



Report finale del progetto

**Survey nazionale su stato di salute, comportamenti
protettivi e percezione del rischio HIV nella popolazione
omo-bisessuale**

www.modidi.net

- Istituto Superiore di Sanità: V Programma nazionale di ricerca sull'AIDS – Aspetti psicosociali
- Ente: Arcigay
- Responsabile scientifico: dott. Raffaele Lelleri
- Convenzione n. 60F.11

A cura di Raffaele Lelleri
(salute@arcigay.it)

Bologna, 19 aprile 2006

L'esistenza di una consistente parte della popolazione italiana con identità e/o comportamenti omosessuali o bisessuali è un dato che si è imposto all'opinione pubblica in modo crescente negli ultimi decenni, man mano che la comunità LGBT (lesbica, gay, bisessuale e transessuale) consolidava la sua visibilità e la sua azione nella società.

Con la ricerca MODI DI abbiamo voluto raccogliere una serie di dati aggiornati, sia tra gli uomini che tra le donne omo-bisessuali, su degli argomenti di fondamentale importanza, sia per la nostra comunità che per i servizi sociosanitari: stato di salute, comportamenti sessuali, fattori di rischio e di protezione, modalità di accesso alle risorse di prevenzione e di benessere.

Si è trattato di una azione di ricerca molto ampia, che ha coinvolto decine di operatori, fra esperti e volontari, e che ha raggiunto migliaia di persone.

La risposta al nostro appello è stata ampia, persino superiore alle aspettative iniziali, anche grazie alle nostre reti territoriali e alle altre organizzazioni LGBT che hanno voluto collaborare con noi e che ringraziamo per la loro disponibilità.

Questo risultato ci fa ben sperare: le persone gay, lesbiche e bisessuali hanno dimostrato di sapersi guardare allo specchio, con coraggio ed onestà, per far emergere sia gli aspetti di soddisfazione che quelli di bisogno.

Oggi siamo in possesso di informazioni nuove ed importanti che ci consentiranno di approfondire alcune conoscenze, superare qualche stereotipo e fornire nuove basi agli interventi in favore delle persone omosessuali e bisessuali, della loro salute e del loro benessere psicofisico.

Spetta ora alle istituzioni competenti in materia ed a tutti e tutte noi trovare le risposte più efficaci agli interrogativi sollevati dall'indagine.

*Sergio Lo Giudice – Presidente nazionale Arcigay
Cristina Gramolini – Presidente nazionale Arcilesbica*

*(Dalla presentazione della brochure:
“MODI DI. Sesso e salute di lesbiche, gay e bisessuali oggi in Italia.
Sintesi dei principali risultati sociosanitari”)*

Indice

1. Premesse	pag. 5
2. Ridefinizione degli obiettivi operativi del progetto	pag. 9
3. Resoconto delle attività svolte e presentazione dei prodotti del progetto	pag. 10
- <i>Riepilogo delle attività, degli obiettivi raggiunti e dei soggetti coinvolti</i>	pag. 12
- <i>Box su “Breve rassegna delle ricerche italiane e internazionali sulla popolazione omo-bisessuale”</i>	pag. 17
4. I risultati della <i>survey</i>	pag. 20
4.1 Metodologia	pag. 20
4.2 Campione	pag. 22
- <i>Box su “Popolazione omo-bisessuale, sex survey e campioni on-line”</i>	pag. 27
4.3 Gli uomini omo-bisessuali	pag. 31
<i>L’identità gay: definizione di sé e comportamenti sessuali – Stato di salute rispetto a HIV/AIDS e MTS – Credenze e intenzioni sul rischio sessuale – Quale stile di vita sessuale? – Che rischi prendono nei comportamenti? – Come è stato l’ultimo rapporto sessuale? – Che tipo di sostanze consumano? – Visibilità: che relazione hanno con medici e psicologi/psicoterapeuti? – Quali eventi ‘difficili’ hanno vissuto? – Quanto si trovano a loro agio con la propria omo-bisessualità? – Che risorse di comunità frequentano? – Come e quanto utilizzano Internet?</i>	
4.4 Le donne omo-bisessuali	pag. 56
<i>L’identità lesbica: definizione di sé e comportamenti sessuali – Quale stile di vita sessuale? – Comportamenti sessuali, stato di rischio/salute, HIV/AIDS – Prevenzione ginecologica e MTS – Credenze e intenzioni sulla salute sessuale – Che tipo di sostanze consumano? – Visibilità – Che risorse di comunità frequentano? – Coppia e genitorialità</i>	
4.5 Confronti e conclusioni	pag. 86
<i>Autodefinizione – Fattori di rischio e di protezione rispetto all’HIV ed alle MTS – Abuso di sostanze – Coming out e invisibilità – Coppia e genitorialità</i>	
4.6 Riferimenti bibliografici	pag. 92
5. Trasferibilità degli obiettivi raggiunti nella lotta all’AIDS	pag. 95
6. Breve curriculum vitae di ogni componente dell’ <i>équipe</i> scientifica	pag. 98

N.B.

Per rendere più agevole la comunicazione verso l'esterno e nei confronti del proprio *target*, in corso d'opera l'équipe scientifica ha deciso di rinominare in: “*MODI DI. Ricerca nazionale sulla salute di lesbiche, gay e bisessuali*” (o più sinteticamente: “*MODI DI*”) il progetto formalmente finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità con il titolo: “*Survey nazionale su stato di salute, comportamenti protettivi e percezione del rischio HIV nella popolazione omo-bisessuale*”

1. Premesse

Una popolazione in rapido cambiamento

In questi anni la popolazione omosessuale sta conoscendo rilevanti mutamenti nei propri stili di vita, sia a livello identitario – personale e collettivo – che aggregativo-ricreativo. Gli stessi fattori di rischio ne sono influenzati: basti pensare all’impatto che Internet sta avendo sulle opportunità di socializzazione-identificazione nonché di incontro e scambio sessuale. A rendere più complesso lo scenario di riferimento vi è anche l’affacciarsi sul panorama di individui provenienti da Paesi stranieri e culture-altre.

Del resto, non tutti – o, per lo meno, non presso tutti i gruppi – i problemi pregressi della condizione omosessuale sono stati risolti appieno: lo stigma sociale, l’isolamento e la mancanza di diritti influenzano negativamente una serie di dimensioni, quali la stima di sé ed il senso di responsabilità/solidarietà, che molte ricerche recenti hanno evidenziato essere fondamentali per l’attivazione ed il mantenimento di opportuni comportamenti di salute.

Per questi motivi risulta importante, da un lato, ri-affermare con forza la centralità del tema della prevenzione HIV all’interno della comunità omosessuale, e, dall’altro, revisionare i modelli, i contenuti, i canali ed i criteri di intervento attivati nel passato in questo campo alla luce degli elementi di novità intervenuti nel frattempo. Continuare acriticamente ad utilizzare strumenti obsoleti ed inadeguati alle mutate realtà, rischia di avere come unico risultato l’inefficacia comunicativa e, soprattutto, l’aumento dei casi di siero-conversione.

La diffusione dell’HIV/AIDS tra la popolazione omosessuale maschile

Le fonti informative di tipo epidemiologico convergono sostanzialmente su un punto:

“La descrizione epidemiologica dell’infezione da HIV inizialmente identificava due pattern di trasmissione: quella prevalentemente per contatto omosessuale o tramite sangue infetto nei Paesi industrializzati, quella per contatto eterosessuale nei Paesi in via di sviluppo.

La progressione epidemica, anche nei Paesi industrializzati, ha determinato la diffusione prevalente di questa malattia attraverso ogni tipo di contatto sessuale, per cui non è più idoneo identificare gli omosessuali maschi e i tossicodipendenti come categorie di rischio per l’infezione da HIV, bensì considerare la popolazione generale a rischio di quest’infezione in base ai comportamenti dei singoli” (HelpAIDS 2003).

Se da un lato possiamo quindi affermare che non vi sono delle vere e proprie ‘categorie a rischio’, rigidamente pre-definite nella loro composizione interna ed impermeabili nei loro confini, dall’altro lato ciò non significa però che la probabilità di contrarre l’infezione sia uguale per tutti.

Le statistiche del COA dimostrano infatti che (sono stati esclusi dal computo i casi di AIDS pediatrico):

- in valore assoluto, il numero di omosessuali maschi in AIDS è in calo nel tempo; il numero di persone (maschi e femmine) in AIDS per “contatti eterosessuali” ha superato fin dal 1993-94 quello dei gay;
- in termini percentuali rispetto alle altre categorie di esposizione (ossia: omosessuali in AIDS su totale delle persone in AIDS), la quota di gay in AIDS è sostanzialmente costante nel tempo, con un lieve aumento negli ultimi anni;
- in termini percentuali rispetto alla propria popolazione di riferimento (ossia: gay maschi in AIDS su totale gay maschi – valore stimato sul 5% della popolazione adulta maschile), le differenze tra gay maschi e eterosessuali maschi rimangono molto nette: la prevalenza dell’infezione HIV/AIDS tra i primi è stimata fino a circa 6 volte superiore rispetto che tra i secondi.

In conclusione, nonostante un progressivo ri-equilibrio, l’AIDS quindi continua tuttora ad interessare in maniera più elevata gli uomini gay e bisessuali.

A questo riguardo, è inoltre utile sottolineare la ‘percezione comune’ secondo cui i dati epidemiologici rilevati in riferimento alla popolazione omosessuale sono imprecisi per difetto.

Esiste infatti una serie di problematiche difficilmente rilevabili sul piano statistico che hanno a che vedere con lo stigma sociale collegato all’omosessualità. Lo stigma porta numerose persone a negarsi e/o a non identificarsi con il significato che comunemente diamo al termine omosessuale. Molti uomini che fanno sesso con uomini (MSM), per esempio, celano la loro identità sessuale per convenienza sociale o per diversa provenienza culturale; vi sono inoltre uomini che, pur prostituendosi con altri uomini, non si considerano omosessuali. Tutti questi gruppi rischiano spesso di sfuggire alle comuni metodiche di indagine statistica e, rimanendo scoperti rispetto alle campagne di prevenzione, potrebbero avere un peso rilevante nella diffusione dell’HIV.

Le sfide che si pongono alla salute degli MSM

L’analisi dell’andamento delle statistiche relative alle conclamazioni AIDS rivela, a partire dal 1996, sia per la popolazione generale che per le persone omosessuali, una diminuzione dei casi.

Ciò non significa, tuttavia, che l’epidemia sia sotto controllo:

“La repentina diminuzione di casi verificatasi negli ultimi anni non è [infatti] attribuibile ad una riduzione delle infezioni da HIV, ma soprattutto all’effetto delle terapie antiretrovirali combinate. Tale effetto è presente in tutte le categorie di rischio, anche se l’accesso a tali terapie prima dell’AIDS è fortemente condizionato dalla conoscenza della condizione di sieropositività, che può variare a seconda della categoria esaminata.

Le limitate conoscenze sulla durata dell’effetto delle nuove terapie, la mancanza di una stima precisa sulla diffusione dei farmaci antiretrovirali, e di eventuali differenze nei singoli sotto-gruppi, rendono più problematica la stima della curva epidemica delle infezioni da HIV” (COA 2003:12)

L’uso delle nuove terapie ha dunque determinato, per un verso, una netta diminuzione dei nuovi casi di AIDS, e, per l’altro verso, un incremento della sopravvivenza delle persone infette o malate. Cresce, conseguentemente, sia il totale dei pazienti viventi, sia il numero delle persone sieropositive.

È necessario tenere elevata l'attenzione, anche perché è difficile prevedere quali saranno i trend nel prossimo futuro, dato che non vi è evidenza epidemiologica che dimostri che la riduzione dei casi di AIDS sia da attribuire ad una reale riduzione delle nuove infezioni. Al contrario, alcuni recenti segnali indicano che la diminuzione dei casi di AIDS è sotto le previsioni.

Del resto, ampio è il serbatoio di infezioni: in Italia si stimano 3.500 nuove diagnosi di infezione da HIV per anno, poco meno di 10 al giorno. Tale incidenza è più bassa di quella del Portogallo o della Svizzera, ma ben più elevata di quella di altri grandi paesi europei come l'Inghilterra o la Germania (HelpAIDS 2003). Più di 8 casi su 10, inoltre, sono attribuibili a trasmissione sessuale.

Le ricerche sociali integrano il quadro di cui sopra con una serie di informazioni di rilievo, quali le motivazioni dei comportamenti collettivi, il numero oscuro di gay che non hanno mai fatto il test, le reazioni all'andamento dell'epidemia.

Infine, vi sono segnali di una sorta di 'abbassamento della guardia' nei confronti dei comportamenti sessuali a rischio, anche in ragione, probabilmente, di un equivoco piuttosto diffuso secondo cui l'AIDS non è più una patologia mortale. Il nostro osservatorio privilegiato percepisce dal 1996 in poi un'inversione di tendenza per cui la popolazione omosessuale tende a vivere la questione HIV/AIDS in modo meno centrale rispetto alle coorti immediatamente precedenti. La cultura della prevenzione viene quindi meno praticata dalle giovani generazioni omosessuali, dato confermato dai contatti segnalati dagli operatori dei consultori e dei telefoni-amici di Arcigay, che registrano un aumento dei casi di giovani omosessuali HIV+, con fragilità peculiari.

I picchi epidemici registrati in vari Paesi d'Europa – Italia compresa – rispetto ad una serie di MTS (prima fra tutte la sifilide), spesso dimostratesi HIV-correlate, non fanno che convalidare ulteriormente lo scenario sopra-descritto.

Non cambia pertanto solo il contesto sociale rispetto all'omosessualità, ma si differenzia anche la percezione rispetto alla sessualità e di conseguenza alla modalità di percezione del rischio relativamente ai rapporti sessuali. Si dovrà quindi tener conto di questa differenza e costruire modalità di comunicazione specifiche per ogni sotto-*target* (migranti, uomini che si prostituiscono, giovani, anziani, etc.) – comunque relativo a uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini.

In quest'ambito, un capitolo a parte è rivestito dalla popolazione migrante. Da qualche anno a questa parte anche il nostro è divenuto un Paese di immigrazione. Anche la comunità omosessuale italiana registra un numero crescente di membri stranieri. Poiché il rapporto con le problematiche dell'HIV/AIDS è connotato in senso culturale, è opportuno verificare l'efficacia e l'impatto degli interventi di prevenzione e di riduzione del danno finora adottati, sia da parte delle istituzioni sanitarie che delle stesse associazioni omosessuali, al fine di progettare e porre in essere efficaci interventi di comunicazione e prevenzione, che tengano conto dei diversi background sociali e culturali.

L'approccio di genere

Mentre per i maschi gay è andata col tempo consolidandosi una piattaforma, seppur incompleta e non sempre approfondita, di conoscenze empiriche ed esperienziali in fatto di fattori di rischio e di protezione, molto meno analizzato è invece il versante femminile dell'omo-bisessualità. Esso rimane per lo più ignoto, legato all'aneddotica oppure a casi unici difficilmente generalizzabili; manca una visione d'insieme che permetta di fare il punto sull'esistente, valutare il quadro dei bisogni e delle esigenze ed impostare di conseguenza dei percorsi di miglioramento.

Il problema si pone anche in termini di visibilità presso gli organismi che si occupano di salute pubblica, che quasi mai infatti riconoscono l'esistenza delle donne lesbiche, o non se ne curano in modo esplicito perché di fatto ritengono che non siano portatrici di vissuti e problematiche peculiari e/o di rilievo. Ciò è peraltro in relazione con un certo grado di 'insensibilità' dei sistemi informativi

epidemiologici vigenti, che solo raramente riescono ad intercettare lo specifico lesbico. Secondo alcuni osservatori, il fatto che, ad esempio, gli archivi HIV/AIDS, tra cui il COA, non registrino alcun caso di infezione per via sessuale tra donne ne è una dimostrazione.

Aldilà di queste considerazioni di dettaglio, rimane il problema generale della carente applicazione ai temi dell'omo-bisessualità dell'approccio di genere, che molti risultati interessanti ha già conseguito in altri ambiti.

La necessità di una ricerca nazionale sul sesso e la salute gay, lesbica e bisessuale

Con un tale scenario sullo sfondo, è evidente la necessità di offrire al panorama italiano una serie di dati aggiornati e attendibili sullo stato di salute, i comportamenti protettivi e la percezione del rischio nella popolazione omo-bisessuale, maschile e femminile, del nostro Paese.

Informazioni di questo tipo sono al momento per lo più mancanti, in quanto le uniche fonti disponibili scontano una serie di problematiche di vario tipo, tra cui:

- i campioni sono solitamente limitati e non evidenziano sufficientemente le differenze inter-generazionale;
- le indagini sono datate e non tengono conto delle rapide modifiche comportamentali e sociali;
- le indagini sono spesso troppo locali e si dimensionano più sulle aree metropolitane del Nord che non, invece, su tutto il territorio nazionale;
- le indagini non rendono conto a sufficienza delle nuove infezioni che mostrano l'insorgenza di nuovi rischi e il bisogno di dati epidemiologici aggiornati;
- in Italia non esiste alcuna ricerca scientifica sullo stato di salute, sui comportamenti protettivi e sulla percezione del rischio HIV/AIDS/MTS tra le donne lesbiche e bisessuali.

Un possibile modello di riferimento per elevare la qualità della ricerca italiana in questo campo è sicuramente quello offerto da *Sigma Research* (www.sigmaresearch.org.uk), un istituto di ricerca che nel Regno Unito ha organizzato un sistema di rilevazione consolidato, che garantisce un database distribuito oramai su più anni sui temi qui in oggetto, utilizzando i maggiori eventi di aggregazione omo-bisessuali a livello nazionale quale opportunità privilegiata di raccolta-dati.

2. Ridefinizione degli obiettivi operativi del progetto

La finalità generale del progetto era quella di acquisire dati aggiornati e rappresentativi sullo stato di salute, i comportamenti protettivi e la percezione del rischio HIV nella popolazione omo-bisessuale italiana e disseminarli sia nella comunità scientifica italiana che presso la comunità omosessuale.

Più specificatamente, si intendeva, predisponendo due questionari specifici di genere, ed inserendovi informazioni di ordine socio-anagrafico al fine di evidenziare eventuali sotto-popolazioni distinte con pattern specifici:

- sperimentare la trasferibilità al caso italiano di strumenti adottati in similari ricerche all'estero e standardizzare una scheda di rilevazione da utilizzare in ricerche successive – di tipo longitudinale e/o in altri contesti;
- ottenere informazioni su: stato sierologico HIV dei soggetti *target*, frequenza e modalità del ricorso al test HIV, prevalenza puntuale di altre MTS, frequenza e modalità di fruizione dei servizi sanitari (ginecologo, MMG, psicologo);
- rilevare la frequenza di comportamenti sessuali non protetti, l'uso di sostanze stupefacenti concomitante a pratiche sessuali a rischio;
- indagare l'atteggiamento e le opinioni verso l'HIV/AIDS.

Nonostante il ridimensionamento del finanziamento concesso rispetto a quello preventivato, sostanzialmente tutti questi obiettivi sono stati conseguiti, grazie alla rete di Arcigay e Arcilesbica ed alla fondamentale collaborazione di un'ottantina di altri organismi di categoria (v. la lista completa dei partner della ricerca: www.modidi.net/partner/).

Anche la quota di questionari raccolti e validati, tra l'altro la più ampia mai conseguita finora in Italia, ha rispettato e persino superato il livello preventivato: 4.690 M (vs. 3.000 progettati, ovvero + 56,3%) e 2.084 F (vs. 2.000 progettati, + 4,2%).

La minore disponibilità di risorse ha invece impattato sulle modalità di comunicazione dei risultati:

- sono state realizzati, come da progetto, sia la brochure divulgativa (www.modidi.net/modidi_opuscolo.pdf, in allegato) che la conferenza scientifica finale (www.modidi.net/convegno, in allegato la sestina col programma);
- non è invece stato possibile, com'era negli auspici iniziali dell'équipe, predisporre e diffondere una pubblicazione finale di approfondimento in merito a tutti i risultati conseguiti;
- al fine di far fronte, almeno in parte, a quest'ultimo problema, è stata predisposta una pagina web con tutti i risultati finora conseguiti dalla ricerca, anche al di là di quelli contenuti nella brochure di cui sopra (www.modidi.net/risultati_della_ricerca/).

3. Resoconto delle attività svolte e presentazione dei prodotti del progetto

Il progetto si è articolato in quattro fasi:

- 1) avvio dei lavori e predisposizione degli strumenti di ricerca
costituzione dell'équipe; rassegna delle ricerche condotte sugli stessi temi in ambito internazionale; sviluppo del questionari strutturato – in due versioni lievemente diverse: per maschi e per femmine – e suo pre-test; *fieldwork*
- 2) *data-collection*
sia faccia-a-faccia che all'interno di eventi collettivi (reali e virtuali); *data-entry*
- 3) *data-analysis*
validazione del campione; analisi monovariate e multivariata
- 4) disseminazione dei risultati
brochure di sintesi dei principali risultati sociosanitari; conferenza scientifica; articoli, interviste e partecipazione ad iniziative

Prima di descrivere nel dettaglio lo sviluppo temporale, le attività realizzate, gli obiettivi raggiunti ed i soggetti coinvolti nel corso di quest'anno di lavoro, è utile qui richiamare gli output del progetto:

- questionario in due versioni specifiche di genere, sia stampate che on-line (in allegato);
- materiale promozionale: *banner* in vari formati e misure (www.modidi.net/banner e www.modidi.net/gifs), 1.000 locandine, 15.000 biglietti da visita in due versioni specifiche di genere (materiale cartaceo in allegato);
- sito web www.modidi.net, utilizzato in termini sia di canale di promozione che di archivio delle attività e dei prodotti realizzati e da realizzare. E' intenzione dell'équipe continuare a tenere attivo ed aggiornare il sito web della ricerca, visto che il suo dominio è oramai piuttosto noto all'interno della comunità gay, lesbica e bisessuale italiana e potrà pertanto essere utilizzate anche per altre iniziative di ricerca, nel prossimo futuro;
- *mailing-list* con circa 2.200 indirizzi di posta elettronica: alle persone che hanno compilato il questionario on-line è stato proposto di lasciare la propria e-mail, nel rispetto della normativa sulla privacy, per essere aggiornati sulla ricerca in corso e su altre iniziative similari;
- brochure “*MODI DI. Sesso e salute di lesbiche, gay e bisessuali oggi in Italia, Sintesi dei principali risultati sociosanitari*” (in allegato). Liberamente scaricabile on-line e stampata in 2.000 copie, è già stata distribuita in occasione del convegno, di cui a seguire, a tutti i Comitati Arcigay e Arcilesbica d'Italia ed a tutte le persone o enti che l'hanno richiesta;
- convegno scientifico “*Salute e orientamento sessuale. Essere lesbiche, gay e bisessuali oggi in Italia*”, tenutosi a Firenze venerdì 16 dicembre 2005 (in allegato la sestina con il

programma) con la partecipazione di molti esponenti di rilievo, locale e nazionale, della comunità omo-bisessuale e di quella scientifica-professionale. Le relazioni presentate al convegno sono liberamente ascoltabili dal sito web del progetto (www.modidi.net/convegno);

- una serie di interviste, articoli e partecipazioni ad iniziative organizzate all'interno di Arcigay e Arcilesbica o da altri soggetti (la lista completa degli articoli ed interviste è disponibile qui: www.modidi.net/risultati_della_ricerca; il calendario delle iniziative, passate e future, è disponibile qui: www.modidi.net/tour) (in allegato una selezione degli articoli pubblicati);
- questa relazione finale di progetto, che l'équipe condividerà con Arcigay ed eventualmente con gli altri partner della ricerca.

Figura 1 - Riepilogo delle attività svolte

DATA	ATTIVITÀ REALIZZATE	OBIETTIVI CONSEGUITI	SOGGETTI COINVOLTI
------	------------------------	-------------------------	-----------------------

1)

Avvio dei lavori e predisposizione degli strumenti di ricerca

Gennaio 2005	Attivazione della convenzione con l'Istituto Superiore di Sanità	Avvio formale dei lavori	Responsabile scientifico del progetto, Presidente nazionale di Arcigay
Gennaio-febbraio 2005	Raccolta di CV di professionisti, riunioni preliminari	Sono stati definiti il programma dei lavori, i compiti da assegnare ed il <i>timing</i> ; è stata costituita l'équipe scientifica	Responsabile scientifico del progetto, vari referenti di Arcigay
Febbraio 2005	Riunioni di équipe (nel corso dei lavori l'équipe si è riunita fisicamente una dozzina di volte in totale)	Condivisione, nel dettaglio, dell'organizzazione dei lavori; suddivisione delle responsabilità	Responsabile scientifico del progetto, équipe scientifica
Marzo 2005	Raccolta di documentazione nazionale ed internazionale	Sono state individuate le <i>best practices</i> in fatto di <i>sex surveys</i> rivolte a persone omo-bisessuali	Responsabile scientifico del progetto, équipe scientifica, organismi e referenti internazionali (tra cui: dalla Svizzera, USA, Francia, Regno Unito, Canada, Australia...)
Marzo-aprile 2005	Attraverso una serie di gruppi di discussione e alla luce delle <i>best practices</i> , sviluppo del questionario	Questionario MODI DI nelle due versioni di genere	Responsabile scientifico del progetto, équipe scientifica
Aprile 2005	Interviste	Pre-test del questionario, sue revisioni e validazione finale	Responsabile scientifico, équipe scientifica, volontari e volontarie di

			Arcigay/Arcilesbica, una cinquantina di pre- tester
Aprile-maggio 2005	Riunioni; predisposizione e lancio del sito web della ricerca grazie al materiale promozionale cartaceo; contatti con le realtà omo-bisessuali italiane; comunicati- stampa; contatti con vari <i>community-leader</i> gay, lesbiche e bisessuali e con le riviste “ <i>Pride</i> ”, “ <i>Guide</i> <i>Magazine</i> ” e “ <i>Towanda</i> ”; contatti con il consulente grafico	Predisposizione del <i>fieldwork</i> e di una campagna di marketing sociale ad hoc, strutturati lungo i seguenti assi: <ul style="list-style-type: none"> - <i>community-sensitiveness</i> (v. § 4.1); - attenzione ai comportamenti sessuali piuttosto che alle identità ed auto-identificazioni quale criterio di inclusione nel campione; - censimento e coinvolgimento attivo di quante più possibili realtà omo-bisessuali italiane al fine di condividere gli scopi e le modalità della ricerca; - triangolazione e moltiplicazione delle opportunità di contatto e di somministrazione del questionario; - garanzia di anonimato; - utilizzo delle nuove tecnologie, ma senza rinunciare al contatto faccia-a-faccia e alla 	Responsabile scientifico, équipe scientifica, <i>webmaster</i> , Ufficio stampa di Arcigay, esperti di grafica e di comunicazione; intervistatori appositamente formati, un’ottantina di realtà omo-bisessuali italiane

		<p>diffusione del questionario attraverso i <i>magazine</i> 'di area';</p> <ul style="list-style-type: none"> - comunicazione attraverso un linguaggio, delle immagini e dei codici legittimi agli occhi della popolazione <i>target</i>, in cui riconoscersi; - qualificazione degli intervistatori e dei promotori locali della ricerca. 	
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

2)

Data-collection

Maggio-settembre 2005	Diffusione e raccolta, sia on-line che sul territorio, dei questionari della ricerca; partecipazione ad eventi	Raccolti 6.703 questionari da M (poco meno dell'80% tramite Internet) e 3.463 questionari da F (stessa quota tramite Internet)	Responsabile scientifico, équipe scientifica, volontari e volontarie di Arcigay/Arcilesbica e di un'ottantina di altre organizzazioni di settore, intervistatori e promotori locali appositamente formati
Agosto-settembre 2005	Data-entry dei questionari cartacei raccolti (1.426 M e 740 F)	Archivio completo e 'processabile' tramite <i>software</i> di tutti i questionari raccolti	Statistico dell'équipe scientifica e due collaboratori

3)

Data-analysis

Settembre-ottobre 2005	Riunioni di équipe	Alla luce dei primi risultati, discussione	Responsabile scientifico, équipe
------------------------	--------------------	--------------------------------------------	----------------------------------

		sui criteri di validazione dei questionari	scientifica (in particolare lo statistico)
Ottobre-novembre 2005	Riunioni di sotto-équipe di genere, analisi statistica univariata e multivariata	Analisi dei questionari validati (4.690 M e 2.084 F) in vista della brochure del convegno scientifico	Responsabile scientifico, équipe scientifica (suddivisa in due sotto-équipe: campioni M e F)
Novembre-dicembre 2005	Analisi statistica univariata e multivariata	Analisi dei questionari validati su richiesta di enti ed organizzazioni di vario tipo	Responsabile scientifico

4)

Disseminazione dei risultati

Novembre 2005	Riunioni di sotto-équipe di genere; contatti con il consulente grafico	Stesura e pubblicazione della brochure " <i>MODI DI Sesso e salute di lesbiche, gay e bisessuali oggi in Italia, Sintesi dei principali risultati sociosanitari</i> "	Responsabile scientifico, équipe scientifica suddivisa in due sotto-équipe di genere
Novembre-dicembre 2005	Convegno scientifico (16 novembre 2005, a Firenze)	Organizzazione e realizzazione del convegno scientifico di fine progetto: " <i>Salute e orientamento sessuale. Essere lesbiche, gay e bisessuali oggi in Italia</i> "	Responsabile scientifico, équipe scientifica, gruppo organizzatore del convegno, Presidente nazionale di Arcigay, Ufficio stampa di Arcigay, una serie di esponenti di rilievo della comunità omo-bisessuale e di quella scientifica-professionale in qualità di relatori
Dicembre 2005-gennaio 2006 (ed oltre)	Stesura di articoli, interviste, partecipazione da iniziative	Ulteriore presentazione dei risultati della ricerca, ad esempio sul magazine del Comitato provinciale Arcigay di	Responsabile scientifico, équipe scientifica

		<p>Bologna, su Radio RAI 3, sulle riviste principali rivolte alla popolazione omobisessuale italiana, sugli organi di stampa generici, sulla rivista di Nadir onlus etc.</p> <p>Sono in corso altri contatti per discutere i risultati del progetto anche in altri ambiti: corsi universitari, convegni scientifici – tra cui uno all’Istituto Superiore di Sanità – e assemblee gay o lesbiche</p>	
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

BREVE RASSEGNA DELLE RICERCHE ITALIANE E INTERNAZIONALI SULLA POPOLAZIONE OMO-BISESSUALE

Box di Luigi Palestini

La ricerca “*MODI DI*” si inserisce nel solco di una serie di *survey* sia italiane che internazionali, che negli ultimi anni hanno rivolto l’attenzione alla popolazione GLBT (ovvero: gay, lesbica, bisessuale e *transgender/transessuale*) e alle tematiche della promozione della salute, dell’analisi dei comportamenti a rischio e della prevenzione dell’infezione da HIV. Vedremo in breve i contributi simili più recenti.

Le ricerche italiane

Nell’ambito italiano va innanzitutto ricordata la ricerca di Asher Colombo “*Gay e AIDS in Italia. Stili di vita sessuale, strategie di protezione e rappresentazione del rischio*” (2000).

L’indagine, condotta in collaborazione con l’Istituto Cattaneo di Bologna e finanziata dall’Istituto Superiore di Sanità, si è occupata di valutare i cambiamenti nei comportamenti e la risposta alla minaccia dell’AIDS in un campione di maschi omosessuali.

A tal fine sono stati presi in considerazione, da un lato, una serie di indicatori quali i cambiamenti nelle relazioni intime, le strategie adottate contro il rischio di contagio, le pratiche di controllo del proprio stato di salute (con particolare riferimento al test HIV), e, dall’altro, la rappresentazione che i maschi omosessuali danno a loro stessi dell’AIDS, accompagnata dagli atteggiamenti, le credenze e i significati che possono orientare i comportamenti (sia a rischio che auto-protettivi).

Più recentemente (2004) il Dipartimento di Metodologia della Ricerca Sociale della Facoltà di Sociologia dell’Università Federico II di Napoli ha avviato una ricerca dal titolo “*Il Coming Out omosessuale e Internet*”, finalizzata a comprendere come l’utilizzo della Rete e la formazione di network sociali e di supporto on line possa avere un effetto sui processi di *coming out*.

La *survey* è stata effettuata mediante un questionario on-line rivolto a tutta la popolazione GLBT ed ha indagato anche aree più generali quali il modo in cui gli intervistati si identificano, lo status relazionale, l’apertura sul proprio orientamento sessuale e i network sociali abitualmente frequentati; a queste si è aggiunta un’indagine sull’accesso a internet e sui mezzi di comunicazione utilizzati, sul possibile effetto di questo utilizzo sul proprio processo di *coming out* e sulla eventuale disponibilità di un supporto sociale mediante l’utilizzo di queste tecnologie.

Infine è presente sul sito di HelpAIDS (sito di informazioni e servizi creato dalla Rete di servizi per la lotta all’AIDS della Provincia di Modena; www.helpaids.it) una ricerca attivata dalla Clinica delle Malattie Infettive dell’Università di Modena e Reggio Emilia, rivolta alla popolazione omosessuale maschile e che indaga sul livello di informazione sull’HIV e sulla presenza/assenza di comportamenti sessuali a rischio.

Il questionario prevede una prima somministrazione e tre *follow up* a distanza di 6,12 e 18 mesi; le aree prese in considerazione per i rapporti a rischio riguardano principalmente la frequenza dei rapporti sessuali e gli eventuali rapporti avuti con partner donne, l’uso del preservativo, i rapporti con partner dallo stato sierologico sconosciuto o dichiaratamente sieropositivi e le eventuali malattie a trasmissione sessuale contratte.

Le ricerche internazionali

Per quanto riguarda le ricerche internazionali, dobbiamo prima di tutto menzionare la “*Gay Men’s Sex Survey*” (GMSS) che *Sigma Research* (www.sigmaresearch.co.uk) svolge annualmente sulla popolazione omosessuale maschile del Regno Unito e giunta ormai alla sua settima edizione (2003; i risultati dell’edizione 2004 sono in corso di pubblicazione).

Realizzata in collaborazione con 150 agenzie di promozione della salute, l’indagine raccoglie informazioni sull’epidemiologia dell’infezione da HIV, la prevenzione e i comportamenti sessuali, ed è diretta principalmente a chi si occupa di pianificazione di programmi di prevenzione dell’HIV per maschi omosessuali sessualmente attivi.

Lo strumento utilizzato è un breve questionario autocompilato, che viene consegnato alle agenzie di promozione della salute *HIV-related* che hanno abitualmente contatti con soggetti omosessuali attivi. Dal 2001 è possibile partecipare alla ricerca anche mediante una versione on-line del questionario.

La *survey* si propone di analizzare le modificazioni dei comportamenti e dei bisogni nei soggetti intervistati: a tale proposito sono utilizzati indicatori relativi all’impatto dell’HIV (proporzione di soggetti risultati positivi all’ultimo test effettuato, relazioni sentimentale con individui sierodiscordanti, conoscenza personale di persone sieropositive), ai cambiamenti nei comportamenti a rischio (intesi come rapporti sessuali anali non protetti con individui sierodiscordanti), ed infine altri indicatori relativi ai bisogni sessuali e alla prevenzione HIV (ad es. esperienze di rapporti sessuali dietro costrizione, difficoltà a procurarsi i preservativi e/o i lubrificanti, lacune nelle conoscenze relative alla trasmissione dell’HIV e a come prevenirla).

Dal 1997 la ricerca è finanziata dal *Terrence Higgins Trust* e fa parte del *Community HIV and AIDS Prevention Strategy* (CHAPS).

Solo le ultime due edizioni della GMSS hanno coperto la totalità del territorio del Regno Unito; parallelamente alla ricerca su scala nazionale nel 2003 si è svolto il progetto “*Towards a healthier LGBT Scotland*”, nato dalla partnership tra *Stonewall Scotland* (rappresentante delle comunità GLBT scozzesi) e lo *Scottish Executive Health Department* (SEHD). La ricerca è stata orientata alla raccolta di dati relativi alla promozione della salute di tutta la popolazione GLBT scozzese.

In questo caso, oltre agli indicatori presi in considerazione dalla ricerca nazionale sul campione maschile, ne sono stati inseriti e valutati altri relativi all’accesso ai servizi sanitari (comunicazione e *disclosure* con gli operatori dei servizi, pregiudizi e ridotta conoscenza delle tematiche GLBT da parte degli operatori stessi), alla salute mentale (ansia, depressione, autostima, ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e comportamenti autolesivi, disturbi alimentari), al consumo di tabacco, alcolici e sostanze, alla salute sessuale dal punto di vista riproduttivo (intenzione di avere un figlio, proporzione di soggetti con prole, concepimento mediante relazioni eterosessuali o inseminazione artificiale). Sono state inserite anche aree di indagine sulla violenza domestica (abusi verbali e fisici, controllo dello stile di vita, controllo emotivo e psicologico) e sulla salute della popolazione *transgender* (confusione tra tematiche relative all’orientamento sessuale e alla ri-attribuzione chirurgica del sesso, discriminazione e pregiudizi, salute mentale).

Sempre nell’ambito europeo va ricordato il “*Projet Santé Gaie*” (2003), indagine sulla salute dei maschi omosessuali svolta a Ginevra dall’associazione Dialogai in collaborazione con l’*Institut de médecine sociale et préventive* dell’Università di Zurigo (www.dialogai.org/sante5.asp).

La *survey* è stata effettuata in luoghi di incontro sia reali (sedi di associazioni, locali pubblici, parchi) che virtuali (chat, Internet) e si è occupata di indagare in primis lo stato di salute fisica e mentale dei soggetti intervistati (sintomi fisici, malattie croniche, MTS, ma anche ansia e depressione, ideazione suicidaria e tentativi di suicidio) e l’attenzione per la propria salute in generale (consultazione di medici specialistici, soddisfazione per il trattamento, *disclosure* con il medico curante, conoscenza del proprio stato sierologico e test HIV, vaccinazione epatiti A e B).

A queste aree si aggiunge una parte relativa all’attività sessuale ed ai comportamenti a rischio (pratiche sessuali, utilizzo del preservativo, soddisfazione per la propria vita sessuale) ed anche

alcuni indicatori di benessere psicosociale (status relazionale e atteggiamenti verso le relazioni stabili; disponibilità di una rete di sostegno sociale; stress lavorativo e grado di soddisfazione per l'attività lavorativa svolta; esposizione a fattori di stress come violenza fisica e abusi verbali).

Sul fronte statunitense va menzionata l'attività del *Centre for AIDS Prevention Studies (CAPS)*. Nato nel 1986, l'ente conduce ricerche interdisciplinari su scala locale, nazionale e internazionale sui metodi di prevenzione delle infezioni da HIV; parallelamente contribuisce allo sviluppo delle relative *policy* di intervento e si occupa del training di nuovi ricercatori nell'ambito della prevenzione dell'HIV.

I progetti di ricerca attualmente attivi (iniziati nel 2005) riguardano gli ambiti della clinica, del *coping* e dell'aderenza al trattamento farmacologico, dell'epidemiologia, della prevenzione e dei comportamenti a rischio.

Le ricerche su base internazionale sono orientate principalmente ad indagare la diffusione dell'infezione da HIV e la sua prevenzione nei Paesi in via di sviluppo (ad esempio: Zimbabwe, Africa subsahariana, India, Cina rurale).

Ricordiamo infine una recentissima ricerca sulla salute della popolazione gay, lesbica e bisessuale svolta dal *Kansas City Health Department*, in collaborazione con il *Lesbian and Gay Community Center of Greater Kansas City* (2004).

Il progetto ha previsto la somministrazione di un questionario ad eventi pubblici che hanno richiamato una larga parte della comunità gay del Kansas; la survey è stata diretta a valutare i comportamenti a rischio e le strategie di prevenzione non solo per l'infezione da HIV, ma anche per altre malattie a trasmissione sessuale e per la salute fisica in generale. Sono stati pertanto raccolti anche dati relativi alla regolarità dell'attività fisica, all'alimentazione e al peso corporeo, e all'accesso ai servizi sanitari per check-up specialistici (ad esempio: utilizzo della mammografia come strategia di prevenzione per il cancro al seno).

4. I risultati della *survey*

4.1 Metodologia

Al fine di conseguire le finalità del progetto, è stata realizzata una ricerca sociale di tipo estensivo e quantitativo, con domande *self-reported* soprattutto chiuse, utilizzando il metodo di campionamento ‘*snowball*’.

La raccolta delle informazioni è stata quindi realizzata tramite questionario strutturato e anonimo, in due versioni di genere, che l'équipe ha costruito, viste peraltro le *best practices* internazionali, attenendosi a due principi-cardine:

- a) centralità dell'approccio bio-psico-sociale;
- b) *community-sensitiveness* (sensibilità alla comunità).

a) Centralità dell'approccio bio-psico-sociale

L'équipe ritiene che questo modello sia il più utile per comprendere appieno la questione dell'HIV/AIDS.

Secondo tale approccio, formalmente promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la salute consiste in qualcosa di più della mera assenza di malattia, ma attiene ad uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. In questa visione generale dell'attività umana, inclusiva delle dimensioni biologiche, psicologiche e sociali, sia a livello di fattori che di sistemi coinvolti, è pertanto importante comprendere l'interazione tra processi psicologici (esempio: la percezione del rischio, oppure la disponibilità di informazioni) e sociali (ad esempio: il controllo sociale e di gruppo, oppure l'attribuzione di fondatezza ai messaggi ricevuti), comportamenti individuali rilevanti per la salute (ad esempio: usare effettivamente il preservativo) ed esiti di salute o malattia.

L'équipe è stata, di conseguenza, costituita in modo deliberatamente multi-disciplinare: vi hanno preso parte sociologi, psicologi clinici, psicologi sociali, esperti di comunicazione, medici e *community-leader*. Parallelamente, anche le domande riportate nel questionario attengono ad aree diverse e coprono i comportamenti, le opinioni, gli atteggiamenti e le competenze cognitive.

b) *Community-sensitiveness*

Essere sensibili alla comunità cui ci si rivolge, in quanto ricercatori, significa innanzitutto conoscerne la cultura ed il modo di essere e di agire, essere da questa accettati e legittimati ed infine utilizzare le conoscenze cumulate in termini di risorsa per i propri interventi.

Da questo punto di vista, il caso della sotto-popolazione delle persone omo-bisessuali è particolarmente indicativo, vista una serie di qualità che la contraddistingue in un certo numero di suoi componenti: l'invisibilità, la netta separazione rispetto alla realtà comune ed il timore di discriminazioni.

Nei suoi confronti si rende perciò necessario attivare delle strategie in grado di travalicare l'idea astratta di 'utente/cittadino/persona-media' per incorporare appieno, nel proprio piano, le specificità del contesto di riferimento. Solo in questo modo, secondo l'équipe scientifica, è possibile garantire una soddisfacente qualità ed efficacia delle azioni da realizzare. Il rischio è di avere altrimenti a che fare con dei 'pazienti invisibili' ("*Pazienti imprevisi. Pratica medica e orientamento sessuale*", progetto finanziato ad Arcigay dall'Istituto Superiore di Sanità, IV Programma nazionale di ricerca sull'AIDS, 2003).

Consapevole di questa sfida, l'équipe ha impostato una campagna di marketing sociale mirata e composta al proprio interno. Caratterizzata dagli slogan "*Molti sono MODI DI avere esperienze o essere gay, lesbiche e bisessuali in Italia e di vivere la propria sessualità*" e "*Tutto quello che non hai detto sul sesso, perché nessuno te l'ha mai chiesto*", essa ha teso a raggiungere le persone-target nei luoghi (sia reali che virtuali) da loro ritenuti più significativi, a moltiplicare le occasioni di contatto, diffusione e somministrazione del questionario, con l'attenzione costante di essere percepiti come ricercatori – 'interni' – credibili e di fiducia. E' stata fondamentale, in questa fase, la collaborazione di un gran numero di volontari appositamente sensibilizzati e formati e dei gestori delle strutture socio-ricreative del circuito Arcigay esistenti in Italia, che si sono resi disponibili ad ospitare materiali, comunicati ed eventi promozionali della ricerca.

Prima cautela metodologica: indagine sociale vs. indagine epidemiologica

E' opportuno sottolineare come "*MODI DI*" sia una indagine di tipo sociale con risposte auto-dichiarate. L'équipe non può far altro che prendere per vere le affermazioni riferite dagli intervistati, la cui franchezza è stata in ogni caso supportata e rinforzata da una serie di dimensioni metodologiche, quali i canali di comunicazione e somministrazione, l'opzione dell'anonimato e la presenza di alcune domande di controllo nel questionario.

"*MODI DI*" non è invece una ricerca di tipo epidemiologico. Essa rende disponibile una quantità di informazioni in merito alla diffusione delle MTS, ad esempio, che non possono però essere considerate alla stregua di veri e propri indicatori di prevalenza, stimati sulla base di test diagnostici specifici.

Essendo, inoltre, un'indagine puntuale, e mancando nel nostro Paese una bibliografia consolidata al riguardo, non è sempre possibile stimare gli indicatori di incidenza.

4.2 Campione

La mole di questionari ottenuti conferma la bontà delle scelte metodologiche e strategiche fatte in sede di programmazione della ricerca. Sono stati infatti raccolti 6.703 questionari compilati da persone di genere maschile e 3.463 questionari compilati da persone di genere femminile; in entrambi i casi la quota di questionari raccolti tramite Internet è di poco inferiore all'80%.

Non tutti i questionari raccolti sono però stati utilizzati nell'analisi statistica: al fine di avere a disposizione un *database* di elevata qualità, l'équipe ha adottato dei criteri di validazione piuttosto stringenti. Nel dettaglio sono stati esclusi i questionari:

- compilati da persone che si auto-definivano transessuali o *transgender*, in ragione del fatto che una serie di domande presenti nel questionario rendevano bene conto della variabile 'orientamento sessuale' e per nulla di quella 'identità di genere';
- con un numero di risposte *missing*, sia all'inizio che alla fine del questionario, superiore ad una certa soglia;
- da persone che si auto-definivano eterosessuali e che, negli ultimi 12 mesi, riferivano di non avere avuto alcun partner sessuale oppure di aver fatto sesso soltanto con persone del genere opposto al proprio.

Come programmato, le persone nel campione sono pertanto:

- in generale, persone che hanno compilato il questionario in modo sufficientemente esauriente;
- uomini che riferiscono di aver fatto sesso almeno una volta con almeno un altro uomo negli ultimi 12 mesi, indipendente dall'auto-definizione (c.d. 'MSM');
- donne che riferiscono di aver fatto sesso almeno una volta con almeno un'altra donna negli ultimi 12 mesi, indipendentemente dall'auto-definizione (c.d. 'FSF');
- persone che si auto-definiscono gay, lesbiche o omosessuali e che riferiscono di non aver fatto sesso con nessun/nessuna partner negli ultimi 12 mesi (c.d. '*a-sexual*').

L'applicazione di queste regole ha comportato un tasso di caduta del 33,4%. Come dimostra la tabella 1, tale tasso è relativamente più elevato tra le donne piuttosto che tra gli uomini e molto più elevato nel campione on-line rispetto a quello cartaceo.

Tab. 1 - Validazione dei questionari raccolti/tassi di caduta, per genere e per canale (%)

	On-line	Cartacei	TOT
M	36,9	4,7	30,0
F	47,4	11,9	39,8
TOT	40,5	7,1	33,4

I questionari validi risultano essere 6.744 (tabella 2): 4.690 compilati da uomini (il 70,8% tramite Internet) e 2.084 da donne (68,7% tramite Internet).

Tab. 2 - Campione valido, per genere e per canale (n)

	On-line	Cartacei	TOT
M	3.321	1.329	4.690
F	1.432	652	2.084
TOT	4.753	2.021	6.774

La composizione del campione è alquanto variegata, come sottolineano le seguenti tabelle.

Tab. 3 - Campione valido, per età e per genere (%)

	M	F	TOT
Fino a 25 anni	30,8	37,1	32,8
26-30	20,2	22,5	20,9
31-40	32,4	28,8	31,3
41 e +	16,6	11,6	15,0
TOT	100	100	100

La tabella 3 rileva, soprattutto tra le donne omo-bisessuali, una sovra-rappresentazione delle fasce d'età più giovani rispetto alle altre.

Seconda cautela metodologica: effetti statistici della giovane età del campione

La concentrazione degli intervistati nelle coorti più giovani pone degli interrogativi alla ricerca, che rende quindi conto più approfonditamente delle condizioni di vita dei giovani e degli adulti piuttosto che dei grandi-adulti e degli anziani:

- se si prende a riferimento la distribuzione ISTAT dei residenti e si assume che la popolazione MSM e FSF si distribuisca proporzionalmente nelle diverse generazioni, è evidente che “*MODI DP*” ha in parte fallito di raggiungere i ‘*gray gays*’ e le ‘*gray lesbians*’. Le tecniche di somministrazione delle domande e di contatto con le persone-*target* adottate hanno dunque mostrato una certa inefficacia nei loro confronti. Non si tratta, del resto, di una carenza riscontrata soltanto dalla nostra iniziativa, visto che numerose altre ricerche similari realizzate all'estero hanno mostrato questo limite;
- l'assunto di cui sopra non è però necessariamente vero, per il fatto che il cosiddetto ‘movimento di liberazione omosessuale’ è di fatto, nel nostro Paese, ancora piuttosto giovane, avendo finora coinvolto socio-storicamente non più di 3 generazioni. La presenza di gay/lesbiche/omosessuali tra i più anziani, o per lo meno di persone per le quali tale termine riveste una ‘risonanza personale’, può così essere ipoteticamente inferiore a quella in altre coorti – in linea quindi con il nostro campione.

Quest'ultimo problema è di fatto irrisolvibile, dato lo stato dell'arte delle conoscenze di settore in Italia.

In ogni caso, rimane l'invito a prestare una particolare accortezza nell'interpretare e soprattutto confrontare i risultati di “*MODI DP*” con quelli provenienti da altre ricerche sulla popolazione complessiva: *il fatto di non avere, nel campione, un'equa rappresentazione né dei grandi-adulti né*

degli anziani comporta, di per sé, il sovra-dimensionamento di una serie di indici connessi con i comportamenti più tipicamente giovanili – come l'uso di sostanze stupefacenti, la frequentazione di strutture socio-ricreative, l'attività sessuale e conseguentemente la diffusione di MTS.

I risultati di “MODI DI”, per concludere, fotografano meglio la realtà della popolazione GLB giovanile e giovane-adulta rispetto a quella grande-adulta ed anziana.

Anche per questo motivo, l'équipe ha scelto di presentare i risultati statistici incrociandoli sempre con le fasce d'età.

Come atteso, “MODI DI” è riuscita a penetrare maggiormente le aree settentrionali del Paese rispetto a quelle meridionali (tabella 4). Ciò è il risultato di una due fattori concomitanti principali:

- la maggior presenza, in quelle zone, delle reti e dei servizi a favore della popolazione GLB;
- le migrazioni interne che coinvolgono un certo numero di persone GLB che dal Sud tende a trasferirsi nelle regioni e nelle aree metropolitane del Centro e del Nord d'Italia, soprattutto in età giovanile e studentesca.

Tab. 4 - Campione valido, per area di domicilio abituale e per genere (%)

	M	F	TOT
Nord	60,0	62,4	60,7
Centro	22,7	21,3	22,3
Sud	17,3	16,3	17,0
TOT	100	100	100

Le tabelle 5 e 6 rispecchiano sostanzialmente la distribuzione d'età del campione valido a nostra disposizione. Rilevante la quota di laureat*, in entrambi i sotto-campioni, ed indicativa la presenza di persone con uno stato civile diverso da quello celibe/nubile: l'8,1% degli MSM ed il 10,5% delle FSF dichiara di aver contratto matrimonio nella propria vita.

Tab. 5 - Campione valido, per titolo di studio e per genere (%)

	M	F	TOT
Elementare	0,3	0,3	0,3
Media inf.	9,3	10,4	9,6
Diploma/corso prof.	6,0	6,7	6,2
Diploma sup.	51,8	52,3	52,0
Laura e +	32,6	30,3	31,9
TOT	100	100	100

Tab. 6 - Campione valido, per stato civile e per genere (%)

	M	F	TOT
Celibe/nubile	91,9	89,5	91,2
Sposat*	3,2	2,6	3,0
Divorziat*/separat*	2,9	4,9	3,5
Altro	2,0	3,0	2,3

TOT	100	100	100
-----	-----	-----	-----

La tabella 7 tratta di stato relazionale. La maggioranza assoluta delle donne dichiara di essere in coppia, contro il 45,8% degli uomini. Interessante è notare che le relazioni di coppia non sono sempre di tipo omosessuale: ciò è soprattutto vero nel campione femminile (in coppia con un uomo è l'8,7% delle intervistate), sebbene anche in quello maschile la quota non è irrilevante (in coppia con una donna è il 5,5% degli intervistati).

Tab. 7 - Campione valido, per stato relazionale e per genere (%)

	M	F	TOT
Single	54,2	39,3	49,6
In coppia con M	40,2	8,7	30,6
In coppia con F	5,5	52,0	19,8
TOT	100	100	100

Uno sguardo, infine, allo stato genitoriale. La tabella 8 presenta una realtà poco rappresentata della popolazione GLB: il 5% degli uomini ed il 4,9% delle donne dichiara infatti di avere almeno un figlio, biologico nella grande maggioranza dei casi. Il risultato è inaspettato soprattutto in riferimento al sotto-campione maschile, visto che in questi anni il tema della parentalità è stato prevalentemente declinato soltanto in termini di maternità lesbica. Il fenomeno è rilevante soprattutto tra gli over-40, tra cui coinvolge il 25,5% delle FSF ed il 17,7% degli MSM.

Tab. 8 – Campione valido, per stato genitoriale e per genere (%)

	M	F	TOT
Non ho figli	94,9	95,1	95,0
Si, padre/madre biologic*	4,7	4,5	4,7
Si, padre/madre non biologic*	0,3	0,4	0,3
TOT	100	100	100

Prima di presentare i risultati di “MODI DI”, che verranno descritti nel dettaglio separatamente rispetto al genere, con un indice quanto più possibile omogeneo e quindi comparabile è opportuna un'ultima annotazione.

Terza cautela metodologica: variabilità e rappresentatività

Come approccio generale, l'équipe raccomanda prudenza nell'assolutizzare i dati che verranno presentati nelle prossime pagine: vale la pena di ricordare che ogni biografia individuale è a sé e non è mai, di conseguenza, completamente riassumibile in un indicatore statistico – specie se di mera posizione.

Sarebbe inoltre illusorio ritenere che 4.690 MSM e 2.084 FSF possano rappresentare compiutamente ed in ogni dettaglio le vicende ed i pensieri di tutte gli uomini e di tutte le donne omo-bisessuali

presenti in Italia. “*MODI DI*” non è un censimento ed il campione su cui si fonda non può essere di tipo probabilistico.

Il fatto che il campione a nostra disposizione sia il più esteso e di più elevata qualità mai realizzato sul nostro territorio fa in ogni caso ritenere all'équipe che lo scenario tratteggiato nei prossimi due paragrafi sia quello che, finora, meglio approssima la realtà effettiva.

POPOLAZIONE OMO-BISESSUALE, SEX SURVEY E CAMPIONI ON-LINE

Box di Cristina Chiari

Abstract

Negli ultimi dieci anni, i ricercatori, grazie all'uso di linguaggi creativi come l'HTML, hanno avuto modo di ideare degli studi per mezzo della Rete utilizzandone le caratteristiche d'interattività, nonché di sfruttare tali caratteristiche per creare strumenti di raccolta dati, come i questionari on-line (Batinic, 2002; Birnbaum, 2000).

Sottolineando soprattutto quest'ultimo aspetto, si sono originati interrogativi metodologici che hanno portato a ricerche comparative fra strumenti tradizionali carta e penna e metodi che utilizzano il Web (Cronk e West, 2002).

Facendo una semplice ricerca su PsycINFO inserendo la stringa "Web Survey" (ricerca per parole-chiave effettuata il 15 marzo 2006), risultano ben 176 gli articoli pubblicati; solo 6 sono però quelli incentrati su tematiche che riguardano campioni di persone gay/lesbiche. Va detto che, sebbene la loro comparsa, in questo *database*, risalga alla fine degli anni '90, essi hanno avuto una crescita esponenziale negli ultimi due anni¹.

Con questo contributo non si ha la pretesa di tracciare una rassegna sul tema, ma di incuriosire il lettore proponendogli brevemente alcuni nodi essenziali che riguardano vantaggi e svantaggi dell'utilizzo delle *Web survey*.

L'utilizzo del cyberspazio costituisce un nuovo *setting* di ricerca con specifiche e peculiari caratteristiche che meritano un'altrettanto specifica ed elaborata riflessione metodologica. Il questionario on-line rappresenta, infatti, uno strumento caratterizzato da una grande plasticità e da diversi gradi di controllo delle informazioni raccolte in merito agli aspetti di rappresentatività e affidabilità del campione, determinati, non tanto o non soltanto dal mezzo di somministrazione, ma anche, e soprattutto, dalle caratteristiche della popolazione di riferimento (Kaye e Johnson, 1999). Se la popolazione è conosciuta, ad esempio attraverso un elenco, è possibile addirittura effettuare campionamenti randomizzati; se, al contrario, la popolazione di riferimento non è conosciuta, come nel caso di "MODI DI", il campione di riferimento diventa 'volontario'. In questo caso, per garantire il più possibile l'attendibilità delle risposte sarà necessaria una promozione mirata (Epstein e Klinkenberg, 2002).

I questionari on-line, inoltre, sono polimorfi per le tipologie con cui vengono costruiti: per e-mail, o interattivi; a "rete libera" o "a rete controllata" (Chiari, 2003)². Tali tipologie dipendono dalle caratteristiche della popolazione e presuppongono modalità e livelli di controllo differenti sull'attendibilità del campione stesso.

¹ Solo nel 2005-2006 sono 53 su 176; nel 2004 sono 49; nel 2003, 28; nel 2002, 23, nel 2001, 13; nel 2000, 4; nel 1999, 2; nel 1997, 2.

² I questionari on-line sono definiti "a rete controllata" quando possiamo accedere ad un elenco definito di persone e addirittura fornire ai futuri partecipanti una *password* d'accesso al questionario; in questo modo il controllo dei soggetti è maggiore e possiamo creare dei campionamenti randomizzati, che assegnano in modo casuale i soggetti alle diverse condizioni (Kaye e Johnson, 2002).

Ci piace definire lo strumento di rilevazione on-line utilizzato dalla ricerca “*MODI DI*” come un questionario interattivo a rete libera. Cosa significa? In questi tipi di questionari on-line, a differenza di quelli mandati per posta elettronica, il contatto con i soggetti avviene direttamente nel Web. Si può definire “a rete libera” poiché non essendo possibile accedere all’universo costituito dalle “persone omo-bisessuali”, non possiamo controllare le caratteristiche dei compilatori.

Inoltre, essendo scritto in formato HTML, i soggetti possono compilare direttamente il questionario collegandosi al sito in cui è posto. Il ricercatore, infine, può dare *feedback* immediati sulle risposte aumentando la motivazione e segnalando *missing*.

Vantaggi del questionario on-line

Questo strumento di raccolta dati presenta numerosi vantaggi, tra cui:

- reperire in breve tempo un numero davvero consistente di soggetti. In un’altra recente ricerca sulle coppie omosessuali, ad esempio, sono stati raccolti più di 1.500 questionari, di cui 1.373 validi, in un periodo di poche settimane compreso fra il 12 febbraio 2001 ed il 2 maggio 2001;
- aumentare l’eterogeneità del campione. Questo aspetto aumenta la validità esterna delle ricerche che hanno maggiori possibilità di reperire un campione che non sia costituito, come talvolta accade, principalmente da studenti universitari (Brenner, 2002). Le ricerche su campioni omosessuali spesso hanno un *bias* iniziale: vengono contattati solo coloro che fanno parte del circuito delle associazioni e che sono, pertanto, più visibili e maggiormente integrati nel contesto sociale. Sono inoltre coloro che si identificano come omosessuali. Lo strumento on-line ha permesso all’equipe di “*MODI DI*” di raggiungere anche coloro che hanno comportamenti omosessuali ma che non identificandosi come tali, e/o non frequentano il circuito di associazioni GLBT;
- raggiungere soggetti dalle caratteristiche specifiche che non si riuscirebbero a contattare in altro modo. Nel caso di “*MODI DI*” non si avranno probabilmente campioni molto vasti, ma si possono aprire delle possibilità di studio su gruppi di persone altrimenti impossibili da contattare (Kaye e Jhonson, 1999);
- standardizzare le modalità di consegna. La relazione fra ricercatore/partecipante nel *Web* diventa indiretta e avulsa da comunicazione analogica; pertanto le risposte del soggetto non vengono in alcun modo influenzate dalle caratteristiche personali (ad esempio: età, sesso, aspetto fisico, tono della voce, gesti...) dei ricercatori;
- garantire l’anonimato totale. Questo metodo di somministrazione garantisce un assoluto anonimato, perciò risulta particolarmente adatto nelle ricerche su gruppi stigmatizzati o che non vogliono esporsi (ad esempio: omosessuali, persone che hanno subito abusi, iscritti ad associazioni come l’alcolisti anonimi) (Sassenberg e Kreuts, 2002; Epstein e Klinkenberg, 2002);
- compilazione nelle condizioni spazio/temporali più idonee per l’intervistato, con un conseguente effetto positivo sulla motivazione, e quindi sulla validità delle risposte;
- vantaggi tecnici ed economici: indipendentemente dal tipo di questionario on-line e dalla modalità di somministrazione, esistono dei vantaggi in termini di tempo e anche in termini economici (fotocopie, carta, spostamenti). Questi vantaggi aumentano all’aumentare delle caratteristiche di interattività del questionario. Con la creazione di questionari dinamici, infatti, i dati arrivano automaticamente in un *database*, immediatamente utilizzabile per l’analisi dei dati (vs. stampare i file e commettere errori nella fase di inserimento).

Limiti del questionario on-line

I rischi maggiori nell'utilizzo di questa procedura di somministrazione dello strumento sono quelli relativi all'affidabilità del campione. Essa è legata alla possibilità di commettere l'errore di prendere in considerazione, per l'analisi dei dati, più questionari inviati dalla stessa persona (Birnbbaum, 2000; Shmidt, 2000); alla veridicità delle risposte (problematica comune in tutti i tipi di questionario, del resto, anche cartacei); alle peculiarità dei rispondenti (personalità, benessere economico, istruzione); al *drop-out* che corrisponde allo scarto fra il numero di rispondenti reale e il numero di visitatori (Knapp e coll, 2001).

Altri limiti si possono riscontrare nel fatto che i campioni sono in prevalenza costituiti da persone che decidono spontaneamente di partecipare alla ricerca e soprattutto giovani di età.

Per far fronte a queste evenienze esistono numerose strategie di controllo:

- effettuare una promozione mirata rispetto al *target*; richiedere informazioni personali (nome e cognome, telefono o indirizzo, o indirizzo e-mail) come suggeriscono O'Neil e Penron (2001); analizzare la coerenza interna, come nei questionari cartacei (in quelli on-line il vantaggio è che si può fare automaticamente il controllo nel caso di questionari on-line dinamici) permettono di garantire una validità delle risposte metodologicamente accettabile;
- far leva su partecipanti volontari e motivati, ad esempio aumentando la lunghezza del questionario – una soluzione che rappresenta un deterrente molto forte rispetto a quanti vogliono rispondervi per invalidare la ricerca;
- considerare alcuni dati del LOG-FILE (ora, giorno, codice se esistente, sequenza delle risposte alle domande) come suggeriscono Mazzoni e Gaffuri (2002) e Carugati e Mazzoni (2002);
- sfruttare alcune caratteristiche tecniche. Ad esempio: chiudere la pagina del questionario una volta che il soggetto l'ha inviato, per impedirgli di usare il pulsante "indietro" e di re-inviarlo di nuovo, oppure fornire un messaggio di *feedback* – tutti dimostratisi ottimi strumenti per attenuare il problema degli invii plurimi.

Alla luce di queste considerazioni, come équipe abbiamo scelto di moltiplicare i canali di somministrazione del questionario: on-line e cartaceo, supportati entrambi dall'indispensabile promozione fornitaci dalle associazioni e dai luoghi di incontro ricreativi.

Bibliografia

- Batinic B, Reip U-D, Bosnjak M (2002). *Online Social Science*. Gottingen, Ger, Hogrefe.
- Birnbbaum M.H. (2004). *Human research and data collection via the Internet*. Annual Review of Psychology, 55, 803-832.
- Birnbbaum M.H. (2000). *Psychological experiments on the Internet*. AP, NY.
- Brenner V. (2002). *Generalizability issue in Internet-based survey research: implication for the Internet addiction controversy*. In Batinic et al. 2002, pg. 93-113.
- Cronk B.C. e West J.L. (2002). *Personality research on the Internet: A comparison of Web-based and Traditional instruments in Take-home and in-class setting*. Behavior Research Methods, Instruments and Computers, 34 (2), 177-180.
- Epstein J.e Klinkenberg W.D. (2002). *Collecting data via the Internet: The Development and Deployment of a Web-Based Survey*. Journal of Technology in Human Service, 2/3, 33.47.
- Chiari C. (2003). *L'utilizzo del questionario on-line: un esempio di ricerca psicosociale con persone gay/lesbiche*. Giornata in occasione della Settimana della Cultura Scientifica promossa

dal Ministero della Pubblica Istruzione, "Nuove Tecnologie per la Psicologia & Psicologia per le Nuove Tecnologie", Università degli Studi di Parma, 27 marzo 2004.

- Kaye B.K. e Jhonson T.J. (1999). *Research Methodology: Taming the Cyber Frontier*. Social Science Review, 17, 323-337.

- Knap F., Heidingsfelder M. (2002). *Drop-out analysis: effects on the survey design*. In Reips e Bosjak (2001), pg. 221-30.

- Mazzoni E. e Gaffuri P. (2002). *Cosa fanno gli studenti in Rete. Un metodo per studiare la navigazione e le risorse utilizzate*. XVI Congresso Nazionale A.I.P., Sezione di Psicologia dello Sviluppo, Rimini, Bellaria, 15-17 Settembre.

- Carugati, F. e Mazzoni, E. (2002). "Navigare" all'università: una proposta di studio dell'uso di un sito web da parte degli studenti. *Ricerche di Psicologia* (Numero speciale) - "Computer e Apprendimento" (a cura di A. Antonietti e R.A. Fabio).

- O'Neil KM. e Penron SD. (2001). *Methodological variables in Web-based research that may effects results: sample type, monetary incentives, and personal information*. Behav. Res. Methods Instrum. Computer, 33, 226-233.

- Sassenberg K. e Kreuts S. (2002). *Online research and anonymity*. In Batinic et. al. 2002. Pg. 213-227.

- Shmidt WC (2000). *The server-side of Psychology web experiments*. V. Birnbaum (2000), pg 285-310.

4.3 Gli uomini omo-bisessuali

Di Luca Pietrantoni e Luigi Palestini, con la collaborazione di Raffaele Lelleri

A) L'IDENTITÀ GAY: DEFINIZIONE DI SE' E COMPORTAMENTI SESSUALI

- Autodefinizione

Non c'è sempre congruenza tra il modo in cui le persone si definiscono e la loro attività sessuale. E' necessario, pertanto, non basarsi solo sulle etichette identitarie per comprendere appieno l'esperienza individuale.

Più della metà del campione utilizza i termine "gay" (tabella 9) come definizione di sé; più di un soggetto su 10, inoltre, sceglie di non dare un nome al proprio orientamento sessuale.

Tab. 9 – MSM, "Che termine usi di solito per definirti?" (%)

Gay	62,1
Non uso definizioni	13,6
Bisessuale	10,6
Omosessuale	9,0
Non so / Altro	4,0
Eterosessuale	0,7
TOT	100

La scelta di utilizzare il termine "gay" è lievemente inversamente proporzionale con l'età: lo scelgono il 65,2% dei massimo 25enni vs. 63,5% dei 26-30enni vs. 63,1% dei quarantenni vs. 53,1% degli ultra-40enni.

Tale termine è anche connotato territorialmente:

- 64,5% al Nord;
- 60,0% al Centro;
- 56,6% nel Meridione.

- Negli ultimi 12 mesi hai fatto sesso con... ?

L'81,7% degli intervistati ha fatto sesso solo con uomini, il 10,2% sia con uomini che con donne, l'1,5% solo con donne ed il 6,6% con nessuno.

La quota di soggetti che dicono di aver avuto rapporti sono con partner del proprio sesso (81,7%) è solo parzialmente sovrapponibile alla somma di coloro che si definiscono "gay" o "omosessuali" (71,1%). La quota di soggetti con comportamenti bisessuali è invece pressoché identità a quella riportata nella tabella 9.

La percentuale di soggetti che non ha avuto rapporti sessuali discende al variare dell'età. Il picco massimo è raggiunto dai soggetti massimo 25enni (4,9%).

B) STATO DI SALUTE RISPETTO A HIV/AIDS E MTS

- Diagnosi di malattie a trasmissione sessuale (MTS) negli ultimi 5 anni

Per quel che riguarda le malattie sessualmente trasmissibili diagnosticate negli ultimi 5 anni (tabella 10), circa 1/3 del campione (28,6%) dichiara di aver contratto le piattole, l'8,4% è stato affetto da condilomi e il 5,6% da gonorrea. A seguire si trovano sifilide, candida, herpes genitale e scabbia (2,0%). Con percentuali inferiori al 2% si trovano clamidia e tricomoniasi. L'1,5% dei soggetti ha inserito malattie diverse da quelle della lista; tra le più frequenti si trovano: micosi della pelle e mononucleosi.

Quasi la metà dei soggetti (46,9%) dichiara di non aver contratto alcuna malattia sessualmente trasmissibile.

Tab. 10 – MSM, prevalenza di MTS negli ultimi 5 anni (%) – domanda multiresponse

Piattole	28,6
Condilomi	8,4
Gonorrea	5,6
Sifilide	4,4
Candida	4,2
Herpes genitale	3,0
Scabbia	2,0
Clamidia	1,7
Tricomoniasi	0,3
Altro	1,5
Nessuna	46,9

Al fine di evidenziare eventuali oscillazioni in base all'età, sono stati effettuati test del chi-quadro per ognuna delle patologie sopra elencate (tabella 11):

- per quanto riguarda le piattole, si nota che vi è una differenza significativa tra i minori e i maggiori di 25 anni. Tra i più giovani il 20,3% ha contratto le piattole vs. percentuali più elevate con l'aumentare dell'età, sempre al di sopra del 30%; l'apice è nella fascia tra 26-30 anni con il 33,5%;
- la diffusione dei condilomi ha un picco all'interno della popolazione tra 26 e 40 anni, con un valore massimo pari 12,1% tra i trentenni;
- la gonorrea ha un picco di frequenza tra i trentenni (7,3%); molto più contenuta la sua diffusione tra i minori di 25 anni (2,6%);
- la diffusione della sifilide presenta, invece, un andamento lineare crescente all'aumentare dell'età: la percentuale di affetti da sifilide va dall'1,9% tra i minori di 25 anni al 7% negli ultraquarantenni;
- la differenza più netta riguardo alla candida si ha tra i minori e i maggiori di 25 anni. Il 2,6% dei più giovani l'ha contratta, la percentuale dopo i 26 anni si attesta invece attorno al 5%;
- non sono state invece riscontrate differenze significative rispetto all'età per herpes genitale, scabbia e clamidia.

Tab. 11 – MSM, prevalenza di alcune MTS negli ultimi 5 anni, per età (%)

	Fino a 25 anni	26-30	31-40	41 e +
Conditomi	4,5	8,7	12,1	7,1
Gonorrea	2,6	6,3	7,3	5,7
Sifilide	1,9	3,8	5,5	7,0
Candida	2,6	4,1	5,4	4,6

- Stato sierologico HIV

Tra la popolazione MSM, più di due soggetti su tre ha effettuato almeno un test nel corso della propria vita, ripartiti in HIV-negativi (63,4%) e HIV-positivi (4,0%). Il 32,6% dei rispondenti non ha mai effettuato alcun test per l'HIV.

Tab. 12 – MSM, stato sierologico HIV, per età (%)

	Fino a 25 anni	26-30	31-40	41 e +
Mai fatto il test	54,6	29,8	19,8	16,8
Sì, ultimo negativo	44,6	67,4	74,4	73,6
Sì, ultimo positivo	0,8	2,7	5,8	9,7
TOT	100	100	100	100

La percentuale di coloro che non hanno mai effettuato il test HIV diminuisce in modo consistente con l'aumentare dell'età (tabella 12): infatti il 54,6% dei soggetti con meno di 25 anni non ha mai effettuato il test vs. il 16,8% degli ultraquarantenni. La percentuale di coloro che si sono sottoposti almeno una volta al test con un risultato negativo ha delle oscillazioni più contenute e fa registrare una tendenza inversa rispetto a quella dei non-testati: si trova il 44,6% tra i minori di 25 anni e il 73,6% tra coloro che hanno più di 41 anni. La consistenza degli HIV-positivi ha un andamento crescente rispetto all'aumentare dell'età. Dichiarano di essere HIV-positivi il 9,7% dei soggetti oltre i 41 anni e lo 0,8% degli MSM con meno di 25 anni.

- Percezione dello stato sierologico HIV

Per quanto riguarda la conoscenza e la percezione da parte degli intervistati del proprio stato sierologico HIV, si nota che più di 1/3 dei soggetti non è certo del proprio stato sierologico o ne è totalmente ignaro. Il 28,9% dichiara di essere probabilmente sieronegativo, lo 0,4% pensa di essere probabilmente sieropositivo e il 7,0% non conosce il proprio stato sierologico. Circa due soggetti su tre hanno una conoscenza certa del proprio stato sierologico HIV: il 59,5% si dichiara sicuramente sieronegativo, il 4,2% si dichiara sieropositivo.

- Concordanza dello stato sierologico HIV tra partner fissi

Sul sotto-campione delle persone in coppia stata svolta un'analisi specifica riguardo alla sierocoordinanza tra partner.

Il 73,9% delle persone in coppia dice di avere uno stato sierologico HIV uguale a quello del partner: nel 70,5% sono entrambi HIV-negativi e nel 3,4% entrambi HIV-positivi. Il 20,5% non conosce il proprio o l'altrui stato sierologico HIV e non può quindi definire se vi sia concordanza. Il 5,6% dei soggetti ha una relazione stabile con un partner con uno stato sierologico HIV diverso dal proprio.

- Frequenza del ricorso ai test per malattie sessualmente trasmissibili

Quasi la metà dei soggetti ricorre frequentemente ai controlli per le MTS: il 42,4% ne ha effettuato uno negli ultimi 12 mesi, il 16,6% negli ultimi 5 anni e il 3,4% più di 5 anni fa. Tuttavia, anche i soggetti che non hanno mai effettuato alcun test compongono una parte cospicua del campione (37,6%).

I non testati diminuiscono progressivamente all'aumentare dell'età (tabella 13): tra i minori di 25 anni si trova il 58,4% di non testati contro il 22,8% degli ultraquarantenni.

L'utilizzo del test, invece, ha una tendenza inversa e la percentuale di coloro che vi si sono sottoposti aumenta al crescere dell'età.

Tab. 13 – MSM, ricorso ai controlli MTS, per età (%)

	Fino a 25 anni	26-30	31-40	41 e +
Mai	58,4	35	27,2	22,8
Sì, ultimi 12 mesi	31,1	45,8	47,8	47
Sì, ultimi 5 anni	9,3	16,5	20,8	22
Sì, più di 5 anni fa	1,2	2,7	4,2	8,2
TOT	100	100	100	100

- Frequenza del ricorso al test HIV negli intervistati HIV-negativi e nei soggetti con stato sierologico HIV incerto

La maggior parte dei rispondenti si sottopone frequentemente al test per l'HIV. Il 65,7% dei soggetti lo ha effettuato negli ultimi 12 mesi, il 26,7% vi ha ricorso negli ultimi 5 anni, mentre il 7,6% si è fatto testare più di 5 anni fa.

- Comportamenti sessuali a rischio di contagio HIV dopo l'ultimo test negli intervistati HIV-negativi e nei soggetti con stato sierologico HIV incerto

Il 26,3% dei soggetti che fanno ricorso al test HIV ha dichiarato di avere intrapreso comportamenti a rischio di contagio HIV dopo l'ultimo test, mentre il 62,1% è sicura di non aver avuto comportamenti potenzialmente contagiosi. Il restante 11,6% non è in grado di identificare gli eventuali comportamenti sessuali a rischio intrapresi.

- Tempo trascorso dalla diagnosi e ricorso al trattamento farmacologico per l'HIV/AIDS negli uomini HIV-positivi

Sono state realizzate delle analisi di approfondimento sul sotto-campione delle persone che hanno dichiarato di essere HIV-positive.

Nel 50% dei casi, questi intervistati hanno ricevuto la diagnosi negli ultimi 5 anni, nel 28% dei casi negli ultimi 2 anni, nel 22,4% sanno di essere HIV-positivi da 6 a 10 anni e nel 28% da 11 a 23 anni.

Il 57% dei soggetti HIV-positivi si sottopone a una terapia farmacologica per l'HIV/AIDS. Tale percentuale risulta fortemente influenzata dall'età, poiché i giovani HIV-positivi sono meno sottoposti al trattamento rispetto ai più anziani (tabella 14).

Tab. 14 – MSM HIV-positivi, ricorso al trattamento HIV/AIDS, per età (% , stime arrotondate)

	Fino a 25 anni	26-30	31-40	41 e +
Sì trattamento	17	38	60	72
No trattamento	83	62	40	28
TOT	100	100	100	100

- Diffusione delle epatiti A, B e C

Riguardo alla diffusione dell'epatite, circa un soggetto su 10 ha contratto un tipo di virus: di cui il 3,8% è stato affetto da epatite B, il 3,5% da epatite A e il 2,5% da epatite C.

Il test del chi-quadro non ha rilevato differenze significative nella diffusione dell'epatite A, B e C in base alla fascia di età.

- Stato vaccinale in merito alle epatiti A e B

Lo stato vaccinale in merito alle epatiti A e B è descritto in tabella 15, che dimostra una copertura vaccinale maggiore per quanto riguarda il secondo tipo di patologia. Simile è l'ammontare di persone che non conoscono la propria posizione rispetto al vaccino/immunità.

Tab. 15 – MSM, stato vaccinale rispetto alle epatiti A e B (%)

	Sì vaccinati/ immuni	Non vaccinati/ immuni	Non so	TOT
Epatite A	35,0	33,6	31,4	100
Epatite B	50,1	25,4	24,6	100

- Si osserva che la percentuale di non vaccinati per l'epatite A aumenta sensibilmente al crescere dell'età: è infatti in questa condizione il 46,9% degli ultra 40enni vs. il 13,4% dei giovani con meno di 25 anni. Il ricorso al vaccino o l'immunità mostra delle variazioni meno marcate rispetto all'età, ma in ogni caso coerente rispetto al quadro precedente: sono i minori di 25 anni a far registrare la percentuale più elevata di vaccinati/immuni (47,4%) vs. gli ultratrentenni che denotano percentuali più esigua (29,7% in media).
- Riguardo all'epatite B, i non vaccinati sono molto più presenti tra gli ultraquarantenni (36,9%) vs. ai minori di 25 anni (5,4%). I vaccinati/immuni hanno un trend inverso, che presenta il 68,0% tra i più giovani di 25 anni e il picco più basso del 39,6% nella fascia tra 31-40 anni.

C) CREDENZE E INTENZIONI SUL RISCHIO SESSUALE

Nel seguente paragrafo sono illustrati i risultati che riguardano le credenze e le percezioni dei soggetti riguardo all'HIV e ai comportamenti sessuali a rischio, misurate su scala Likert.

- *“Se i miei partner non parlano di usare il preservativo, penso che abbiano il mio stesso stato sierologico”*

La maggioranza è in disaccordo con tale affermazione (tabella 16).

Tab. 16 – MSM, grado di accordo rispetto all'affermazione: “Se i miei partner non parlano di usare il preservativo, penso che abbiano il mio stesso stato sierologico” (%)

Molto d'accordo	1,8
Abbastanza d'accordo	7,3
Poco d'accordo	17,3
Per niente d'accordo	73,7
TOT	100

Gli uomini HIV-positivi si dichiarano maggiormente d'accordo con l'affermazione suddetta rispetto agli uomini HIV-negativi.

- *“Quando sono molto eccitato ed il mio partner non ne parla, mi è difficile dire: Usiamo il preservativo”*

La maggioranza riporta di essere in disaccordo con la suddetta affermazione (tabella 17).

Tab. 17 – MSM, grado di accordo rispetto all'affermazione: “Quando sono molto eccitato ed il mio partner non ne parla, mi è difficile dire: Usiamo il preservativo” (%)

Molto d'accordo	5,8
Abbastanza d'accordo	13,9
Poco d'accordo	19,9
Per niente d'accordo	60,4
TOT	100

Come nel caso precedente, gli uomini HIV-positivi ed i non testati hanno maggiori difficoltà nella negoziazione nell'uso del condom.

- *“E' difficile per me trovare informazioni chiare sui comportamenti sessuali a rischio tra uomini gay”*

La maggioranza degli intervistati è in disaccordo con questa affermazione (tabella 18). Tuttavia, un MSM su tre riferisce di avere difficoltà a recuperare indicazioni attendibili in merito al sesso sicuro tra uomini.

Tab. 18 – MSM, grado di accordo rispetto all’affermazione: “E’ difficile per me trovare informazioni chiare sui comportamenti sessuali a rischio tra uomini gay” (%)

Molto d’accordo	10,3
Abbastanza d’accordo	22,1
Poco d’accordo	26,2
Per niente d’accordo	38,6
Non so	2,7
TOT	100

- “Mi aspetto che un uomo mi dica se è sieropositivo prima di fare sesso con me”

La maggioranza è d’accordo con questa affermazione (tabella 19).

Gli uomini HIV-positivi sono il gruppo che dichiara di avere minor fiducia riguardo alla *disclosure* dello stato sierologico HIV del partner.

Tab. 19 – MSM, grado di accordo rispetto all’affermazione: “Mi aspetto che un uomo mi dica se è sieropositivo prima di fare sesso con me” (%)

Molto d’accordo	42,7
Abbastanza d’accordo	21,3
Poco d’accordo	15,3
Per niente d’accordo	20,7
TOT	100

- “Cerco intenzionalmente partner che non usano il preservativo e che sono disposti a dare o ricevere sperma”

La quasi totalità è in disaccordo con questa affermazione (tabella 20).

Tab. 20 – MSM, grado di accordo rispetto all’affermazione: “Cerco intenzionalmente partner che non usano il preservativo e che sono disposti a dare o ricevere sperma” (%)

Molto d’accordo	1,8
Abbastanza d’accordo	2,3
Poco d’accordo	6,9
Per niente d’accordo	89,0
TOT	100

Gli uomini HIV-positivi sono relativamente più d’accordo con la ricerca di sesso non protetto.

- “Sono stanco di preoccuparmi dell’HIV/AIDS”

La maggioranza assoluta è in totale disaccordo e il 15% è abbastanza o molto d’accordo con questa affermazione (tabella 21).

Tab. 21 – MSM, grado di accordo rispetto all'affermazione: “Sono stanco di preoccuparmi dell'HIV/AIDS” (%)

Molto d'accordo	7,0
Abbastanza d'accordo	8,8
Poco d'accordo	14,0
Per niente d'accordo	70,2
TOT	100

- “Penso che l'AIDS in Italia sia tuttora una malattia mortale”

La maggioranza degli intervistati è d'accordo (tabella 22).

Gli uomini HIV-positivi sono mediamente più in disaccordo con tale affermazione rispetto agli altri intervistati.

Tab. 22 – MSM, grado di accordo rispetto all'affermazione: “Penso che l'AIDS in Italia sia tuttora una malattia mortale” (%)

Molto d'accordo	53,3
Abbastanza d'accordo	26,5
Poco d'accordo	13,9
Per niente d'accordo	6,4
TOT	100

D) QUALE STILE DI VITA SESSUALE? COME, DOVE E CON CHI SI FA SESSO

- Numero di partner sessuali negli ultimi 12 mesi

Per quanto concerne il numero di partner sessuali nell'ultimo anno (tabella 23), più del 50% della popolazione dice di aver avuto meno di 4 partner ed il 25% dei soggetti ha avuto rapporti esclusivi con un unico partner. Il 4,3% ha avuto più di 50 partner sessuali.

Tab. 23 – MSM, numero di partner sessuali negli ultimi 12 mesi (%)

1 partner	25,0
Da 2 a 4	29,3
Da 5 a 10	19,9
Da 11 a 20	11,9
Da 21 a 50	9,5
> 50	4,3
TOT	100

- Luoghi di incontro di partner sessuali negli ultimi 12 mesi

Il 54,6% dei soggetti ha rivelato di utilizzare Internet per la ricerca di partner sessuali.

Il Web si attesta come il mezzo più utilizzato, seguito da (la domanda è *multiresponse*):

- locali gay (33,3%);
- saune gay (20,7%);
- aree di *cruising/battuage* (20,5%);
- casa di amici/amiche (16,2%);
- spiagge e aree naturiste (14,5%);
- *darkroom* (13,2%).

Con percentuali inferiori al 10% si trovano: associazioni gay (7,0%) bagni pubblici (4,9%), luogo di lavoro (4,4%), palestra (3,8%) e cinema per adulti (3,2%)

- Soddisfazione dell'attuale vita sessuale

La maggioranza della popolazione si dichiara soddisfatta della propria vita sessuale attuale: il 63,3% dei rispondenti è molto/abbastanza soddisfatto; il 10,4% non è per niente contento della propria vita sessuale (tabella 24).

Tab. 24 – MSM, grado di soddisfazione in merito alla propria vita sessuale attuale (%)

Molto soddisfatto	18,9
Abbastanza	44,4
Poco	26,2
Per niente	10,4

TOT	100
-----	-----

E) CHE RISCHI SESSUALI PRENDONO NEI COMPORAMENTI? COMPORAMENTI DI RISCHIO SESSUALE RECENTI

- Sesso anale insertivo non protetto con partner HIV-positivo o dallo stato HIV incerto/sconosciuto

Coloro che hanno avuto rapporti anali insertivi non protetti con partner HIV-positivi o con stato sierologico HIV incerto/sconosciuto sono il 13% della popolazione di riferimento.

Vari sono i fattori associati a tale pratica sessuale ad elevato rischio:

- il 37,4% dei rispondenti con un'età dai 31 ai 40 anni ha avuto rapporti anali a rischio di questo tipo, costituendo quindi il sotto-gruppo con la percentuale più elevata, seguito dai giovani (meno di 25 anni) con il 23,9%. La classe di età che si espone meno a tale rischio sembra essere quella oltre i 41 anni;
- anche la variabile del reddito è stata indagata. La fascia di popolazione con un reddito medio (da 1.000 a 1.999 euro) sembra essere quella maggiormente a rischio – il 41,1% dei soggetti ha avuto rapporti anali insertivi a rischio; la fascia con la percentuale minore di rapporti anali insertivi a rischio è quella con un reddito da 3.000 euro in su con il 9,6%;
- l'utilizzo di Internet per la ricerca di partner sessuali ha un effetto alquanto significativo: si può notare che il 66,7% dei soggetti che usano Internet per scopi sessuali ha avuto rapporti insertivi a rischio. Se prendiamo in considerazione la frequenza dei rapporti sessuali con partner incontrati su Internet abbiamo, anche in questo caso, risultati significativi: il 76,9% di coloro che hanno praticato sesso anale insertivo non protetto ha avuto almeno un rapporto sessuale con un partner incontrato su internet; nel gruppo di soggetti che non hanno praticato sesso a rischio, la percentuale scende al 64,4%;
- l'uso di sostanze stupefacenti in concomitanza del rapporto sessuale ha un effetto negativo sui comportamenti sessuali protettivi: Tra coloro che hanno avuto rapporti sessuali insertivi non protetti il 31,2% ha avuto rapporti sessuali sotto l'effetto di sostanze; tra coloro che invece non hanno avuto rapporti a rischio solo il 15,9% ha abusato di droghe immediatamente prima del rapporto sessuale. Pure l'alcool ha un effetto molto simile a quello delle sostanze stupefacenti: nel gruppo di persone che ha avuto rapporti insertivi a rischio il 33,9% ha fatto sesso sotto l'effetto dell'alcool, nel gruppo di soggetti che non hanno avuto rapporti sessuali non protetti la percentuale è del 23,2%;
- anche il numero di partner sessuali avuti negli ultimi 12 mesi influenza la frequenza dei rapporti non protetti. Il test del chi-quadrato ha infatti fornito il seguente risultato significativo: tra gli uomini che hanno avuto rapporti a rischio l'11,3% ha avuto più di 50 partner sessuali, nell'altro gruppo la percentuale si abbassa al 3,1%;
- per quanto riguarda gli atteggiamenti rispetto all'HIV/AIDS, coloro che hanno avuto rapporti sessuali insertivi a rischio sono maggiormente inclini a sviluppare delle credenze sullo stato sierologico HIV del partner senza averne dei riscontri reali. Il gruppo di uomini che hanno intrapreso dei comportamenti sessuali a rischio rivela inoltre una minore capacità nella negoziazione nell'uso di protezioni (v. il preservativo).

- Sesso anale ricettivo non protetto con partner HIV-positivo o dallo stato HIV incerto/sconosciuto

Prendendo in esame il sesso anale ricettivo a rischio, la percentuale di coloro che lo hanno intrapreso con partner HIV-positivi o con stato sierologico HIV incerto/sconosciuto è pari al 12,5%.

Anche in questo caso, diversi sono i fattori associati a tale pratica sessuale a rischio:

- le persone che utilizzano Internet per la ricerca di partner sessuali sembrano essere più a rischio per quel che riguarda i rapporti sessuali ricettivi non protetti: tra chi ha avuto rapporti sessuali ricettivi non protetti il 66% ha utilizzato internet per la ricerca di partner. La percentuale è del 53% tra chi non ha intrapreso comportamenti a rischio. Anche la frequenza dei rapporti sessuali con partner incontrati su Internet ha un'influenza sui rapporti sessuali ricettivi a rischio: tra coloro che hanno intrapreso sesso ricettivo non protetto il 77,7% ha fatto sesso almeno una volta con un partner su Internet, mentre la percentuale scende al 64,4% tra i soggetti che non hanno avuto rapporti anali non protetti;
- l'uso di sostanze stupefacenti prima del rapporto sessuale ha un effetto significativo sulla presenza di rapporti ricettivi a rischio: il 28% di coloro che hanno praticato sesso anale ricettivo non protetto ha fatto sesso sotto l'effetto di sostanze negli ultimi 12 mesi vs. tra coloro che non hanno avuto rapporti ricettivi a rischio la percentuale è del 16,4%. Anche l'uso di alcool ha effetti simili sulla protezione durante i rapporti sessuali: tra coloro che hanno avuto rapporti non protetti, il 34% ha fatto sesso sotto l'effetto dell'alcool; la percentuale si abbassa al 23,2% tra coloro che non hanno avuto comportamenti sessuali a rischio;
- la frequenza dei rapporti ricettivi a rischio è collegata in modo significativo al numero dei partner sessuali degli ultimi 12 mesi. Poco meno di un terzo (28,7%) di coloro che hanno avuto molti partner sessuali (più di 50) ha fatto sesso ricettivo non protetto; la percentuale scende al 4,9% nel gruppo di soggetti che si dichiarano monogami.
- il ruolo sessuale assunto ha anch'esso un effetto importante sui comportamenti sessuali a rischio: tra gli uomini che hanno fatto sesso anale ricettivo non protetto i ruoli sessuali più rappresentati sono i versatili (33,5%) e il gruppo "soprattutto ricettivo" (28,6%);
- l'uso del preservativo (misurato dall'item: "L'ultima volta che hai fatto sesso avevi con te un preservativo – anche se non l'hai usato?") si è rivelato associato ai rapporti anali a rischio al test del chi-quadro (4; N=3.654; 19,14; p<.001). Il 30,5% di coloro che hanno avuto rapporti a rischio non aveva con sé un preservativo l'ultima volta che ha fatto sesso; vi è anche un notevole aumento di rapporti non protetti fra coloro che dichiarano di non aver avuto con sé un *condom* ma di averlo trovato nel luogo dove hanno fatto sesso (19,0%) – percentuale superiore anche a quella degli uomini che hanno dichiarato di non avere con sé un preservativo (13,8%);
- il gruppo di uomini che hanno avuto rapporti a rischio tende ad essere relativamente più d'accordo con le affermazioni: "Penso che abbia il mio stesso stato sierologico" e "Quando sono molto eccitato ed il mio partner non ne parla, mi è difficile dire - Usiamo il preservativo".

- *Stato sierologico e sesso non protetto, stima complessiva*

Considerando come rapporti sessuali a rischio quelli anali insertivi e ricettivi (senza preservativo) e quelli orali con eiaculazione con partner dallo stato HIV-positivo o non conosciuto, abbiamo calcolato una percentuale riassuntiva.

Emerge che il 21,2% delle persone HIV-negative ed il 22,7% delle persone non testate ha praticato sesso a rischio negli ultimi 12 mesi. Tale percentuale sale considerevolmente in merito alle persone HIV-positivo, poco meno della metà delle quali ha praticato sesso non protetto (49,7%).

F) COME E' STATO L'ULTIMO RAPPORTO SESSUALE?

Una sezione del questionario riguardava il dettaglio dell'ultimo rapporto sessuale praticato.

Nel 60% dei casi il partner è stato una persona che si conosceva già.

Per quanto riguarda le modalità di contatto, è stata una persona incontrata su Internet nel 26% dei casi, in un luogo di *cruising* per l'11% degli intervistati, in una sauna gay per l'8%, in una *darkroom* per il 5%, in un club gay nel 15%; si è trattato di persona pagata (*sex worker*) nel 2% dei casi.

Gli intervistati riportano che il luogo dell'ultimo rapporto sessuale è stato nei due terzi dei casi un'abitazione privata (tabella 25).

Tab. 25 – MSM, luogo dell'ultimo rapporto sessuale (%)

A casa mia/sua/di altri	68,8
In macchina	9,9
In un'area di <i>cruising</i>	4,0
All'aperto	3,3
In una sauna gay	3,9
In un club/disco gay	2,0
In un altro luogo pubblico	1,0
In una <i>darkroom</i>	1,8
Altrove	5,3
TOT	100

E' stato inoltre chiesto di indicare dove l'eiaculazione è avvenuta. Il partner ha eiaculato (domanda *multiresponse*):

- dentro il preservativo nel 66% dei casi;
- sul corpo dell'intervistato nel 35%;
- per terra/in fazzoletto/altrove nel 23%;
- dentro la bocca dell'intervistato nel 18%;
- dentro l'ano dell'intervistato, senza preservativo nel 13%;
- sul viso dell'intervistato nel 12%;
- non ha eiaculato nel 9%.

Come si può notare, gli intervistati sono stati esposti ad una pratica sessuale potenzialmente a rischio elevato in circa un terzo dei casi.

Alla domanda “*Avevi con te il preservativo?*”, più della metà ha risposto affermativamente (tabella 26).

Tab. 26 – MSM, “Avevi con te il preservativo?” (%)

Sì, l’ho sempre con me	48,6
Sì, l’avevo portato per l’occasione	11,2
L’ho trovato/era disponibile nel posto dove ho fatto sesso	8,1
No	27,5
Altro	4,6
TOT	100

G) CHE TIPO DI SOSTANZE CONSUMANO? ALCOOL, FUMO E SOSTANZE ILLEGALI

- Abuso di alcool nell'ultimo mese

La maggioranza degli intervistati (63%) dichiara di non essersi mai ubriacata nell'ultimo mese. Il 16% degli uomini lo ha fatto solo 1 volta ed il 12% da 2 a 3 volte; solo una minoranza di intervistati dice di essersi ubriacata da 4 a 6 volte nell'ultimo mese (4%) o più (5%).

Fra gli uomini che si sono ubriacati almeno 1 volta nell'ultimo mese, il 51% ha meno di 25 anni e solo il 15% è ultra 40enne. Più in generale, l'abuso di alcolici è registrato in diminuzione col passare degli anni (tabella 27). Tale tendenza è correlata col ridursi della frequentazione di locali ricreativi – quasi 1/5 dei soggetti over-40 dichiara di non essersi recato in un locale nell'ultimo anno vs. più della metà degli under-40 che ha frequentato locali anche nell'ultimo mese.

Tab. 27 – MSM, abuso di alcool nell'ultimo mese, per età (%)

	Fino a 25 anni	26-30	31-40	41 e +
Mai ubriacato	49,7	57,3	70,1	84,5
1 volta	20,8	18,8	14,9	7,7
2-3 volte	17,2	14,5	8,9	5,3
4-6 volte	5,6	4,7	2,8	0,9
> 6 volte	6,7	4,7	3,3	1,6
TOT	100	100	100	100

- Il consumo di tabacco

Il 57% degli uomini dichiara di non fumare. Il 25% risulta 'forte fumatore' (consuma più di 11 sigarette al giorno), il 9% è 'leggero fumatore' (fino a 5 sigarette al giorno), il 9% 'medio fumatore' (da 6 a 10 sigarette giornaliere).

- Sostanze illegali

La metà degli intervistati dichiara di aver fatto uso di sostanze illegali negli ultimi 12 mesi (51,4%).

Tab. 28 – MSM, sostanze illegali maggiormente usate nell'ultimo anno (% , stime arrotondate) – domanda multiresponse

Cannabis/Marijuana	32
Popper	18
Cocaina	10
Ecstasy	6
Amfetamine/Speed	3
Ketamina	2
LSD	1
Crystal-meth	1
Steroidi/Anabolizzanti	1
Crack	0,6
Eroina	0,5

- Fra i consumatori, la maggioranza (32%) fa uso di Cannabis o Marijuana (tabella 28). L'età si associa significativamente all'uso di questa sostanza: il 41,9% degli intervistati con meno di 25 anni è infatti un consumatore di Cannabis/Marijuana vs. il 36,2% di chi ha un'età compresa fra i 26 ed i 30 anni vs. il 25,9% di chi ha fra i 31 ed i 40 anni vs. solo l'17,7% di ha più di 41 anni (tabella 29).

Tab. 29 – MSM, uso di alcune sostanze illegali, relativizzato per età (%)

	Fino a 25 anni	26-30	31-40	41 e +
Cannabis/Marijuana	41,9	36,2	25,9	17,7
Popper	13,5	17,6	18,1	15,3
Cocaina	8,8	11,3	9,7	4,9
Ecstasy	4,5	7,1	4,7	2,2
Psicofarmaci	9,6	11,3	13,6	15,4

- Il 18% riporta di aver consumato Popper negli ultimi 12 mesi. Le variazioni in base all'età non sono consistenti.
- Circa il 10% riporta di aver consumato Cocaina. L'età di maggiore consumo si situa nella fascia di età compresa fra i 26 ed i 40 anni. Il 31,5% dei consumatori di Cocaina ha meno di 25 anni ed il 25,8% ha fra i 26 ed i 30 anni di età; una piccola percentuale di consumatori di cocaina ha più di 41 anni (7%).
- Il 6% degli uomini riporta di consumare Ecstasy. In termini assoluti, i consumatori di Ecstasy con meno di 25 anni sono il 31,8%, quelli con età compresa fra 26 e 30 anni sono il 31,3%, il 30,7% quelli di età compresa fra 31 e 40 anni e solo il 6,1% i consumatori della sostanza che hanno più di 41 anni. In termini relativi, le fasce d'età sovra-rappresentate è quella dei 26-30enni, con il 7,2% di consumatori sul totale.
- Il 3% degli uomini ha consumato Speed/Amfetamine, il 2% degli uomini ketamina, l'1% LSD, steroidi/anabolizzanti e Crystal-meth, lo 0,6% Crack. Non ci sono differenze

significative per quanto riguarda l'uso di queste sostanze.

Alcune sostanze usate dagli intervistati si associano fra loro con un valore del coefficiente di correlazione $> .30$. L'uso di Marijuana è associato significativamente a quello di Popper e a quello di Cocaina. Il Popper si associa anche all'Ecstasy, mentre la Cocaina correla maggiormente sia con l'Ecstasy, sia con le Amfetamine/Speed. Queste sostanze – dette “nuove droghe” (Ecstasy, Amfetamine/Speed, LSD, Crystal-meth e Ketamina) – correlano fortemente tra loro come ad indicare un *pattern* di consumo univoco e specifico.

Consumo di tranquillanti e antidepressivi

Il 13% degli intervistati dichiara di aver usato tranquillanti; di questi, la maggioranza (36,5%) ha un'età compresa fra i 31 ed i 40 anni, il 24,2% ha meno di 25 anni ed il 19,7% ha un'età compresa fra 26 e 30 anni oppure oltre i 41 anni.

- Consumo di farmaci per la disfunzione erettile

Il 4,4% degli intervistati riporta di aver fatto uso di Viagra/Cialis/Levitra negli ultimi 12 mesi.

Il consumo è positivamente correlato con l'età dei soggetti, come dimostra la tabella 30.

Tab. 30 – MSM, uso di Viagra/Cialis/Levitra, per età (%)

	Fino a 25 anni	26-30	31-40	41 e +
Sì uso	0,6	3,4	5,1	11,3
No uso	99,4	96,6	94,9	88,7
TOT	100	100	100	100

- Comportamenti sessuali sotto effetto di alcol

La maggioranza degli uomini (75%) dichiara di non aver avuto alcun comportamento sessuale sotto effetto dell'alcol negli ultimi 12 mesi. Poco più di un quinto (21%) dice di aver fatto sesso sotto effetto dell'alcol almeno qualche volta. Pochissimi (3%) dichiarano di averlo fatto molte volte.

- Comportamenti sessuali sotto effetto di sostanze

La maggioranza (81%) dichiara di non aver fatto mai sesso sotto l'effetto di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi. Il 14% degli intervistati dichiara di aver fatto sesso sotto l'effetto di sostanze almeno qualche volta; statisticamente residuali i soggetti (4%) che dichiarano di averlo fatto molte volte.

H) VISIBILITÀ: CHE RELAZIONE HANNO CON MEDICI E PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI?

Più i soggetti sono giovani e meno rivelano al medico di base la propria omosessualità (80,4% degli under-25 contro il 52,8% dei soggetti over-40). Stessa tendenza per la *disclosure* all'eventuale psicologo di riferimento.

Questi risultati della ricerca "MODI DI" in merito al rapporto con i servizi psico-socio-sanitari assumono particolare spessore se considerati in relazione a quanto visto in precedenza sui soggetti che non effettuano controlli sul proprio stato di salute.

- Conoscenza dell'orientamento sessuale da parte del medico

In due terzi dei casi il medico di medicina generale non è a conoscenza dell'orientamento sessuale del suo paziente (tabella 31).

Tab. 31 – MSM, disclosure nei confronti del MMG (%)

Sì	22,0
No	68,5
Non so	9,5
TOT	100

Vi è un effetto della distribuzione geografica sulla rivelazione dell'orientamento:

- al Nord la percentuale delle persone che hanno una relazione più aperta con il medico è del 23,9%;
- al Centro del 23,5%;
- al Sud ed Isole del 13%.

- Eventuale cambiamento della relazione dopo la conoscenza dell'orientamento sessuale da parte del medico (N =1.185)

Nella maggioranza dei casi, la relazione con il medico dopo la conoscenza dell'orientamento sessuale non è cambiata, secondo gli intervistati; in un caso su 7 è addirittura migliorata (tabella 32).

Tab. 32 – MSM, eventuale cambiamento della relazione dopo la disclosure col MMG (%)

Sì, in meglio	14,5
Sì, in peggio	4,6
No, non è cambiata	80,8
TOT	100

- Ricorso allo psicologo/psicoterapeuta

Il 7,9% si rivolge attualmente dallo psicologo/psicoterapeuta ed il 28,6% si è rivolto in passato.

- *Conoscenza da parte dello psicologo/psicoterapeuta dell'orientamento sessuale*

Nella maggioranza dei casi, il professionista è/era a conoscenza dell'orientamento sessuale dell'intervistato (tabella 33).

Tab. 33 – MSM, disclosure nei confronti dello psicologo/psicoterapeuta (%)

Sì	78,3
No	17,6
Non so	4,0
TOT	100

Anche in questo caso, vi è un effetto della distribuzione geografica sulla rivelazione dell'orientamento:

- al Nord la percentuale delle persone che hanno una relazione più aperta con lo psicologo/psicoterapeuta è del 79,7%;
- al Centro è del 80,1%;
- al Sud e Isole del 72,3%.

- *Atteggiamento da parte dello psicologo/psicoterapeuta sull'omosessualità*

In due terzi dei casi, lo psicoterapeuta ha/aveva idee per niente negative in merito all'orientamento sessuale di tipo omosessuale (tabella 34).

Tab. 34 – MSM, atteggiamento del psicologo/psicoterapeuta sull'omosessualità (%)

Molto negativo	1,9
Abbastanza negativo	3,9
Poco negativo	6,3
Per niente negative	63,7
Non so	24,1
TOT	100

- *Aspettative di trattamento discriminatorio*

All'affermazione: “*Temo di ricevere un trattamento peggiore a causa del mio orientamento sessuale quando mi rivolgo a medici e infermieri*”, il 31,6% degli intervistati su è detto abbastanza o molto d'accordo (tabella 35).

Tab. 35 – MSM, grado di accordo rispetto all'affermazione: “Temo di ricevere un trattamento peggiore a causa del mio orientamento sessuale quando mi rivolgo a medici e infermieri” (%)

Molto d'accordo	10,6
Abbastanza d'accordo	21,0
Poco d'accordo	27,6
Per niente d'accordo	34,1
Non so	6,7
TOT	100

D) QUALI EVENTI 'DIFFICILI' HANNO VISSUTO?

- Insulti o molestie di tipo omofobico negli ultimi 12 mesi

Nella maggioranza dei casi, gli uomini non riportano di essere stati bersaglio di insulti o molestie motivate dal disprezzo verso l'omosessualità (tabella 36). Tuttavia quasi 1 su 5 lo è stato; la percentuale è notevolmente superiore tra i più giovani (circa il 30% tra gli under-25) e tra gli intervistati residenti nel Sud Italia (26%).

Tab. 36 – MSM, insultati o molestati per motivi omofobici nell'ultimo anno (%)

Sì, molte volte	1,9
Sì, qualche volta	17,5
No, mai	80,6
TOT	100

- Violenze nelle relazioni di coppia

Il 72% non ha mai vissuto maltrattamenti nelle proprie relazioni di coppia, mentre il restante 38% ha avuto relazioni di coppie violente.

La tipologia delle situazioni è molto articolata, come dimostra la tabella 37.

Tab. 37 – MSM, forme di violenza subite nelle relazioni di coppia (%) – domanda multiresposta

Controllato tutto il tempo	6,4
Forzato a fare sesso	4,1
Isolato da amici o famiglia	3,9
Insultato regolarmente e umiliato	3,5
Picchiato	2,7
Ferito fisicamente senza cure mediche	1,7
Ferito fisicamente con cure mediche	1,0

J) QUANTO SI TROVANO A LORO AGIO CON LA PROPRIA OMO-BISESSUALITA'?

- Omofobia interiorizzata

All'affermazione “*Vorrei non essere attratto dagli uomini*”, due terzi si dicono in totale disaccordo (tabella 38). Il 6,5% è molto insoddisfatto del proprio orientamento sessuale.

Tab. 38 – MSM, grado di accordo rispetto all'affermazione: “Vorrei non essere attratto dagli uomini” (%)

Molto d'accordo	6,5
Abbastanza d'accordo	8,5
Poco d'accordo	14,9
Per niente d'accordo	66,6
Non so	3,5
TOT	100

- Percezione dell'ambiente gay

All'affermazione “*Non mi piace l'ambiente gay*”, il campione si divide in due parti sostanzialmente uguali: metà è d'accordo e metà non lo è (tabella 39).

E' verosimile che nel concetto – relativamente astratto – di ‘ambiente gay’ confluiscono numerose e diverse dimensioni, anche indipendenti rispetto all'omofobia interiorizzata che abbiamo appena rilevato essere residuale nel campione (cfr. tabella 38).

Tab. 39 – MSM, grado di accordo rispetto all'affermazione: “Non mi piace l'ambiente gay” (%)

Molto d'accordo	16,7
Abbastanza d'accordo	31,6
Poco d'accordo	28,7
Per niente d'accordo	20,0
Non so	3,1
TOT	100

- Disclosure del proprio orientamento sessuale

In generale, gli intervistati dimostrano di essere molto più aperti con gli amici rispetto ai familiari stretti e, soprattutto, ai colleghi (tabella 40).

Tab. 40 – MSM, disclosure, per target (%)

Familiari ‘stretti’	Tutti o quasi	38,4
	Nessuno	35,8
Amici	Tutti o quasi	46,7
	Nessuno	11,7

Colleghi	Tutti o quasi	25,2
	Nessuno	37,7

Nel Sud Italia, la percentuale delle persone che non si è rivelata a nessun familiare sale al 45% ed a nessun collega al 46%.

K) CHE RISORSE DI COMUNITA' FREQUENTANO?

- Frequenza di eventi o luoghi associativi e di salute

Dai dati emerge che una minoranza di soggetti partecipa a luoghi od eventi della comunità GLB – più della metà degli intervistati, ad esempio, non ha mai partecipato ad un Gay Pride o si è mai rivolto ad un gruppo di sostegno gay (tabella 41).

Tab. 41 – MSM, modalità di utilizzo di alcune risorse di comunità (%)

	Più di 12 mesi fa	Ultimi 12 mesi	Ultimo mese	Mai	TOT
Evento culturale gay	11,3	21,1	22,6	45,0	100
Pride	16,8	13,9	10,0	59,3	100
Gruppo di sostegno gay	10,9	8,6	15,9	64,7	100
Clinica/ambulatorio sessuale	14,2	17,2	8,1	60,5	100
Associazione AIDS	9,1	4,3	5,2	81,4	100

Anche il ricorso ai servizi sanitari e l'utilizzo del telefono-amico (tabella 42) è relativamente basso.

Tab. 41 – MSM, modalità di utilizzo del telefono-amico gay (%)

	Più di 12 mesi fa	Ultimi 12 mesi	Mai	TOT
Telefono-amico gay	6,5	4,2	89,3	100

- Frequenza luoghi ricreativi

I luoghi socio-ricreativi sono molto più frequentati (tabella 42), con particolare attenzione per i club e le discoteche, i luoghi di *cruising* e, in second'ordine, quelli di natura più sessuale (*darkroom* e saune).

Tab. 42 – MSM, modalità di utilizzo di alcune risorse socio-ricreative di comunità (%)

	Più di 12 mesi fa	Ultimi 12 mesi	Ultimo mese	Mai	TOT
<i>Cruising</i>	16,5	15,0	29,3	39,2	100
<i>Darkroom</i>	16,6	16,2	17,0	50,2	100
Sauna gay	14,5	16,0	14,6	55,0	100
Chat gay	7,4	11,7	65,2	15,7	100
Club/disco/bar gay	9,5	19,7	53,5	17,4	100

L) COME E QUANTO UTILIZZANO INTERNET?

- Sesso con un partner incontrato su Internet negli ultimi 12 mesi ed effetti sulla socializzazione

Più della metà usa Internet per la ricerca dei partner sessuali (tabella 43), ma non sembra che ciò abbia fortemente ridotto la frequenza dei locali o dei luoghi di *cruising*: le due modalità di fruizione si integrano più che sostituirsi completamente, nella maggioranza dei casi (tabella 44). Quasi la metà, inoltre, afferma che Internet è stata anche una occasione per nuove amicizie.

Tab. 43 – MSM, sesso con partner incontrato su Internet nell'ultimo anno (%)

Molte volte	14,2
Qualche volta	18,8
Una volta	31,1
Mai	35,9
TOT	100

Tab. 44 – MSM, grado di accordo rispetto ad una serie di affermazioni in merito all'impatto di Internet (%)

	Molto d'accordo	Abbastanza d'accordo	Poco d'accordo	Per niente d'accordo	Non so / altro	TOT
<i>“Da quando utilizzo Internet per cercare partner, frequento meno i locali per gay”</i>	6,7	14,9	22,3	39,1	17,1	100
<i>“Da quando utilizzo Internet per cercare partner, frequento meno i luoghi di cruising/battuage/luoghi d'incontro sessuale all'aperto per gay”</i>	11,2	14,4	14,9	28,2	31,3	100
<i>“Ho conosciuto la maggior parte dei miei amici gay su Internet”</i>	22,0	16,6	18,5	39,5	3,3	100

4.4 Le donne omo-bisessuali

Di Margherita Graglia e Cristina Chiari, con la collaborazione di Raffaele Lelleri

A) L'IDENTITA' LESBICA: DEFINIZIONE DI SÉ E COMPORTAMENTI SESSUALI

- Autodefinizione

Nel nostro campione, costituito da 2.084 donne, la maggior parte delle donne si definisce lesbica o attraverso altre espressioni che si riferiscono, comunque, all'omosessualità (tabella 45).

Tab. 45 – FSF, “Che termini usi di solito per definirti?” (%)

Lesbica	40,6
Non uso definizioni	27,9
Bisessuale	13,4
Omosessuale	8,5
Non so / Altro	4,5
Gay	4,4
Eterosessuale	0,7
TOT	100

Molte ricerche hanno indagato la relazione fra la definizione di sé come omosessuali e altre variabili di natura socio-anagrafica, sottolineando come sia tanto più difficile definirsi quanto si appartiene a contesti di status socio economico basso (il livello di istruzione sembra la variabile più incidente) e con alti livelli di controllo sociale (come il vivere in periferia, in zone particolarmente conservatrici sia dal punto di vista politico sia religioso).

Nel nostro campione, non ci sono differenze significative fra Nord, Centro e Sud/Isole nella distribuzione della variabile in esame. Ciò conferma i dati delle ricerche internazionali degli ultimi anni che mostrano come sia piuttosto il vivere in città o in periferia a rappresentare una fra le variabili socioanagrafiche più predittive per l'autodefinizione e, quindi, il riconoscimento di sé come “lesbica” e “gay”.

Rispetto al credo religioso i dati mostrano che chi si definisce credente si definisce anche “lesbica” in misura minore rispetto a chi si definisce non credente; chi si definisce credente tende in misura maggiore di chi si definisce non credente ad utilizzare un'autodefinizione di sé che fa riferimento al termine “gay”.

Il quadro, invece, cambia molto al variare dell'età (chi-quadro=122,17; df=21; p<.0001). Le più giovani (< 25 anni) si riconoscono infatti di più in un'identità bisessuale e eterosessuale e dichiarano di non sapere come definirsi in modo sovra-rappresentato rispetto ad una distribuzione casuale. Il gruppo delle giovani adulte (26-30 anni) tende maggiormente a non utilizzare definizioni, al contrario delle donne in età adulta (> 30) che si definiscono, più delle altre, “lesbiche” (tabella 46).

Tab. 46 – FSF, autodefinizione, per età (%)

	Fino a 25 anni	26-30	31-40	41 e +
Lesbica	34,2	37,9	47,3	50,0
Non uso definizioni	27,7	34,1	26,2	24,4
Bisessuale	21,2	9,2	7,9	8,5
Omosessuale	4,7	7,4	8,2	6,8
Non so / Altro	7,8	5,5	4,5	4,3
Gay	3,1	4,6	5,5	6,0
Eterosessuale	1,3	0,7	0,2	-
TOT	100	100	100	100

- Partner sessuali

Tra le nostre intervistate (tabella 47):

- lesbiche, bisessuali e gay/omosessuali hanno un comportamento sessuale sostanzialmente in linea con la definizione di sé;
- le eterosessuali e coloro che non usano definizioni o non sanno definirsi dichiarano di avere soprattutto rapporti sessuali con uomini.

Tab. 47 – FSF, “Negli ultimi 12 mesi con chi hai fatto sesso?” (%)

Solo con F	67,2
Sia con F che con M	13,6
Con nessuno	10,4
Solo con M	8,8
TOT	100

A ri-conferma di questo dato, esiste una relazione di congruenza tra autodefinizione e stato relazionale. Infatti, chi si definisce “lesbica” dichiara di avere attualmente una relazione con una donna piuttosto che con un uomo; allo stesso modo, anche se in misura minore, chi si definisce “omosessuale”.

Inoltre chi si definisce “gay” è sottorappresentato fra coloro che dichiarano di avere attualmente una relazione di coppia con un uomo. Il trend opposto si verifica fra coloro che si definiscono “bisessuali”, “eterosessuali”, che non usano definizioni o che non sanno definirsi. Le categorie di queste persone sono infatti sovra-rappresentate fra coloro che hanno attualmente una relazione di coppia con uomo e sottorappresentati fra coloro che hanno attualmente una relazione di coppia con una donna (chi-quadro=262,95; df=14; p<.0001).

Non emergono invece differenze significative tra i diversi i modi di autodefinirsi ed il non avere una relazione di coppia.

La stessa congruenza si evidenzia considerando la relazione tra autodefinizione e stato civile, come pure fra autodefinizione e maternità (biologica o acquisita). Sebbene le relazioni non siano sempre significative, esiste una tendenza tale per cui le donne che si definiscono “bisessuali” sono sovra-

rappresentate fra quelle che dichiarano di essere sposate o separate/divorziate, così come fra quelle che dichiarano di essere madri biologiche o acquisite; anche chi non sa definirsi è sovra-rappresentato tra coloro che dichiarano di essere sposate.

In questo caso ci chiediamo in che misura le opportunità legislative orientino e abbiano parte attiva nella costruzione della propria identità sessuale: se vivo con una donna, ho una relazione sessuale e sentimentale con lei ma provengo da un precedente matrimonio in cui ho generato figli... mi sento di definirmi lesbica? Quanto dal punto di vista simbolico l'essere madre si concilia con l'identità lesbica?

B) QUALE STILE DI VITA SESSUALE? COME, DOVE, CON CHI SI FA SESSO

Le ricerche sempre più manifestano la fluidità dell'esperienza identitaria e comportamentale delle donne lesbiche.

Questa rappresenta una caratteristica che le differenzia rispetto ai maschi gay che tendono ad essere molto più stabili nel corso della loro vita in termini di autodefinizione di sé e di comportamenti sessuali orientati in modo omosessuale. Nelle donne, invece, sebbene questo trend congruente rappresenti la maggioranza delle partecipanti, esiste una buona possibilità di avere comportamenti sessuali sia con donne che con uomini.

Tale tendenza sembra essere confermata nel nostro campione (cfr. tabella 47).

Ma come si qualificano questi comportamenti in termini di pratiche sessuali, di reciprocità nei ruoli sessuali, di esplorazione e ricerca di nuove/i partner, di soddisfazione percepita? (figure 2 e 3)

Fig. 2 – FSF, “Negli ultimi 12 mesi che sesso ho fatto... ?” (%)

<i>Sesso orale con donne:</i>	<i>Sesso vaginale con donne:</i>	<i>Sesso anale con donne:</i>	<i>Sesso con uomini:</i>
- non fa sesso orale: 14,3% - praticato: 70,8% - ricevuto: 64,9% - praticato durante le mestruazioni della partner: 14,2% → Indica una reciprocità di ruoli, non esiste un ruolo passivo ed un ruolo attivo	- non fa sesso vaginale: 10% - praticato: 74,3% - ricevuto: 70,9% - con scambio di oggetti sessuali: 17% → Indica una reciprocità di ruoli; non esiste un ruolo 'passivo' ed un ruolo 'attivo'	- non fa sesso anale: 59,1% - ricettivo: 26,5% - con scambio di oggetti sessuali: 5,9%	- orale praticato: 17,9% - vaginale: 23,2% - anale: 7,8%

A scapito dei più comuni stereotipi sul ruolo sessuale, i dati mostrano che non esiste nella coppia tra donne, dal punto di vista sessuale, un ruolo maschile associato all'attività ed uno femminile associato alla passività. Questa capacità di mettersi in sintonizzazione reciproca e di mettere in gioco aspetti sia maschili sia femminili è stata verificata anche in un'altra ricerca che mette in relazione identità di genere e orientamento sessuale lesbico e gay e mostra come le donne e gli uomini siano perfettamente in grado di assumere sia ruoli socialmente costruiti come maschili sia femminili (Chiari, 2005).

La figura 3 tratta di numero di partner, di frequenza dei rapporti e di livello di soddisfazione per la propria vita sessuale (quasi al 30% la quota delle poco o per nulla soddisfatte)..

Fig. 3 – FSF, numero di partner, frequenza del rapporto sessuale e livello di soddisfazione (%)

“Negli ultimi dodici mesi con quante donne diverse hai fatto sesso?”	“Quante volte fai sesso in media alla settimana?”	“Sei soddisfatta della tua vita sessuale?”
- 1 donna: 63,3% - da 2 a 4 donne: 32,1% - da 5 a 10 donne: 3,1% - 11 donne e +: 1,5%	- 3 o più volte alla settimana: 27,4% - 1 o 2 volte: 38,6% - meno di una volta: 34,0%	- molto: 35,2% - abbastanza: 36,1% - poco o per niente: 28,8%

Confrontando il numero di partner sessuali con lo stato relazionale (single, in coppia con una donna, in coppia con un uomo) emerge che le donne single sono sovra-rappresentate fra quelle che dichiarano di aver fatto sesso con da 2 a 4 donne diverse e da 5 a 10. Le donne che hanno una relazione di coppia con un'altra donna sono invece sovra-rappresentate tra coloro che dichiarano di avere un'unica partner sessuale. Infine quelle che hanno una relazione di coppia con un uomo sono sovra-rappresentate fra coloro che dichiarano di aver avuto negli ultimi dodici mesi più di 11 partner sessuali donne (chi-quadro=75,08; df=6; p<.0001). Sembra quindi esserci una maggiore ricerca di partner sessuali donne fra coloro che hanno una relazione di coppia eterosessuale.

Per quanto riguarda l'età, sono soprattutto le più giovani ad aver avuto negli ultimi dodici mesi da 2 a 4 partner e a dichiarare di essere single allo stato attuale; le donne più mature (oltre i 40 anni) sono prevalenti tra coloro che dicono ad aver avuto un'unica partner.

- Luoghi di incontro di partner

I risultati mostrano una preferenza verso contesti intimi e raccolti o ricreativi (tabella 48).

Tab. 48 – FSF, luoghi di incontro di partner (%) – domanda multiresponse

Casa di amiche/i	18,6
Bar/disco/club lesbici	17,8
Internet	15,5
Associazioni lesbiche/gay	6,0
Lavoro	5,7
Palestra	2,2
Annunci su riviste	0,5
Altro	5,3

Ciò, oltre a porre una serie di interrogativi sul ruolo aggregativo delle associazioni, evidenzia l'importanza del ruolo di altri contesti meno 'impegnati' quali i luoghi di ritrovo intimi (casa di amiche) e 'liberi in termini di tempo e modalità se pur appartenenti ad una cultura omosessuale (bar, disco, club e Internet).

C) COMPORTAMENTI SESSUALI, STATO DI RISCHIO/SALUTE, HIV/AIDS

Per quanto riguarda la relazione tra pratiche sessuali tra donne e HIV, non esistono casi di trasmissione sessuale da donna a donna riportati nella letteratura scientifica. I casi riportati di donne lesbiche HIV-positivo sono tutti da ascrivere a comportamenti a rischio di tipo eterosessuale o allo scambio di siringhe. Nel nostro campione 9 donne si dichiarano HIV-positivo; non è stata indagata la modalità di infezione.

Sebbene, quindi, il rischio HIV nei comportamenti sessuali tra donne sia molto basso, non è tuttavia inesistente. Gli esperti hanno in particolare evidenziato che il rischio esiste durante il *cunnilingus* in presenza delle mestruazioni della partner e in caso di scambio di oggetti sessuali senza cambiare preservativo. La comunità lesbica internazionale ha promosso un dibattito sulla salute lesbica, propugnando anche l'uso del *dental-dam* (diga dentaria) per ridurre il rischio HIV e MTS nel sesso a rischio fra donne. Nel nostro campione il 53,7 afferma però di non averne mai fatto uso, il 3,1% sì e il 43,2% non sa di cosa si tratti.

Per quanto riguarda i comportamenti sessuali a rischio con un partner maschile si segnala che la maggior parte del campione non ha avuti negli ultimi dodici mesi (tabelle 49 e 50).

Tab. 49 – FSF che hanno fatto sesso con almeno un uomo, “Negli ultimi dodici mesi hai fatto sesso vaginale senza preservativo con [almeno] un uomo dallo stato HIV diverso dal tuo?” (%)

Sì	2,2
No	79,2
Non so	18,6
TOT	100

Tab. 50 – FSF che hanno fatto sesso con almeno un uomo, “Negli ultimi dodici mesi hai fatto sesso anale senza preservativo con [almeno] un uomo dallo stato HIV diverso dal tuo?” (%)

Sì	0,6
No	75,4
Non ho fatto sesso anale	12,6
Non so	8,7
TOT	100

E' stato calcolato un indicatore sintetico di rischio (tabella 51) che, considerando lo stato sierologico del partner (HIV-positivo o dallo status non conosciuto), somma i comportamenti sessuali a rischio medio-elevato (ne sono stati inseriti 8 nel questionario). L'indice ha quindi un campo di variazione che va da 0 (nessun comportamento a rischio) a 8 (praticati – almeno una volta – tutti i comportamenti a rischio).

Tab. 51 – FSF, indicatore quantitativo di rischio complessivo (0-8) (%)

0 (nessun rischio medio-elevato)	88,0
1	8,0
2	3,3
3	0,5
4	0,3
5	0
6	0
7	0
8 (tutti i rischi medi-elevati)	0
TOT	100

Come si può notare, il quadro emergente è piuttosto positivo nel campione femminile di “MODI DI”.

Incrocando questo indicatore con il comportamento sessuale di tipo eterosessuale, bisessuale e omosessuale (tabella 52), i dati mostrano che (chi-quadro=108,37; df=3; p<.0001):

- le donne che fanno sesso solo con donne sono sovra-rappresentate fra coloro che dichiarano di non aver praticato negli ultimi dodici mesi alcun comportamento a rischio;
- le donne che fanno sesso con uomini e donne e quelle che fanno sesso solo con uomini sono sovra-rappresentate fra coloro che hanno praticato almeno un comportamento sessuale a rischio.

Tab. 52 – FSF, target sessuali per rischio HIV (%)

	Nessun comportament o sessuale a rischio	Almeno un comportament o sessuale a rischio	TOT
(Con nessuno)	-	-	-
Solo con F	90,8	9,2	100
Solo con M	78,1	21,9	100
Sia con F che con M	72,8	27,2	100
TOT	88,0	12,0	100

- Status HIV e ricorso al test

Il 55% non ha mai effettuato il test HIV, il 44,5% l’ha fatto non esito negativo e lo 0,4% l’ha fatto con esito positivo (pari a 9 F su circa 2.100).

In merito alle 9 intervistate HIV-positive:

- 7 non stanno attualmente seguendo alcun percorso farmacologico di cura;

- il test che ha dimostrato l'avvenuta sieroconversione risale ad un anno fa in un caso e a 2 anni fa in un altro caso); per i rimanenti 7 casi l'anzianità è maggiore ed arriva fino a 25 anni fa;
- soltanto una donna delle 9 ha comportamenti sessuali a rischio con altre donne.

Sulla percezione del proprio stato sierologico:

- il 76,6% del campione è sicuro della propria sieronegatività;
- il 16,6% la suppone;
- lo 0,4% (esattamente i 9 casi di cui sopra) dichiara di essere sicuramente sieropositivo;
- 3 donne (0,1%) suppongono la propria sieropositività;
- il 6,2% non sa rispondere alla domanda.

Il 10,5% delle partecipanti dichiara di conoscere o di avere conosciuto personalmente donne lesbiche con HIV/AIDS. Conoscere persone sieropositive sembra fungere da stimolo ad effettuare il test (c.d. 'ipotesi contatto'): infatti chi ha conosciuto o ha conosciuto donne con HIV/AIDS è sovra-rappresentato fra coloro che hanno fatto il test; viceversa coloro che non conoscono donne lesbiche con HIV/AIDS sono sovra-rappresentate fra coloro che non hanno fatto il test ($\chi^2=36,77$; $df=1$; $p<.0001$).

D) PREVENZIONE GINECOLOGICA E MTS

- *Controlli e test diagnostici. “Hai mai fatto... ?”*

La tabella 53 riporta il ricorso ad una serie di controlli e test diagnostici.

Tab. 53 – FSF, ricorso ad una serie di controlli e test diagnostici, per età (%)

	Fino a 25 anni	26-30	31-40	41 e +
Visita ginecologica	51,4	77,5	87,5	92,6
Pap-Test	-	52,4	69,8	81,8
Mammografia	-	-	-	64,8
Controllo MTS	30,8	45,2	57,6	53,6
Test HIV	24,7	45,1	64,6	58,8

(Nota: in tabella è riportata le % di risposte “sì” sul totale per ogni fascia di età.

Inoltre, sono state considerate solo le intervistate >40 per la mammografia e le intervistate >25 per il Pap-Test)

- Prevenzione ginecologica - sottolineiamo la sua regolarità: infatti il 72,4% (in totale) non solo si è sottoposta almeno una volta alla visita, ma, negli ultimi 3 anni si sono controllate una volta il 21,3% delle intervistate, 2 volte il 15,8%, 3 volte il 14,8% e più di 3 volte il 10,8%; il restante 9,7% non risponde alla precisazione. Non ha mai effettuato un controllo il 27,6% delle donne.
- Anche per quanto riguarda il Pap-Test i dati mostrano che, quando è fatto, viene effettuato con regolarità: una volta all’anno nel 37% dei casi, ogni 2 anni nel 33,7%, ogni 3 anni nel 29,3%. Ha evidenziato problemi solo nello 8% dei casi. Complessivamente, le donne che non hanno mai fatto il Pap-Test sono il 48,9%.
- Ha fatto la mammografia il del 64,8% delle intervistate. Di queste, non la fa regolarmente il 47,1%. Il 20,4% la fa ogni 2 anni, il 7,9% dai 3 a 5 anni ed il 2,2% lascia trascorrere più di 5 anni. Solo il 22,4% delle rispondenti si sottopone annualmente al controllo. Ha evidenziato problemi nel 4% dei casi.
- Per quanto riguarda l’auto-palpazione, le donne che hanno compiuto almeno 25 anni si controllano il seno tutti i mesi sono il 16,6%, saltuariamente il 49,3% e mai il 34,1%.
- Infine, per quanto concerne le malattie a trasmissione sessuale i dati mostrano che il 55,3 % delle partecipanti non si è mai testata, mentre il 22,6% ha fatto un controllo negli ultimi 12 mesi; il 22,1% si è controllato più di 5 anni fa. Per la diffusione di queste patologia si veda la tabella 54.

Tab. 54 – FSF, MTS negli ultimi 5 anni (%) – domanda multiresponse

Candida	23,7
Infezioni vaginali	17,3
Condilomi	2,1
Epatite C	1,5
Epatite A	1,4
Epatite B	1,3
Nessuna MTS	56,5

Triconomiasi e clamidia registrano livelli percentuali inferiori a 1,3.

Per quanto riguarda l'epatite:

- epatite B – il 42,3% del campione è vaccinata o immune, il 26,3% non lo è ed il 31,4% dichiara di non saperlo;
- epatite A – il 28,6% del campione è vaccinata o immune, il 33,3% non lo è e il restante 38,1% dichiara di non saperlo.

- Variabili legate alla prevenzione

- In merito all'area geografica, è nel Sud e Isole che si effettuano meno controlli su tutti gli aspetti preventivi considerati (più del 20% delle partecipanti non effettua controlli), eccetto per la mammografia, in cui sembra essere il Centro la zona dove si effettua meno prevenzione (solo il 26,6% vi ha fatto ricorso).
- Il ricorso ai controlli mammografici ed al Pap-Test è superiori nel nostro campione rispetto alla media nazionale (fonte ISTAT, anni 1999/2000: F \geq 40 che si sono sottoposte a mammografia: 46,6%; F \geq 25 che si sono sottoposte a Pap-Test: 60,8%) (tabelle 55 e 56). Si tratta di un dato di interesse perché in contro-tendenza rispetto ai risultati di ricerche similari internazionali.

Tab. 55 – Donne di 40 anni e più che si sono sottoposte a mammografia senza la presenza di sintomi o disturbi, per classe di età e Regione/ripartizione - anni 1999-2000 (tassi per 100 donne)

Fonte: ISTAT - Servizio "Struttura e dinamica sociale",
indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 1999-2000"

	40-44	45-54	55-64	65 e oltre	TOT
Piemonte	41,9	63,7	64,0	33,8	49,0
Valle d'Aosta	46,5	73,1	75,6	45,6	59,4
Lombardia	43,4	62,4	67,3	36,0	51,2
Trentino-Alto Adige	51,2	71,2	73,6	50,2	60,9
Bolzano-Bozen	50,7	72,0	76,0	45,3	60,1
Trento	51,6	70,5	71,4	54,3	61,6
Veneto	54,4	73,2	69,0	36,7	55,7
Friuli-Venezia Giulia	42,0	73,3	69,0	36,1	52,9
Liguria	38,3	64,6	67,5	38,6	50,8
Emilia-Romagna	46,2	71,3	77,8	47,3	59,4
Toscana	27,2	66,7	75,5	43,3	54,0
Umbria	54,8	70,8	71,4	37,6	54,7
Marche	53,1	63,0	61,7	33,7	49,1
Lazio	56,9	67,8	66,9	37,6	55,1
Abruzzo	39,5	61,9	54,8	27,0	42,8
Molise	38,5	46,5	42,6	16,3	31,5
Campania	34,8	43,8	40,7	15,4	31,7
Puglia	37,1	47,5	39,1	19,4	34,0
Basilicata	29,4	43,5	37,7	16,0	29,3
Calabria	26,9	38,0	32,5	12,9	25,5
Sicilia	29,7	41,7	35,4	20,7	30,8
Sardegna	29,1	45,0	45,9	20,2	34,2
Nord-Ovest	42,5	63,1	66,4	35,8	50,6
Nord-Est	49,6	72,3	72,8	42,0	57,2
Nord	45,5	66,9	68,9	38,4	53,3
Centro	47,0	67,1	69,5	39,1	53,9
Meridione	34,6	45,7	40,5	17,6	32,5
Isole	29,6	42,5	38,2	20,6	31,6
Sud	33,0	44,6	39,8	18,5	32,2
ITALIA	41,5	59,3	60,0	32,4	46,6

Tab. 56 – Donne di 25 anni e più che si sono sottoposte a Pap-Test senza la presenza di sintomi o disturbi, per classe di età e Regione/ripartizione - anni 1999-2000 (tassi per 100 donne)

Fonte: ISTAT - Servizio “Struttura e dinamica sociale”,
indagine “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 1999-2000”

	25-34	35-44	45-54	55-64	65 e oltre	TOT
Piemonte	67,2	83,0	80,4	69,0	36,3	64,1
Valle d'Aosta	75,4	84,6	87,5	85,0	40,5	71,3
Lombardia	66,5	83,6	82,8	80,2	46,9	69,9
Trentino-Alto Adige	80,7	88,8	87,6	79,5	54,1	76,6
Bolzano-Bozen	81,9	92,5	88,2	81,3	54,0	78,5
Trento	79,7	84,8	87,2	77,8	54,2	74,8
Veneto	71,2	82,9	87,3	72,6	50,1	70,9
Friuli-Venezia Giulia	70,7	84,8	88,6	76,4	38,7	67,6
Liguria	63,8	79,5	82,4	73,1	42,4	63,6
Emilia-Romagna	76,8	87,3	91,3	86,1	54,6	75,9
Toscana	63,6	80,1	82,1	77,1	50,7	68,1
Umbria	64,4	77,7	78,0	74,1	41,7	63,5
Marche	52,2	76,9	77,9	69,1	35,8	58,8
Lazio	66,1	83,6	83,5	75,5	45,4	69,4
Abruzzo	45,6	67,3	75,7	65,3	34,0	54,3
Molise	35,7	61,1	61,6	50,5	18,6	41,4
Campania	35,7	58,0	60,2	51,9	23,9	44,8
Puglia	38,6	58,0	60,5	51,7	22,7	44,7
Basilicata	33,2	48,8	56,0	38,4	17,2	36,8
Calabria	27,5	46,2	51,4	34,1	17,0	34,0
Sicilia	42,1	56,3	59,6	51,9	26,6	45,6
Sardegna	47,9	61,6	66,5	51,2	25,2	49,2
Nord-Ovest	66,4	83,0	82,1	76,3	43,1	67,5
Nord-Est	74,0	85,3	89,0	78,8	50,9	72,9
Nord	69,6	83,9	84,9	77,3	46,3	69,8
Centro	63,4	81,3	82,0	75,1	45,6	67,1
Meridione	36,2	56,8	60,2	50,3	23,2	43,7
Isole	43,6	57,7	61,2	51,7	26,3	46,5
Sud	38,7	57,1	60,6	50,7	24,2	44,6
ITALIA	57,1	73,9	76,0	68,6	39,3	60,8

- Sulle modalità di accesso al Pap-Test: coloro che si sottopongono a questo controllo lo fanno molto più spesso attraverso un appuntamento personale (34,4%) piuttosto che su convocazione (13,4%).
- Sulla relazione fra autodefinizione e Pap-Test non si segnalano differenze significative fra le diverse categorie, eccetto che per le donne che dichiarano di non sapere come definirsi, che risultano infatti sovra-rappresentate fra coloro che non effettuano il controllo (chi-quadro=16,73; df=7; p<.05).

- Sulla relazione tra target sessuali e Pap-Test i dati dimostrano che le donne che fanno sesso solo con donne sono sovra-rappresentate significativamente fra coloro che effettuano il test mentre coloro che negli ultimi dodici mesi non hanno fatto sesso sono sovra-rappresentate tra quelle che dichiarano di non averlo fatto (chi-quadro=36,22; df =3; p<.0001).

E) CREDENZE E INTENZIONI SULLA SALUTE SESSUALE

La tabella 57 riassume le opinioni delle intervistate in merito ad un serie di credenze sulla salute sessuali presenti nel questionario.

Tab. 57 – FSF, grado di accordo in merito ad una serie di affermazioni riguardanti la salute sessuale (%)

	Molto d'accordo	Abbastanza d'accordo	Poco d'accordo	Per niente d'accordo	Non so	TOT
<i>“Mi aspetto che una donna mi dica se ha una MTS prima di fare sesso con me”</i>	76,8	12,9	4,9	3,0	2,4	100
<i>“Le donne che fanno sesso con altre donne sono a rischio HIV”</i>	17,1	30,0	27,2	19,5	6,3	100
<i>“Quando faccio sesso mi preoccupo delle malattie a trasmissione sessuale”</i>	34,9	33,4	18,2	10,6	2,9	100
<i>“Penso che in Italia l'AIDS sia tuttora una malattia mortale”</i>	51,0	31,3	11,0	2,7	3,9	100
<i>“E' difficile trovare informazioni chiare sui comportamenti sessuali a rischio tra donne”</i>	45,6	32	12,0	6,1	4,2	100
<i>“Temo di ricevere un trattamento peggiore, a causa del mio orientamento sessuale, quando mi rivolgo a medici o infermieri”</i>	13,2	21,4	25,7	28,4	11,4	100

Un primo dato che ci sembra importante sottolineare riguarda l'aspettativa che la partner con MTS informi l'altra del proprio stato di salute: ci chiediamo quanto questa credenza non freni a fare domande dirette sullo stato di salute della propria partner sessuale.

In secondo luogo emerge un quadro di preoccupazione rispetto alle MTS durante i rapporti sessuali.

In ultimo, più della metà delle partecipanti trova difficile reperire informazioni sui comportamenti sessuali a rischio tra donne e più di un terzo teme di ricevere un trattamento peggiore a causa del proprio orientamento sessuale da parte di medici e infermieri

F) CHE TIPO DI SOSTANZE CONSUMANO? ALCOOL, FUMO E SOSTANZE ILLEGALI

- Negli ultimi dodici mesi, hai fatto uso di droghe?

Il 43,9% delle intervistate dichiara di non fare uso di sostanze.

Le principali sostanze utilizzate sono indicate nella tabella 58.

Tab. 54 – FSF, sostanze usate negli ultimi 12 mesi (%) – domanda multiresponse

Cannabis/ Marijuana	45,7
Antidepressivi	11,8
Cocaina	10,6
Popper	5,2
Ecstasy	3,2
Non uso sostanze	43,9

Per le altre sostanze menzionate nel questionario (Crack, anfetamine, LSD, Viagra, Crystal-meth, ketamina, eroina) non si evidenziano percentuali di uso significative

- Variabili legate all'uso di droghe

- Non si evidenziano differenze significative nell'uso di sostanze a seconda dell'area geografica di domicilio abituale, eccetto che per il Popper, che viene maggiormente usato al Sud/Isole (27,1%).
- L'età è invece la variabile maggiormente correlata, come dimostra chiaramente la tabella 55.

Tab. 55 – FSF, uso di alcune sostanze illegali, relativizzato per età (%)

	Fino a 25 anni	26-30	31-40	41 e +
Cannabis/Marijuana	45,3	23,6	24,7	6,4
Psicofarmaci	39,0	18,7	27,8	14,5
Cocaina	47,5	23,5	23,5	5,5
Popper	65,1	19,8	13,2	1,9
Ecstasy	62,5	17,2	15,6	4,7

- Sul rapporto tra autodefinizione e uso di cannabis/marijuana i dati mostrano che chi si definisce “lesbica o “gay” è sottorappresentato tra coloro che ne fanno uso, mentre chi si dichiara “bisessuale” è sovra-rappresentato nella stessa categoria (chi-quadro=38,2; df=7; p<.0001). Per quanto concerne l'uso di cocaina, le donne che si definiscono “lesbiche” sono sottorappresentate fra coloro che ne fanno uso; si verifica invece il caso opposto, di nuovo, per chi si definisce “bisessuale” (chi-quadro=34,73; df =7; p<.0001). Per quanto riguarda l'uso di tranquillanti, l'autodefinizione non è legata significativamente all'autodefinizione.
- Sulla relazione tra target sessuali e uso di sostanze stupefacenti, i dati rilevano che chi ha rapporti sessuali solo con donne è sottorappresentato fra le donne che fanno uso di marijuana; stessa

condizione per le c.d. ‘a-sexual’; chi fa sesso solo con uomini e con entrambi i sessi è invece sovra-rappresentato tra coloro che ne fanno uso (chi-quadro=67,29;df=3; p<.0001). In merito alla cocaina sono le persone che fanno sesso con entrambi i sessi ad essere sovra-rappresentate fra coloro che ne fanno uso, all’opposto di chi non fa sesso con nessuno e chi fa sesso solo con le donne che risultano sottorappresentato (chi-quadro=80,18; df=3; p<.0001). Rispetto ai tranquillanti, i dati mostrano che le donne che fanno sesso solo con donne sono sottorappresentate fra coloro che ne fanno uso mentre chi fa sesso con entrambi è sovra-rappresentato (chi-quadro=19,72; df=3; p<.0001).

- Per quanto riguarda l’uso di sostanze durante i rapporti sessuali, solo il 4,3% delle donne dichiara di farne uso molte volte ed il 18,6% qualche volta; la maggioranza delle partecipanti alla ricerca dichiara di non farne uso (77,1%).
- L’interiorizzazione dei valori religiosi rappresenta un veicolo di controllo sociale rispetto all’uso di sostanze: infatti chi si dichiara credente è sottorappresentato tra coloro che fanno uso di cocaina (chi-quadro= 24,96; df=2; p<.0001) e marijuana (chi-quadro= 6,3; df=2; p<.05).
- Sulla relazione tra *disclosure* e uso di sostanze, i risultati della ricerca “*MODI DI*” sono compositi:
 - lo svelamento in famiglia non è in relazione con l’uso di sostanze (marijuana, cocaina, tranquillanti);
 - chi si svela a tutti o quasi tutti gli amici è sovra-rappresentato tra coloro che fanno uso di marijuana, ma non di cocaina e nemmeno di tranquillanti (chi-quadro=11,74; df=4; p<.05);
 - chi non si svela a nessun collega di lavoro è sovra-rappresentato tra chi non fa uso di marijuana (chi-quadro=12,07; df=4; p<.05). Questo dato è probabilmente spiegato dal fatto che non svelarsi nel mondo del lavoro risulta protettivo – infatti lo svelamento in un contesto percepito ancora come rischioso, come appunto quello lavorativo, potrebbe essere fungere da fattore di stress;
 - per quanto riguarda lo svelamento nei confronti degli operatori dei servizi sociosanitari, chi non sa se il medico di base è a conoscenza del suo orientamento sessuale è sovra-rappresentato tra coloro che fanno uso di marijuana (chi-quadro=7,35; df=2; p<.05) e cocaina (chi-quadro=5,8; df=2; p=.054); chi non si è svelato allo psicologo è sovra-rappresentato tra coloro che fanno uso di cocaina (chi-quadro=8,13; df=2; p<.05).
- Sulla stessa linea sono i dati relativi al legame tra relazione di coppia e uso di sostanze. “*MODI DI*” mostra che chi una relazione di coppia eterosessuale è sovra-rappresentato tra coloro che fanno uso di marijuana (chi-quadro=12,31; df=2; p<.005). Per quanto riguarda l’uso di cocaina chi non ha una relazione e chi ha una relazione con un uomo è sovra-rappresentato (chi-quadro=12,59; df=2; p<.005) rispetto alle altre.
- Esiste poi una relazione tra l’essere stata vittima di maltrattamenti nella coppia e l’uso di sostanze. In particolare le donne che dichiarano di essere state picchiate sono sovra-rappresentate fra coloro che fanno uso di marijuana (chi-quadro=4,2; df=1; p<.05) e di tranquillanti/antidepressivi/sonniferi (chi-quadro=10,29; df=1; p<.005) ed è prossima alla significatività la relazione con l’uso di cocaina (chi-quadro=3,33; df=1; p=.068). Stesso trend si verifica tra l’essere stata ferita fisicamente senza necessità di cure mediche e consumo di cocaina e tranquillanti/ansiolitici/antidepressivi, così come chi è stata insultata regolarmente o umiliata e cocaina e tranquillanti.
- In generale, le donne che hanno subito almeno qualche volta insulti o molestie a causa del proprio orientamento sessuale sono sovra-rappresentate fra coloro che fanno uso di marijuana (chi-quadro= 11,72; df=2; p<.005) e cocaina (chi-quadro=12,38; df=2; p<.005).

- Rispetto al gradimento rispetto all'ambiente lesbico, i dati mostrano che le donne a cui esso non piace sono sovra-rappresentate tra coloro che fanno uso di cocaina (chi-quadro=18,47; df=4; p<.001) e tra coloro che fanno uso di tranquillanti e antidepressivi (chi-quadro=14,13; df=4; p<.01).
- La figura 4 riporta le relazioni tra frequentazione di determinati luoghi e uso di sostanze.

*Fig. 4 – FSF, incrocio tra luoghi di frequentazione e uso di sostanze
(sono indicate solo le relazioni significative)*

Le donne che sono state in:	Sono sovra-rappresentate tra coloro che usano:			
	Cannabis/ Marijuana	Cocaina	Tranquillanti	Alcool (ubriacata > 6 volte al mese)
Club, disco, bar lesbico/gay	Si (p<.05)	Si (p=.051)	-	-
Evento culturale lesbico/gay	Si (p<.05)	-	-	-
Chat lesbica/bisessuale	-	-	-	Si (p=.005)
Associazione femminista	-	-	-	-
Associazione separatista per lesbiche	-	-	-	Si (p=.053)
Gruppo di sostegno lesbico/gay	-	-	-	-
Associazione che si occupa di AIDS	-	-	-	-
Pride	Si (p<.0001)	Si (p<.05)	-	-
Pub/bar/disco solo per lesbiche	-	Si (p<.005)	-	-

I luoghi di divertimento come club, disco e bar (soprattutto se con una clientela mista) e gli eventi comunitari (come il Pride) sono quindi legati all'uso di marijuana e cocaina. L'ipotesi è che queste sostanze vengano usate alla stregua di una sorta di 'lubrificante sociale' – diminuendo le inibizioni, favoriscono cioè i legami interpersonali. Tali luoghi, inoltre, sono contesti in cui l'uso di sostanze è più tollerato e meno negativamente connotato.

Questa tendenza non si evidenzia però nell'uso di alcool. Al contrario, le donne che frequentano luoghi separatisti e chat gay/lesbiche sono sottorappresentate fra le consumatrici di alcool. E' da

segnalare, in generale, che l'alcool non sembra svolgere tale funzione 'facilitante'. Esso infatti è poco consumato da coloro che hanno interazioni telematiche (in cui l'esposizione relazionale è facilitata perché riduce l'ansia del contatto) e da coloro che frequentano gruppi 'separatisti'.

In merito a quest'ultimo punto va detto che chi frequenta i gruppi 'separatisti' tende più delle altre a definirsi "lesbica" (chi-quadro= 140,10; df=7; p<.0001) – a conferma che l'autodefinirsi tale sia un fattore di protezione rispetto all'uso di sostanze.

Concludendo, l'uso di sostanze sembra legato ad un malessere connesso al contesto relazionale e sociale stigmatizzante. Infatti, risultano correlate significativamente variabili come:

- l'aver subito un maltrattamento sia nella relazione di coppia che nel contesto sociale;
- l'essere invisibili agli altri significativi (amici e familiari) ad eccezione del mondo del lavoro;
- la giovane età;
- il definirsi "bisessuale".

Queste ultime due variabili risultano altamente correlate tra di loro. Pertanto, allo stato attuale di questa ricerca, non è possibile scinderle per verificare quale delle due sia la più predittiva.

L'essere in coppia, condividere valori sociali che connotano negativamente l'uso di sostanze (come quelli religiosi), l'essere in una fase adulta e definirsi "lesbica" o in generale "omosessuale" e avere comportamenti sessuali omo-diretti sembrano invece svolgere un ruolo protettivo.

Ulteriori dati avvalorano queste ipotesi delle ripercussioni del contesto sociale sulla salute e il benessere di lesbiche. Prendiamo in considerazione, ad esempio, il maltrattamento, che è un indicatore di omofobia sociale.

- Hai subito molestie a causa del tuo orientamento sessuale?

Il 18,4% dice di essere stata recentemente insultata o molestata, molte volte o qualche volta, a causa del proprio orientamento sessuale.

Analizzando l'incrocio tra omofobia e svelamento, i dati della ricerca "MODI DI" mostrano che:

- chi si è svelata a tutti o quasi tutti gli amici è sovra-rappresentata tra le donne che dichiarano di avere subito molte volte insulti o molestie;
- le intervistate che si sono svelate a più della metà degli amici sono sovra-rappresentate tra coloro che dichiarano di aver ricevuto qualche volta insulti e molestie;
- chi si è dichiarata a meno della metà degli amici è sovra-rappresentata tra coloro che dichiarano di non avere subito insulti o molestie; lo stesso vale per chi non si è dichiarato a nessuno (chi-quadro=30,1; df=8; p<.0001).

Sembra pertanto esserci una relazione tra svelamento e essere oggetto di molestie.

Lo stesso trend si verifica nel contesto lavorativo:

- infatti, chi si è svelata a tutti o quasi tutti i colleghi è sovra-rappresentata fra coloro che dichiarano di aver ricevuto insulti o molestie molte volte;
- chi si è svelata a più della metà dei colleghi è sovra-rappresentata fra coloro che dichiarano di aver ricevuto insulti o molestie qualche volta;

- chi si è svelata a circa la metà dei colleghi e chi non si è rivelata a nessuno è sovra-rappresentato tra coloro che dichiarano di non essere molestato (chi-quadro=57,76; df=8; p<.0001).

- *Donne omo-bisessuali ed alcool*

La ricerca “MODI DI” indica che l’assunzione di alcool è piuttosto consistente tra le FSF italiane (tabella 56). Il suo consumo è inoltre connesso con l’età (tabella 57).

Tab. 56 – FSF, “Nell’ultimo mese, quante volte ti sei ubriacata?” (%)

Mai	55,6
1 volta	20,9
2-3 volte	14,3
4-6 volte	4,1
6 volte e +	5,1
TOT	100

Tab. 57 – FSF, “Nell’ultimo mese, quante volte ti sei ubriacata?”, relativizzato per età (%)

	Fino a 25 anni	26-30	31-40	41 e +
Mai	43,5	51,2	66,8	77,3
1 volta	22,8	23,4	18,2	15,5
2-3 volte	18,9	17,1	9,7	4,2
4-6 volte	6,9	4,8	1,4	0,8
6 volte e +	7,9	3,5	3,9	2,1
TOT	100	100	100	100

Il consumo di alcool è inversamente proporzionale rispetto all’età, ovvero sono le più giovani a ubriacarsi in misura maggiore.

- *Negli ultimi 12 mesi hai fatto sesso sotto l’effetto di alcool?*

Il 5,1% ha risposto “molte volte”, il 30,8% “qualche volta” ed il rimanente 64,1% “mai”.

- *Variabili legate all’uso di alcool*

- Le donne che fanno sesso con uomini o con entrambi i sessi tendono ad ubriacarsi in misura maggiore rispetto alle altre. Come si è visto, inoltre, le donne che fanno sesso con entrambi i sessi tendono, in generale, a far un maggiore uso di marijuana, psicofarmaci e cocaina.
- Lo svelamento con i familiari risulta essere protettivo e non protettivo al tempo stesso. I risultati di “MODI DI” non sono coerenti, da questo punto di vista. Occorre quindi indagare ulteriormente su quali fattori sono coinvolti nel rendere la *disclosure* protettiva oppure rischiosa.

- Coloro che dichiarano di essere stati insultate o maltrattate per ragioni omofobiche tendono a ubriacarsi maggiormente delle altre 2-3 volte nell'ultimo mese (chi-quadro=23,16; df=8; p<.005). Chi non ha subito alcuna molestia, è sovra-rappresentata tra chi non si è mai ubriacata nell'ultimo mese.

- Donne omo-bisessuali e tabacco

La ricerca "MODI DI" dimostra che l'abitudine al fumo è molto presente tra le FSF italiane, come dimostra la tabella 58. Anche in questo caso, similmente a quanto si è visto con l'alcool, i comportamenti sono connessi all'età (tabella 59), sebbene con un'intensità minore ed direzione opposta.

Tab. 58 – FSF, “Qual è il tuo comportamento rispetto al fumo di sigarette?” (%)

Non fumo	46,9
Fumo da 1 a 5 sigarette al giorno	16,5
Fumo da 6 a 10 sigarette	13,3
Fumo più di 11 sigarette	23,2
TOT	100

Tab. 58 – FSF, comportamento rispetto al fumo di sigaretta, relativizzato per età (%)

	Fino a 25 anni	26-30	31-40	41 e +
Non fumo	46,5	47,6	47,7	45,4
Fumo da 1 a 5 sigarette al giorno	19,0	17,5	15,4	10,1
Fumo da 6 a 10 sigarette	14,9	13,4	11,9	11,8
Fumo più di 11 sigarette	19,6	21,4	25,0	32,8
TOT	100	100	100	100

Le giovani fino a 25 anni sono sovra-rappresentate fra coloro che fumano mediamente da 1-5 sigarette al giorno, mentre le over-40 fra coloro che fumano più di 11 sigarette al giorno.

- Variabili correlate all'uso di tabacco

- In relazione al comportamenti sessuali, sono le donne che fanno sesso solo con donne a fumare un numero maggiore di sigarette.
- In merito allo svelamento con i familiari:
 - chi ha svelato il proprio orientamento sessuale ai familiari, fuma da 1-5 sigarette al giorno in misura maggiore di chi non lo ha detto a nessuno;

- fuma più di 11 sigarette al giorno soprattutto chi lo ha detto a tutti o quasi tutti (chi-quadro= 41,39; df = 12; p<.005).
- Rispetto al *coming out* agli amici:
 - non fuma chi non lo ha detto a nessuno;
 - fuma più di 11 sigarette al giorno chi lo ha detto a tutti o quasi tutti (chi-quadro= 29,16; df =12; p<.005).

In generale possiamo sottolineare che chi si dichiara di più fuma di più. Probabilmente questo è derivato dal maggiore stress che lo svelamento implica. Allo stesso tempo, è però possibile avanzare l'ipotesi che il consumo di tabacco sia parte del 'corredo d'identità' della donna omosessuale consapevolmente "lesbica".

G) VISIBILITÀ

- *Visibilità rispetto a familiari, amici e colleghi*

Tab. 59 – FSF, disclosure, per target (%)

Familiari 'stretti'	Tutti o quasi	38,9
	Nessuno	30,0
Amici	Tutti o quasi	53,7
	Nessuno	5,2
Colleghi	Tutti o quasi	21,5
	Nessuno	36,5

Come si evince dalla tabella 59, dichiarare il proprio orientamento sessuale resta difficile, soprattutto in ambito lavorativo.

- *Variabili legate allo svelamento in famiglia*

- La visibilità nei diversi contesti sembra essere particolarmente connessa all'età. Le più giovani (<25) tendono a svelarsi meno, mentre è l'età adulta il periodo della vita in cui le persone si dichiarano di più.
- Coloro che vivono al Sud e Isole dichiarano una maggiore difficoltà nello svelarsi.
- Nel contesto lavorativo non emergono differenze di nota in riferimento né all'età né all'area geografica: potremmo ipotizzare, quindi, che in tale ambiente siano predominanti altri tipi di variabili, maggiormente legate allo specifico rapporto personale o aziendale.

- *Visibilità nei contesti psico-sanitari*

Anche in questi contesti lo svelamento risulta difficile (tabella 60).

Tab. 60 – FSF, disclosure nei contesti psico-sanitari, per target (%)

Medico di base	Sì, è a conoscenza del mio orientamento sessuale	13,2
	No, non è conoscenza	80,0
	Non so	6,8
	TOT	100
Ginecologo	Sì, è a conoscenza del mio orientamento sessuale	29,7
	No, non è conoscenza	65,1
	Non so	5,1
	TOT	100
Psicologo/psicoterapeuta	Sì, è a conoscenza del mio orientamento sessuale	78,7
	No, non è conoscenza	16,4
	Non so	4,9
	TOT	100

In particolare, nella relazione d'aiuto con lo psicologo/psicoterapeuta, il professionista non sa dell'orientamento sessuale del suo paziente nel 21,3% dei casi. Addirittura in un contesto in cui si condividono importanti parti di sé, questo aspetto non viene sempre rivelato.

- Variabili connesse allo svelamento nei contesti psico-sanitari

- Anche in questo caso la variabile più legata allo svelamento è l'età, per cui le più giovani (< 25) tendono a rivelarsi meno anche nei contesti socio-sanitari. (Non si svelano al medico di base nel 82,6% dei casi, al ginecologo nel 63,0% ed allo psicologo/psicoterapeuta nel 26,7%)
- Rispetto all'area geografica, non emergono dati significativi eccetto che per lo svelamento al ginecologo che avviene in misura minore al Sud e Isole (qui solo il 15,6% si rivela)
- Per quanto riguarda la relazione tra autodefinizione e svelamento al ginecologo, le donne che si dichiarano "lesbiche" sono sovra-rappresentate fra coloro che si sono svelate, mentre le donne che si dichiarano "bisessuali", che non usano definizioni o che non sanno sono sovra-rappresentate tra coloro che non si rivelano. Chi non usa definizioni, inoltre, dichiara anche di non sapere se il proprio ginecologo è a conoscenza del suo orientamento sessuale. Questi dati sembrano suggerire che definire il proprio orientamento abbia un valore protettivo (chi-quadro= 88,58; df=21; p<.0001). Analoghe considerazioni si possono fare per la relazione tra autodefinizione e svelamento allo psicologo: le "lesbiche" tendono maggiormente a dichiararsi, le "bisessuali" a non dichiararsi e chi non usa definizioni dichiara anche di non sapere se il proprio psicologo sia a conoscenza del suo orientamento sessuale (chi-quadro=56,86; df=14; p<.0001).
- Sul legame fra essere credente e svelarsi al ginecologo i dati mostrano che le credenti sono sovra-rappresentate fra coloro che non si dichiarano, mentre chi non è credente è sovra-rappresentato fra coloro che dichiarano il proprio orientamento sessuale (chi-quadro= 25,89; df=6; p<.0001).

- Rispetto ad essere in una relazione di coppia, i dati mostrano, in generale, che le donne in coppia con una donna tendono a rivelare il proprio orientamento sessuale sia agli operatori sociosanitari sia a familiari e amici in misura maggiore rispetto alle altre.

- *E' cambiata la relazione con il medico ed il ginecologo dopo lo svelamento?*

La percezione dei partecipanti è che essa sia rimasta uguale o leggermente migliorata. Pochi ne indicano un peggioramento.

Lo svelamento sembra quindi mantenere invariata la relazione. La relazione non viene usata come informazione di risorsa?

Infine, è rilevante notare come, nonostante il 69,3% dichiarò molto importante la conoscenza dell'orientamento sessuale da parte del ginecologo, solo il 23,5% si dichiarò.

- *L'ultimo psicologo/psicoterapeuta aveva idee negative sul tuo orientamento sessuale?*

Il 63,8% delle FSF che ha o ha avuto un psicologo/psicoterapeuta riferisce che il professionista aveva idee positive, il 10,8% negative ed il 25,4% non sa.

- *“Cosa hai risposto al ginecologo quando ti ha chiesto se fai uso di anticoncezionali?”*

Una domanda di routine come questa non viene usata dalle pazienti come occasione di svelamento di sé. Infatti, il 30% delle rispondenti dichiara generalmente di non farne uso non specificando il motivo rispetto al proprio lesbismo (tabella 61).

Tab. 81 – FSF che hanno il ginecologo, “Cosa hai risposto al ginecologo quando ti ha chiesto se fai uso di anticoncezionali?” (%)

Non me lo ha chiesto	26
Sì ne faccio uso	16,8
Non li uso perché sono lesbica	19,4
Non li uso perché non ho rapporti sessuali	4,3
Non li uso	30
TOT	100

E' però da sottolineare il fatto che questa domanda parte spesso dalla tacita assunzione di eterosessualità delle pazienti da parte del ginecologo – è infatti esperienza comune come questi solitamente non rilevi, durante le classiche domande di primo colloquio, l'orientamento sessuale e/o i comportamenti sessuali delle proprie pazienti.

In ogni caso, nel 26% dei casi il ginecologo non propone la domanda in esame lasciando quindi, forse, alla donna la possibilità di esprimersi se la questione è per lei rilevante e non dando per implicito nulla a priori.

H) CHE RISORSE DI COMUNITÀ FREQUENTANO?

- Frequenza di eventi o luoghi associativi e di salute

Dai dati emerge che una minoranza di soggetti partecipa a luoghi od eventi della comunità GLB – più della metà degli intervistati, ad esempio, non ha mai partecipato ad un Gay Pride o si è mai rivolto ad un gruppo di sostegno gay (tabella 82); relativamente più frequentati gli eventi culturali lesbici.

Tab. 82– FSF, modalità di utilizzo di alcune risorse associative/di salute (%)

	Più di 12 mesi fa	Ultimi 12 mesi	Ultimo mese	Mai	TOT
Evento culturale lesbico	11,2	22,1	30,4	36,3	100
Pride	17,6	15,2	12,3	54,8	100
Gruppo di sostegno lesbico	8,7	8,4	17,1	65,8	100
Associazione femminista	8,6	10	15,2	66,1	100
Associazione separatista	7,5	5,5	6,3	80,6	100

- Frequenza luoghi ricreativi

Il ricorso alle opportunità socio-ricreative è di qualche punto percentuale superiore rispetto a quanto descritto nella tabella 82.

Tab. 83– FSF, modalità di utilizzo di alcune risorse ricreative di comunità (%)

	Più di 12 mesi fa	Ultimi 12 mesi	Ultimo mese	Mai	TOT
Chat lesbica	14	16,5	35,7	33,8	100
Club/disco/pub solo per lesbiche	13,7	20,1	37,7	28,5	100

- Telefono-amico lesbico/gay

Il 91% non ha mai chiamato un telefono-amico lesbico/gay; il 6,3% l'ha fatto più di 12 mesi fa, il 2,7% nell'ultimo anno.

I) COPPIA E GENITORIALITÀ

Come si è visto, il 4,9% delle intervistate dice di essere madre (4,5% madre biologica e 0,4% madre non biologica).

Riguardo alla modalità del concepimento, i figli sono stati concepiti all'interno di una coppia eterosessuale nel 2,8% dei casi, mediante un rapporto con un uomo eterosessuale nel 2,2%, con un uomo omosessuale o bisessuale nel 3,3% dei casi, con l'inseminazione artificiale nello 0,3% ed in altro modo nello 0,2% (*domanda multiresponse*).

La parentalità è connessa con una serie di fattori:

- chi è coniugata risulta sovra-rappresentata fra coloro che dichiarano di essere madri biologiche, così come chi è divorziata o separata; chi è nubile è sovra-rappresentata fra coloro che dichiarano di non aver figli (chi-quadro=7; df=12; p<.0001);
- chi non ha una relazione di coppia è sovra-rappresentata tra coloro che dichiarano di non avere figli; al contrario, le donne che hanno una relazione di coppia o con una donna oppure con un uomo, sono sovra-rappresentate fra coloro che si definiscono madri biologiche (chi-quadro=23,12; df=4; p<.0001);
- sul target sessuale segnaliamo che coloro che negli ultimi 12 mesi hanno fatto sesso sia con donne sia con uomini sono sovra-rappresentate fra coloro che si riconoscono madri biologiche (chi-quadro= 16,84; df=6; p<.05).

- Il desiderio di genitorialità

Sul desiderio di genitorialità, la tabella 84 evidenzia due diversi orientamenti nel campione, con una leggera prevalenza di coloro che desiderano avere [altri] figli. Tra chi desidera averne, la condizione del rapporto di coppia è di gran lunga maggioritario.

Tab. 84 – FSF, “Desideri avere [altri] figli?” (%)

Sì, in un rapporto di coppia	47,1
Sì, stando da sola	5,8
No	45,0
<i>Missing</i>	2,1
TOT	100

Alla domanda “*Se vorresti avere figli, come pensi di averne?*”, le partecipanti rispondono in modo piuttosto eterogeneo (tabella 85), anche se le percentuali maggiori ricadono dentro una progettualità di coppia lesbica che preveda l'adozione, l'affido o l'inseminazione artificiale; presenti, anche se minoritarie, altre soluzioni facenti riferimento alla coppia eterosessuale come un contesto in cui potere attualizzare la propria maternità.

Tab. 85 – FSF, “Se vorresti avere figli, come pensi di averne?” (%)

Inseminazione artificiale presso centri specializzati	24,1
Affido/adozione	20,3
Inseminazione artificiale autogestita	16,1
All'interno di una coppia eterosex	12,2
Sesso con un uomo eterosex che non faccia da padre	7,1
Sesso con un uomo omosex che faccia da padre	6,1
Sesso con un uomo eterosex che faccia da padre	5,6
Sesso con un uomo omosex che non faccia da padre	4,8
In altro modo	3,8
TOT	100

- *Maltrattamento in coppia*

Il questionario prevedeva una domanda sulle eventuali esperienze di maltrattamento entro la coppia.

Nel 28,7% delle coppie lesbiche, secondo una nostra stima, si è verificata almeno un'esperienza di maltrattamento, soprattutto di tipo psicologico (tabella 86).

Tab. 86 – FSF che sono/sono state in coppia omosessuale, maltrattamenti dichiarati nelle relazioni di coppia tra donne (%) – domanda multiresposte

Forzata a fare sesso	2,6
Picchiata	3,7
Ferita fisicamente con necessità di cure mediche	0,5
Ferita fisicamente senza necessità di cure mediche	1,9
Insultata regolarmente o umiliata	5,7
Isolata da amici e/o famiglia	6,5
Controllata tutto il tempo	7,8
Non ho mai avuto maltrattamenti	68,1

- Incrociando l'aver subito molestie³ con l'età delle intervistate, i dati non mostrano alcuna significatività di nota.
- L'aver subito molestie, invece, risulta correlato al tipo di target sessuali: chi fa sesso soltanto con donne è sovra-rappresentato fra chi ha subito almeno una molestia; al contrario, chi non ha subito molestie è sovra-rappresentato fra chi non ha rapporti sessuali da 12 mesi o fa sesso solo con uomini (chi-quadro=27,01; df=3; p<.0001).
- Tali risultati sono in linea con il tipo di relazione di coppia. Chi ha una relazione di coppia con un uomo è sottorappresentato fra coloro che hanno subito molestie, mentre chi ha una relazione di coppia con una donna è sovra-rappresentato fra chi ha subito almeno una molestia (chi-quadro=11,88; df=3; p<.008). Potrebbe essere che l'essere in una relazione di coppia non normativa o l'aver comportamenti sessuali omo-diretti, essendo questi bersaglio di

³ A tal fine, è stato appositamente creato un indice complessivo dicotomico, in cui 1=significa aver subito almeno una molestia in una relazione di coppia con una donna e 2=indica non aver subito molestie e/o non aver una relazione di coppia con una donna.

stigmatizzazione, siano tutti fattori che tendano ad aumentare lo stress delle donne tale da facilitare comportamenti di molestia in tali contesti relazionali?

- Sull'autodefinizione, infine, notiamo come il definirsi "lesbica" sia associato all'aver subito molestie, mentre il definirsi "bisessuale" o non usare definizioni sia legato positivamente al non aver subito molestie all'interno della coppia lesbica (chi-quadro=45,95; df=7; p<.000).

4.5 Confronti e conclusioni

Di Luca Pietrantonì e Margherita Graglia

- **AUTODEFINIZIONE**

Pensare a se stessi come ad esseri sessuati e sessuali, definire, indirizzare e regolare il proprio comportamento sessuale, affrontare le sfide sociali, emotive e fisiche che questo comportamento implica – sono tutti aspetti molto importanti della costruzione della nostra identità; questo a prescindere dal tipo di attrazione erotica provata, se verso persone del proprio sesso, del sesso opposto o di entrambi (Graber, Brooks-Gunn e Galen, 1998).

Gli psicossessuologi e gli psicologi hanno creato il costrutto di identità sessuale per cercare di dare ordine e di interconnettere i diversi aspetti che concorrono a costruirci come esseri sessuali nel mondo. Tra questi aspetti troviamo il sesso biologico, il sesso psicologico, il ruolo di genere, l'orientamento sessuale (Rifelli, 1998).

Quest'ultima dimensione rappresenta uno dei vari aspetti del sé e la sua definizione ha subito notevoli cambiamenti nel corso del tempo e delle ricerche. Infatti da semplice attrazione erotica provata verso persone del proprio sesso (orientamento omosessuale), del sesso opposto (orientamento eterosessuale) e di ambo i sessi (orientamento bisessuale) (Kinsey, 1948; Rifelli, 1998), è stata via via complessificata. Alcuni autori, infatti, amplificano tale definizione introducendo aspetti emozionali (Storms e coll., 1980), affettivi e sentimentali (Shively e De Cecco, 1977; Klein, 1985), di stile di vita omosessuale e temporali (Klein, 1985), comportamentali ed identitari (Halley, 1994; Michael et. al., 1994) fino ad includere le dimensioni sociali di tale identità fondata sul senso di appartenenza e di *commitment* al proprio gruppo di riferimento (Bertone, 2003, Chiari, 2005).

L'autodefinizione rappresenta una dimensione fondamentale (insieme al comportamento sessuale e all'attrazione interpersonale – Barbagli e Colombo, 2001) per l'indagine dell'orientamento sessuale. Sebbene le ricerche internazionali (D'Augelli, 1996, 2001) e nazionali (Barbagli, Colombo, 2000; Bertone, Saraceno, 2003; Fruggeri, Pietrantonì, Borghi, Chiari, 2001; Chiari, 2005) mostrino come possa non esserci una netta corrispondenza fra oggetto del comportamento sessuale (persone del proprio sesso), autodefinizione di sé come persone omosessuali e attrazione omoerotica.

Nel campione “*MODI DI*” è stata misurata l'autodefinizione e il genere sessuale dei comportamenti sessuali più recenti ed emergenze una situazione alquanto complessa. Vi sono persone che si definiscono gay o lesbiche senza essere sessualmente attive, vi sono persone che si definiscono eterosessuali o non si definiscono e che hanno rapporti sessuali con persone dello stesso sesso. La quota delle persone che si autodefinisce bisessuali, sia negli uomini che nelle donne, invece coincide con coloro che riportano atti sessuali con entrambi i sessi. Le donne che si autodefiniscono bisessuali sono poi più numerose degli uomini.

Dal punto di vista della prevenzione HIV, la comunicazione sul rischio deve essere rivolta agli MSM che si definiscono gay che sono la maggioranza. Per contro, gli MSM che non si definiscono o si definiscono eterosessuali non saranno ricettivi a tale messaggio, probabilmente il termine gay o i riferimenti alla comunità gay saranno evitati perché rievocano appartenenze non salienti per il sé, probabilmente negativamente connotate.

- **FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE RISPETTO ALL'HIV ED ALLE MTS**

Nel campione maschile, i comportamenti sessuali a rischio riguardano circa 1 uomo su 5. In letteratura non vi è coerenza sulla misurazione dei comportamenti sessuali a rischio. Nel nostro caso abbiamo considerato quei comportamenti che sono connessi con un maggior rischio di entrare in contatto o trasmettere un virus nell'interazione con partner con uno status HIV-positivo o incerto. Se confrontiamo i dati di Colombo (2000) con quelli attuali troviamo un aumento di pratiche non protette rispetto alla rilevazione dei primi anni '90.

Sono emersi molteplici fattori di rischio che vanno considerati. La numerosità dei partner è connessa con una maggiore frequenza di sesso non protetto: la molteplicità e la varietà dei partner impone tutte le volte un processo di negoziazione che quindi ha più probabilità di non essere mantenuto con continuità. In ogni caso, riguardo alle implicazioni nella prevenzione, ciò ci consente di definire un target a rischio, ovvero quello degli uomini con molteplici partner sessuali (più di 50 in un anno) e di comprendere la motivazione a ridurre il numero di partner o aumentare le capacità di mantenere alto il livello di sicurezza nonostante il cambiamento degli scenari.

La ricerca dei partner sessuali su Internet è un altro fattore di rischio: in linea con altre ricerche di Bolding et al. (2005) e Leobon et al., (2005), è più probabile fare sesso non protetto con il partner incontrato on-line. Come sostiene Brown et al. (2005), Internet permette di controllare la presentazione di sé e di interagire nell'anonimato e discrezione; ciò genera nuovi 'script' sessuali nel corteggiamento, nella negoziazione e nel passaggio all'incontro faccia a faccia. L'interazione su internet offre simultaneamente l'esperienza di distanza e intimità che consente agli uomini di rivelare le proprie fantasie e desideri sessuali senza la paura di un rifiuto o danno alla propria identità: è più facile e meno imbarazzante per gli uomini rifiutare/essere rifiutati da un potenziale partner sessuale su internet rispetto ad un incontro faccia-a-faccia. Gli uomini sentono di avere il controllo sulla situazione, su quando e con chi parlare e su quanto aprirsi all'altro; il fatto di potere disconnettersi in ogni momento dà un senso di protezione rispetto alla privacy che non è possibile nei luoghi di incontro reali.

Internet ha decisamente trasformato le modalità di incontro tra gli uomini gay (e non solo). Una sfida che ci aspetta è quella di declinare gli interventi di *policy* rispetto ad Internet e capire quali sono le possibilità e i limiti di un canale complesso come quello di Internet.

La questione dell'HIV entra nelle relazioni di coppia e amicali. Le persone HIV-positive hanno più probabilità di conoscerne altre mentre le persone HIV-negative meno. Questo pone alcune riflessioni su possibili processi di affiliazione sociale all'interno della comunità gay in cui la questione del proprio stato sierologico sia rilevante nella costruzione delle amicizie o come criterio di selezione dei partner sessuali. Un numero non trascurabile di uomini gay e bisessuali vive in coppie sierodiscordanti.

I dati sul test HIV mostrano come la percentuale dei non testati sia consistente. Un uomo gay su 3 non ha mai fatto il test, e questa percentuale aumenta tra i più giovani e tra gli uomini del Sud. Sicuramente in futuro è importante promuovere il ricorso al test HIV e ad altre malattie a trasmissione sessuale, mettendo in evidenza i benefici dello screening e ristrutturano i sentimento di diniego e paura che possono minare il controllo del proprio stato di salute.

I messaggi preventivi rivolti agli uomini in coppia devono tenere presente le difficoltà specifiche e delle dinamiche relazioni che si sviluppano in questi contesti. Come sostiene Davidovich (2004), la decisione nella coppia di non usare il preservativo avviene nella maggior parte dei casi nei primi tre mesi da quando inizia la relazione e nella metà dei casi tale scelta non è discussa e avviene senza avere

accertato una sieroconcordanza HIV-negativa. I messaggi di prevenzione dovrebbero quindi incoraggiare i giovani che iniziano una relazione a orientare il loro bisogno di fidarsi e di gratificare il partner in comportamenti diadici che siano di comunicazione aperta, screening e discussione e definizione di regole sulla monogamia. Questo si scontra con l'evidente difficoltà nel motivare i partner alla protezione di sé e dell'altro proprio quando si trovano in una fase di 'luna di miele' della loro relazione.

Nel nostro campione maschile, la metà delle persone HIV-positivo non fa sesso protetto. Occorre quindi pensare ad interventi di riduzione del rischio che coinvolgano attivamente le persone con HIV/AIDS, fermando la trasmissione del virus ad altri e proteggendo la salute delle stesse persone con HIV/AIDS. Dall'altra parte è crescente la visibilità del fenomeno del '*barebacking*' composto da persone (prevalentemente HIV-positivo) che non usano il preservativo in modo regolare e deliberato e che hanno creato una vera e propria sottocultura non normativa (gruppi, siti Internet, feste private rivolte specificatamente a uomini che rifiutano di usare il preservativo).

Nel campione femminile emergono dati interessanti. Diversamente dalla letteratura internazionale, le donne lesbiche e bisessuali del nostro campione mostrano una frequenza di visite ginecologiche pari alle donne nella popolazione generale. Per quanto riguarda specificatamente la salute sessuale, le donne riportano in misura maggiore dei maschi una carenza di informazione su pratiche, prevenzione, salute nel sesso tra donne.

- **ABUSO DI SOSTANZE**

I dati della nostra ricerca mostrano un uso di alcol, fumo e altre illegali consistente sia nella popolazione maschile che in quella femminile. Il punto cruciale è: questi comportamenti sono più frequenti rispetto ai corrispettivi eterosessuali?

Per rispondere a questa domanda dobbiamo fare alcune premesse: l'uso di sostanze è fortemente correlato con genere ed età, in quanto i più giovani e gli uomini tendono a consumare più sostanze in generale; i dati che abbiamo a disposizione come confronto riguardano la popolazione generale (in cui si assume sia inclusa una minoranza di omosessuali) e non quella eterosessuale; le domande per misurare l'uso e l'abuso sono spesso formulate in modo leggermente diverso, il consumo varia nei periodi storici e quindi i risultati sono difficilmente comparabili;

Ciononostante esaminiamo alcuni dati in Italia sul consumo di sigarette.

Alla rilevazione dell'Istituto Superiore di Sanità con la DOXA del 2005, il 22% delle donne e il 29% degli uomini fuma sigarette (DOXA, 2005). Le persone fumano di più nella fascia 25-44 (36% uomini e 31 donne) e lo scarto tra uomini e donne è più evidente nel Sud Italia. Fra i 45 ed i 64 anni l'abitudine al fumo decresce in modo significativo, per poi ridursi ulteriormente dopo i 64 anni- L'età media di inizio è di poco superiore a quella degli uomini e si colloca sui 18 anni circa (DOXA, 2005).

Nelle ricerche americane ed internazionali, l'abitudine al fumo di tabacco sembra maggiore del 20% per le donne lesbiche rispetto alle eterosessuali. La maggiore frequenza del consumo di tabacco si ridurrebbe, secondo Skinner, all'aumentare del livello di istruzione (Graglia, 2000). La rassegna di Ryan, Wortley, Easton, Pederson e Greenwood (2001) sulle ricerche condotte in Inghilterra dal 1987 al 2000, per quanto riguarda il consumo di tabacco fra persone omosessuali, bisessuali ed eterosessuali, indica che le differenze sono riconducibili all'orientamento e all'età dei soggetti: per gli adolescenti, i dati disponibili indicano che i consumatori omosessuali e bisessuali si collocano attorno al 38-59%, rispetto al 28-35% dei consumatori eterosessuali; per gli adulti, invece, i valori sarebbero

dall'11 al 50% per omosessuali e bisessuali, e del 28% per gli eterosessuali. Non vengono però specificate le differenze legate al genere.

Nel nostro campione, la percentuale dei fumatori è decisamente più elevata. Negli uomini il 45% fuma sigarette, nelle donne il 65%.

Possiamo ipotizzare, in linea con Ryan et al. (2001) che le principali cause e fattori imputati nel maggior consumo di tabacco da parte della popolazione omosessuale rispetto a quella eterosessuale fanno riferimento all'omofobia, agli stress sociali, ad un minore sostegno psicologico da parte di familiari e amici, a sentimenti di isolamento e vittimizzazione, di disistima verso se stessi, stati depressivi, frequentazione di *setting* sociali dove il fumo di tabacco è un comportamento prevalente, desiderabilità sociale, ribellione, nonché all'assunzione di comportamenti meno tradizionali e più maschilini da parte delle donne lesbiche.

I dati sulla popolazione generale riguardo all'alcol sono più difficili da confrontare con i nostri.

Secondo un recente studio dell'OSSFAD sull'alcol nelle donne, la prevalenza delle consumatrici di bevande alcoliche in Italia, per l'anno 2001, è del 63,1%, pari a circa 16 milioni di donne. L'incremento medio è stato del 7,7% tra il 1998 e il 2001. La maggioranza delle donne consumatrici rientra nella fascia di età compresa fra i 45 ed i 64 anni – in questa fascia d'età la prevalenza è del 67,9%, nel 2001, con un incremento del 9,2% rispetto al 1998 (OssFAD, 2004).

A differenza di quanto avviene in ambito italiano, sono molte le ricerche straniere, principalmente inglesi e nord-americane, che si occupano di esplorare il fenomeno dell'uso di sostanze nella popolazione omosessuale e bisessuale. Graglia (2000), mettendo in rassegna alcune delle più importanti ricerche scientifiche internazionali, indica che il consumo di alcolici da parte di lesbiche e gay è maggiore del 20-35% rispetto alla popolazione generale. I pattern d'uso per le lesbiche sarebbero più simili a quelle dei maschi, sia gay che eterosessuali, e meno simili a quelli delle donne eterosessuali. Le ricerche mostrano, però, dati controversi. Il consumo di alcolici secondo la ricerca americana della "*National Household Survey on Drug Abuse*" riguarderebbe il 66% circa delle lesbiche, in confronto al 55% delle donne complessivamente intese. Secondo la ricerca di Saewyc, Bearinger, Heinz, Blum e Resnick (1998), condotta in Inghilterra su 394 soggetti adolescenti omosessuali (182 donne e 212 uomini), vi sono differenze significative fra consumo di alcool anche fra lesbiche e gay. I risultati mostrano che queste si riscontrano già a partire dai 15 anni di età. Il 35,9% circa delle adolescenti lesbiche intervistate, infatti, consuma più di 5 bevande alcoliche alla volta, dopo la scuola, rispetto al 25,5% dei coetanei gay. Per quanto riguarda le donne lesbiche adulte, la ricerca di Mc Kirnan e Peterson, condotta nel 1989 con 3.400 questionari, classifica come forti bevitrice il 9% delle intervistate e come aventi problemi di alcol il 23%. La ricerca mostrò anche come la tendenza al consumo alcolico declinava meno con l'aumentare dell'età rispetto al resto della popolazione.

I dati del campione maschile e femminile si centravano solo sull'abuso di alcol e sulla frequenza di atti sessuali durante uno stato di intossicazione alcolica. I risultati mettono in evidenza una frequenza elevata di consumo eccessivo di alcol in particolare nelle donne.

Anche in questo caso, possiamo tentare di interpretare questi risultati alla luce di fattori psicosociali e culturali, secondo i quali le lesbiche sarebbero meno condizionate ad assumere i ruoli tradizionali di genere, legati al matrimonio e alla maternità, e potrebbero avere più facilmente sensazioni di frustrazione e solitudine nel corso della propria vita. Negli uomini, l'uso di alcol in concomitanza con il sesso potrebbe rappresentare una strategia di "fuga cognitiva" (McKirnan et al., 2001) per facilitare il corteggiamento e l'interazione sessualmente orientata o per evitare di ricordarsi atti sessuali percepiti vissuti con ambivalenza da parte del soggetto.

E' emerso poi che alcune droghe caratterizzano l'appartenenza alla comunità GLB (esempio: gli inalanti sono particolarmente frequenti nella popolazione maschile). Interventi di prevenzione devono

coinvolgere i locali e la “scena” gay tenendo presente due elementi: da un parte, la frequentazione da parte dei giovani dei luoghi socioricreativi riveste una funzione sociale importante in un contesto sociale ancora stigmatizzante, dall'altra le norme che si definiscono nei circuiti ricreativi incoraggiamo l'uso di sostanze come espressione di divertimento, di spensieratezza, di piacere a breve termine e di appartenenza all'in-group .

Come sostengono Drescher, J., Guss, J. R (2000), è necessaria una nuova attenzione alle droghe, al fumo ed alcool, sia nei maschi che nelle femmine . In base ai dati epidemiologici, sappiamo che il fumo rappresenta la prima causa di morte ‘evitabile’ e che l'alcol e le sostanze sono associate ad una serie di problematiche e comportamenti disadattivi e pericolosi. Nuove campagne di prevenzione dovrebbero tutelare la salute di questo sottogruppo incoraggiando l'adozione di comportamenti più salutari.

• **COMING OUT E INVISIBILITÀ**

I tassi di visibilità sociale stanno cambiando nel tempo ma sono ancora bassi. La maggioranza dei partecipanti del campione vive in una situazione di clandestinità totale o parziale. Questo compromette il sostegno sociale e le risorse relazionali disponibili e può incoraggiare vite a ‘doppio binario’ in cui la sessualità è scotomizzata dalla percezione e presentazione di sé e della socializzazione con altri significativi.

Questo è ancora più problematico se pensiamo alle situazioni di invisibilità nei confronti dei professionisti psico-socio-sanitari. Molti uomini e donne omosessuali hanno difficoltà a svelare il proprio orientamento sessuale e a discutere dei propri comportamenti al medico perché provano sentimento di omofobia interiorizzata o perché anticipano e/o si confrontano con reazioni di imbarazzo e incomprensione. Questa compromissione della relazione medico-paziente, in ultima istanza, potrebbe condurre ad una diagnosi non corretta, ad una peggiore gestione della malattia e a una diminuita *compliance* con le cure o i controlli di routine. Ad esempio un uomo sposato con una donna può omettere di avere contratto una malattia sessualmente trasmissione in un rapporto occasionale con un uomo perché trova ciò disdicevole, come parte di una sua ‘vita segreta’ o perché teme che il suo medico che conosce l'intera famiglia sviluppi una cattiva impressione del suo paziente. In tali circostanze un *counseling* da parte del medico volto a prevenire ulteriori esposizioni nel paziente diventa difficile.

Tale questione ha assunto tale importanza nella comunità scientifica che l'American Medical Association nella sua autorevole rivista ha scritto: “*L'omosessualità non riconosciuta dal medico o la reticenza del paziente di riportare il suo orientamento sessuale può portare ad errori nello screening, nella diagnosi e nel trattamento di importanti problemi di salute*” (AMA, 1996). In questa prospettiva, diventa importante sensibilizzare e formare gli operatori sanitario che hanno un ruolo chiave nella prevenzione primaria e secondaria (Pietrantoni, Graglia e Lelleri, 2003).

• **COPPIA E GENITORIALITÀ**

Più della metà delle persone che hanno risposto al questionario vivono in coppia. La coppia è una grande risorse: gli studi epidemiologici riguardanti la popolazione eterosessuale hanno messo in

evidenza il matrimonio o convivenza come fattore protettivo riguardo la mortalità e morbilità e secondo King e Bartlett (2006) questo vale anche per le coppie dello stesso sesso, specie se hanno un riconoscimento giuridico e sociale. E' emerso anche come sia rilevante il tema della parentalità: una quota consistente di persone omo-bisessuali, specie ultra 40 anni, riporta di essere genitore biologico.

Analogamente alle coppie di sesso diverso, possono svilupparsi dinamiche disfunzionali e violente. La nostra ricerca rappresenta la prima mai realizzata in Italia in cui si è cercato di misurare la frequenza degli episodi di violenza nelle coppie dello stesso sesso. Le percentuali di casi di abuso verbale e fisico sono basse, probabilmente simili alle coppie eterosessuali. Possiamo però ipotizzare che le richieste di aiuto e i tentativi per uscire dalla situazione in chi vive in una coppia violenta siano complicati da una serie di fattori contestuali (esempio: l'invisibilità della coppia nel contesto sociale e lo scarso sostegno delle famiglie di origine).

4.6 Riferimenti bibliografici

- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS (1996), “*Health care needs of gay men and lesbians in the United States*”. In JAMA, 275, pp. 1354 - 1359.
- BARBAGLI M. E COLOMBO A. (2001). *Omosessuali moderni*. Il Mulino, Bologna.
- BERTONE C., CASICCIA A., SARACENO C., TORRIONI P. (2003). *Diversi da chi?*. Guerini associati. Milano.
- BOLDING, G. A; DAVIS, M. A; HART, G. B; SHERR, L. C; ELFord, J. A. (2005). “Gay men who look for sex on the Internet: is there more HIV/STI risk with online partners?”. In AIDS, 19(9), pp. 961-968.
- BROWN, G., MAYCOCK, B., BURNS, S. (2005), “Your Picture is Your Baits: Use and Meaning of Cyberspace Among Gay Men”. In Journal of Sex Research, 42 (1), pp. 63-73.
- CHIARI C. (2005). *Orientamenti sessuali e Appartenenze di genere: pluralità di mondi identitari*. Tesi di Dottorato depositata presso le Università di Bologna e Parma.
- COLE, S.W., KEMENY, M.E., TALYOR, S.E., VISSCHER, B.R. (1996), “Elevated physical risk among gay men who conceal their homosexual identity”. In Health Psychology, 15, pp. 243-251.
- COLOMBO A. (2000), *Gay e AIDS in Italia : stili di vita sessuale, strategie di protezione e rappresentazione del rischio*. Bologna : Il Mulino.
- D’AUGELLI A., PATTERSON C.J. (1995). *Lesbian, Gay, and Bisexual Identities over the lifespan: Psychological Perspectives*. Oxford University Press, Oxford, New York.
- D’AUGELLI A., PATTERSON C.J. (2001). *Lesbian, Gay, and Bisexual Identities and Youth: Psychological Perspectives*. Oxford University Press, Oxford, New York.
- DAVIDOVICH U., DE WIT J., STROEBE W. (2004), “Behavioral and cognitive barriers to safer sex between men in steady relationships: implication for prevention strategies”. In AIDS Education and Prevention, 16, pp. 304-314.
- DOXA-Istituto per le ricerche statistiche e l’analisi dell’opinione pubblica (2005). *Indagine sul fumo in Italia*. DOXA: Milano.
- DRESCHER, J., GUSS, J. R (2000), *Addictions in the gay and lesbian community*. New York, NY, US: Haworth Press.
- FRANKIS, J., FLOWERS, P. (2005), “Men who have sex with men (MSM) in public sex environment: A systematic review of quantitative literature”. In AIDS Care, 17(3), pp. 273-288.
- FRUGGERI L, CHIARI C. (2003). *Adattamento psicosociale di persone omosessuali: ostacoli e fattori di facilitazione*. In Corsano P. *Processi di sviluppo nel ciclo di vita*. Unicopli. Milano

- FRUGGERI L., PIETRANTONI L., BORGHI L., CHIARI C. (2001). “I processi psicosociali nelle relazioni omosessuali: contesto sociale, rappresentazioni familiari e immagine di sé”. IV Congresso Nazionale della sezione di Psicologia Sociale (AIP), 24-26 settembre, Palermo.
- GRABER J.A., BROOKS-GUNN J., GALLEN B.R. (1998). *Betwixt and between: sexuality in the context of adolescent transitions*. In Jessor R., *New perspectives on adolescent risk behavior* (270-316), Cambridge University Press, New York.
- GRAGLIA M. (2000). *I disordini alimentari negli adolescenti omosessuali: un fenomeno trascurato*. *Psichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza*, 67 (2), 195-200.
- GRAGLIA M. (2000). *L’uso di sostanze nei gay e nelle lesbiche*. *Personalità/Dipendenze*, II, 35-42.
- HALLEY J.E. (1994). Sexual orientation and the politics of biology: a critique of the arguments from immutability. *Stanford Law Review*, 46, 503-568.
- HUEBNER, D.M., DAVIS, M.C., NEMEROFF, C.J., AIKEN L.S. (2002), “The impact of internalized homophobia on HIV preventive interventions”. In *American Journal of Community Psychology*, 30, pp. 327-348.
- ISS-ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (2004). *Rapporto sul fumo in Italia*. A cura di Rossi S., Carosi G., Mortali C., Mattioli D., Mazzola M., Pacifici R., ISS: Roma.
- KING M., BARTLETT A. (2006). What same sex civil partnerships may mean for health, *J Epidemiol Community Health*, 60, 188-191.
- KINSEY A.C., POMEROY W.B., MARTIN C.E. (1948). *Sexual Behaviour in the human male*. W.B Saunders, Philadelphia.
- KINSEY A.C., POMEROY W.B., MARTIN C.E., GEBHARD P.H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. W.B. Saunders, Philadelphia.
- KLEIN F., SAPEKOFF B., WOLF T.J. (1985). Sexual orientation: A multivariable dynamic process. *Journal of Homosexuality*, 1, 35-49.
- LÉOBON A., FRIGAULT L.-R., LEVY, J. (2005). “Les usages sociosexuels d’Internet dans la population homo et bisexuelle française : résultats de l’enquête Net Gai baromètre”, [/www.gaystudies.org/NGB_cnrs.pdf](http://www.gaystudies.org/NGB_cnrs.pdf).
- MCKIRNAN D. J., VANABLE P. A., OSTROW D. G. & HOPE B. (2001). *Expectancies of sexual “escape” and sexual risk among drug-and alcohol-involved gay and bisexual men*. *Journal of Substance Abuse*, 13 (1-2), 137-154.
- MCKIRNAN, D.J., VANABLE, P.A., OSTROW, D.G., HOPE, B. (2001), “Expectancies of sexual escape and sexual risk taking among drug and alcohol-involved gay and bisexual men”. In *Journal of Substance Abuse*, 13, pp. 137-154.
- MICHAEL R. GAGNON J.H., LAUMAN E.N. E MOLATA G. (1994). *Sex in America*. Pocket, NY.
- OSSFAD-OSSERVATORIO FUMO, ALCOL E DROGA (2004). *Consumo di droghe in Italia. Dati e statistiche*. A cura di Faralli C., Morini G., Pacifici R., Zuccaro P., ISS: Roma.

- OSSFAD-OSSERVATORIO FUMO, ALCOL E DROGA (2004). *I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001)*. A cura di Scafato E., Ghirini S., Russo R., ISS: Roma
- PIETRANTONI, L., GRAGLIA, M., LELLERI, R. (2003). “Pazienti imprevisi: salute e orientamento sessuale. Una guida per medici (con Cd-rom)”, Bologna.
- POTTER, J. E. (2002), “Do Ask, Do Tell”, In *Annals of Internal Medicine*, 137(5), pp. 341-343.
- RIBELLI G. (1998). *Psicologia e psicopatologia della sessualità*. Il Mulino, Bologna.
- RYAN H., WORTLEY P. M., EASTON A., PEDERSON L. & GREENWOOD G. (2001). *Smoking among lesbians, gays, and bisexuals: A review of the literature*. *American Journal of Preventive Medicine*, 21, 142-149.
- SAEWYC E. M., BEARINGER L. H., HEINZ P. A., BLUM R. W. & RESNICK M. D. (1998). *Gender differences in health and risk behaviors among bisexual and homosexual adolescents*. *Journal of Adolescent Health*, 23, 181-188.
- SHIVELY M.G. E DE CECCO J.P (1977). Components of sexual identity. *Journal of Homosexuality*, 3, 41-48.

5. Trasferibilità degli obiettivi raggiunti nella lotta all'AIDS

Evidenze empiriche per le politiche

“MODI DI” ha consentito di consolidare una piattaforma di informazioni, composite, aggiornate e statisticamente attendibili, in merito allo stato di salute, ai comportamenti sessuali ed ai fattori di rischio e di protezione delle persone omo-bisessuali, di entrambi i generi, presenti in Italia.

Si tratta di un risultato che l'équipe ritiene di importanza strategica per tutto il comparto, perché permette di impostare sulla base di evidenze empiriche la progettazione e la valutazione dei piani di prevenzione HIV/AIDS mirati a questa particolare sotto-popolazione, sia ad opera degli enti pubblici che del privato sociale operativi in questo campo.

E' infatti universale la convinzione che per poter essere efficaci negli interventi è necessario avere a disposizione banche-dati di qualità sulle esigenze, risorse e problematiche dei beneficiari delle politiche; solo in questo modo vi è infatti la garanzia che le risorse sono impiegate ottimalmente e che le azioni centrano effettivamente i bisogni.

Ciò è soprattutto vero in contesti in rapida evoluzione, o di cui non si conoscono appieno le caratteristiche; in questi casi diviene particolarmente strategico interrogare esperienza e percezioni personali – che sono necessariamente parziali – alla luce di dati oggettivi di realtà.

Questo è il caso, ad esempio, della comunità omo-bisessuale, che per vari motivi spesso sfugge alle analisi collettive: lo stigma sociale, l'isolamento, la diffidenza e la mancanza di diritti colpiscono ancora molti gay e lesbiche che, pur avendo comportamenti sessuali di tipo omosessuale, possono scegliere di non rivelarsi tali. L'effetto è quello descritto da una ricerca finanziata ad Arcigay dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2003: *“Secondo i dati epidemiologici, una persona su venti ha, nel corso della vita, almeno un'esperienza sessuale con persone dello stesso genere; eppure gli studi mostrano che gran parte dei gay, delle lesbiche e dei bisessuali non svela il proprio orientamento sessuale al medico. Il professionista sanitario tende di conseguenza a sottostimare la consistenza numerica di questi pazienti, le cui problematiche rischiano, pertanto, di rimanere invisibili”*.

A parere dell'équipe non si tratta di un problema soltanto relazionale, connesso cioè con l'interazione faccia-a-faccia tra professionista ed utente, bensì di una questione irrisolta a due livelli: in generale, di fruibilità del sistema di *welfare* ed accessibilità alla cittadinanza democratica, e, più nello specifico, di sanità pubblica e salute collettiva.

(Ri-)attivazione e raccolta di competenze, sensibilità e risorse umane

In un contesto contraddistinto dalle nuove sfide che l'epidemia dell'HIV/AIDS pone e da una sorta di abbassamento dell'attenzione sia privata che pubblica su questo temi, l'équipe ritiene che “MODI DI” sia riuscito a destare, (ri-)mettere in circolo, far confluire e far discutere tra di loro, in modo innovativo, vecchie e nuove competenze, sensibilità e risorse umane e professionali.

Anche questo è stato un punto di forza del progetto, con riguardo ad entrambi i suoi pubblici di riferimento:

1. la comunità professionale e scientifica;
2. la comunità gay, lesbica e bisessuale.

In merito alla comunità professionale e scientifica, l'équipe tiene a sottolineare:

- l'elevata qualità dei relatori e delle relatrici che hanno acconsentito di partecipare alla conferenza finale di Firenze;
- la decina di professionisti, giovani e meno giovani, che si sono messi in contatto in vario modo per portare il proprio contributo al progetto presenti e ad eventuali progetti futuri;
- i molti inviti che stiamo ricevendo da parte di varie istituzioni scientifiche, tra cui varie università e lo stesso Istituto Superiore di Sanità, al fine di presentare e discutere pubblicamente i risultati di "MODI DI" di fronte a diversi uditori;
- le molte richieste della brochure di sintesi dei principali risultati della ricerca che ci giungono da varie città d'Italia.

In merito alla comunità gay, lesbica e bisessuale, un chiaro indicatore di successo può essere considerato, aldilà dei singoli attestati di stima e riconoscenza, nonché la mole di collaborazioni avviate con nuovi partner, i 30.622 'visitatori unici' che hanno visionato il sito web del progetto nel periodo di somministrazione del questionario – per un totale di 70.518 'hits' (numero di pagine richieste).

Punti-limite

"MODI DI" ha ovviamente avuto anche alcuni punti di debolezza, in riferimento soprattutto a due questioni:

1. la rappresentatività campionaria;
2. la disseminazione dei risultati.

Il primo aspetto è già stato trattato in precedenza. Come atteso, il tipo di ricerca che l'équipe ha scelto di adottare per realizzare gli obiettivi concordati non è risultata pienamente ottimale rispetto ad alcuni specifici sotto-gruppi della popolazione gay, lesbica e bisessuale, tra cui, soprattutto: gli stranieri migranti, gli anziani ed i *sex worker*.

L'impegno dell'équipe, di concerto con Arcigay, è ora di attivare dei percorsi di indagine di altro tipo, più prossimi all'approccio qualitativo ed antropologico, con lo scopo di integrare ed arricchire la piattaforma informativa esistente con una serie di dati relativi alla loro peculiare situazione.

Il secondo aspetto concerne la necessità di impostare dei canali di diffusione capillare delle conoscenze maturate a favore sia degli operatori *front-line* dei singoli servizi sanitari, che degli operatori che si occupano di prevenzione e salute pubblica.

L'équipe ritiene fondamentale riuscire ora a valorizzare ed a condividere il più possibile il bagaglio di risultati di "MODI DI", attraverso azioni di diverso tipo (corsi di formazione e aggiornamento,

partecipazione ad eventi e pubblicazioni...), volte alla qualificazione professionale e al miglioramento dei servizi.

6. Breve curriculum vitae di ogni componente dell'équipe scientifica

dott. Raffaele Lelleri

- Responsabile scientifico

Sociologo e tecnico di ricerca sociale. E' Responsabile nazionale Salute di Arcigay. Per conto di tale associazione ha partecipato a vari progetti europei sui temi della diversità e dell'anti-discriminazione con approccio orizzontale: "*Be Equal Be Different*", in qualità di National Manager per l'Italia; "*Qualifizierung der Beratung in der Antidiskriminierungsarbeit*", con funzioni di coordinamento di eventi formativi, di sensibilizzazione e di ricerca sociale; "*Schoolmates*", in qualità di Transnational Research Coordinator sui temi del bullismo scolastico di stampo omofobico. Ha fatto parte dell'équipe di "*La valutazione delle tecniche di persuasione nella riduzione del rischio HIV all'interno della popolazione omosessuale: la produzione di materiale audiovisivo*", finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità ad Arcigay all'interno del IV Programma nazionale di ricerca sull'AIDS; per tale progetto ha scritto tre brevi saggi: "*Rassegna dei dati epidemiologici sull'infezione da HIV/AIDS nella popolazione omo/bisessuale*", "*Gay, malattie a trasmissione sessuale e epatite*" e "*Immigrati, omosessualità e HIV/AIDS*".

Si occupa inoltre di immigrazione. E' Responsabile dell'Osservatorio provinciale di Bologna delle Immigrazioni (Comune, Provincia e Prefettura-UTG), per cui ha scritto e curato vari dossier tra cui: "*Allo sportello. L'offerta di servizi agli immigrati da parte del Terzo settore in provincia di Bologna*", "*La mediazione interculturale nei servizi. Il caso della provincia di Bologna*"; "*Stranieri non immigrati. I figli degli immigrati. Seconde generazioni in provincia di Bologna*"; "*Immigrati in provincia di Bologna: i numeri e le tendenze*"; "*Consultorio Familiare e donne migranti*"; "*NonSoloItaliano. Le scuole di italiano per migranti adulti a Bologna e provincia*"; "*Islam e Bologna*"; "*L'Associazionismo degli immigrati in provincia di Bologna*"; "*Immigrati, salute e sanità*".

dott. Luca Pietrantoni

- Referente dell'area 'uomini omo-bisessuali'

Psicologo e ricercatore presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna (Sede di Cesena). Insegna Psicologia dell'Emergenza e degli Eventi critici nel corso di Laurea Specialistica in Psicologia Clinica e di Comunità. Insegna Psicologia sociale della salute presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna. Ha diretto il progetto finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità dal titolo: "*La valutazione delle campagne di comunicazione sul rischio HIV nella popolazione omo/bisessuale*" e ha diretto la pubblicazione di un opuscolo dal titolo: "*Pazienti imprevisi: salute e orientamento sessuale*" rivolto ai medici. Ha pubblicato il libro "*La psicologia della salute*" nel 2001 (Carocci, Roma) e altri articoli sul tema della salute sessuale. E' iscritto all'Albo degli Psicologi dell'Emilia-Romagna e a quello dei sessuologi del Centro Italiano di Sessuologia. Svolge attività di docenza sui temi dell'orientamento sessuale e della sessualità atipica alla Scuola di sessuologia per Consulenti Familiari di Bologna. Svolge attività di ricerca in vari ambiti applicativi della psicologia sociale e organizza corsi di formazione ad operatori della sicurezza (esempio: forze dell'ordine), dell'emergenza (esempio: operatori 118) e socio-sanitari (medici, psicologi, infermieri).

dott.ssa Margherita Graglia

- Referente dell'area 'donne omo-bisessuali'

Psicologa e psicoterapeuta. Affianca all'attività clinica quella di formatrice e consulente presso Aziende USL, scuole secondarie, Università, Scuole di Specialità, Enti pubblici sui temi dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere. Membro della Commissione Diversità, Discriminazioni e Integrazione sociale del Ministero Pari Opportunità, si è dimessa nel 2004. Ha partecipato a vari progetti europei sui temi della diversità: in qualità di formatrice al progetto "Schoolmates" e "Be Equal Be Different", come National Manager al progetto "Triangle: transfer of information to combat discrimination against gays and lesbians in Europe". Ha fatto parte dell'équipe di: "La valutazione delle tecniche di persuasione nella riduzione del rischio HIV all'interno della popolazione omosessuale: la produzione di materiale audiovisivo", progetto finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità ad Arcigay all'interno del IV Programma nazionale di ricerca sull'AIDS. E' autrice di articoli scientifici sull'orientamento sessuale e co-autrice di "Gay e lesbiche in psicoterapia" (Milano, 2006), di "Different in more ways than one: providing guidance for teenagers on their way to identity ,sexuality and respect" (Dusseldorf, 2004) e di "Pazienti imprevisti: pratica medica e orientamento sessuale" (Bologna, 2003).

dott. Luigi Palestini

Psicologo, laureato all'Università di Bologna e attualmente dottorando di Ricerca in Psicologia Sociale presso il Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Bologna. Oltre all'attività su psicologia e promozione della salute e sui comportamenti a rischio, si occupa anche di comportamenti aggressivi e rapporto con l'identità sociale, ed è titolare di assegno di ricerca in Psicologia dell'Emergenza e degli Eventi critici.

dott.ssa Cristina Chiari

Psicologa e Specializzanda presso il Centro di Bologna di Terapia della Famiglia, ha conseguito il titolo di Dottore di Ricerca in Psicologia Sociale, dello Sviluppo e delle Organizzazioni presso l'Università di Bologna con una tesi dal titolo: "Orientamenti sessuali e appartenenze di genere: pluralità di mondi identitari". Collabora con la Cattedra di Psicologia Sociale (Prof.ssa Laura Fruggeri) della Facoltà di Psicologia di Parma in alcuni progetti di ricerca. Conduce attività di ricerca-formazione in altri progetti sugli adolescenti immigrati (Provincia di Modena), sulle relazioni triangolari in contesti educativi (Comune di Bologna) e sul bullismo verso omosessuali, immigrati e donne (Regione Marche, progetto "Bulli in ballo").

dott. Davide Barbieri

Residente a Bologna, ha conseguito la laurea in Scienze Statistiche ed Economiche presso la Facoltà di Scienze di Scienze Statistiche dell'Università degli Studi di Bologna nel 1996, con voti 110 su 110. Dal 1996 al 2001 svolge attività di ricerca, consulenza e formazione presso IRS – Istituto per la Ricerca Sociale di Milano-Bologna, occupandosi di analisi e valutazione delle politiche pubbliche mediante l'applicazione di metodologie e tecniche per la formulazione di giudizi sull'efficacia, l'efficienza e la qualità delle azioni pubbliche. Nel 2001-2002 svolge attività di monitoraggio e valutazione di progetti di sviluppo in Bangladesh e Uzbekistan per conto della ONG italiana APS di Torino. Dal 2002 svolge attività libero professionale in qualità di statistico, come ricercatore e consulente in tema di analisi e valutazione delle politiche.

dott. Miles Gualdi

Laureato in Scienze Politiche presso l'Università Statale di Milano, master in Relazioni Internazionali presso l'Università di Bologna, lavora dal 2001 per il Comune di Modena, la Provincia di Mantova ed Arcigay. Si occupa di discriminazione, di immigrazione e di intercultura.

dott. Marcello Capedri

Ha partecipato alla ricerca “*MODI DI*” in qualità di tirocinante. Si è laureato con il massimo dei voti e la lode nel corso di laurea triennale in Scienze del Comportamento e delle Relazioni Sociali nel novembre 2005, con una relazione finale attinente al questo progetto: “*Fattori psico-sociali dei comportamenti sessuali a rischio nella popolazione MSM: una ricerca nazionale*”. Frequenta il primo anno del corso di laurea specialistica in Psicologia Clinica e di Comunità dell'Università di Bologna.

dott.ssa Tanja Tamanti

Si è occupata del *fieldwork* della ricerca ed ha approfondito come laureanda il tema dell'uso di sostanze fra gay, lesbiche e bisessuali. Si è laureata in Psicologia Clinica e di Comunità nel novembre 2005 con la tesi: “*Correlati psicosociali dell'uso di sostanze tra gay, lesbiche e bisessuali. Una ricerca Nazionale*”.