervento venga fatto su singole persone. Questo è il caso in cui il lavoro del e nel gruppo può far emergere problematiche personali per cui diventa necessario che chi coordina l'intervento possa aiutare il soggetto ad affrontare le proprie difficoltà, direttamente o indirizzandolo a persone o a strutture competenti.

Sono stati individuati alcuni criteri fondamentali a cui dovrebbero conformarsi gli interventi informativi e preventivi rivolti agli adolescenti (Areni A., Mannetti L., 1992; Bianco L., 1994; Capsoni F., 1995; Costanzi C., Lesmo C., 1995; D'Ottavi M., 1995): cercare di ottenere l'attenzione dei ragazzi, probabilmente già frastornati da notizie spesso contrastanti fra loro e non di rado difficili da tollerare dal punto di vista emotivo; utilizzare una prospettiva globale, al fine di non frammentare le diverse problematiche di cui gli adolescenti sono portatori; stimolare la partecipazione attiva dei giovani, più disposti a credere a quelle soluzioni che loro stessi hanno contribuito ad elaborare; assegnare il compito di accogliere i giovani a specifiche strutture, coordinate da esperti e rendendo più facile l'accesso ai servizi socio-sanitari; far precedere le iniziative di prevenzione da indagini conoscitive del contesto in cui si andrà ad agire e della popolazione destinataria dell'intervento; riconoscere il ruolo dei genitori in quanto fonti di influenza negli atteggiamenti e nelle opinioni dei figli; separare la prevenzione dell'Aids dall'educazione sessuale, in quanto "fornire informazioni sull'Aids comporta il rischio di un facile cortocircuito amore-morte, e l'informazione sull'Aids rischia di essere l'unica nota di educazione sessuale" (Capsoni F., 1995, 190); organizzare corsi di prevenzione a partire dall'ultimo anno della scuola media inferiore, per ovviare agli abbandoni scolastici dopo la scuola dell'obbligo; attivare gruppi non formali, al fine di favorire una collaborazione tra soggetti istituzionali e non.

In particolare, per ciò che riguarda il criterio di separare l'educazione sessuale dalla prevenzione dell'Aids, occorre precisare che tale scelta si rende necessaria dal momento che, fornendo informazioni su questa malattia, si può correre il rischio di

introdurre elementi di distorsione in uno degli aspetti fondanti della persona, quale è appunto quello della sessualità (Capsoni F., 1995).

Infatti, l'informazione sull'Aids può creare ansietà in modo molto marcato, sia perché l'infezione da Hiv è tuttora vista come una sicura condanna a morte, sia perché la principale via di contagio è costituita dall'attività sessuale. Ne consegue che, a livello psicologico, parlare di Aids vuol dire evocare pensieri sulla morte e sul piacere legato alla sessualità come due elementi fortemente legati fra loro, di fronte ai quali sorge il dubbio che dall'amore e dal piacere possa derivare la morte. Proprio per questo motivo, è opportuno ribadire che educazione sessuale e informazione sulla prevenzione dell'Aids, che è malattia trasmissibile anche sessualmente, sono cose distinte e da tenere distinte.

In specifico, l'educazione sessuale è un processo complesso e non episodico, è l'insieme dei momenti utili alla presa di coscienza e allo sviluppo della propria sessualità, sempre con riferimento ad una visione complessiva del suo significato per l'uomo. Certamente questo processo non può fare a meno dell'acquisizione di alcuni elementi informativi di tipo sanitario, psicologico, ecc., e quindi anche l'informazione sulle malattie sessualmente trasmissibili, in quanto connesse all'igiene del rapporto sessuale, rientra tra queste informazioni. E' fondamentale, però, individuare ed utilizzare tempi e modi diversi per fornire le informazioni sulla fisiologia del rapporto sessuale, in tutte le sue implicazioni personali, dalle informazioni riguardanti l'Aids e le altre malattie sessualmente trasmesse, dal momento che queste sono sì in relazione con alcuni comportamenti sessuali, ma in realtà non hanno niente a che vedere con la sessualità in quanto tale e nella sua accezione più completa. E' necessario, quindi, che l'informazione sull'Aids si inserisca all'interno di un processo educativo globale come un momento di conoscenza di una specifica situazione, al fine di evitare il rischio di sovrapposizione tra educazione sessuale e informazione/prevenzione dell'Aids

Al di là di questi aspetti generali, gli studi condotti sulla prevenzione dell'Aids suggeriscono di focalizzare l'attenzione sulle caratteristiche di tre aspetti principali: il messaggio, l'emittente, il canale (Bianco L., 1994; Bosio A.C., Pagnin, Cesa-

Bianchi M., 1994; Agnoletto V., 1994; D'Ottavi M., 1995; Costanzi C., Lesmo C., 1995; Zamperetti M., Giove C., Buti M., 1997).

Per quanto riguarda il messaggio, è opportuno evidenziare alcune sue caratteristiche che possono favorire la reciprocità dello scambio comunicativo.

In primo luogo, il messaggio deve ispirarsi ad un principio di globalità, cioè collocare il problema dell'Aids in un contesto più ampio di promozione della salute e tener presenti gli aspetti non solo razionali, ma anche quelli emotivi che guidano le scelte dei giovani, cercando di stimolare l'elaborazione di scelte personali, sulla base degli elementi forniti. Diventa così importante evitare giudizi e valutazioni sui comportamenti adottati, in particolare rispetto alle scelte sessuali.

In secondo luogo, è necessario fornire indicazioni sugli enti e le strutture a cui rivolgersi per avere ulteriori informazioni, così come incoraggiare un sentimento di solidarietà e non di paura per "l'altro", prestando attenzione al linguaggio verbale e non verbale, razionale e simbolico e differenziandolo in funzione dell'utente.

In questa prospettiva, affinché il messaggio preventivo sia efficace occorre che questo non sia allarmistico, poiché l'allarmismo provoca più facilmente desensibilizzazione che coinvolgimento, non utilizzi l'equivalenza Aids/morte, eviti di creare stereotipi ed emarginazione dei malati, metta in evidenza gli aspetti positivi dei cambiamenti comportamentali che si vogliono ottenere.

Le informazioni di carattere sanitario sull'Hiv/Aids sono in realtà quantitativamente modeste e relativamente semplici, ed il loro approfondimento è tanto più possibile quanto più il gruppo cui ci si rivolge è omogeneo e ristretto. Tuttavia, l'Aids può essere definita una malattia sociale non solo per la gravità e gli elevati costi sanitari che comporta, ma anche perché coinvolge vari aspetti dei comportamenti umani, interessa importanti problematiche di tipo psicologico, etico, giuridico, riguardanti in senso generale i rapporti di convivenza e di solidarietà tra le persone (Capsoni F., 1995). Affrontare tali argomenti che non si riferiscono in modo diretto all'informazione sanitaria è molto utile, in quanto significa stimolare riflessioni complessive sulla persona e le sue relazioni, quali ad esempio la solidarietà con gli altri, il rispetto del diverso, il diritto all'assistenza, il diritto al lavoro, ecc. Ciò è particolarmente utile in ambito adolescenziale, poiché

considerare l'Aids nel contesto più ampio delle relazioni di vita, permette di non esorcizzarlo ("non mi riguarda, a me non può capitare") dal momento che costringe a riflettere sulla realtà del vicino, del compagno, della cronaca, e di inquadrare il problema in una prospettiva più ampia.

In questo senso l'adulto, sia esso il ricercatore, il formatore, l'insegnante o altro, deve porsi insieme all'adolescente in una prospettiva di ricerca e non di elargizione di risposte già confezionate, che proprio per questa loro caratteristica sono facilmente e spontaneamente rigettate (Bianco L., 1994).

Un ruolo altrettanto importante è ricoperto da colui che attiva il programma di prevenzione, ossia l'emittente. A tal proposito, un contributo importante potrebbe essere quello delle "agenzie intermedie", cioè di quei gruppi di operatori calati nella realtà locale che potrebbero costituire un punto di riferimento significativo per il gruppo target e che potrebbero coinvolgere professionisti ed esperti nell'attivazione di specifici progetti (Capsoni F., 1995).

Inoltre, è necessario costruire una rete di rapporti fra le varie istituzioni e le tante persone che operano nel settore, affinché si possano offrire ai giovani molteplici opportunità e a diverso livello (Bianco L., 1994; Costanzi C., Lesmo C., 1995; Capsoni F., 1995).

Per quanto riguarda gli interventi di prevenzione nella scuola e nelle altre strutture di aggregazione formale, occorre fare una precisazione: a prescindere dal tipo di emittente, sia esso una struttura pubblica, la stessa scuola, un gruppo del privato sociale o altro, dovrebbero, comunque, essere sempre gli insegnanti e gli animatori-educatori dei vari gruppi a svolgere il primo ruolo informativo (Costanzi C., Lesmo C., 1995). Tuttavia, nella realtà sembra prevalere un tentativo di delega ai cosiddetti "esperti", forse perché la complessità dell'argomento porta a un tentativo di distanziarlo personalmente o forse perché si tratta di un tema non strettamente curricolare e coerente con le attività normalmente svolte. Certamente, l'esperto, medico, psicologo o altro, è un preziosissimo collaboratore in alcuni momenti della pianificazione e dell'attivazione dell'intervento, ma anche questi devono essere calati in una realtà specifica, di cui è necessario conoscere bene tutte le caratteristiche. Bisogna quindi instaurare una collaborazione tra insegnanti o

educatori-animatori e l'esperto, sia nella fase di impostazione dell'intervento, sia per affrontare eventuali problematiche insorte nelle fasi successive. "Comunque sia, il responsabile di questi interventi resta l'educatore cui si chiede di sapersi avvalere in modo intelligente degli esperti" (Costanzi C., Lesmo C., 1995, 193). Per poter ricoprire tale ruolo, è necessario però che l'educatore si sensibilizzi e prenda coscienza dei problemi e delle tematiche riguardanti la prevenzione dell'Aids. Un'ottima soluzione potrebbe essere quella di programmare prima dell'attivazione dell'intervento alcuni incontri tra gli esperti e gli educatori con lo scopo di sensibilizzare al problema questi ultimi, approfondire con essi i temi relativi all'Aids e definire insieme un percorso informativo, ipotizzando all'occorrenza un eventuale presenza dell'esperto, che resta comunque sempre a disposizione. In tale senso, l'adulto insegnante-educatore diventa il canale di mediazione privilegiato, in quanto rappresenta un soggetto significativo proprio perché è capace di rapportarsi dialogicamente con i ragazzi, è credibile ed è inserito nel contesto, ossia nel gruppo e nella situazione concreta in cui va ad operare (Capsoni F., 1995).

In sintesi, occorre "coinvolgere nel compito educativo-informativo i responsabili del cosiddetto "triangolo della prevenzione": la famiglia, la scuola e il territorio (consultori familiari, operatori dell'informazione, ecc.)" [Cattorini P., 1987, 10].

Dalle considerazioni appena fatte, si deduce che, per impostare un intervento preventivo è fondamentale scegliere un canale adeguato. Infatti, il canale è efficace quando è in grado di contenere la complessità del messaggio, di sottolineare la competenza dell'emittente, di raccogliere i feedback cognitivi ed emotivi dell'ascoltatore, ribadendo ancora una volta la necessità di agire non solo sul piano razionale ma anche su quello emotivo, se si vogliono ottenere cambiamenti significativi (Bianco L., 1994).

Per ciò che riguarda la scuola e gli altri gruppi formali, è già stata evidenziata l'importanza del ruolo svolto dall'insegnante e/o educatore in collaborazione con le strutture o enti presenti sul territorio. Nel caso, invece, di gruppi non formali, occorre utilizzare canali che in qualche modo fanno cultura, quali ad esempio riviste, televisioni e radio locali, manifesti per discoteche, sale giochi, ecc. Si tratta

di un compito sicuramente più difficile, ma che merita in ogni modo attenzione, al fine di garantire l'informazione necessaria anche a queste fasce di adolescenti che, non frequentando più la scuola, si ritrovano completamente esclusi dal circuito degli interventi informativi e preventivi (Costanzi C., Lesmo C., 1995).

Riassumendo, una campagna informativa sull'Aids che voglia essere efficace deve prima di tutto chiarire l'utente a cui si rivolge, coinvolgere le istituzioni di appartenenza dei destinatari del messaggio, e conoscere il contesto di appartenenza degli utenti, per realizzare un'adeguata modalità di presentazione del messaggio (Capsoni F., 1995). Ne deriva che ogni intervento preventivo deve essere preceduto da un'accurata analisi dei bisogni della popolazione che intende raggiungere, così come l'importanza di coinvolgere attivamente nell'iniziativa le persone interessate e non renderle unicamente recettori passivi dell'informazione (Wiseman R., 1989).

#### **4.4 La scelta della metodologia nella prevenzione dell'Hiv nella scuola**

Nel presente paragrafo verranno prese in considerazione alcune metodologie, utilizzate in programmi di prevenzione dell'Hiv nella scuola, che hanno evidenziato il raggiungimento di risultati molto incoraggianti: il metodo dell'educazione socio-affettiva, quello dell'educazione tra pari e quello basato sulla trasmissione delle informazioni accompagnata dall'utilizzazione di un training specifico, volto a sviluppare le capacità e abilità necessarie alla riduzione del rischio Aids.

Per quanto riguarda il metodo dell'educazione socio-affettiva, occorre ricordare che si tratta di una metodologia per la prevenzione del disagio e per la promozione della salute che può essere attuata nelle scuole di ogni ordine e grado (Zani B., Pombeni M.L., 1997).

Tra i suoi aspetti principali, si possono menzionare il concetto di individuo inteso come portatore di risorse personali che vanno adeguatamente potenziate, il concetto

di disagio come condizione reattiva a esperienze negative e il valore attribuito al gruppo in quanto strumento di crescita individuale e sociale. La struttura portante della metodologia è il “tempo del cerchio” (C.T.), cioè un gruppo di discussioni tematiche che l’insegnante deve promuovere in classe insieme ad altre attività, quali il brainstorming, fantasie guidate, disegni con associazioni, lavori in piccoli gruppi di 5/6 studenti.

Il tempo del cerchio viene utilizzato una volta ogni 7 o 15 giorni, e si configura come il momento e l’occasione in cui i ragazzi possono trattare argomenti liberamente scelti.

L’educazione socio-affettiva, diffusasi nelle scuole americane ad opera del Movimento per il Potenziale Umano, è stata utilizzata anche in Italia con lo scopo, a livello individuale, di incrementare negli adolescenti la conoscenza di sé e l’accettazione di sé e degli altri; a livello di gruppo, di favorire la comunicazione tra i partecipanti, di sviluppare collaborazione, solidarietà e comportamenti di mutuo-aiuto (Francescato D., Putton A., Cudini S., 1986; Francescato D., Putton A. e Coll., 1995).

Trattandosi di una strategia che integra formazione e informazione, è stata utilizzata anche in alcuni programmi di prevenzione dell’Hiv nelle scuole medie superiori, dimostrando la sua efficacia nel migliorare il livello di conoscenza degli adolescenti e ridurre i comportamenti a rischio.

I dati emersi dalle valutazioni di tali programmi dimostrano che gli adolescenti che vi hanno partecipato riferiscono un miglioramento delle conoscenze sull’Hiv, soprattutto in relazione ai comportamenti a rischio, una modificazione degli atteggiamenti verso l’uso del condom e verso le persone sieropositive (Francescato D., Putton A. e Coll., 1995; Francescato D., Putton A., 1995).

Inoltre, tale metodo si è dimostrato efficace nella modificazione di una variabile che sembra giocare un ruolo fondamentale nel rischio di infezione da Hiv, il Locus of Control Interno, in quanto risulta essere correlata positivamente a minori comportamenti a rischio e a una maggiore adozione di precauzioni. A tal proposito, utilizzando il metodo socio-affettivo, si riscontra un marcato incremento nei punteggi relativi al Controllo Interno, per cui ne deriva che questi adolescenti

percepiscono l'infezione come una conseguenza delle loro decisioni ed azioni e si sentono fiduciosi delle loro capacità e abilità di influenzarle a proprio vantaggio (Putton A., Martoni M., De Gennaro L., 1997).

L'educazione tra pari non è un vero e proprio metodo, quanto piuttosto una pratica educativa. Si basa sul presupposto di focalizzarsi sui compiti di sviluppo dell'adolescente ed in particolare sul bisogno di appartenere ad un gruppo di coetanei, di riconoscersi in esso, di sperimentare insieme agli altri nuove situazioni, di sentirsi protetto nel difficile processo di separazione dai genitori, di trovare nei coetanei le risorse necessarie per entrare nel mondo adulto (Bonini M.L., 1997).

Il gruppo dei pari favorisce la comunicazione ed ha buone possibilità di incidere sui comportamenti del singolo e di influenzarli.

Per questi motivi, utilizzare il gruppo dei pari a fini preventivi è una proposta ben accetta ai ragazzi, permette di affrontare e approfondire tematiche delicate grazie alla possibilità di usufruire di una comunicazione bidirezionale, facilita la valutazione delle singole azioni, stimolando a considerare positivamente gli aspetti positivi del cambiamento e soprattutto sostiene e rinforza gli atteggiamenti e i comportamenti favorevoli alla difesa della salute (Cortese C.G., Ronco P., 1997).

Per realizzare un intervento di educazione tra pari occorre prima di tutto formare i "formatori", affinché siano in grado di trasmettere informazioni precise e di rispondere in modo adeguato ai dubbi dei compagni. L'educazione tra pari può essere concepita e definita come un modello a cascata, in quanto i formatori, a loro volta, possono formare altri formatori e l'anno successivo altri nuovi formatori (Bonini M.L., 1997).

Gli adolescenti che dovranno ricoprire il ruolo di formatori, detti anche "moltiplicatori di sensibilizzazione", devono essere individuati e scelti con molta cura. Essi devono essere espressione della classe, facendo attenzione a non confondere i più bravi con i leaders, ed è preferibile che non provengano da famiglie in cui uno o più membri sono sieropositivi, poiché in questo caso si troverebbero in situazioni imbarazzanti o di disagio di fronte alla domande dei compagni. Inoltre, è opportuno che in ogni classe vengano scelti un maschio e una femmina per rendere più facili le domande dei compagni e le risposte.

Gli adolescenti scelti per ricoprire il ruolo di formatore partecipano ad un corso formativo che può essere organizzato in più giornate. Durante questi incontri vengono presentate e discusse alcune informazioni scientifiche ed argomentazioni psicologiche che riguardano il rischio di infezione da Hiv nel periodo adolescenziale. Vengono, inoltre, eseguiti alcuni giochi di ruolo per favorire la sperimentazione di attività che essi dovranno poi svolgere con i compagni e vengono preparati ad accettare i vari pareri e a facilitare la mediazione su differenti argomenti.

Conclusasi la formazione, incontrano la classe e discutono insieme ai compagni sugli argomenti prestabiliti.

Questa pratica educativa viene sperimentata solo se è condivisa da alunni, genitori, insegnanti ed autorità, poiché i ragazzi devono essere esonerati dalle normali attività scolastiche sia nel periodo della formazione che in quello degli interventi in classe.

Gli interventi preventivi che hanno utilizzato l'educazione tra pari si sono dimostrati efficaci nel migliorare la correttezza delle informazioni degli adolescenti, ma soprattutto nel modificare atteggiamenti e opinioni circa il rischio di infezione da Hiv e l'adozione di misure precauzionali (Bonini M.L., 1997).

Altri interventi di prevenzione dell'Hiv nella scuola hanno utilizzato, invece, una metodologia basata sulla trasmissione delle informazioni seguita da un training specifico per l'acquisizione delle capacità necessarie alla riduzione del rischio di infezione da Hiv (Pierro A., Malagoli Togliatti M., Ardone R.G., 1997).

Tale metodo si basa sulla constatazione che una componente essenziale delle capacità/abilità necessarie per ridurre i comportamenti a rischio sembra essere rappresentata dalla Self-efficacy degli individui, cioè dalle credenze/convinzioni delle persone relativamente alle proprie capacità di adottare con successo determinati comportamenti (Bandura, 1995).

Come fa notare Bandura (1995), il successo nell'adottare un comportamento non dipende solo dalla reale presenza delle capacità necessarie, ma anche dalla convinzione di essere capaci di utilizzare queste abilità nelle situazioni che lo richiedono. "Infatti, quando una persona non è convinta delle sue capacità personali

non riesce a gestire realmente la situazione, pur sapendo cosa fare e avendo la capacità per farlo. Un sentimento di inadeguatezza personale può produrre una discrepanza fra conoscenze sull'Aids e adozione effettiva di comportamenti preventivi" (Pierro A., Malagoli Togliatti M., Ardone R.G., 1997, 88). Infatti, alcune ricerche hanno confermato l'esistenza di un legame tra self-efficacy e comportamenti sessuali preventivi (Richard, Van der Pligt, 1991; Rosenthal, Moore, Flynn, 1991; Terry, 1993), mentre altri lavori hanno evidenziato come una bassa self-efficacy sia legata ad un basso livello di informazioni sull'Aids, ad una alta percezione dei costi dell'uso del preservativo e ad un atteggiamento fatalistico. E' emerso inoltre che, utilizzando un training specifico per incrementare alcuni aspetti dell'autoefficacia, si verifica un cambiamento dei comportamenti in direzione di un maggior ricorso a misure precauzionali (Cohen D., Dent C., MacKinnon D., 1991).

Galavotti *et al.* (1990) hanno utilizzato un modello di intervento fondato sul testing, counseling e sull'acquisizione delle informazioni circa la riduzione del rischio di contagio dell'Hiv, seguiti da un training di sviluppo di capacità/abilità specifiche, osservando, a distanza di 6 mesi, un incremento elevato della self-efficacy e un maggior ricorso a condotte di tipo preventivo.

A tal proposito diversi programmi di prevenzione dell'Hiv hanno sottolineato l'importanza di acquisire specifiche capacità, tra cui la self-efficacy, al fine di ridurre i comportamenti a rischio. Ad esempio, uno dei più famosi modelli di intervento di prevenzione dell'Hiv, il modello di Morin (Morin, Batchelor, 1984), utilizzato dalla Fondazione Aids di San Francisco nell'ambito dello "Stop Aids Project", ha evidenziato il ruolo significativo della self-efficacy, ma anche altri aspetti importanti, quali: la percezione di gravità della malattia, la percezione di vulnerabilità personale, la valutazione dei costi/benefici dell'adozione di un determinato comportamento (Pierro A., Malagoli Togliatti M., Ardone R.G., 1997). Gli interventi basati su questa metodologia hanno cercato di sviluppare, attraverso il training, soprattutto alcune capacità nei rapporti sessuali, quali l'asservità e la capacità di comunicare/negoziare con il partner.

Infatti, nell'ambito di un'attività sessuale non a rischio, assertività significa saper difendere con convinzione il proprio desiderio di voler praticare un sesso sicuro, senza temere di essere rifiutati o di ferire i sentimenti del partner. Per poter fare questo, però, è necessario che i due membri della coppia siano capaci di comunicare fra di loro, in modo da poter negoziare con successo le intenzioni di adottare misure preventive nel rapporto sessuale.

Alla luce di tali risultati si può ribadire l'importanza che gli interventi di prevenzione in adolescenza siano precoci e tengano conto dell'informazione, ma anche degli aspetti cognitivi, quali ad esempio la percezione della propria vulnerabilità, il riconoscimento dei fattori che facilitano l'adozione di condotte preventive, e degli aspetti comportamentali, come le abilità di comunicazione e di assertività, il senso di auto-efficacia, il controllo dei fattori antecedenti e contingenti ai comportamenti a rischio (Zamperetti M., Giove C., Buti M., 1998).

#### **4.5 Un'esperienza di intervento di prevenzione presso la popolazione adolescenziale non scolarizzata**

La maggior parte degli interventi menzionati nei paragrafi precedenti è stata attuata nel mondo della scuola. Più complesso è invece il lavoro di prevenzione rivolto ai giovani non scolarizzati, lavoro che ha lo scopo di individuare ambiti e strumenti idonei per poter raggiungere e garantire la partecipazione attiva degli adolescenti che non frequentano più la scuola (Borlone P., Lesmo C., 1995).

Il gruppo informale, la strada, la piazza ed il bar diventano così i luoghi di riferimento e di frequentazione di questi ragazzi fra i quali è molto alto il rischio di tossicodipendenza e di devianza (Costanzi C., Lesmo C., 1995). La scuola e gli altri contesti educativi o di socializzazione istituzionali si configurano come un mondo distante al quale questi ragazzi sentono di non appartenere.

Partendo da tale presupposto è nato il progetto di prevenzione “Albero-Unità di strada” promosso dalla Cooperativa Lotta contro l’Emarginazione nel quartiere sei di Sesto San Giovanni a Milano (De Facci R., 1995). Il progetto prende avvio dall’individuazione di un’area a rischio, immersa in una situazione di disagio sociale, e si basa sulla convinzione di poter sviluppare un’azione di prevenzione volta a contrastare l’emergere di problemi di disadattamento e di devianza giovanile.

Poiché è emersa una forte distanza tra le associazioni deputate all’opera preventiva e queste fasce giovanili, i responsabili del progetto hanno cercato di utilizzare una logica di prevenzione idonea ad entrare nella reale vita sociale del quartiere, nei luoghi dove essa si sviluppa. A tal proposito sono stati considerati alcuni cardini della prevenzione quali: l’anticipazione, ossia l’importanza della tempestività dell’intervento; l’avvertimento, attraverso varie strategie di informazione/formazione finalizzate a particolari utenze; il contatto diretto, che, scavalcando il rapporto istituzionalizzato, recupera la fiducia della comunicazione interpersonale. Nell’intervento di strada anche le metodologie utilizzate devono essere adeguate al contesto su cui si va ad operare e devono essere attuate servendosi di uno stile relazionale suggerito dai bisogni dei soggetti incontrati.

In quest’ottica, l’operatore di strada si configura come il mezzo per riallacciare la comunicazione sociale interrotta che, solo attraverso approcci e modalità relazionali nuove, può essere recuperata (De Facci R., 1995).

E’ importante considerare che l’intervento di strada deve sempre tenere presente come condizione di lavoro quotidiana l’imprevisto, il non programmabile. Si tratta di un intervento che utilizza come metodologia primaria la ricerca partecipata: non considera semplicemente i giovani come oggetti da indagare, bensì si serve di un’osservazione direttamente legata ad azioni precise di cui anche l’operatore è soggetto ed osservatore. Ne deriva che la ricerca e la relazione si sviluppano nel momento in cui si realizzano concrete attività aggregative che coinvolgono i ragazzi e gli operatori in ambiti e momenti diversi, dettati più dal continuo ascolto del vissuto e dei bisogni del gruppo che dalle proposte avanzate dagli operatori (Costanzi C., Lesmo C., 1995).

Così, nel progetto di prevenzione “Albero-Unità di strada” l’operatore di strada ha ricoperto il ruolo di osservatore partecipante della vita giovanile, con l’intento di incrementare nei ragazzi le conoscenze sull’Hiv/Aids, sui comportamenti a rischio e sulle misure precauzionali, cercando anche di riavvicinare questi adolescenti ad una vita sociale, ricreativa e lavorativa del quartiere. Infatti, le associazioni e i gruppi ricreativi sono una risorsa importante su cui intervenire per attivare forme di collaborazione ed azione collettiva, in quanto è il contesto sociale nel suo insieme a diventare a rischio e quindi è necessario organizzare una rete di interventi da cui può derivare una risposta più efficace.

Per poter attivare questo intervento di rete sono stati previsti livelli diversi di intervento: gli insegnanti e i genitori come possibili promotori di un’azione preventiva attraverso momenti formativi e di confronto; l’attivazione di operatori grezzi quali il barista, l’edicolante, il farmacista, in quanto adulti disponibili ed attenti del quartiere; il lavoro sulla prevenzione del virus Hiv tra la popolazione tossicodipendente, utilizzando colloqui, contatti con le farmacie, con i consultori, con i gruppi di auto-aiuto; l’organizzazione di incontri, contatti con i gruppi organizzati del quartiere che possono attivare forme di solidarietà e di aggregazione su interessi e problematiche diverse.

Le valutazioni condotte su tale progetto evidenziano il raggiungimento di risultati soddisfacenti (De Facci R., 1995): la gente del quartiere ha partecipato con attenzione e disponibilità alla fase sperimentale, il lavoro con gli adolescenti è stato svolto attraverso colloqui, discussioni, confronti, attività di animazione all’esterno del quartiere, ripetizioni per chi ancora studia, contatti nella ricerca lavorativa, ecc. “Come considerazioni che riguardano tutti gli interventi realizzati, si può constatare che, per realizzare un’azione preventiva che fornisca agli adolescenti gli strumenti idonei per convivere il più possibile serenamente e consapevolmente con l’Aids, sono necessari tempi lunghi, per permettere verifiche e confronti. E’ illusorio pensare che sia sufficiente fornire notizie. La prevenzione rivolta agli adolescenti si fa solo attraverso un lavoro approfondito che li veda partecipi e consapevoli” (Borlone P., Lesmo C., 1995, 208).

## CONCLUSIONI

Il percorso seguito in questo lavoro ci ha condotto, a partire da una panoramica sulle caratteristiche salienti del virus Hiv e relativa sindrome correlata (AIDS), attraverso una serie di riflessioni sui dati forniti dalle ricerche in materia, a prendere in considerazione i principali fattori di rischio in adolescenza e alcune esperienze attuate in ambiti e contesti diversi per far fronte alla diffusione del contagio. Considerando che a tutt'oggi non esistono farmaci o vaccini risolutivi per eliminare il virus Hiv dall'organismo umano, l'unica strategia efficace per combattere tale sindrome rimane la prevenzione del contagio. Nonostante i progressi compiuti dalla ricerca medica, i farmaci attualmente impiegati nella terapia dell'Aids sono virustatici e, pertanto, hanno la sola funzione di limitare il più possibile la replicazione virale, al fine di ottenere la cronicizzazione della malattia in stadi caratterizzati ancora da un buon patrimonio immunologico. Gli studi epidemiologici testimoniano che in Italia, così come a livello mondiale, si riscontra una sempre maggior incidenza del virus Hiv tra i giovani, le cui cause sono riconducibili all'uso di droghe per via endovenosa, ma in misura ancora maggiore ai rapporti sessuali non protetti. Fermo restando che la scoperta e la sperimentazione della sessualità costituiscono uno dei compiti di sviluppo che l'adolescente deve affrontare, è necessario sottolineare che il debutto nella vita sessuale risulta essere un passaggio evolutivo cruciale che ha riflessi sia sul benessere individuale che su quello sociale, anche se con modalità diverse nei due sessi. A tal proposito, le differenze tra maschi e femmine non riguardano tanto l'implicazione nella sessualità, quanto piuttosto i modelli di comportamento, le situazioni e le concomitanti psicosociali legate all'attività sessuale. Passando ad osservare le abitudini e i comportamenti sessuali degli adolescenti, è stato riscontrato un sensibile aumento delle attività sessuali, una liberalizzazione nell'espressione sessuale (rapporti con diversi partner, maggiore frequenza dei rapporti), un'iniziazione più precoce per le femmine, forte promiscuità e uno scarso ricorso all'uso del preservativo. Tali dati ci obbligano così a considerare il problema del rischio in adolescenza, ed in particolare uno dei suoi aspetti più

preoccupanti: l'accettabilità del rischio. Tra le possibili cause dell'esposizione giovanile al rischio, sembrano diminuire il fattore trasgressione e il fattore informazione, cosicché si può ipotizzare che il rischio diventi sempre più un fattore culturale legato alla reversibilità delle scelte, alla convinzione di essere invulnerabili, all'incerta capacità di progettare il futuro; tratti, questi, generalizzati che connotano i processi evolutivi della cultura adolescenziale. Nonostante prevalga un atteggiamento favorevole alla contraccezione e una discreta percentuale di informazioni corrette sull'argomento, sui comportamenti effettivamente agiti sembrano prevalere alcune credenze relative al rapporto sessuale e la persistenza di particolari opinioni concernenti in specifico l'uso del profilattico. Infatti, quello contraccettivo è un comportamento complesso che, per poter essere gestito correttamente, presuppone la presenza di capacità diverse, ancora poco strutturate negli adolescenti, la cui acquisizione richiede perciò del tempo e un'adeguata educazione sessuale. Relativamente all'uso di sostanze psicoattive, la diminuzione del numero di adolescenti che fanno uso di droghe iniettabili è sicuramente un dato positivo per quanto concerne il rischio di trasmissione dell'Hiv per via endovenosa, tuttavia l'immissione massiccia sul mercato clandestino di sostanze come le droghe sintetiche rappresenta ugualmente un importante fattore di rischio. Tali sostanze, come del resto tutte le droghe in generale, non solo possono ripercuotersi negativamente sullo sviluppo sessuale dell'adolescente, ma possono anche indurre comportamenti sessuali estremamente rischiosi, in quanto agiti con parziale o totale mancanza di consapevolezza e autocontrollo. Il caso dell'Aids mette bene in evidenza che la costruzione e la rielaborazione della conoscenza costituiscono un processo ben più complesso della semplice trasmissione delle informazioni e che la presenza di conoscenze corrette circa le misure cautelative non garantisce che tali misure siano effettivamente attuate. E' dunque fondamentale che gli interventi preventivi in adolescenza siano precoci, e tengano conto dell'informazione, ma anche degli aspetti cognitivi e comportamentali, favorendo la partecipazione attiva dei destinatari, in modo che le informazioni ricevute possano essere rielaborate e quindi trasformate in materiale soggettivo. E', inoltre, auspicabile che vengano incrementati i progetti di

prevenzione rivolti ai giovani non scolarizzati, al fine di raggiungere e garantire la partecipazione attiva anche di quegli adolescenti che, non frequentando più la scuola, rischiano così di restare esclusi dal circuito degli interventi informativi e preventivi.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Agnoletto V. (1995): *Le relazioni tra le persone e i vissuti alla luce del problema Aids*. In Costanzi C., Lesmo C.(a cura di): *Adolescenti e prevenzione dell'Aids*, F. Angeli, Milano, pp 49-67

Allen J.R., Setlow V.P. (1991): *Heterosexual transmission of Hiv-A view of the future*, JAMA 266, 1695-1718

Anderson T., Magnusson D. (1990): *Biological maturation in adolescence and the development of drinking habits and alcohol abuse among youth males: A prospective longitudinal study*, J. of Youth and Adolescence 19(1), 33-41

Areni A., Mannetti L. (1992): *L'Aids nelle rappresentazioni degli adolescenti e dei loro genitori*. In Mannetti L. (a cura di): *L'Aids nell'immaginario collettivo*, F. Angeli, Milano, pp 65-103