

Università degli Studi di Padova  
Scuola di Medicina e Chirurgia  
Corso di Laurea in Infermieristica



Tesi di Laurea

Prevenzione contagio HIV. Indagine sull'influenza  
dell'assertività rispetto ai comportamenti degli adolescenti  
ad un anno dal corso di formazione.

Relatore: Prof. Colmanet Marzia

Correlatore: Dott.ssa Campigotto Flavia

Laureando: Forlin Valentina

Anno Accademico 2014 – 2015

# **INDICE**

## **INTRODUZIONE**

### **CAPITOLO 1.**

**Il virus dell'immunodeficienza umana e la sindrome da immunodeficienza acquisita.....pag. 1**

### **CAPITOLO 2.**

**Prevenzione ed assertività.....pag. 6**

### **CAPITOLO 3.**

**Adolescenti ed assertività.....pag. 13**

### **CAPITOLO 4.**

**Indagine.....pag. 16**

### **CAPITOLO 5.**

**Risultati.....pag. 19**

### **CAPITOLO 6.**

**Conclusioni.....pag. 30**

## **BIBLIOGRAFIA**

## **ALLEGATI**

## **RIASSUNTO**

Negli ultimi anni, l'HIV e l'AIDS sono state sottovalutate, probabilmente perché l'attenzione si è rivolta a problematiche di salute diverse che attiravano di più l'interesse dei media. In realtà, il fenomeno è tutt'altro che in via di risoluzione e l'ambito della prevenzione non può essere messo in disparte. Gli adolescenti sono considerati, dalla letteratura, una popolazione ad alto rischio di contagio HIV per alcune peculiarità che possono compromettere il livello di assertività. L'assertività sessuale è un forte predittore positivo per quanto riguarda l'adozione dei comportamenti non a rischio, ed è caratterizzata dalla capacità del soggetto di dire sì o no appropriatamente in modo da tutelare i propri diritti, senza precaricare quelli altrui.

In alcuni istituti feltrini, il SEPS organizza incontri con gli studenti per approfondire il tema HIV/AIDS, comportamenti a rischio ed assertività. A distanza di un anno dal corso di formazione, attraverso la somministrazione di questionari, si è sondato il livello teorico-conoscitivo che rimaneva nei ragazzi e le componenti attitudinali (assertività, non assertività, aggressività) rispetto ad alcuni comportamenti sessuali (utilizzo del condom, negoziazione e compromesso sul suo utilizzo, comunicazione e discussione sulle MTS, convinzioni personali).

Dai risultati è emerso, in primo luogo, che la conoscenza teorica non influenza l'attitudine con cui l'adolescente affronta situazioni a rischio; ci sono nozioni ben interiorizzate tra gli studenti del campione che tuttavia non influiscono positivamente sui loro comportamenti (ex, utilizzo del preservativo). Esiste, in secondo luogo, un'errata convinzione che l'abuso di droghe non aumenti il rischio di contagio HIV per via sessuale. Infine, si evidenzia una certa confusione su quelli che vengono ritenuti comportamenti sessuali sicuri alternativi al rapporto penetrativo protetto. Su questi aspetti si dovrebbe intervenire con maggiore enfasi durante gli incontri di educazione e promozione della salute negli istituti scolastici.

## INTRODUZIONE

Nonostante le campagne preventive decennali a livello internazionale, nazionale e locale, il tema HIV rimane, purtroppo, di importante attualità e gravità. Se da un lato la terapia antiretrovirale ha garantito ottimi risultati in termini di sopravvivenza e qualità di vita, dall'altro ha inevitabilmente portato i media e gli operatori in ambito di prevenzione e promozione della salute a sottostimare il problema. Durante tutti gli anni Novanta, a causa delle terapie farmacologiche non ancora adeguatamente mirate, la persona sieropositiva non poteva essere curata efficacemente e sviluppava, dunque, entro qualche anno la Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS). A differenza della sieropositività, la malattia conclamata porta con sé una sequela di segni e sintomi di tale portata che non possono essere ignorati. Si può affermare quindi, anche piuttosto cinicamente, che finché la patologia era ritenuta incurabile e le sue conseguenze fisiche erano tanto evidenti, i media se ne occupavano assiduamente. Ai giorni nostri, al contrario, informazione e prevenzione vengono fornite quasi esclusivamente da istituti preposti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblica periodicamente sia dati epidemiologici di diffusione del virus sia dati relativi al progresso delle terapie farmacologiche<sup>1</sup>; l'Istituto Superiore di Sanità italiano aggiorna regolarmente l'incidenza dell'infezione nel nostro paese e fornisce informazioni e contatti utili<sup>2</sup>; il Servizio di Educazione e Promozione della Salute (SEPS) organizza progetti educativi ai fini preventivi nelle scuole medie e superiori<sup>3</sup>; i media, tra i quali i social-media frequentatissimi dai più giovani, non forniscono informazioni adeguate e spesso promuovono comportamenti completamente in contraddizione con i modelli comportamentali ritenuti sicuri (si pensi ad esempio che già a partire dagli anni Ottanta più del 50% dei video musicali conteneva scene a sfondo sessuale, per passare al 90% negli anni Novanta, ed è stato studiato come i video musicali possano avere un'influenza significativa sui futuri comportamenti sessuali). Se consideriamo la causa principale di trasmissione del virus, ovvero la via sessuale tramite i rapporti non protetti, possiamo affermare che la popolazione adolescente è indubbiamente la più vulnerabile. L'imbarazzo di richiedere informazioni sull'argomento e la difficoltà nel loro reperimento, le influenze culturali e/o

---

<sup>1</sup>World Health Organization. Global health observatory data. Disponibile da [http://www.who.int/gho/hiv/epidemic\\_response/en/](http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_response/en/)

<sup>2</sup>Istituto Superiore della Sanità. Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Disponibile da <http://w3.iss.it/site/mortalita>

<sup>3</sup>Servizio di Educazione e promozione della salute, ULSS 2. Disponibile da [http://www.ulssfeltre.veneto.it/static/client/Servizio-di-Educazione-e-Promozione-della-Salute-\(SEPS\)-244.aspx](http://www.ulssfeltre.veneto.it/static/client/Servizio-di-Educazione-e-Promozione-della-Salute-(SEPS)-244.aspx)

religiose, la scarsa autostima e autoefficacia, le attitudini frequentemente non assertive, la convinzione di essere invulnerabili, portano inevitabilmente all'adozione di comportamenti sessuali non sicuri. Ciò li rende una popolazione ad alto rischio.

Nel contesto in cui vivo ed ho svolto il tirocinio, dal 1999 è stata attivata, in fase sperimentale, la realizzazione di interventi educativi nell'ambito del Progetto di Prevenzione dell'AIDS negli istituti scolastici, promosso e sostenuto dalla Regione Veneto. Quindici anni dopo, il Progetto è ben avviato all'interno dell'ULSS 2 di Feltre; il SEPS collabora con vari professionisti della salute (educatori sanitari, infermieri, medici ginecologi, psicologi) per organizzare gli incontri formativi tra gli adolescenti degli istituti feltrini. Il progetto a cui si fa riferimento è dedicato agli studenti che frequentano il terzo anno delle superiori; consta in due appuntamenti di due ore ciascuno. Nel primo incontro si stabiliscono le regole del corso (ascolto, partecipazione, rispetto dell'altro), si parla di HIV, sue caratteristiche, metodi di trasmissione, comportamenti a rischio. Nel secondo si sposta l'attenzione sul concetto di rischio, sui metodi di prevenzione, sull'utilizzo del preservativo e si discute di assertività. Sulla base di questo lavoro, ha origine l'indagine epidemiologica proposta dalla presente tesi.

Durante questi accessi scolastici, infatti, si può osservare come i ragazzi siano interessati a capire la malattia e i suoi aspetti clinici, mentre quando la discussione vira su prevenzione e comportamenti a rischio (nel nostro caso prevalentemente sessuali) stereotipi e resistenze prendano il sopravvento. È evidente come, nonostante la piena consapevolezza del rischio di contagio per via sessuale e delle conseguenze che può portare la sieropositività, l'adolescente ricorra comunque a condotte non adeguate e che mettono a repentaglio la propria salute. Un ruolo chiave nell'adozione dei comportamenti sessuali sicuri lo gioca l'assertività sessuale, ossia l'abilità o la sicurezza nell'iniziare, sostenere o contestare una conversazione sensata riguardante la sfera sessuale, senza sentirsi in imbarazzo o arrossire. Implica la capacità di dire sì o no in maniera appropriata alle richieste in modo tale da esprimere i propri sentimenti, positivi o negativi che siano (Onuoha e Munakata, 2005)<sup>4</sup>.

Lo scopo prefissato dalla presente tesi è, da un lato, sondare se, a distanza di un anno dalla frequentazione del progetto del SEPS, le nozioni ricevute siano effettivamente state

---

<sup>4</sup>Onuoha, F. N., & Munakata, T. (2005). Correlates of adolescent assertiveness with HIV avoidance in a four-nation sample. *Adolescence*, 40(159), 525-532.

trattenute. Dall'altro lato, si è voluto considerare come le attitudini comportamentali della persona, divise in tre ampi *cluster* quali assertività, non assertività ed aggressività, in relazione all'adozione di condotte preventive (*safer sex behaviors*) abbiano influenzato i futuri comportamenti sessuali. A tale fine è stato adottato l'*Intimate Relationship Questionnaire* (IRQ) elaborato da A. Yesmont (1992)<sup>5</sup>. Attraverso questa indagine si potranno valutare quali sono le nozioni che i ragazzi hanno più difficoltà a trattenere, quali sono i comportamenti che maggiormente risultano non assertivi e come si distribuiscono i partecipanti all'interno dei vari cluster attitudinali. Infine, si procederà ad un'analisi della relazione tra contenuti e attitudini, con lo scopo di individuare quali sono i rapporti tra un'informazione adeguatamente compresa e le azioni che da essa dovrebbero derivare. In generale, indagare quali sono gli aspetti di prevenzione su cui è più difficile intervenire e perché.

---

<sup>5</sup>Yesmont, G. A. (1992). The relationship of assertiveness to college students' safer sex behaviors. *Adolescence*, 27(106), 253.

# **CAPITOLO 1. IL VIRUS DELL'IMMUNODEFICIENZA UMANA E LA SINDROME DA IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA.**

## **1.1 Eziopatogenesi e cenni clinici**

Il virus dell'immunodeficienza umana (HIV) è un retrovirus che, come dice il nome, provoca un grave deficit dell'immunità in seguito all'attacco selettivo e alla distruzione di particolari cellule del sistema immunitario, come i linfociti T di tipo CD4 (anche detti T helper), i linfociti B e le cellule dendritiche follicolari dei linfonodi, tutte cellule fondamentali nella risposta adattativa verso molteplici agenti patogeni. Ciò determina una progressiva immunodepressione che aumenta il rischio di contrarre infezioni e malattie ed espone il paziente a un'ampia varietà di gravi quadri clinici<sup>6</sup>.

L'HIV, un virus a RNA della famiglia Retroviridae, è provvisto di un particolare enzima, la trascrittasi inversa, che permette di trasformare il patrimonio genetico a RNA del virus in un doppio filamento di DNA, il quale poi si inserisce nel DNA del linfocita da dove dirige la produzione di nuove particelle virali infettanti. Con il progredire dell'infezione, il sistema immunitario si deprime e la persona diviene più suscettibile alle infezioni; la fase più avanzata è detta Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS). Occorrono circa 10-15 anni perché una persona adulta HIV-infetta sviluppi la fase conclamata dell'AIDS. Nel frattempo, sviluppa gli anticorpi anti-HIV ed è quindi sieropositiva.

La trasmissione dell'HIV può avvenire da persona a persona (via orizzontale) attraverso rapporti sessuali (vaginali, anali, oro-genitali) non protetti con soggetti HIV-infetti, contatto di cute abrasa o mucosa con secrezioni corporee HIV-infette quali sangue, liquor o sperma, oppure mediante esposizione diretta a sangue HIV-infetto attraverso lo stretto e diretto contatto tra ferite aperte e sanguinanti, lo scambio di siringhe e il contatto con aghi o altri oggetti taglienti, le trasfusioni di sangue non controllato per l'HIV. Il virus non viene trasmesso con i normali rapporti sociali, né con la puntura di zanzare ed altri insetti ematofagi poiché ha una bassa resistenza ambientale. Il virus può essere inoltre trasmesso anche per via verticale dalla madre al figlio durante la gravidanza, il parto e l'allattamento al seno. Il

---

<sup>6</sup> Smeltzer S., Bare B., & Hinkle J. (2010). *Brunner-Suddarth. Infermieristica medico - chirurgica*: 2 (pp 204-240; 4. ed.). Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

rischio di contagio verticale è drasticamente ridotto se viene somministrata la terapia anti-retrovirale alla madre durante la gravidanza e al neonato nei primi sei mesi di vita.

La sindrome conseguente all'infezione da HIV, a livello clinico, va incontro a quattro fasi marcatamente distinte<sup>7</sup>: sieropositività; infezione primaria e sindrome acuta; fase di latenza clinica; fase clinica conclamata (AIDS).

*Sieropositività.* Dopo aver contratto l'infezione da HIV, la persona può diventare sieropositiva in quanto produce anticorpi specifici diretti contro il virus che sono dosabili nel siero. Tale condizione è detta sieropositività e indica che l'infezione è in corso e che è trasmissibile ad altre persone. La comparsa degli anticorpi anti-HIV non è tuttavia immediata: il tempo che intercorre tra l'infezione e la comparsa nel sangue di tali anticorpi, detto *periodo finestra*, è di 1-3 mesi (mediamente 4-6 settimane); in questo periodo la persona, pur risultando sieronegativa, può trasmettere l'infezione. È possibile vivere per anni da sieropositivi senza alcun sintomo e scoprire il contagio al manifestarsi di una patologia; per individuare l'infezione occorre pertanto sottoporsi al test per la ricerca di anticorpi anti-HIV.

*Infezione primaria da HIV e sindrome acuta.* L'infezione primaria da HIV coincide con un'iniziale elevata concentrazione del virus nel sangue (viremia), che può essere asintomatica o, più frequentemente, tradursi in una sindrome acuta dopo un periodo di incubazione di 3-4 settimane: si tratta di una patologia febbrile virale con manifestazioni che spesso simulano la mononucleosi infettiva e che si esauriscono nel corso di alcune settimane.

*Fase di latenza clinica.* L'incubazione della malattia può durare anche molti anni dopo l'infezione primaria, fino a quando la sindrome non diviene clinicamente manifesta per l'insorgenza di una o più infezioni opportunistiche. Durante tale stadio asintomatico si osservano la comparsa di anticorpi specifici (sieropositività) e il progressivo calo del numero di linfociti T CD4 circolanti; il virus rimane confinato nella rete linfonodale e la viremia elevata regredisce.

*Fase clinica conclamata o AIDS.* Inizia con la marcata riduzione dei linfociti T CD4 (fino ad un numero inferiore a 300-400/mm<sup>3</sup>) e si assiste a un nuovo aumento della viremia. Questo stadio dell'infezione da HIV è caratterizzato da un grave quadro clinico: febbre, notevole dimagrimento, diarrea persistente, anoressia, neuropatie periferiche, gravi

---

<sup>7</sup> Lanciotti, E. (2012). *Igiene per le professioni sanitarie* (pp. 134-138). Milano: McGraw-Hill.



patologie infettive secondarie causate da microrganismi opportunisti (abituamente innocui per le persone immunocompetenti) che evolvono con inconsueta gravità (infezioni opportunistiche), spesso associate a encefalopatia da HIV (*AIDS-dementia complex*) e a insorgenza di neoplasie, come il *sarcoma di Kaposi* e i linfomi primitivi del sistema nervoso centrale, che portano a morte del paziente in breve tempo.

Allo scopo di questo lavoro, interessano in particolar modo il periodo finestra e la sieropositività, dal momento che la non consapevolezza di malattia da parte della persona pregiudica l'adozione di comportamenti preventivi (es. utilizzo del condom e diminuzione del numero di partner sessuali).

## **1.2 Epidemiologia**

Secondo i dati dell'OMS<sup>8</sup>, dall'inizio dell'epidemia del virus dell'immunodeficienza umana (HIV), quasi 78 milioni di persone sono state infettate e circa 39 milioni di persone sono morte di AIDS o di infezioni ad essa correlate. Globalmente, alla fine del 2013, gli individui sieropositivi erano approssimativamente 35 milioni. Tra gli adulti (età compresa 15 – 49 anni) la prevalenza globale è stata stimata allo 0,8%, sebbene l'entità del fenomeno vari in maniera considerabile tra diverse aree e nazioni. L'Africa sub-sahariana rimane la regione più afflitta da questo morbo, considerando che circa una persona su venti risulta sieropositiva. Il dato statistico che evidenzia la presenza di quasi il 71% della popolazione affetta da HIV in questa area, non deve far pensare che l'Europa, e l'Italia con essa, siano avulse dalla diffusione di questa epidemia.

### *1.2.1 Distribuzione dei casi in Italia.*

Con riferimento particolare all'Italia, nel 2012 l'incidenza era pari a 6,5 nuovi casi per 100.000 residenti; l'incidenza più bassa è stata osservata in Calabria e quella più alta in Lombardia. Nella maggior parte delle regioni l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV sembra avere un andamento stabile, in altre (Lombardia, Umbria) sembra essere in aumento e in altre ancora (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Calabria) si osserva un andamento in diminuzione. La regione Veneto si colloca tra le aree in cui l'infezione ha un

---

<sup>8</sup> World Health Organization. Global health observatory data.  
Disponibile da <http://www.who.int/gho/hiv/en/>

andamento stabile, con un totale di 1.062 casi registrati dall'inizio dell'epidemia al 2009<sup>9</sup>.

### 1.2.2. Distribuzione anagrafica.

Da un punto di vista anagrafico, la fascia d'età in cui è più frequente diagnosticare l'AIDS è quella che va dai 25 ai 34 anni (Tabella 1). Per quanto riguarda gli adolescenti (fascia d'età compresa tra i 15-19 anni), tra il 1982 e il 2008 in Italia sono state segnalate in tutto circa 185 diagnosi di malattia. Questo aspetto merita una considerazione ulteriore. Se è vero che i casi di AIDS diagnosticati tra i 15 e i 19 anni d'età sono solamente, per così dire, lo 0,3%, è altrettanto vero che nella fascia d'età tra i 25 e i 34 anni le percentuali subiscono un incremento notevole (18,3% nella fascia 25-29 e 27,5% nella fascia 30-34). Considerando che la sieropositività può durare anni prima che si manifestino i sintomi della sindrome conclamata, non possiamo escludere che queste persone fossero portatrici del virus già in età adolescenziale. Ciò è di importanza fondamentale per lo scopo di questo studio.

Tabella 1. Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età negli anni 1990, 1995 e 2005 e nel totale dei casi. Tratta dal *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, supplemento 1 – 2013*.

Fascia d'età	Maschi			Femmine			Totale (1982-2008)		
	1990 n. 2.552	1995 n. 4.277	2005 n. 1.137	1990 n. 583	1995 n. 1.376	2005 n. 381	Maschi n. 47.578	Femmine n. 13.959	Totale n. 61.537
0	0,5	0,3	0,0	1,7	0,9	0,3	0,3	1,0	0,4
1-4	0,4	0,3	0,0	2,1	1,0	0,0	0,3	1,0	0,4
5-9	0,2	0,4	0,0	0,9	0,7	0,3	0,2	0,5	0,2
10-12	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1
13-14	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1
15-19	0,4	0,0	0,4	0,2	0,2	1,8	0,2	0,5	0,3
20-24	6,1	1,7	1,3	15,3	4,0	2,9	3,3	6,7	4,0
25-29	34,1	12,9	4,7	40,1	22,4	8,4	16,7	23,6	18,3
30-34	28,7	38,4	11,6	22,8	39,4	17,9	27,4	28,0	27,5
35-39	13,9	23,7	21,8	7,2	18,1	24,2	20,9	18,2	20,3
40-49	10,1	14,5	40,7	5,7	8,9	30,8	19,8	14,0	18,5
50-59	3,9	5,1	12,5	2,2	2,5	9,5	7,4	3,9	6,6
>60	1,4	2,6	6,9	1,7	1,7	3,4	3,5	2,3	3,2

### 1.2.3. Metodi di trasmissione.

Con riferimento ai dati dell'Istituto Superiore di Sanità (Tabella 2)<sup>10</sup>, la modalità di trasmissione primaria del virus rimane la via endovenosa, in particolare con l'uso iniettivo di droghe. A seguire si collocano i rapporti penetrativi non protetti, sia omosessuali che eterosessuali. Permangono dei casi di trasmissione attraverso trasfusioni di sangue infetto,

<sup>9,5</sup> Notiziario dell'Istituto Superiore della Sanità, supplemento 1 – 2013.

Disponibile da [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2065\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2065_allegato.pdf)

comunque ridottisi drasticamente negli ultimi anni, grazie all'introduzione di accurati controlli nei centri trasfusionali, specifici per l'HIV.

Tabella 2. Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per modalità di trasmissione e per anno di diagnosi. Tratta dal *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, supplemento 1 – 2013*.

Modalità di trasmissione	Anno di diagnosi							Totale	Maschi Femmine		
	<1998	1998-99	2000-01	2002-03	2004-05	2006-07	2008-09				
Contatti omo/bisessuali	n.	6.329	769	677	646	618	608	497	10.144	10.144	0
	%	15,5	16,9	18	18,6	19,7	21,8	23,5	16,7	21,5	0,0
Uso iniettivo di droghe	n.	25.903	2.062	1.417	1.201	964	746	479	32.772	26.088	6.684
	%	63,3	45,4	37,8	34,6	30,7	26,7	22,7	53,9	55,3	49,3
Uso iniettivo di droghe - contatti omosessuali	n.	842	32	28	20	22	20	16	980	980	0
	%	2,1	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,8	1,6	2,1	0,0
Emofilico	n.	315	8	10	4	6	2	0	345	335	10
	%	0,8	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1	0,0	0,6	0,7	0,1
Trasfuso	n.	380	23	10	9	8	4	5	439	249	190
	%	0,9	0,5	0,3	0,3	0,3	0,1	0,2	0,7	0,5	1,4
Contatti eterosessuali	n.	6.273	1.314	1.370	1.375	1.308	1.232	936	13.808	7.816	5.992
	%	15,3	28,9	36,5	39,6	41,7	44,1	44,3	22,7	16,6	44,2
Altro/non determinato	n.	906	338	241	215	214	182	181	2.277	1.584	693
	%	2,2	7,4	6,4	6,2	6,8	6,5	8,6	3,7	3,4	5,1
<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>40.948</b>	<b>4.546</b>	<b>3.753</b>	<b>3.470</b>	<b>3.140</b>	<b>2.794</b>	<b>2.114</b>	<b>60.765</b>	<b>47.196</b>	<b>13.569</b>

È doveroso specificare che quando si parla di via di contagio dell'infezione, si fa riferimento esclusivamente a degli specifici comportamenti, non a categorie di persone. I primi casi di malattia, nel 1981, si verificarono in alcune metropoli statunitensi (San Francisco, New York, Atlanta). I soggetti, tutti molto giovani, presentavano infezioni opportunistiche come la polmonite da *Pneumocystis carinii* (PCP) o il Sarcoma di Kaposi, un tumore maligno dei tessuti molli molto frequenti nella popolazione anziana. La comunità scientifica ne ignorava l'eziologia, e venne coniato il termine medico "GRID"- *Gay Related Immune Disorder* (Disturbo Immunologico Correlato all'Omosessualità), poiché tutti i pazienti trattati erano omosessuali, o meglio definiti, uomini che fanno sesso con altri uomini (MSM). Quando tre anni dopo venne individuato ed isolato il virus dell'immunodeficienza umana, si comprese come in realtà non fosse di per sé il semplice orientamento sessuale ad esporre le persone all'infezione, bensì la tipologia di rapporto più traumatico, quello anale, e il non utilizzo di metodi di barriera (condom). Il termine "GRID", di impronta discriminante, venne sostituito con "AIDS" e con gli anni anche la locuzione "categorie a rischio" ha lasciato il posto a "comportamenti a rischio". È errato, quindi, ragionare in termini di omosessualità o tossicodipendenza, ma si dovrà invece discutere di utilizzo di presidi non sterili per la somministrazione endovenosa (di qualunque natura) e di rapporti sessuali (vaginali, anali, oro-genitali) non protetti.

## CAPITOLO 2. PREVENZIONE ED ASSERTIVITÀ

### 2.1 Prevenzione, solo trasmissione di informazioni?

Come dimostrano i dati presentati in precedenza, il fenomeno è di notevole rilevanza attuale; nonostante ciò, i media trattano i temi HIV e AIDS sempre con più scarsa attenzione. Nella nota introduttiva al Manuale Pratico per Operatori Conduttori di Moduli in Classe del progetto sperimentale per la prevenzione dell'HIV, l'Assessore alla Sanità della Regione del Veneto, Luca Coletto, definiva con le seguenti parole questo sconcertante disinteresse<sup>11</sup>: “[...] *se si presta attenzione a quanto ne parlano TV e giornali, il silenzio è totale. La malattia non c'è più, non va più di moda. La vera notizia è che l'AIDS non fa più notizia: è stata infatti declassata ad una delle tante malattie croniche, anche se l'epidemia aumenta giorno per giorno. [...] È quindi fondamentale non abbassare la guardia. E non essere complici del silenzio...e della malattia.*”. Al fine di non abbassare la guardia e non essere complici è necessario investire in prevenzione e promozione della salute, ambiti, secondo il Profilo Professionale ed il Codice Deontologico, di pertinenza infermieristica.

Secondo il modello di salute Health Belief Model, le componenti della prevenzione sono quattro:

1. la vulnerabilità percepita ad un evento negativo;
2. la gravità dell'evento negativo;
3. i benefici che derivano dalle specifiche azioni preventive;
4. le barriere alla realizzazione delle azioni preventive (Gerrard et al., 1996)<sup>12</sup>.

La vulnerabilità percepita è la motivazione primaria per evitare il rischio e per prendere iniziative sui comportamenti sicuri. È evidente che se non c'è consapevolezza non ci può essere prevenzione. Per questo motivo che non ci si riferisce alla vulnerabilità in sé, che è connaturata in ogni essere umano, ma alla vulnerabilità percepita, cioè alla presa di coscienza del rischio. È altrettanto ovvio che la consapevolezza implica la conoscenza; la diffusione di informazioni autentiche, semplici da recepire e trattenere è un prerequisito fondamentale nella prevenzione delle malattie. Nel caso specifico, parliamo di metodi di trasmissione del virus, di comportamenti a rischio, di corretto utilizzo del condom e, non meno importanti

---

<sup>11</sup> Guaita F. (cur.). (2011). *Manuale pratico per operatori conduttori di moduli in classe. Indicazioni operative per l'applicazione del modulo didattico di prevenzione dell'aids negli istituti scolastici*. Centro stampa ULSS 13.

<sup>12</sup> Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological bulletin*, 119(3), 390.

ma spesso sottovalutati, di metodi di soddisfacimento sessuale ritenuti sicuri in alternativa al rapporto completo. Per la complessità degli aspetti che entrano in gioco nella prevenzione dell'HIV, quali implicazioni emotive e sessuali, la vulnerabilità percepita è una condizione necessaria nell'intraprendere un percorso educativo di promozione alla salute o di prevenzione, ma non è tuttavia sufficiente. Concorre a questo obiettivo l'auto-efficacia, ovvero, il giudizio di ciò che la persona sa di poter fare con le capacità disponibili. Di ciò, si discuterà in seguito.

La gravità dell'evento è alta nel caso dell'HIV, poiché contrarre il virus significa concretamente mettere a repentaglio la propria salute e la propria vita e, durante il periodo finestra e la sieropositività, la malattia può essere trasmessa inconsapevolmente alle persone con cui si instaurano delle relazioni intime. Inoltre, quando una malattia è particolarmente pericolosa, oppure quando le misure precauzionali non sono disponibili o sono percepite come troppo difficili da mettere in atto o mantenere a lungo termine, la reazione tipica è ignorare o distorcere la verità dei fatti piuttosto che cambiare le proprie abitudini. (Gerrard et al., 1996; Zak-Place e Stern, 2004)<sup>13</sup>.

L'ottenimento dei benefici specifici, in particolare la non esposizione al virus e una sessualità consapevole, serena e, allo stesso tempo, sicura, ovviamente può essere precluso dalla mancata adozione delle misure preventive.

Per quanto riguarda le barriere alla realizzazione della prevenzione, non si può tralasciare il fatto che i metodi HIV-preventivi, data la loro natura interpersonale, sono da considerarsi molto più complessi rispetto ad altri comportamenti che riguardano aspetti diversi della salute, in particolar modo tra la popolazione adolescente. Ci sono, infatti, delle variabili non trascurabili che interferiscono con l'obiettivo di prevenzione. Il coinvolgimento emotivo intrinseco alle relazioni di tipo sentimentale e sessuale; le implicazioni culturali che molto spesso forniscono degli script precostituiti a cui è difficile ribellarsi; la negoziazione e il compromesso sull'utilizzo del condom, che a differenza di altri metodi contraccettivi richiede la collaborazione di due persone; la difficoltà nel comunicare in maniera assertiva le proprie sensazioni e i propri desideri sessuali. Controllo delle emozioni, auto-efficacia, self-advocacy e comunicazione efficace sono componenti fondamentali di assertività.

---

<sup>13</sup> Zak-Place, J., & Stern, M. (2004). Health belief factors and dispositional optimism as predictors of STD and HIV preventive behavior. *Journal of American College Health*, 52(5), 229-236.

## 2.2 Il ruolo dell'assertività nella prevenzione

Con il termine assertività si indica una particolare caratteristica del comportamento umano che permette di esprimere pensieri, sensazioni o valori in maniera diretta e appropriata e che non viola i diritti dell'altro. È la capacità di esprimere sé stessi (il proprio modo di essere) senza provare sensi di colpa e, più in dettaglio, di dire sì o no adeguatamente alle richieste, in modo tale da esternare i propri sentimenti, positivi o negativi che siano (Yesmont, 1992; Onuoha e Munakata, 2005)<sup>14</sup>. L'assertività gioca un ruolo fondamentale nel modo con cui l'individuo si pone con il mondo esterno, nelle relazioni interpersonali e sociali. Non a caso si parla di assertività sociale.

In realtà, esiste un'altra tipologia di assertività, quella sessuale, che entra in campo nelle relazioni intime. Si definisce così l'abilità o la sicurezza nell'iniziare, sostenere o confutare una conversazione sensata senza arrossire o sentirsi in imbarazzo; implica l'adeguamento dell'assertività sociale nella sfera sessuale. Una sessualità assertiva, infatti, dipende dalle capacità di negoziazione e compromesso (Yesmont, 1992)<sup>4</sup>. Una persona è sessualmente assertiva se in essa sono compresenti queste tre componenti:

- intraprendenza nelle attività sessuali desiderate;
- rifiuto dei contatti sessuali indesiderati;
- discussione sull'utilizzo di metodi contraccettivi con il fine di evitare gravidanze non volute e la trasmissione di malattie per via sessuale (Santos – Iglesias et al., 2013)<sup>15</sup>.

Frequentemente, la promozione della salute sessuale si orienta ad incoraggiare le persone affinché si assumano la piena responsabilità di proteggersi dall'infezione da HIV. Sfortunatamente, il modello educativo del “non fare come faccio io, ma fa quello che ti dico” non è mai stato efficace. Un training educativo basato sull'assertività, invece, sposta l'attenzione non più sulla persuasione, ma sulla decisione; aiuta gli adolescenti a riconoscere le loro attitudini comportamentali attuali all'interno di un range di situazioni e di decidere quale comportamento deve essere cambiato per il loro benessere. Inoltre, permette di sviluppare strategie di gestione dell'ansia che il cambiamento, anche quando è chiaramente

---

<sup>14</sup> Yesmont, G. A. (1992). The relationship of assertiveness to college students' safer sex behaviors. *Adolescence*, 27(106), 253.

Onuoha, F. N., & Munakata, T. (2005). Correlates of adolescent assertiveness with HIV avoidance in a four-nation sample. *Adolescence*, 40(159), 525-532.

<sup>15</sup> Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2013). Predictors of sexual assertiveness: the role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 1043-1052.

nel loro interesse, può sollevare (Painter, 2000)<sup>16</sup>. Diventare sessualmente assertivi significa decidere di cambiare attitudini ritenute non sicure; significa comunicare in maniera efficace i propri desideri sessuali e le proprie preferenze; significa sviluppare capacità di negoziazione e compromesso sull'utilizzo del condom e su pratiche sessuali sicure; significa acquisire sicurezza nell'iniziare attività sessuali sicure e fermezza nel rifiutare quelle non desiderate. È chiaro come tutto ciò abbia ripercussioni estremamente positive sulla promozione della salute sessuale tra gli adolescenti e, non di meno, sulla prevenzione dell'HIV e delle MTS.

### **2.3 Assertivi non si nasce, si diventa.**

Molto spesso i nostri comportamenti sono dettati da scelte, consapevoli o inconsapevoli che siano. Ognuno di noi può diventare assertivo, decidendo quale scelta di tipo comportamentale deve essere rivista e corretta; per diventare assertivi, in sostanza, è necessario effettuare un cambiamento. Questo cambiamento si attua a più livelli, sviluppando una comunicazione assertiva, implementando l'empowerment e rafforzando l'auto-efficacia.

#### *2.2.1 La comunicazione assertiva*

Dal momento che l'essere assertivi, in questo contesto, significa essere in grado di esprimere liberamente i propri desideri e preferenze sessuali senza sopraffare l'altro, una componente fondamentale di cui si deve tenere conto è l'aspetto comunicativo (Widman et al, 2014)<sup>17</sup>. La comunicazione assertiva è caratterizzata dalla ripetizione, dall'essere specifici, dalla consapevolezza della risposta, dal compromesso attuabile, dall'auto-rivelazione e dalle asserzioni negative (Painter, 2000)<sup>6</sup>.

La specificità della comunicazione implica il processo decisionale su ciò che realmente si prova o si vuole e, in un secondo momento, renderlo esplicito, in maniera chiara e diretta. Al fine di rendere più definito un concetto su cui si sta discutendo, si ricorre alla ripetizione, in modo che l'interlocutore lo comprenda e possa dare una risposta sensata e coerente alla richiesta. Non è necessario argomentare o giustificare; semplicemente si continua a ripetere, con termini diversi all'occorrenza, finché il messaggio non sarà recepito. Allo stesso modo, ci si deve assicurare di aver interpretato correttamente la risposta data dall'interlocutore; la

---

<sup>16</sup> Painter, C. (2000). *Sexual health, assertiveness and HIV* (2. ed.). Cambridge (UK): Daniels Publishing

<sup>17</sup> Widman, L., Noar, S. M., Choukas-Bradley, S., & Francis, D. B. (2014). Adolescent Sexual Health Communication and Condom Use: A Meta-Analysis. *Health Psychology, 33*(10), 1113-1124.

comprensione della risposta permette di accogliere l'altro, le sue sensazioni e le sue opinioni, che, se diverse dalle nostre, prevedono un compromesso, una negoziazione (Schmid et al, 2015)<sup>18</sup>.

Se, appunto, esiste un genuino conflitto di interessi, l'abilità comunicativa che risolve la situazione è il raggiungimento di un compromesso realizzabile. In genere, la nostra cultura dà una connotazione negativa al compromesso. Ciò è spiegato dal fatto che, purtroppo, per quanto riguarda la contrattazione, si ragiona sempre in termini di vincenti e perdenti. L'assertività non ha niente a che vedere con l'essere vincenti, ma, anzi, si basa sulla negoziazione tra pari, in cui i bisogni di entrambi vengono presi in considerazione in egual misura (Santos-Iglesias et al, 2013). Per conseguire questo scopo, la persona deve riuscire ad aprirsi all'altro o agli altri, rendendo noto ciò che teneva nascosto. Questo processo viene definito come "auto-rivelazione" e permette di essere liberi dai condizionamenti dovuti alle sensazioni spiacevoli. Comunicare apertamente queste emozioni, riduce notevolmente l'ansia da esse generata e consente di esercitare un maggior controllo su se stessi (Sacco et al, 1991)<sup>19</sup>.

Le asserzioni negative, o critiche, hanno all'interno della comunicazione assertiva una grande risonanza. Solitamente, nella percezione comune, esse vengono vissute con un'unica accezione negativa, probabilmente perché fin dall'infanzia si ricevono critiche più sulla propria personalità che sui comportamenti. La critica costruttiva, al contrario, può essere considerata un dono e se percepita correttamente è indubbiamente un'occasione di importante crescita.

### 2.2.2 L'empowerment

L'assertività lavora sulla nozione di potere interiore. Questo dipende dal senso deciso dei propri diritti, associato al rispetto dei diritti altrui. L'*empowerment*, nell'ambito del *self-care*, è l'abilità di un individuo di prendere delle decisioni e di esercitare un controllo sulla sua vita personale e, altrettanto importante, di agire sui fattori determinanti la propria salute. Come il sentimento di efficacia o la stima di sé, l'*empowerment* pone l'accento sullo sviluppo di una rappresentazione positiva di se stessi (*self concept*) o delle proprie competenze personali. Inoltre, esso include l'analisi e la critica del contesto sociale, lo

---

<sup>18</sup> Schmid, A., Leonard, N. R., Ritchie, A. S., & Gwadz, M. V. (2015). Assertive Communication in Condom Negotiation: Insights From Late Adolescent Couples' Subjective Ratings of Self and Partner. *Journal of Adolescent Health, 57*, 94-99.

<sup>19</sup> Sacco W. P., Levine B., Reed D. L., & Thompson K. (1991). Attitudes about condom use as AIDS-Relevant Behavior: their factor structure and relation to condom use. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3* (2), 267-272.



sviluppo delle risorse e delle competenze individuali e collettive necessarie all'azione sociale (Goldman and Harlow, 1993)<sup>20</sup>. La salute sessuale è altamente influenzata da questo aspetto; ad esempio, l'utilizzo del preservativo richiede una decisione e un controllo sulle proprie emozioni e pulsioni che sarebbero impossibili da attuare in persone in cui l'*empowerment* è inefficace o inesistente (Uddin, 1993)<sup>21</sup>.

La carta dei diritti sessuali (Painter, 2000) è un altro esempio di come l'*empowerment*, se sviluppato opportunamente, si ripercuote positivamente sulla sfera sessuale:

1. Ognuno di noi ha il diritto di avere/richiedere informazioni chiare riguardo al sesso.
2. Ognuno di noi ha il diritto di esprimere la propria sessualità liberamente, senza però prevaricare o abusare degli altri.
3. Ognuno di noi ha il diritto al piacere sessuale.
4. Ognuno di noi ha il diritto di dire 'no' a qualsiasi approccio sessuale non gradito.
5. Ognuno di noi ha il diritto alla salute sessuale.

### 2.2.3 L'auto-efficacia

Strettamente correlata al concetto di *empowerment*, troviamo il concetto di auto-efficacia. Con questo termine si descrive il giudizio dell'individuo riguardo la propria efficacia, cioè riguardo le proprie capacità di organizzare ed eseguire una serie di azioni richieste per ottenere delle *performances* prestabilite. È doveroso sottolineare che l'auto-efficacia non riguarda quali e quante abilità una persona possiede, ma la valutazione razionale di ciò che è possibile ottenere con le capacità disponibili (Gerrard et al, 1996). Un individuo, infatti, può possedere tutte le abilità che gli sono necessarie per mettere in atto una determinata azione, ma se non reputa se stesso in grado di riuscire nell'impresa, è molto probabile che fallirà nei suoi sforzi (Uddin, 1993). Uno scarso senso di auto-efficacia incide negativamente sui comportamenti sessuali non a rischio; ad esempio, la richiesta di informazioni sulla precedente storia sessuale del partner e dell'utilizzo del condom sono, infatti, direttamente correlate al grado di efficacia percepita. Se l'individuo valuta se stesso come incapace di negoziare su questi aspetti fondamentali per la salute sessuale, molto probabilmente non riuscirà ad evitare i comportamenti non sicuri.

Visti i benefici che porta, i training sull'auto-efficacia dovrebbero essere sempre considerati nell'educazione e nella promozione della salute. Utilizzando la persuasione verbale, le

---

<sup>20</sup> Goldman, J. A., & Harlow, L. L. (1993). Self-perception variables that mediate AIDS-preventive behavior in college students. *Health Psychology, 12*(6), 489.

<sup>21</sup> Uddin, M. (1996). College women's sexuality in an era of AIDS. *Journal Of American College Health, 44*(6), 252.

esperienze dirette e indirette si orienterebbe la persona a coltivare questo giudizio positivo delle proprie capacità, annullando di fatto il gap che spesso si crea tra quello che la popolazione riconosce come salutare e il comportamento che in realtà mette in atto (Jenkins, 2015)<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Jenkins, M. (2015). A concept analysis of self-efficacy and adolescent sexual risk-taking behavior. *Nursing Forum*, 50(1), 31-36.

### **CAPITOLO 3. ADOLESCENTI ED ASSERTIVITÀ**

Gli adolescenti, in letteratura, sono considerati la categoria più vulnerabile nell'ambito della promozione della salute e nella prevenzione dell'HIV e delle MTS. Il periodo adolescenziale, infatti, è detto di transizione, in cui la persona passa dalla fase infantile alla fase adulta. Durante questo stadio dello sviluppo sessuale, vi è da un lato l'acquisizione di abilità per il controllo delle emozioni (ad esempio, l'eccitamento sessuale) e delle conseguenze dei comportamenti sessuali, dall'altro lo sviluppo di nuove forme di intimità. L'adolescente, in definitiva, sperimenta; purtroppo, molto spesso, lo fa in maniera inappropriata.

L'imaturità della corteccia prefrontale comporta una elevata impulsività e una scarsa attitudine a pianificare il futuro e a considerare le conseguenze reali dei comportamenti a rischio; i ragazzi, in definitiva, si sentono invulnerabili. Essendo notevolmente ridotta la vulnerabilità percepita, le misure precauzionali per tutelare la propria salute sono totalmente trascurate (non solo in ambito sessuale). L'utilizzo del condom, ad esempio, è uno dei fattori critici che verrà considerato in questo studio. Nonostante la consapevolezza dell'utilità di questo metodo di prevenzione di barriera, prima come prevenzione delle gravidanze indesiderate e poi come protezione dalle MTS, gli adolescenti sono in assoluto la categoria di persone che lo utilizza con minor frequenza (Sacco et al, 1991; Campbell, 1992; Scott-Sheldon et al, 2014)<sup>23</sup>. Ciò è dovuto a diversi elementi: i ragazzi si sentono a disagio nel trattare l'argomento condom e ciò ostacola il loro confronto con il partner (Schmid et al, 2015); sono convinti che indossare il preservativo durante il rapporto crei imbarazzo e "interrompa il momento" di intimità creatosi (Campbell, 1992); il condom viene considerato un'inibizione del piacere sessuale, rendendo, cioè, il sesso poco soddisfacente (Valdiserri et al, 1988; Sacco et al, 1991; Puharić et al, 2014)<sup>24</sup>. Ci sono, inoltre, altri aspetti da considerare. La comunicazione assertiva in ambito sessuale è fonte di forte imbarazzo e di disagio per l'adolescente, che si è appena affacciato al mondo della sessualità e che non ha ancora ben chiaro come sviluppare e mantenere una relazione intima. Si riscontra, in particolar modo

---

<sup>23</sup> Campbell, S. A. (1992). Women, men, and condoms. *Psychology Of Women Quarterly*, 16(3), 273.

Scott-Sheldon, L. A. J., Walstrom, P., Harrison, A., Kalichman, S. C., & Carey, M. P. (2013). Sexual risk reduction interventions for HIV prevention among southafrican youth: A meta-analytic review. *Current HIV Research*, 11(7), 549-558.

<sup>24</sup> Valdiserri, R. O., Arena, V. C., Proctor, D., & Bonati, F. A. (1989). The relationship between women's attitudes about condoms and their use: implications for condom promotion programs. *American Journal of Public Health*, 79(4), 499-501.

Puharić, D., Borovac, J., & Petrov, B. (2015). Attitudes of adolescents towards sexual health in three cities from Croatia and Bosnia and Herzegovina. *International Nursing Review*, 62(3), 294-302.

tra la popolazione femminile, il timore di essere rifiutati dal partner se si introduce l'argomento condom, o più in generale, pratiche sessuali sicure (Auslander et al, 2007)<sup>25</sup>. Anche la semplice ricerca di informazioni, può essere ostacolata dalla vergogna di dover confrontarsi con i propri pari, con i genitori o con gli operatori sanitari. Frequentemente, quindi esplorano la loro sessualità segretamente e in modo non appropriato. Purtroppo, le cause di questo fenomeno, sono da ricercarsi proprio nel rapporto che gli adulti e che le istituzioni (ad esempio, le scuole) tendono a stabilire con i ragazzi. Molto, troppo spesso, il timore che i ragazzi possano fraintendere l'educazione sessuale con un incoraggiamento ad essere sessualmente attivi, provoca la fruizione di informazioni insufficienti, per non dire 'omertose' (Painter, 2000).

L'estrema impulsività è un ostacolo non trascurabile nella capacità di sviluppo dell'empowerment, poiché spesso non vi è la capacità di decidere lucidamente e di mantenere il controllo delle situazioni. Inoltre, tra le ragazze è doppiamente difficoltoso mantenere il controllo delle proprie scelte e perseguire i propri interessi (*self-advocacy*). Tradizionalmente, infatti, la donna è considerata un "guardiano sessuale" (*gatekeeper*), titolo che in sostanza la costringe ad essere attrice passiva nelle relazioni di coppia: a lei, infatti, spetta solamente il compito di accondiscendere alle avances del partner o di difendere attivamente il proprio corpo. Di fatto questa percezione che le ragazze hanno di sé, principalmente dovuta al contesto culturale, pregiudica il loro empowerment, rendendole meno assertive rispetto alla popolazione maschile (Rickert et al, 2002)<sup>26</sup>.

L'adolescenza, come già specificato in precedenza, è un periodo di transizione e di sperimentazione. Durante questa fase, i ragazzi si sentono spesso totalmente inadeguati; non è un caso che l'auto-efficacia sia notevolmente limitata. Inoltre, la sperimentazione li porta ad intraprendere nuove esperienze, non solamente sessuali, ma anche sociali. Se da un lato l'adolescente scopre la sua sessualità ed inizia ad intrecciare relazioni intime, dall'altro instaura rapporti interpersonali con i suoi coetanei. Lo spirito di aggregazione, fondamentale per uno sviluppo equilibrato della personalità, può però portare alla condivisione di attitudini poco salutari. L'abuso di alcol e droga è di fatto un problema rilevante; allo scopo di questo

---

<sup>25</sup> Auslander, B. A., Perfect, M. M., Succo, P. A., & Rosenthal, S. L. (2007). Perceptions of Sexual Assertiveness among Adolescent Girls: Initiation, Refusal, and Use of Protective Behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(3), 157-162.

<sup>26</sup> Rickert, V., Sanghvi, R., & Wiemann, C. (2002). Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern?. *Perspectives On Sexual & Reproductive Health*, 34(4), 178-183.

studio è interessante notare come la mancanza di giudizio e di controllo che deriva dall'utilizzo di sostanze sia un predittore negativo per i comportamenti sessuali sicuri e come i ragazzi ne siano completamente inconsapevoli (Oppong Asante et al, 2014; Spauwen et al, 2015)<sup>27</sup>.

In ultima analisi, puntare sull'assertività, accompagnando gli adolescenti a lavorare sulla loro personalità, sulla comunicazione efficace, sull'empowerment e sulla loro auto-efficacia è sicuramente l'approccio più costruttivo e fertile nell'ambito della promozione alla salute.

---

<sup>27</sup> Oppong Asante, K., Meyer-Weitz, A., & Petersen, I. (2014). Substance use and risky sexual behaviours among street connected children and youth in Accra, Ghana. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9, 45.

Spauwen, L. W. L., Niekamp, A. -, Hoebe, C. J. P. A., & Dukers-Muijters, N. H. T. M. (2015). Drug use, sexual risk behaviour and sexually transmitted infections among swingers: A cross-sectional study in the netherlands. *Sexually Transmitted Infections*, 91(1), 31-36.

## **CAPITOLO 4. INDAGINE**

### **4.1. Premessa**

I progetti di promozione alla salute nelle scuole hanno un grande impatto sugli studenti, poiché li portano a riflettere sui loro comportamenti e su come questi possano influire sulle loro vite e sul loro benessere. Un interessante punto da chiarire è il seguente: durante gli incontri negli istituti superiori del feltrino, nello discutere con gli studenti, emerge puntualmente la convinzione, tra loro diffusa, che la nostra provincia sia completamente estranea al fenomeno HIV-AIDS; i dati diffusi dall'Istituto Superiore della Sanità invece evidenziano il contrario (85 casi residenti in provincia di Belluno dall'inizio dell'epidemia al 2009)<sup>28</sup>. Da una prospettiva di prevenzione, questa opinione erronea può essere ritenuta una delle cause di mancata adozione di comportamenti sicuri; la vulnerabilità percepita, importante fattore predittivo, risulta quindi ridotta sia dalla giovane età sia dall'illusione di vivere in una comunità “non a rischio”.

Con riferimento al Progetto di Prevenzione dell'HIV della Regione Veneto, nell'immediato post-corso, i ragazzi dimostrano di conoscere quali sono le caratteristiche del virus dell'HIV, quali sono le modalità di trasmissione, quali comportamenti sono considerati a rischio e quali no. Si valuta il grado di conoscenza recentemente acquisito, comparando i risultati del pre-test e del post-test. In genere, il post-test rivela un livello di conoscenze nettamente superiore, ad indicare l'efficacia del progetto di prevenzione.

Ma, quante e quali conoscenze permangono a distanza di un anno? E soprattutto, la conoscenza del fenomeno HIV è sufficiente a indurre l'adolescente ad adottare misure preventive nell'ambito della sessualità? Oppure può incidere maggiormente una modalità comportamentale (assertiva, non assertiva, aggressiva) sulle scelte di salute? E modalità non assertive o aggressive possono vanificare del tutto i frutti del corso effettuato a scuola?

### **4.2 Materiali e metodi**

Con il presente studio, ci si è proposti di evidenziare quante e quali conoscenze gli adolescenti hanno trattenuto, a distanza di un anno dalla frequentazione del progetto della Regione Veneto e quali sono, invece, gli aspetti controversi su cui è più difficile intervenire.

---

<sup>28</sup>Notiziario dell'Istituto Superiore della Sanità, supplemento 1 – 2013.  
Disponibile da [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2065\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2065_allegato.pdf)

Per rispondere a questo quesito si è somministrato un questionario ripreso dai test che vengono eseguiti prima, durante e dopo il corso della Regione Veneto (Allegato 1)

Il test sonda le conoscenze riguardo a:

- caratteristiche del virus;
- significato di sieropositività e modalità di contagio;
- comportamenti a rischio;
- comportamenti di prevenzione

In considerazione poi dell'ipotesi di studio ovvero che l'acquisizione di nozioni possa non essere sufficiente al cambiamento di attitudini ben radicate, si è cercato di valutare quanto una caratteristica fondamentale come l'assertività sia presente negli adolescenti del campione preso in esame e in quanti studenti, al contrario, è prevalente l'attitudine non assertiva che è strettamente legata all'adozione di comportamenti sessuali a rischio (Yesmont, 1992; Rickert et al, 2002; Onuoha e Munakata, 2005; Auslander et al, 2007)<sup>29</sup>. In quali situazioni, in particolare, prevalgono le attitudini non assertive?

Per questa seconda indagine, riguardante le attitudini comportamentali, è stato somministrato agli studenti l'Intimate Relationships Questionnaire (IRQ), elaborato da Georgia A. Yesmont nel 1992 (Allegato 2) il quale determina come l'individuo si appropria a diversi contesti sessuali (aggressivo, passivo o non assertivo e assertivo).

La persona aggressiva tende ad esercitare il proprio potere per ottenere i suoi interessi, o per controllare gli altri. È un comportamento ostile, dominante, che viola sistematicamente i diritti dell'altro. Le risposte aggressive sono coercitive, denigranti e potenzialmente dannose per una relazione futura. Ad esempio:

Domanda: “Se il/la ragazzo/a con cui esci ti chiedesse se sei d'accordo nell'usare il preservativo quando farete l'amore, tu cosa penseresti?”;

Risposta: “Ok. È un modo per forzare le mie azioni! Non ho nessuna intenzione di farmi dire da qualcun altro come dovrei e come non dovrei comportarmi mentre faccio l'amore!”.

---

<sup>29</sup>Yesmont, G. A. (1992). The relationship of assertiveness to college students' safer sex behaviors. *Adolescence*, 27(106), 253.

Rickert, V., Sanghvi, R., & Wiemann, C. (2002). Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern?. *Perspectives On Sexual & Reproductive Health*, 34(4), 178-183.

Onuoha, F. N., & Munakata, T. (2005). Correlates of adolescent assertiveness with HIV avoidance in a four-nation sample. *Adolescence*, 40(159), 525-532.

Auslander, B. A., Perfect, M. M., Succo, P. A., & Rosenthal, S. L. (2007). Perceptions of Sexual Assertiveness among Adolescent Girls: Initiation, Refusal, and Use of Protective Behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(3), 157-162.

La passività o non assertività è caratterizzata dalla rinuncia al proprio interesse e all'accondiscendenza estrema verso gli altri che permette la violazione dei propri diritti. Le risposte non assertive comportano una vulnerabilità dell'individuo alle MTS, determinata anche da una sorta di fatalismo, per cui la probabilità di contrarre l'infezione è data dal destino più che dall'attuazione di comportamenti a rischio. Esempio:

Domanda: "Se il/la ragazzo/a con cui esci si rifiuta di usare il condom, tu cosa pensi?";

Risposta: "Ho paura che se insistessi, non vorrebbe più uscire con me."

L'attitudine assertiva, al contrario, consente alla persona di esprimere opinioni, sensazioni, o valori in maniera appropriata e diretta, senza violare i diritti dell'altro; permette, inoltre, di sviluppare le abilità di negoziazione e compromesso. Esempio:

Domanda: "Se il/la ragazzo/a con cui esci si rifiuta di usare il condom, tu cosa pensi?";

Risposta: "Potrei capire cosa lo/la rende scettico/a nell'utilizzarlo e potremmo discuterne insieme."

I questionari, riuniti in un unico file, sono stati proposti negli istituti superiori Istituto Tecnico Industriale Statale "Negrelli" e Istituto Professionale e Tecnico per l'Agricoltura e l'Ambiente ad Indirizzo Forestale "Della Lucia" di Feltre. I due istituti sono stati scelti in collaborazione con la referente del SEPS dell'ULSS 2, dott.ssa Flavia Campigotto, in base ai dati del Progetto della Regione Veneto svolto nelle classi terze durante l'a.s. 2013/2014; l'ENAIP non ha potuto partecipare all'indagine, essendo il suo un ordinamento triennale. Il campione preso in esame era formato da 8 classi: la 4<sup>^</sup>AP (18 studenti), la 4<sup>^</sup>BP (21 studenti), la 4<sup>^</sup>CP (17 studenti) e la 4<sup>^</sup>TEC (17 studenti) dell'istituto agrario; la 5<sup>^</sup>CAT (24 studenti), la 5<sup>^</sup>MM (18 studenti), la 5<sup>^</sup>INF (23 studenti) e la 5<sup>^</sup>EE (15 studenti) dell'istituto tecnico, per un totale di 153 studenti.

In accordo con i referenti della salute dei due istituti, prof. Vergerio e prof.ssa Pezzani, ho organizzato gli incontri in classe: all'istituto agrario nei giorni 14 e 15 maggio (a.s. 2014/2015), mentre all'istituto tecnico, a causa di impegni già assunti dal consiglio di classe durante l'ultimo periodo scolastico, il giorno 2 ottobre (a.s. 2015/2016). Ho quindi supervisionato la loro compilazione, spiegando agli studenti lo scopo della tesi e la modalità di raccolta dati. Per evitare che i ragazzi potessero sentirsi giudicati nelle loro risposte al test, i docenti non erano presenti in aula durante lo svolgimento del questionario. La compilazione era anonima, l'unico dato relativo allo studente era il sesso (M/F); nel frontespizio era descritta la normativa per la privacy dei dati sensibili raccolti (D. Lgv. 196/2003).



## CAPITOLO 5. RISULTATI

### 5.1 Analisi dei dati

Come premesso, i quesiti di tipo teorico, a risposta multipla, sondavano 4 aree di conoscenza: caratteristiche del virus (domande 1, 2 e 3), sieropositività e contagio (domande 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 14) comportamenti a rischio (domande 10, 11, 12 e 13) e modalità di prevenzione (domande 15 e 16). Ogni quesito ha una sola risposta corretta, che viene valutata con un punto (punteggio da 0 a 16). Una sufficiente conoscenza teorica dell'argomento è stata fissata tra un punteggio di 9 e i 12/16 (compresi). Oltre i 12/16 si parlerà di un livello di conoscenza buono. Punteggi inferiori ai 9/16 saranno ritenuti insufficienti, dal punto di vista dei contenuti.

I quesiti sulle attitudini comportamentali (IRQ) prevedono 15 casi-problema che illustrano situazioni in cui lo studente deve cercare di immedesimarsi il più possibile. Ad ogni contesto corrispondono tre diverse soluzioni (aggressiva, non assertiva, assertiva); lo studente deve dare un punteggio che va da 1 (assolutamente in disaccordo) a 5 (completamente d'accordo) a tutte e tre le soluzioni proposte. Delle quindici domande presenti, quattro sono *detractors* (quesito 1, 3, 5 e 8) e non verranno prese in considerazione nel presente studio. Ne deriva che il punteggio totalizzato in ogni *cluster* comportamentale va da un minimo di 10 ad un massimo di 50. Per ogni studente, si valuterà come prevalente l'attitudine comportamentale che totalizzerà il punteggio più elevato.

### 5.2 Campione

Il campione iniziale concordato con i docenti era formato di 153 studenti; tra questi, 7 studenti erano assenti al momento della compilazione dei questionari. Dei 146 questionari consegnati, 4 sono stati eliminati dallo studio poiché non compilati adeguatamente.

Il campione effettivo, composto di **142 studenti**, è così distribuito: 29 ragazze e 113 ragazzi (20,4 % femmine; 79,6 % maschi).

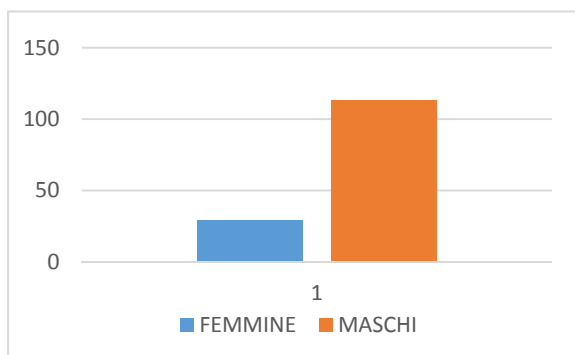
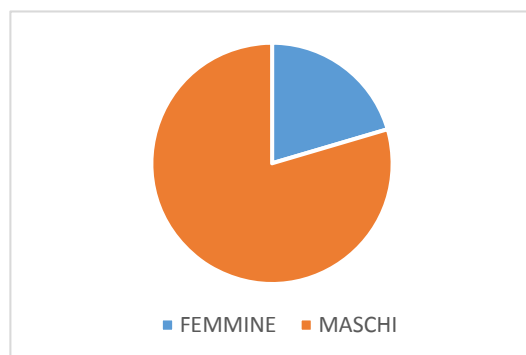


Grafico 1. Distribuzione del campione in base al sesso.



### 5.3 Risultati del Quiz teorico

Tutti i 142 studenti hanno completato il questionario nella sua totalità; il punteggio poteva variare da un minimo di 0 punti (tutte le risposte errate) ad un massimo di 16 (tutte le risposte giuste).

DOMANDE	ESATTE	ERRATE
1. L'HIV è...	122	20
2. Il virus dell'HIV agisce...	82	60
3. Il virus è particolarmente presente..	122	20
4. Il periodo finestra è..	84	58
5. Durante il periodo finestra..	109	33
6. Solo la persona con l'AIDS può trasmettere l'HIV	92	50
7. Puoi contrarre HIV con bacio profondo	88	54
8. Puoi contrarre HIV vivendo con persona con AIDS	75	67
9. Rischio se entro con liquidi quali...	137	5
10. Quando rischio?	135	7
11. Non c'è pericolo con unico rapporto senza condom	139	3
12. Uso ecstasy o cocaina aumentano rischio HIV per via sex	52	90
13. Quali categorie a rischio?	120	22
14. Come si trasmette HIV?	94	48
15. È indispensabile che mi protegga?	126	16
16. Come posso proteggermi e proteggere?	138	4

Tabella 1. Frequenza di risposte esatte ed errate per ogni domanda del questionario teorico

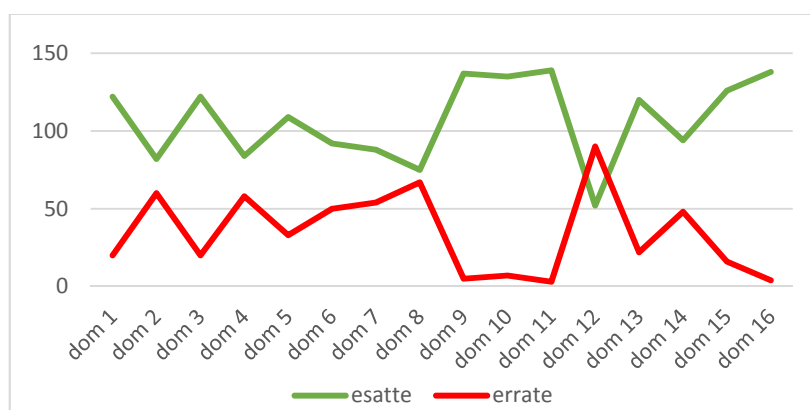


Grafico 2. Risultati quiz teorico (16 domande)

Come risulta dai dati, le domande che hanno ottenuto il numero più alto di risposte esatte sono la numero 9, 11 e 16 (vedi allegato 1): rispettivamente la prima sulla sieropositività e contagio, la seconda sui comportamenti a rischio e l'ultima sulle modalità di prevenzione. In particolare le domande sull'utilizzo del preservativo, quesiti 11 e 16, si posizionano ai primi due posti, ad indicare come sia elevata la consapevolezza che questo metodo di barriera sia il presidio più efficace per la prevenzione.

Le domande, invece, che hanno ottenuto il numero più elevato di risposte errate sono la numero 2, 8 e 12 (vedi allegato 1): le prima sulle caratteristiche del virus, la seconda sulla

sieropositività e il contagio e l'ultima sui comportamenti a rischio. Da evidenziare che la domanda sulla relazione tra l'abuso di droghe e i comportamenti a rischio è l'unica che abbia totalizzato un numero di risposte errate più alto rispetto al numero delle risposte esatte. La suddetta domanda ha registrato, infatti, 52 risposte esatte a fronte delle 90 errate.

Nel complesso, la moda del campione si colloca tra i 13 e i 12 punti totali. Su 142 studenti, 37 hanno ottenuto un punteggio superiore o uguale ai 14 punti; 99 studenti hanno totalizzato un punteggio compreso tra i 13 e i 9 punti; solamente 6 alunni hanno realizzato punteggi inferiori ai 9 punti (vedi Grafico 3).

Il punteggio medio del campione relativo al questionario teorico è 12,04; per le ragazze si ferma a 11,31, mentre per i ragazzi arriva a 12,25 (vedi Grafico 4).

Nel campione preso in esame, quindi, i ragazzi denotano una maggiore, seppur lieve, conoscenza dell'argomento rispetto alle loro coetanee.

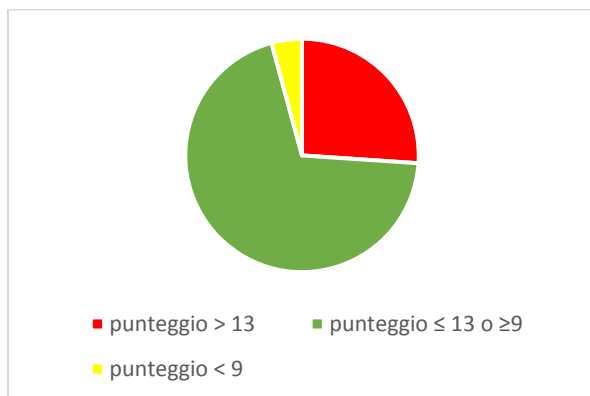


Grafico 3. Distribuzione delle classi di punteggio.

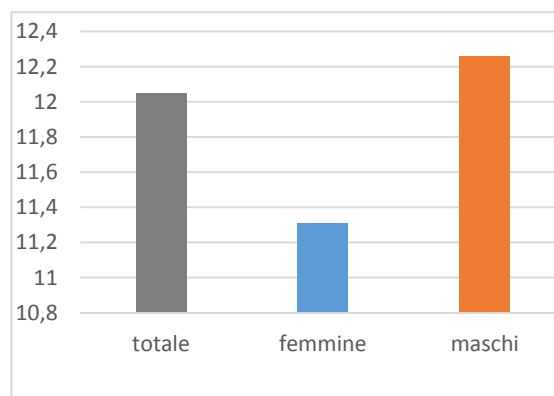


Grafico 4. Punteggi medi del questionario teorico.

#### 5.4 Risultati del Questionario sulle relazioni intime (IRQ).

Ogni quesito proposto dall'IRQ prevedeva tre risposte in base al tipo di comportamento assertivo, non assertivo o aggressivo. Ad ogni comportamento lo studente doveva assegnare un punteggio da 1 (assolutamente in disaccordo) a 5 (assolutamente d'accordo). La risposta al quesito viene considerata appartenente ad una delle tre categorie (assertiva, non assertiva, aggressiva) se ottiene un punteggio tra 4 e 5. Si ricorda che le domande 1, 3, 5 e 8 non entrano a far parte dello studio, poiché ritenute come dei *detractors*.

##### 5.4.1 Domande sull'utilizzo del preservativo

Le domande 2, 11 e 12 propongono tre diverse situazioni che prevedevano l'utilizzo del preservativo. Le risposte assertive vertono su metodi sicuri alternativi al rapporto penetrativo

per poter comunque creare intimità con il partner (domanda 2 e 12), o sulla volontà da parte della persona di comprendere i motivi che rendevano il partner scettico sull'uso del condom (domanda 11). Le risposte aggressive rispecchiano la determinazione dello studente a mantenersi fermo sulle proprie posizioni in maniera intransigente, minacciando il partner di chiudere la relazione (domanda 2), ostentando indifferenza verso il parere dell'altro (domanda 11) o offendendo il partner con pretese assurde (domanda 12). Le risposte non assertive, invece, prevedono un atteggiamento passivo, di resa incondizionata al volere altrui per paura di ripercussioni sulla propria relazione (domanda 2 e 11) o per superficialità (domanda 12).

Nella seguente tabella si riportano le frequenze delle risposte che hanno ottenuto punteggio tra 4 (essere d'accordo) e 5 (essere completamente d'accordo) in ognuna delle tre categorie (assertive, non assertive e aggressive) rispetto alle domande riguardanti la tematica dell'uso del condom.

DOMANDA	ASSERTIVE	NON ASSERTIVE	AGGRESSIVE
<b>2.</b> Partner non fa sesso con te se insisti ad usare il condom.	Pratica alternativa sicura <b>46 (4F, 42M)</b>	Per una volta possiamo fare senza <b>18 (3F, 15M)</b>	<b>Pretendo il condom per la sicurezza di entrambi!</b> <b>82 (21F, 61M)</b>
<b>11.</b> Partner si rifiuta di utilizzare il preservativo.	<b>Capire perché e discuterne insieme</b> <b>91 (16F, 75M)</b>	Se insisto, non vorrà più uscire con me <b>21 (5F, 16M)</b>	È una protezione per entrambi! Deve farlo! <b>46 (13F, 33M)</b>
<b>12.</b> Volete fare l'amore ma nessuno dei due ha un condom.	<b>Metodi alternativi sicuri</b> <b>101 (23F, 78M)</b>	Per una volta possiamo farne a meno <b>29 (3F, 26M)</b>	Che irresponsabile! Deve sempre averne uno con sé! <b>32 (5F, 27M)</b>

Tabella 2. Distribuzione delle risposte alle domande sull'utilizzo del condom.

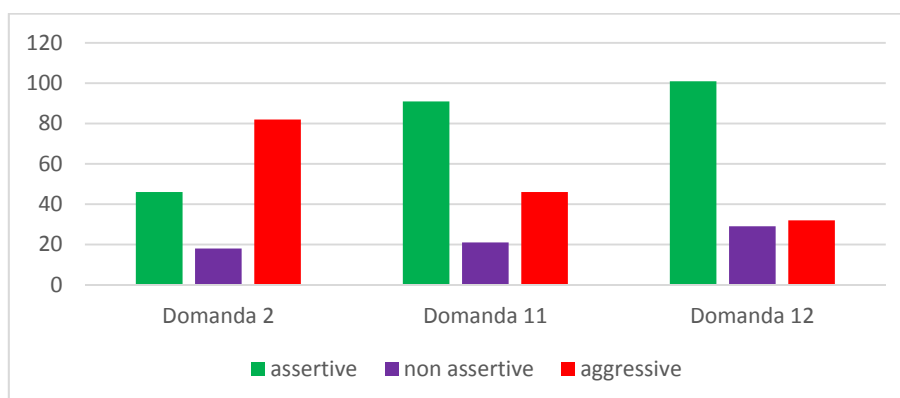


Grafico 5. Distribuzione delle risposte assertive, non assertive e aggressive alle domande 2, 11 e 12.

Come dimostrato dal grafico, nella domanda 2 prevalgono le risposte aggressive, ovvero la pretesa della protezione di entrambi i partner. Ai fini preventivi, non si può negare che questo sia comunque un atteggiamento sicuro, dal momento che la risposta prevede la volontà all'utilizzo del metodo di barriera. Solamente 46 studenti (il 32,4% dell'intero campione) hanno dato risposte assertive sulle pratiche sicure alternative al rapporto completo; le risposte assertive, simili per argomento, alla domanda 12 sono invece state 101 (71,1%). È possibile che la formulazione stessa delle risposte assertive abbia fuorviato gli studenti. Se, infatti, entrambe le risposte asserivano a metodi/pratiche sicure alternative al rapporto completo, solamente la domanda 12 lo escludeva esplicitamente (*“ci sono altri metodi sicuri per poterci soddisfare entrambi senza avere un rapporto sessuale”*). Le risposte assertive prevalgono anche nella domanda 11, in cui lo studente poteva esprimere la propria apertura ad un confronto con il partner restio all'utilizzo del preservativo. Le risposte non assertive, contrariamente, si fermano a quote inferiori in tutte le tre domande prese in considerazione. In realtà, vedremo come questi numeri abbiano un significato diverso alla luce della comparazione con i risultati del test teorico.

#### 5.4.2 Domande sulla negoziazione all'utilizzo del condom (discuterne con il partner)

Le domande 4, 7 e 9 descrivono situazioni simili che prevedono la negoziazione con il partner riguardo l'utilizzo del preservativo. Le risposte assertive sono caratterizzate dal confronto costruttivo con il partner (domanda 7 e 9) e/o con il raggiungimento di un compromesso equo tra i due (domanda 4). Le risposte aggressive, al contrario, limitano totalmente la possibilità di discussione, dal momento che l'attitudine aggressiva definisce una forte chiusura verso l'altro (domanda 7 e 9) e la volontà di prevaricarlo (domanda 4). Le risposte non assertive descrivono una conflittualità interna che si manifesta con il timore di esprimere al partner i propri pareri, le proprie preferenze (domanda 4 e 9) e che portano all'accondiscendenza totale verso il volere altrui (domanda 7).

DOMANDA	ASSERTIVE	NON ASSERTIVE	AGGRESSIVE
<b>4.</b> Vuoi dire al partner di usare il condom quando farete l'amore.	Se contrario, modi sicuri alternativi <b>70 (9F, 21M)</b>	Non ho il coraggio di chiedere di usarlo <b>12 (0F, 12M)</b>	Deve fare ciò che chiedo senza esitare! <b>70 (23F, 47M)</b>
<b>7.</b> Partner ti chiede se sei d'accordo nell'utilizzare il preservativo.	Perfetto, saremo entrambi protetti <b>127(25F, 102M)</b>	È meglio che faccia ciò che mi chiede <b>36 (4F, 32M)</b>	Non mi faccio dire da altri come dovrei comportarmi! <b>11 (3F, 8M)</b>
<b>9.</b> Quando suggerisci al partner si usare il condom, lui/lei ti prende in giro.	Spieghi che usi sempre il condom <b>99 (20F, 79M)</b>	Stai in silenzio finché il partner non cambia idea <b>30 (9F, 21M)</b>	Dici al partner che è una persona molto immatura! <b>84 (18F, 66M)</b>

Tabella 3. Distribuzione delle risposte alle domande sulla negoziazione del condom.

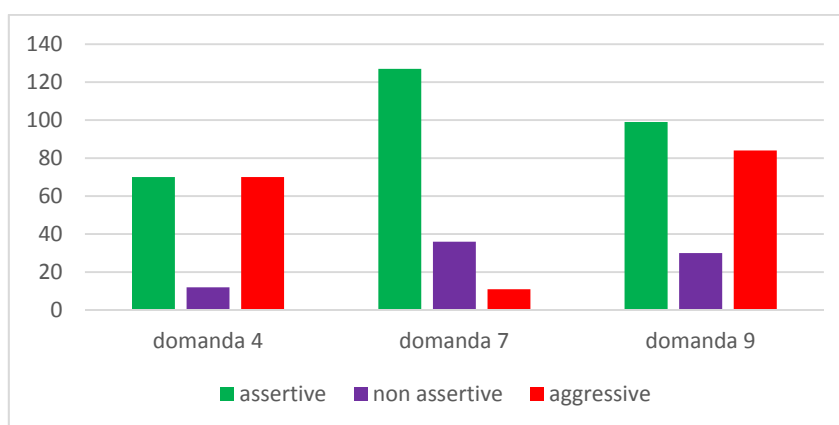


Grafico 6. Distribuzione delle risposte assertive, non assertive e aggressive alle domande 4, 7 e 9.

Le risposte assertive riportano frequenze maggiori nelle domande 7 e 9, mentre nella domanda 4 totalizzano lo stesso punteggio delle risposte aggressive. Il *topic* sulla negoziazione del condom, ovviamente, dipende fortemente dal livello e dalla qualità di comunicazione che si sviluppa all'interno della coppia. La comunicazione assertiva si manifesta nel 49,3% del campione nella domanda 4, nel 69,7% del campione nella domanda 9 e addirittura nel 89,4% nella domanda 7. Si noti che la risposta assertiva alla domanda 7 prevedeva l'accettazione di una richiesta fatta dal partner e quindi non una vera e propria "azione" da parte dello studente. La frequenza delle risposte aggressive alla domanda 9 (59,1% del campione) è probabilmente dovuta alla natura insolente della formulazione del quesito (*Quando suggerisci che potreste usare il condom in modo da proteggervi entrambi, il partner ti prende in giro dandoti del/della fifone/a!*). Le risposte non assertive sono le meno frequenti anche in questo blocco di domande, ma approfondiremo in seguito la lettura di questi risultati.

### 5.4.3 Domande riguardanti la storia precedente e presente di MTS

Nelle domande 6, 10 e 14 lo studente si deve confrontare con situazioni che prevedono la discussione con il partner riguardo le malattie sessualmente trasmissibili. Le risposte assertive si declinano in sollievo verso il partner che ha proposto di parlare di questi argomenti (domanda 6), in capacità di introdurre la domanda sul test per l'HIV (domanda 10) e in risoluzione nell'affermare che non si può essere certi sulla salute sessuale del partner e quindi la scelta migliore ricade comunque sull'utilizzo del condom (domanda 14). Le risposte aggressive determinano invece astio verso il partner che introduce l'argomento (domanda 6) e chiusura e prevaricazione dei sentimenti altrui (domanda 10 e 14). La non assertività si manifesta infine con il timore di proporre una discussione su questo livello (domanda 10 e 14) o con la convinzione di dover compiacere il partner (domanda 6).

DOMANDA	ASSERTIVE	NON ASSERTIVE	AGGRESSIVE
<b>6.</b> Partner ti chiede se hai qualche MTS che potresti trasmettergli.	<b>È bene affrontare questi argomenti</b> <b>98 (21 F, 77M)</b>	È meglio che risponda alla sua domanda! <b>90 (18F, 72M)</b>	Chi pensi che sia? Una persona infetta? <b>12 (2F, 10M)</b>
<b>10.</b> Vuoi chiedere al partner se si è sottoposto al test per l'HIV.	<b>Serve cautela. Io ho fatto il test, tu?</b> <b>92 (21F, 71M)</b>	Per caso hai fatto il test? Puoi non rispondere... <b>38 (9F, 29M)</b>	Dimmi immediatamente se hai fatto il test! <b>9 (3F, 6M)</b>
<b>14.</b> Suggestisci al partner si usare il condom e lui/lei ti dice che non ha MTS!	<b>Non è certo, meglio il condom.</b> <b>80 (16F, 64M)</b>	Scusa, hai ragione. Non voglio litigare. <b>29 (4F, 25M)</b>	Non c'entra! Non capisci cosa sto dicendo!! <b>56 (16F, 40M)</b>

Tabella 4. Distribuzione delle risposte alle domande sulla storia di MTS.

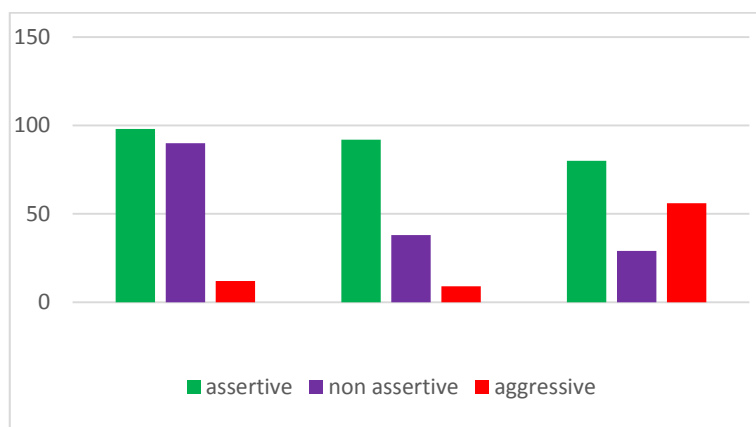


Grafico 3. Distribuzione delle risposte assertive, non assertive e aggressive alle domande 6, 10 e 14.

In tutte e tre le domande di questo blocco prevalgono le risposte assertive, caratterizzate da una comunicazione di apertura e confronto con il partner; nella domanda 6, però, le frequenze non assertive, in una risposta di totale passività verso il volere dell'altro, arrivano al 63,4% del campione totale. Le risposte aggressive, invece, in questo ambito sono meno frequenti; il campione è quindi meno esposto all'atteggiamento aggressivo in ambito della discussione con il partner sulle MTS.

#### 5.4.4 Domanda sulla conoscenza reciproca prima di avere rapporti sessuali

La domanda 13 richiede agli studenti di immedesimarsi in una situazione in cui si deve esporre la propria convinzione di voler attendere e consolidare la coppia prima di avere rapporti intimi. Una condotta assertiva permette di esprimere i propri sentimenti e i propri valori; una condotta aggressiva invece fa rispettare i propri diritti ma in maniera oppressiva e intollerante; la risposta non assertiva, al contrario, permette di accantonare i propri desideri per soddisfare quelli del partner.

DOMANDA	ASSERTIVE	NON ASSERTIVE	AGGRESSIVE
<b>13.</b> Dici al partner che vuoi aspettare prima di fare sesso. Lui/lei si infastidisce.	Ribadisci che vorresti aspettare <b>98 (22F, 76M)</b>	Cambi idea e fai sesso prima di quando volevi <b>24 (4F, 20 M)</b>	Non ho intenzione di discutere su questa cosa! <b>43 (15F, 28M)</b>

Tabella 5. Distribuzione delle risposte alla domanda sulla volontà di aspettare prima di avere rapporti sessuali

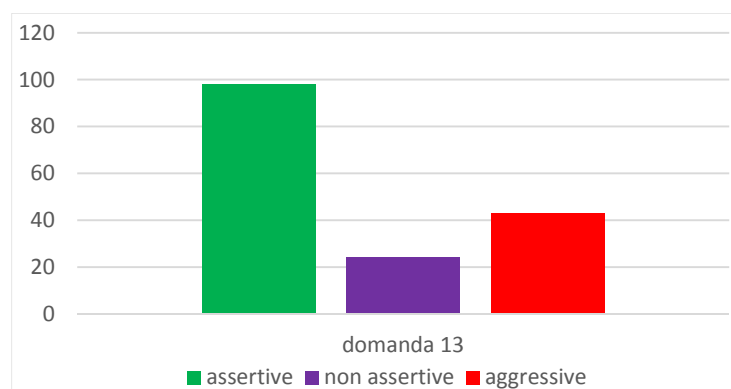


Grafico 4. Distribuzione delle risposte assertive, non assertive e aggressive alla domanda 13.

Il 69% del campione ha dato risposte assertive alla domanda 13, il 30,3% ha risposto in maniera aggressiva e una parte minore ha risposto in maniera non assertiva (16,9%). Su un



campione di 142 studenti, infatti, in 24 hanno dichiarato di cambiare idea e di fare sesso prima di quanto avessero pianificato.

## 5.5 Confronto tra i dati del quiz teorico e i dati dell'IRQ

### A. Comportamenti a rischio

Le domande 10 e 11 del quiz teorico proponevano due quesiti rispettivamente sul rischio e i comportamenti a rischio.

#### Domanda 10. Quando rischio?

Nel campione totale di 142 studenti, le risposte esatte a questa domanda sono state 135 (95%). È interessante raffrontare questo dato con le risposte non assertive alle domande 2 e 12 dell'IRQ. Queste due risposte, infatti, proponevano di avere rapporti sessuali senza l'utilizzo del condom. Quanti, tra i ragazzi che conoscevano il rischio derivante dai rapporti penetrativi non protetti, hanno comunque deciso di rispondere non assertivamente a questo argomento? In questa analisi, verranno considerate non assertive le risposte di questa categoria che hanno ottenuto punteggi da 3 a 5. Il punteggio 3, infatti, è un punteggio neutro che rispecchia la passività verso un comportamento a rischio che lo studente ha riconosciuto come tale nel quiz teorico.

QUIZ TEORICO	IRQ		
<i>Quando rischio?</i>	Per una volta possiamo fare senza condom (2)	Per una volta possiamo farne a meno (12)	Entrambe le risposte non assertive (2 e 12)
<i>Risposta: Con rapporti penetrativi non protetti.</i> <b>135</b> (27F, 108M)	<b>40</b> (3F, 37M)	<b>61</b> (8F, 53M)	<b>27</b> (2F, 25M)

Tabella 6. Confronto domanda 10 quiz teorico e IRQ.

Ciò significa che una parte non trascurabile del campione, pur conoscendo il rischio derivante dai rapporti penetrativi non protetti, decide consciamente di non adottare “per una volta” alcuna protezione.

#### Domanda 11. Non c'è pericolo se si ha un unico rapporto sessuale senza preservativo.

Tra i 139 studenti (97,9%) che hanno risposto correttamente a questo quesito, quanti hanno risposto in maniera non assertiva alle domande 2 e 12 dell'IRQ?

QUIZ TEORICO	IRQ		
<i>Non c'è pericolo se si ha un unico rapporto sessuale senza preservativo.</i>	Per una volta possiamo fare senza condom	Per una volta possiamo farne a meno	Entrambe le risposte non assertive
Risposta: <i>Falso</i> <b>139</b> (27F, 112M)	<b>41</b> (3F, 38M)	<b>64</b> (8F, 56M)	<b>28</b> (2F, 26M)

Tabella 7. Confronto domanda 11 quiz teorico e IRQ.

Ciò indica che esiste una parte significativa di studenti che consapevolmente si assume un rischio notevole di contagio HIV, trascurando l'utilizzo di misure preventive come il profilattico.

### **B. Prevenzione e protezione**

Le domande 15 e 16 del quiz teorico proponevano quesiti sulla protezione individuale e quindi la prevenzione della trasmissione del virus.

*Domanda 15. È indispensabile che mi protegga?*

L'88,7% del campione ha risposto in maniera esatta a questo quesito (126 studenti), ma quanti tra questi hanno dato risposte non assertive all'utilizzo regolare del condom?

Si fa riferimento anche in questo caso alle domande 2 e 12 dell'IRQ.

QUIZ TEORICO	IRQ		
<i>È indispensabile che mi protegga?</i>	Per una volta possiamo fare senza condom (2)	Per una volta possiamo farne a meno (12)	Entrambe le risposte non assertive (2 e 12)
Risposta: <i>Sì, sempre.</i> <b>126</b> (26F, 100M)	<b>35</b> (2F, 33M)	<b>57</b> (7F, 50M)	<b>23</b> (1F, 22M)

Tabella 8. Confronto domanda 15 quiz teorico e IRQ.

Si può quindi dedurre che, nonostante l'88,7% degli adolescenti conosca l'importanza di proteggersi sempre durante i rapporti sessuali, una quota rilevante del campione tende comunque ad ignorare questo aspetto, se esso può interferire con il raggiungimento dell'intimità con il partner.

*Domanda 16. Come posso proteggermi e proteggere?*

Su 142 studenti dell'intero campione, 138 (97,2%) hanno risposto al quesito teorico in maniera adeguata. Ma quanti tra questi ragazzi hanno risposto assertivamente alle domande sull'utilizzo del condom?

QUIZ TEORICO	IRQ		
<i>Come posso proteggermi e proteggere?</i>	Pratica sicura alternativa (2)	Discutere sull'uso del condom (11)	Metodi sicuri alternativi (12)
Risposta: <i>Usando il preservativo.</i> <b>138</b> (27F, 111M)	<b>45</b> (4F, 41M)	<b>90</b> (16F, 74M)	<b>100</b> (22F, 78M)

Tabella 9. Confronto domanda 16 quiz teorico e risposte assertive IRQ.

Anche in questa correlazione si evince che la conoscenza dell'importanza del condom come metodo di protezione per le MTS non determina l'automatica adozione di comportamenti assertivi e sicuri da parte degli adolescenti. Se si va successivamente a considerare quanti hanno invece risposto in modo non assertivo alla protezione regolare con il profilattico, si può notare come una parte considerevole di campione, pur conoscendo i benefici del condom, sceglie di non utilizzarlo.

QUIZ TEORICO	IRQ		
<i>Come posso proteggermi e proteggere?</i>	Per una volta possiamo fare senza condom (2)	Per una volta possiamo farne a meno (12)	Entrambe le risposte non assertive (2 e 12)
Risposta: <i>Usando il preservativo.</i> <b>138</b> (27F, 111M)	<b>40</b> (3F, 37M)	<b>63</b> (8F, 55M)	<b>28</b> (2F, 26M)

Tabella 30. Confronto domanda 16 quiz teorico e risposte non assertive IRQ.

## CAPITOLO 6. CONCLUSIONI

L'assertività, in ambito della prevenzione, è un fattore predittivo positivo per l'assunzione di comportamenti sessuali non a rischio, poiché consente di cambiare attitudini ritenute non sicure, di comunicare in maniera efficace i propri desideri sessuali e le proprie preferenze, di sviluppare capacità di negoziazione e compromesso sull'utilizzo del condom e su pratiche sessuali sicure, di acquisire sicurezza nell'iniziare attività sessuali sicure e fermezza nel rifiutare quelle non desiderate.

Gli aspetti fondamentali della prevenzione del contagio HIV tra gli adolescenti sono molteplici; l'utilizzo del preservativo, ad esempio, è una misura preventiva che troppo spesso viene sottovalutata o perché ritenuta un'interruzione e un'interferenza al piacere sessuale o perché ritenuta superflua e, di conseguenza, trascurabile. Inoltre, frequentemente tra le coppie di adolescenti è presente l'imbarazzo nell'introdurre l'argomento "condom" e discuterne può creare disagio. Allo stesso modo può essere difficoltoso confrontarsi con il partner sul rischio di trasmissione delle MTS, poiché ciò prevedrebbe una discussione sulle precedenti esposizioni al rischio HIV a causa di eventuali relazioni e comportamenti sessuali non sicuri. Infine, l'abuso di alcol e droghe aumenta la probabilità di contrarre l'HIV per via sessuale, ma questo fattore di rischio non viene riconosciuto. Si analizzano di seguito i singoli argomenti.

### *Utilizzo del preservativo*

In questo ambito, il campione preso in esame ha dimostrato di conoscere sia il rischio dei rapporti penetrativi non protetti, sia il rischio conseguente ad un solo rapporto senza l'utilizzo del condom e altrettanto l'importanza del preservativo come metodo efficace di prevenzione HIV. Questo buon livello di conoscenza non si riflette altrettanto positivamente sui comportamenti sessuali che vengono messi in atto. Se il livello di assertività medio del campione (37,02) è tutto sommato paragonabile a quello di studi precedenti (Yesmont, 1992; Onuoha e Munakata, 2005)<sup>30</sup>, le risposte non assertive alle singole domande riguardanti l'utilizzo del condom evidenziano come una parte del campione adotti consapevolmente comportamenti sessuali a rischio. L'esempio più significativo è dato dalle due domande che riguardano il raggiungimento di intimità nella coppia. In questi momenti la mancanza del

---

<sup>30</sup> Onuoha, F. N., & Munakata, T. (2005). Correlates of adolescent assertiveness with HIV avoidance in a four-nation sample. *Adolescence, 40*(159), 525-532.

Yesmont, G. A. (1992). The relationship of assertiveness to college students' safer sex behaviors. *Adolescence, 27*(106), 253.

preservativo e/o la volontà del partner nel non utilizzarlo sembrano non interessare particolarmente all'adolescente, che decide di tentare la sorte e non indossare (o far indossare) il condom. Campbell (1992)<sup>31</sup>, nel suo studio, aveva ipotizzato e poi dimostrato che questo aspetto fosse dovuto, soprattutto nella popolazione maschile, all'esigenza sessuale di mettere in atto il rapporto in modo completo. Il fine, ovvero il rapporto penetrativo in sé, tende ad annullare completamente l'adozione di misure preventive. A questo proposito, Sacco et al<sup>32</sup>, hanno suggerito che le attitudini più efficaci nel predire l'utilizzo del condom siano il *self-control* e l'accortezza di avere sempre con sé dei profilattici pronti all'utilizzo. È interessante ricordare che nei momenti formativi era emerso dalle discussioni con i ragazzi che l'uso del preservativo veniva collegato ad una "mancanza di piacere". Questo aspetto è riscontrato anche in letteratura: studi hanno confermato che la scarsa aderenza a questa attitudine preventiva è dovuta alla convinzione e alla sensazione che il condom renda il sesso meno soddisfacente e che indossarlo proprio sul "più bello", rompa il momento di intimità creatasi. Per evitare che questa opinione continui ad opporsi all'uso del preservativo, si dovrebbe lavorare all'interno dei progetti di promozione alla salute nel coinvolgere e convincere gli studenti che l'utilizzo del condom non pregiudica questo aspetto.

È doverosa un'ulteriore precisazione. L'età media del primo rapporto sessuale tra gli adolescenti italiani è di 16 anni, ma sta via via diminuendo<sup>33</sup>. È possibile che una parte dei ragazzi si approcci alla sessualità ancora prima di conoscerne implicazioni e conseguenze. A questa età, infatti, la persona non è ancora maturata, il corpo sta finendo lo sviluppo e la personalità non è del tutto delineata. L'educazione affettiva e sessuale, dunque, dovrebbe iniziare nelle scuole già durante le elementari con contenuti appropriati all'età e alla fase dello sviluppo ed evolversi gradualmente durante le scuole medie inferiori e superiori. L'Italia purtroppo, rispetto agli altri paesi europei, è piuttosto in ritardo sotto questo punto di vista (si pensi allo scalpore suscitato dal "Progetto Gender"). Altresì fondamentale è il contributo che dovrebbe arrivare dalla famiglia; la comunicazione genitori - figli sulla sessualità è riconosciuta dalla letteratura come irrinunciabile elemento di conoscenza,

---

<sup>31</sup> Campbell, S. A. (1992). Women, men, and condoms. *Psychology Of Women Quarterly*, 16(3), 273.

<sup>32</sup> Sacco W. P., Levine B., Reed D. L., & Thompson K. (1991). Attitudes about condom use as AIDS-Relevant Behavior: their factor structure and relation to condom use. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (2), 267-272.

<sup>33</sup> Istituto superiore della Sanità. Disponibile da [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_778\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_778_allegato.pdf)

prevenzione e sviluppo di risorse, rispetto alla diffusione della cultura della salute sessuale fin dai primi anni dell'adolescenza<sup>34</sup>. Tuttavia, all'interno del nucleo familiare, questo è un aspetto spesso sottovalutato. L'imbarazzo che si può creare e la convinzione che gli adolescenti conoscano il problema meglio degli adulti, dal momento che c'è grande facilità a reperire questo tipo di informazioni tramite i media, possono ostacolare il confronto.

#### *Negoziazione e comunicazione relativa all'utilizzo del condom*

Un altro fattore predittivo importante nell'adozione di questo metodo di prevenzione è la comunicazione assertiva con lo scopo di negoziare ed arrivare ad un compromesso (Painter, 2000)<sup>35</sup>. Gli studenti che hanno preso parte a questa indagine hanno dimostrato di avere buoni livelli di assertività comunicativa, tanto che le domande in questo ambito hanno totalizzato le frequenze più basse nelle risposte non assertive. A volte, però, nella discussione possono emergere atteggiamenti aggressivi che possono compromettere la negoziazione. La comunicazione efficace, basata sul *self-advocacy* e sull'ascolto all'interno della coppia (o con il partner occasionale), sull'utilizzo del preservativo, nonostante sia resa difficoltosa dal senso di imbarazzo e disagio che accompagna questi argomenti, è direttamente correlata al suo effettivo uso (Widman et al., 2014; Schmidt et al., 2015)<sup>36</sup>.

#### *Comunicazione riguardo il rischio di contrarre MTS all'interno della coppia*

Il contesto comunicativo non si limita solamente alla negoziazione e al compromesso sull'uso del preservativo, ma prevede altresì la capacità di introdurre domande e sviluppare confronti sulla precedente storia di MTS e sul test dell'HIV. Gli studenti del campione si sono dimostrati prevalentemente assertivi nell'affrontare questo aspetto della sessualità. Secondo Yesmont (1992), discutere sull'esposizione alle MTS con il partner è un fattore predittivo per l'adozione di comportamenti non a rischio, anche se in genere i ragazzi lo ritengono poco "mascolino".

#### *Correlazione tra uso di droghe e aumento del rischio HIV*

La domanda del quiz teorico (domanda 12) che ha totalizzato la frequenza di risposte errate

---

<sup>34</sup> Labanca, A. (2014). *Il ruolo della famiglia nell'educazione sessuale*. Disponibile da <http://www.icml-king.gov.it/ArticoloAdol.pdf>

<sup>35</sup> Painter, C. (2000). *Sexual health, assertiveness and HIV* (2. ed.). Cambridge (UK): Daniels Publishing

<sup>36</sup> Widman, L., Noar, S. M., Choukas-Bradley, S., & Francis, D. (2014). Adolescent Sexual Health Communication and Condom Use: A Meta-Analysis. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33(10), 1113–1124.

Schmid, A., Leonard, N. R., Ritchie, A. S., & Gwadz, M. V. (2015). Assertive Communication in Condom Negotiation: Insights From Late Adolescent Couples' Subjective Ratings of Self and Partner. *Journal of Adolescent Health*, 57, 94-99.

più elevata è stata quella relativa alla correlazione tra l'uso di droghe (in particolare, cocaina ed ecstasy) e la trasmissione per via sessuale dell'HIV. È possibile che nel campione prevalga l'erronea convinzione che il rischio di contagio sia da porre in relazione al solo utilizzo di droghe per via endovenosa. In realtà, come dimostrato da precedenti studi (Oppong-Asante et al., 2014; Spauwen et al., 2015)<sup>37</sup> l'abuso di alcol o droghe aumenta notevolmente il rischio di trasmissione del virus, poiché vengono a mancare il controllo di sé e le inibizioni, diminuisce la vulnerabilità percepita e l'adolescente si espone più facilmente a rapporti penetrativi non protetti e a promiscuità dei partner. A causa della confusione che regna su questa problematica, la letteratura suggerisce di affrontarla con particolare attenzione durante i corsi di educazione e promozione alla salute.

#### *Differenze di genere*

Studi precedenti hanno dimostrato che le ragazze adolescenti sono più assertive sessualmente rispetto ai loro coetanei maschi (Yesmont, 1992; Onuoha e Munakata, 2005) e dichiarano di utilizzare il condom più frequentemente (Campbell, 1992; Albarracín et al., 2001)<sup>38</sup>. Nel presente studio si sono riscontrati risultati simili. In percentuale le donne si sono dimostrate più assertive per quanto riguarda l'aspetto comunicativo, l'utilizzo del condom e nel voler aspettare di conoscere meglio il partner prima di entrare in intimità. Per quanto riguarda il test teorico, al contrario, si sono dimostrate più deboli nelle conoscenze. Lo studio prova che: in primo luogo, la fruizione di informazioni e la consapevolezza del rischio non determinano automaticamente l'adozione di misure preventive; in secondo luogo, l'assertività sessuale consiste di molte sfaccettature e la conoscenza non è che una parte. È opportuno sottolineare, tuttavia, che il campione non era equamente ripartito e che la parte femminile consisteva di 29 elementi, a fronte dei 113 maschi; è probabile che questo dato abbia fuorviato la lettura dei risultati per quanto riguarda le differenze di genere.

---

<sup>37</sup> Oppong Asante, K., Meyer-Weitz, A., & Petersen, I. (2014). Substance use and risky sexual behaviours among street connected children and youth in Accra, Ghana. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9, 45.

Spauwen, L. W. L., Niekamp, A. -, Hoebe, C. J. P. A., & Dukers-Muijrs, N. H. T. M. (2015). Drug use, sexual risk behaviour and sexually transmitted infections among swingers: A cross-sectional study in the netherlands. *Sexually Transmitted Infections*, 91(1), 31-36.

<sup>38</sup> Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 127(1), 142.

### *Raccomandazioni*

L'analisi incrociata dei dati e della letteratura a disposizione ha permesso di evidenziare gli ambiti su cui investire durante gli incontri di educazione e promozione alla salute.

1. Rafforzare il concetto che l'utilizzo del condom non interferisce con il raggiungimento dell'orgasmo e quindi con il piacere sessuale.
2. Spiegare che esistono dei metodi diversi rispetto al rapporto penetrativo protetto che garantiscono la protezione dal contagio del virus, poiché altrettanto sicuri (ex masturbazione reciproca). Dai riscontri dei risultati, infatti, è emerso che solamente una parte del campione (in media, circa la metà) è a conoscenza di queste pratiche alternative e le considera efficaci. Questo è dunque un punto fondamentale su cui si dovrebbe riflettere e lavorare con gli studenti.
3. Promuovere la comunicazione efficace ed assertiva nella coppia, con gli operatori sanitari e soprattutto all'interno del nucleo familiare. Discutere con i genitori riguardo le attitudini sessuali promuove il processo decisionale positivo e diminuisce il coinvolgimento dell'adolescente nell'attuazione di comportamenti a rischio; inoltre migliora l'auto-efficacia e la percezione delle proprie abilità di negoziazione e utilizzo del condom (Wang et al., 2014)<sup>39</sup>. I ragazzi oggi sono bombardati da immagini e contenuti a carattere sessuale facilmente fruibili attraverso i media, ma non per questo siamo autorizzati a dare per scontato che “ne sappiano più degli adulti”. Manago et al. (2015)<sup>40</sup> nel loro studio hanno dimostrato che i social-network facebook o instagram tendono a promuovere modelli tutt'altro che positivi: l'oggettivizzazione del proprio corpo, caratteristica di questi media, è direttamente correlata all'adozione di comportamenti sessuali a rischio. E' quindi davvero solo “l'informazione” ad essere importante o c'è qualcosa di più? Inoltre, la privacy nella comunicazione genitori – figli su questi argomenti può essere comunque rispettata, poiché il *focus* non è raccontare la propria vita (sessuale) privata, ma trasmettere idee, valori,

---

<sup>39</sup> Wang, B., Stanton, B., Deveaux, L., Li, X., Koci, V., & Lunn, S. (2014). The Impact of Parent Involvement in an Effective Adolescent Risk Reduction Intervention on Sexual Risk Communication and Adolescent Outcomes. *AIDS Education & Prevention*, 26(6), 500-520.

<sup>40</sup> Manago, A. M., Ward, L. M., Lemm, K. M., Reed, L., & Seabrook, R. (2015). Facebook involvement, objectified body consciousness, body shame, and sexual assertiveness in college women and men. *Sex Roles*, 72(1-2).



significati, che possano aiutare i ragazzi a orientarsi in esperienze che per loro sono completamente nuove, a imparare ad ascoltarsi, a imparare a rispettare i propri tempi.

4. Riflettere ulteriormente sull'effetto negativo che sostanze come alcol e droga hanno sulle misure preventive dell'HIV, dal momento che offuscano completamente il grado di giudizio della persona e la rendono ancora più vulnerabile al rischio di contagio.

## BIBLIOGRAFIA

Albarracin, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 127(1), 142.

Auslander, B. A., Perfect, M. M., Succo, P. A., & Rosenthal, S. L. (2007). Perceptions of Sexual Assertiveness among Adolescent Girls: Initiation, Refusal, and Use of Protective Behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(3), 157–162.

Campbell, S. A. (1992). Women, men, and condoms. *Psychology Of Women Quarterly*, 16(3), 273.

Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological bulletin*, 119(3), 390.

Goldman, J. A., & Harlow, L. L. (1993). Self-perception variables that mediate AIDS-preventive behavior in college students. *Health Psychology*, 12(6), 489.

Gong, J., Stanton, B., Lunn, S., Deveaux, L., Li, X., Marshall, S., et al. (2009). Effects through 24 months of an HIV/AIDS prevention intervention program based on protection motivation theory among preadolescents in the Bahamas. *Pediatrics*, 200823631.

Guaita F. (cur.). (2011). *Manuale pratico per operatori conduttori di moduli in classe. Indicazioni operative per l'applicazione del modulo didattico di prevenzione dell'aids negli istituti scolastici*. Centro stampa ULSS 13.

Istituto superiore della Sanità. Disponibile da [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_778\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_778_allegato.pdf)

Istituto Superiore della Sanità. Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Disponibile da <http://w3.iss.it/site/mortalita>

Labanca, A. (2014). *Il ruolo della famiglia nell'educazione sessuale*. Disponibile da <http://www.icmlking.gov.it/ArticoloAdol.pdf>

Lanciotti, E. (2012). *Igiene per le professioni sanitarie* (pp. 134-138). Milano: McGraw-Hill.

Manago, A. M., Ward, L. M., Lemm, K. M., Reed, L., & Seabrook, R. (2015). Facebook involvement, objectified body consciousness, body shame, and sexual assertiveness in college women and men. *Sex Roles*, 72(1-2).

Onuoha, F. N., & Munakata, T. (2005). Correlates of adolescent assertiveness with HIV avoidance in a four-nation sample. *Adolescence*, 40(159), 525-532.

Opong Asante, K., Meyer-Weitz, A., & Petersen, I. (2014). Substance use and risky sexual behaviours among street connected children and youth in Accra, Ghana. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9, 45.

Painter, C. (2000). *Sexual health, assertiveness and HIV* (2. ed.). Cambridge (UK): Daniels Publishing

Puharić, D., Borovac, J., & Petrov, B. (2015). Attitudes of adolescents towards sexual health in three cities from Croatia and Bosnia and Herzegovina. *International Nursing Review*, 62(3), 294-302.

Rickert, V., Sanghvi, R., & Wiemann, C. (2002). Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern?. *Perspectives On Sexual & Reproductive Health*, 34(4), 178-183.

Royce, R. A., Sena, A., Cates Jr, W., & Cohen, M. S. (1997). Sexual transmission of HIV. *New England Journal of Medicine*, 336(15), 1072-1078.

Sacco W. P., Levine B., Reed D. L., & Thompson K. (1991). Attitudes about condom use as AIDS-Relevant Behavior: their factor structure and relation to condom use. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (2), 267-272.

Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2013). Predictors of sexual assertiveness: the role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse. *Arch Sex Behav*, 42(6), 1043-1052.

Schmid, A., Leonard, N. R., Ritchie, A. S., & Gwadz, M. V. (2015). Assertive Communication in Condom Negotiation: Insights From Late Adolescent Couples' Subjective Ratings of Self and Partner. *Journal of Adolescent Health*, 57, 94-99.

Scott-Sheldon, L. A. J., Walstrom, P., Harrison, A., Kalichman, S. C., & Carey, M. P. (2013). Sexual risk reduction interventions for HIV prevention among southafrican youth: A meta-analytic review. *Current HIV Research*, 11(7), 549-558.

Servizio di Educazione e promozione della salute, ULSS 2. Disponibile da [http://www.ulssfeltre.veneto.it/static/client/Servizio-di-Educazione-e-Promozione-della-Salute-\(SEPS\)-244.aspx](http://www.ulssfeltre.veneto.it/static/client/Servizio-di-Educazione-e-Promozione-della-Salute-(SEPS)-244.aspx)

Smeltzer S., Bare B., & Hinkle J. (2010). *Brunner-Suddarth. Infermieristica medico - chirurgica: 2* (pp 204-240; 4. ed.). Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

Spauwen, L. W. L., Niekamp, A. -, Hoebe, C. J. P. A., & Dukers-Muijers, N. H. T. M. (2015). Drug use, sexual risk behaviour and sexually transmitted infections among swingers: A cross-sectional study in the netherlands. *Sexually Transmitted Infections*, 91(1), 31-36.

Valdiserri, R. O., Arena, V. C., Proctor, D., & Bonati, F. A. (1989). The relationship between women's attitudes about condoms and their use: implications for condom promotion programs. *American Journal of Public Health*, 79(4), 499-501.

Wang, B., Stanton, B., Deveaux, L., Li, X., Koci, V., & Lunn, S. (2014). The Impact of Parent Involvement in an Effective Adolescent Risk Reduction Intervention on Sexual Risk Communication and Adolescent Outcomes. *AIDS Education & Prevention*, 26(6), 500-520.

Widman, L., Noar, S. M., Choukas-Bradley, S., & Francis, D. (2014). Adolescent Sexual Health Communication and Condom Use: A Meta-Analysis. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33(10), 1113–1124.

World Health Organization. Global health observatory data. Disponibile da [http://www.who.int/gho/hiv/epidemic\\_response/en/](http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_response/en/)

World Health Organization. Global health observatory data. Disponibile da <http://www.who.int/gho/hiv/en/>

Yesmont, G. A. (1992). The relationship of assertiveness to college students' safer sex behaviors. *Adolescence*, 27(106), 253.

Zak-Place, J., & Stern, M. (2004). Health belief factors and dispositional optimism as predictors of STD and HIV preventive behavior. *Journal of American College Health*, 52(5), 229-236.

# ALLEGATO 1

**Rispondi alle seguenti domande:**

**1. L'HIV è:**

- a) il virus umano dell'immunodeficienza
- b) il virus umano dell'immaturità genetica
- c) il vibrione umano dell'immunodeficienza
- d) il virus animale dell'immunodeficienza

**2. Il virus dell'HIV agisce:**

- a) colpendo tutte le cellule ed i tessuti
- b) colpendo i reni ed il fegato
- c) provocando infertilità
- d) colpendo i linfociti

**3. Il virus è particolarmente presente:**

- a) nella cute
- b) nei liquidi biologici
- c) nelle unghie e nei capelli
- d) in bocca

**4. Il periodo finestra è:**

- a) il tempo che passa da quando entro in contatto con il virus a quando divento sieropositivo
- b) il tempo che passa prima che il virus attacchi i linfociti
- c) il tempo che passa da quando entro in contatto con il virus a quando mi ammalo di AIDS
- d) Non esiste

**5. Durante il periodo finestra:**

- a) sono contagioso, ma solo se incontro un altro sieropositivo
- b) posso essere fonte di contagio per gli altri
- c) ho gli anticorpi quindi sono immune
- d) sono contagioso, ma solo se l'altro è immunodepresso

**6. Solo la persona che ha sviluppato l'AIDS può trasmettere l'HIV.**

- a) vero
- b) falso
- c) non so

**7. Puoi contrarre l'HIV attraverso il bacio profondo.**

- a) vero
- b) falso
- c) non so

**8. Si può prendere l'HIV vivendo nella stessa casa con una persona sieropositiva o con l'AIDS.**

- a) vero
- b) falso
- c) non so

**9. Rischio se entro in contatto con liquidi quali:**

- a) lacrime, sudore, saliva
- b) saliva, pus
- c) sangue, sperma, secrezioni vaginali, liquido pre-eiaculatorio, latte materno
- d) feci, urine

**10. Quando rischio?**

- a) rapporti penetrativi non protetti
- b) bacio
- c) bevendo da uno stesso bicchiere
- d) con punture di insetti

**11. Non c'è pericolo se si ha un unico rapporto sessuale senza preservativo**

- a) vero
- b) falso
- c) non so

**12. Una persona che usa ecstasy o cocaina ha un maggiore rischio di prendere l'HIV per via sessuale.**

- a) vero
- b) falso
- c) non so

**13. Quali categorie sono a rischio?**

- a) Drogati
- b) Omosessuali
- c) Eterosessuali
- d) Non esistono categorie a rischio, ma comportamenti a rischio

**14. Come si trasmette l'HIV?**

- a) Attraverso il passaggio di sangue (trasfusioni, condivisione siringhe contaminate..)
- b) Con rapporti penetrativi e oro genitali non protetti
- c) Da madre a figlio
- d) Tutte le precedenti

**15. E' indispensabile che mi protegga?**

- a) No, posso anche rischiare
- b) Ho bassissime probabilità di infettarmi
- c) Basta che stia attento/a
- d) Sì, sempre

**16. Come posso proteggermi e proteggere?**

- a) Usando il preservativo
- b) Con il coito interrotto
- c) Facendo il test subito dopo il rapporto
- d) Con la pillola anticoncezionale

## ALLEGATO 2

### I.R.Q. Intimate Relationships Questionnaire

Ad ogni domanda corrispondono tre risposte/situazioni differenti. Ad ogni risposta, dai un punteggio utilizzando questa scala:

1. Per niente d'accordo
2. Poco d'accordo
3. Né d'accordo in disaccordo
4. Molto d'accordo
5. Completamente d'accordo

**N.B. Devi dare un punteggio da 1 a 5 A TUTTE E TRE LE SITUAZIONI**

**1. Nelle ultime settimane il tuo partner sembra essere meno interessato e attento alla vostra relazione.**

- a) Decidi di confrontarti con lui/lei nel vostro prossimo appuntamento e in quell'occasione sfoghi tutta la tua rabbia per la situazione in cui ti trovi; 1 2 3 4 5
- b) Aspetti che lui/lei ti chiami e nel frattempo ti lamenti con i tuoi amici; 1 2 3 4 5
- c) Decidi di parlargli/le in sincerità e suggerisci di provare a lavorare insieme per sistemare la situazione. 1 2 3 4 5

**2. Se il/la ragazzo/a con cui esci ti dicesse che non farà sesso con te se insisterai nel voler usare il preservativo, tu risponderesti:**

- a) Ok. Allora cosa ne diresti di provare qualche altra pratica sicura anziché il rapporto completo? 1 2 3 4 5
- b) Il tuo comportamento non ha alcun senso! Io pretendo il preservativo per la sicurezza di entrambi! Finiamola qui! 1 2 3 4 5
- c) Ok, tu sei molto importante per me. Credo che per questa volta potremmo fare senza. 1 2 3 4 5

**3. Sei ad una festa con il tuo/a fidanzato/a, quando ti accorgi che lui/lei è molto interessato/a ad un altro/a ragazzo/a che non hai mai visto prima di allora. Cosa pensi?**

- a) Penso comunque di divertirmi al meglio, dopotutto lui/lei tornerà a casa con me, non con l'altra/o. 1 2 3 4 5
- b) Vorrei davvero che prestasse più attenzione a me e non all'altra/o; glielo devo far presente. 1 2 3 4 5
- c) Come può ignorarmi in questo modo? Troverò qualcuno/a di altrettanto interessante con cui parlare in modo da farlo/a ingelosire a sua volta! 1 2 3 4 5

**4. Vuoi dire al/alla ragazzo/a con cui esci che stasera quando farete l'amore vorrai usare il preservativo. Cosa pensi?**

- a) Se non riuscirò a convincerlo/a ad usare il preservativo stasera, potremmo comunque trovare altri modi sicuri per divertirci entrambi per il momento. 1 2 3 4 5
- b) Utilizzare il preservativo è indubbiamente una buona idea, ma non penso di avere il coraggio di chiederli/le di usarlo. 1 2 3 4 5
- c) Se mi ama, dovrebbe fare ciò che gli/le chiedo senza alcuna esitazione! 1 2 3 4 5

**5. Il/la tuo/a fidanzato/a inizia a diventare pensieroso/a e silenzioso/a anziché aprirsi con te e dirti cioè che gli/le sta passando per la testa. Cosa pensi?**

a) Ecco, ci siamo! La strategia del grande silenzio! Mi fa andare fuori di testa! Insisterò finché lo/la costringerò a dirmi tutto! 1 2 3 4 5

b) Se scherzassi un po' e lo/la distraessi, magari dimenticherebbe ciò che lo/la sta facendo preoccupare!  
1 2 3 4 5

c) Devo provare a fargli/le capire che mi preoccupa quando diventa silenzioso/a e sfuggente perché mi lascia confuso/a e non so più cosa pensare. 1 2 3 4 5

**6. Se il/la ragazzo/a con cui esci ti chiedesse se hai qualche malattia che gli potresti trasmettere attraverso un rapporto sessuale, tu come reagiresti?**

a) È meglio che risponda alla sua domanda, o potrebbe infastidirsi del mio atteggiamento! 1 2 3 4 5

b) In un certo senso sarei sollevato/a se me lo chiedesse, perché in questo modo mi darebbe l'occasione di affrontare alcuni argomenti. 1 2 3 4 5

c) Chi pensa di avere di fronte?! Un/una degenerato/a perverso/a che se la fa con persone infette?!  
1 2 3 4 5

**7. Se il/la ragazzo/a con cui esci ti chiedesse se sei d'accordo nell'usare il preservativo quando farete l'amore, tu cosa penseresti?**

a) Ok. È un modo per forzare le mie azioni! Non ho nessuna intenzione di farmi dire da qualcun altro come dovrei e come non dovrei comportarmi mentre faccio l'amore! 1 2 3 4 5

b) È meglio che faccia ciò che mi chiede, altrimenti si sentirebbe frustrato/a mentre facciamo l'amore.  
1 2 3 4 5

c) Sono contento/a che lo abbia proposto, in questo modo saremo entrambi protetti! 1 2 3 4 5

**8. Il/la tuo/a fidanzato/a critica il tuo aspetto di fronte ai tuoi amici. Eviti di commentare davanti a loro, ma appena siete soli gli/le dici:**

a) Hai davvero ferito i miei sentimenti quando hai criticato il mio aspetto davanti ai miei amici. La prossima volta, se hai qualcosa da dire, per favore fallo prima di uscire di casa. 1 2 3 4 5

b) Come hai potuto farmi una carognata del genere?!? Se lo farai di nuovo, avrai chiuso con me!  
1 2 3 4 5

c) Probabilmente non ero affatto uno splendore stasera dal momento che mi hai criticato/a addirittura davanti ai miei amici. 1 2 3 4 5

**9. Tu e il/la tuo/a partner decidere di fare sesso stasera. Quando però gli/le suggerisci che potreste usare il preservativo in modo da proteggervi entrambi, lui/lei ti prende in giro dandoti del/della fifone/a!**

a) Tu ammutolisci e ti celi dietro il tuo silenzio, finché il/la tuo/a partner non cambia idea e concorda con te sull'utilizzo del condom. 1 2 3 4 5

b) Tu gli/le dici che desideri moltissimo fare l'amore con lui/lei, ma quando hai rapporti sessuali, usi sempre il preservativo. 1 2 3 4 5

c) Tu rispondi dicendo al/alla tuo/a partner che si sta dimostrando una persona molto immatura!  
1 2 3 4 5

**10. Vorresti chiedere al/alla ragazzo/a con cui stai uscendo se si è sottoposto/a al test per la positività al virus dell'HIV e dici:**

a) Ecco, mi stavo chiedendo...beh, è piuttosto imbarazzante...ma hai mai fatto il test per l'HIV? Beh, puoi anche non rispondere.. 1 2 3 4 5



- b) Voglio che tu mi dica immediatamente se ti sei sottoposto/a al test per l'HIV. 1 2 3 4 5  
c) Mi piaci davvero molto, ma con tutto questo parlare di HIV e AIDS vorrei essere cauto/a. Io mi sono sottoposto/a al test. Tu? 1 2 3 4 5

**11. Se il/la ragazzo/a con cui esci si rifiuta di usare il condom, tu cosa pensi?**

- a) Potrei capire cosa lo/la rende scettico/a nell'utilizzarlo e potremmo discuterne insieme. 1 2 3 4 5  
b) Ho paura che se insistessi, non vorrebbe più uscire con me. 1 2 3 4 5  
c) Se non fa quello che gli/le chiedo, significa che non si rende conto che è una protezione per entrambi e quindi peggio per lui/lei! 1 2 3 4 5

**12. Se una sera avete voglia di fare l'amore, ma né tu né lui/lei avete con voi un preservativo, cosa fai?**

- a) Oh, nessun problema. Suppongo che per una volta potremmo anche farne a meno. 1 2 3 4 5  
b) È da irresponsabili! Se mi amasse davvero, ne dovrebbe avere sempre uno a disposizione quando programiamo di incontrarci! 1 2 3 4 5  
c) Purtroppo siamo sprovvisti di precauzioni, ma ci sono altri metodi sicuri per poterci soddisfare entrambi senza avere un rapporto sessuale. 1 2 3 4 5

**13. Dici al/alla ragazzo/a che stai frequentando che vorresti aspettare e conoscervi meglio prima di fare sesso. Lui/lei si infastidisce per questo discorso, tu cosa fai?**

- a) Gli/le dici che non hai nessuna intenzione di uscire con qualcuno che abbia qualcosa da ridire riguardo questa tua riflessione. 1 2 3 4 5  
b) Ribadisci i tuoi sentimenti e il tuo desiderio di aspettare finché non vi sarete conosciuti meglio. 1 2 3 4 5  
c) Cambi idea e fai sesso con lui/lei prima di quanto avessi pianificato. 1 2 3 4 5

**14. Decidi con il/la tuo/a partner di fare l'amore. Quando però gli/le suggerisci di usare il preservativo, lui/lei ti risponde: "Ma allora non ti fidi di me! Ti ho detto che non sono mai stato/a esposto né al virus dell'HIV, né al virus dell'herpes, né ad alcun'altra malattia sessualmente trasmissibile!"**

- a) Tu rispondi: "Mi dispiace, ma in realtà non c'è alcun modo di esserne certi. Mi sentirei davvero molto meglio se usassimo il preservativo." 1 2 3 4 5  
b) Tu rispondi: "Non è affatto questione di fiducia! Non riesci a capire quello che ti sto dicendo!" 1 2 3 4 5  
c) Tu rispondi: "Mi dispiace, scusa. Certo che mi fido di te. Lasciamo perdere questo discorso..... Non voglio litigare." 1 2 3 4 5