



Interventi di contrasto alla
discriminazione e all'esclusione
in ambito sociosanitario dei
pazienti LGBT con infezione
da HIV

REPORT DELLA RICERCA

PRATICHE POSITIVE

Interventi di contrasto alla discriminazione
e all'esclusione in ambito sociosanitario dei
pazienti LGBT con infezione da HIV



*Rapporto relativo agli operatori
socio-sanitari e alla discriminazione
percepita e subita da parte delle persone
sieropositive*

Finanziato ai sensi della Legge
n. 383/2000 - Art. 12 - Comma 3 - Lettera F
Anno Finanziario 2011

Supervisore scientifico della ricerca e
Coordinatore del Comitato Tecnico Scientifico
GABRIELE PRATTI

Comitato Tecnico Scientifico
MICHELE BREVEGLIERI
SANDRO MATTIOLI
STEFANO PIERALLI

Coordinatore Responsabile del progetto
FEDERICO SASSOLI

1. Introduzione	7
1.1 Basi teoriche dello studio	10
1.2 Obiettivi dello studio	12
2. Metodo	13
2.1 Procedura	15
2.2 Descrizione del campione	16
3. Risultati	19
3.1 Dati sullo stato della malattia e sulla terapia	21
3.2 Precedenti episodi di discriminazione	23
3.3 Coping self-efficacy	43
3.4 Discriminazione percepita	50
3.5 Stigma interiorizzato	52
3.6 Senso d'identificazione, impegno sociale e sostegno sociale	64
3.7 Svelamento e vita sociale e affettiva	70
3.8 Relazione tra discriminazione e salute	71
3.9 Commenti finali dei partecipanti	72
4. Conclusioni	77

1. Introduzione	87
<i>5.1 Obiettivi dello studio</i>	<i>91</i>
2. Metodo	93
<i>6.1 Procedura</i>	<i>95</i>
<i>6.2 Descrizione del campione</i>	<i>95</i>
3. Risultati	101
<i>7.1 Esperienza di lavoro con persone sieropositive</i>	<i>103</i>
<i>7.2. Atteggiamenti generali verso le persone sieropositive</i>	<i>104</i>
<i>7.3 Opinioni rispetto alle pratiche e alle procedure</i>	<i>126</i>
<i>7.4 Comportamenti nei confronti delle persone sieropositive</i>	<i>134</i>
<i>7.5 Atteggiamenti verso persone sieropositive sul lavoro</i>	<i>141</i>
<i>7.6 Validità di una scala a due fattori</i>	<i>155</i>
4. Conclusioni	159
<i>Bibliografia</i>	<i>167</i>
<i>Appendice 1</i>	<i>171</i>
<i>Appendice 2</i>	<i>173</i>

ABBREVIAZIONI E SIMBOLI

M = media

DS = deviazione standard

ES = errore standard della media

Gdl = gradi di libertà

F = nell'ANOVA il test F considera il rapporto tra le due varianze dei campioni

p = il livello di probabilità del test, una stima quantitativa della probabilità che le differenze o le relazioni osservate siano dovute al caso o siano da considerarsi statisticamente significative (convenzionalmente si sceglie un livello di probabilità minore di 0.05 per determinare la significatività statistica).

η^2 = Eta quadrato parziale, una misura della stima dell'effetto



Le persone
sieropositive

1.

INTRODUZIONE



Dalla sua comparsa nei primi anni '80, l'HIV/AIDS è stata una condizione associata a pregiudizi, stigma e discriminazione (Parker & Aggleton, 2003). La letteratura riporta dati preoccupanti circa le condizioni di vita delle persone che vivono con l'HIV/AIDS. Inoltre, la letteratura ha messo in luce in modo relativamente coerente un'associazione tra discriminazione e stigma delle persone con HIV/AIDS ed esiti negativi, tra cui ritardo nel fare il test (late presenter), nascondimento dello stato sierologico e maggiori difficoltà nell'accesso ai trattamenti (Malcolm et al. 1998; Parker et al. 2002). Tutti aspetti importanti per ridurre la diffusione dell'infezione nella popolazione.

Secondo i dati del Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia (Suligoi et al. 2012), nel periodo 1985-2011, le nuove diagnosi d'infezione da HIV ammontano a 52.629. Di queste nuove diagnosi d'infezione da HIV, 3.839 e 3.461 sono state segnalate, rispettivamente, nel 2010 e nel 2011. Se si escludono le persone di età inferiore ai 15 anni, l'età mediana al momento della diagnosi d'infezione è passata da 26 anni per i maschi e 24 anni per le femmine nel 1985 a, rispettivamente, 38 e 34 anni nel 2011. Oltre all'età mediana, si è assistito a un cambiamento nella modalità di trasmissione. Infatti, se nella metà degli anni '80 tra le persone sieropositive la proporzione di consumatori di sostanze per via iniettiva era del 76,2%, nel 2011 è scesa al 4,7% nel 2011. Sono incrementati i casi attribuibili a trasmissione sessuale. In particolare, nel 1985 i casi attribuibili a trasmissione eterosessuale erano 1,7%, nel 2011 il 45,6%. Inoltre, i casi attribuibili a trasmissione tra MSM (Maschi che fanno Sesso con Maschi) nello stesso periodo sono aumentati dal 6,3% del 1985 al 33,2% del 2011. Sebbene l'incidenza delle nuove diagnosi d'infezione da HIV dal 2007 mostri una lieve ma costante diminuzione, si stima che in Italia vi siano 170.000-180.000 persone viventi con HIV/AIDS (Suligoi, Raimondo, Fanales-Belasio, & Buttò, 2010). Tale numero è determinato in parte dalla diminuzione del numero di decessi legati

all'HIV/AIDS, principalmente per effetto delle terapie antiretrovirali combinate. Di fronte all'ampiezza del numero di persone viventi con HIV/AIDS, il tema della discriminazione nei confronti delle persone sieropositive è poco studiato sotto il profilo psico-sociale. Menzioniamo a titolo esemplificativo alcuni degli studi psico-sociali condotti negli ultimi anni:

- Positivo scomodo. In questo progetto è stata valutata l'entità della discriminazione subita dalle persone HIV positive afferenti ai servizi sanitari (Ardis & Marcucci, 2007).
- HIVORIES. In questa ricerca sociale su sieropositività e omosessualità sono stati investigati aspetti quali l'impatto dell'HIV, il rapporto con i servizi e il personale sanitario, la salute e il benessere (Lelleri, Berardi, Breveglieri, & Furegato, 2011).

Vanno poi ricordate alcune ricerche condotte con persone non eterosessuali in cui si è toccato il tema dell'HIV/AIDS quali MODI DI (www.salutegay.it/modidi/), SIALON (www.sialon.eu), ed EMIS (www.emis-project.eu).

Tuttavia, questi studi non si sono focalizzati principalmente sulle discriminazioni subite dalle persone sieropositive in ambiti diversi. Inoltre, gli studi dedicati in particolare alle persone sieropositive hanno coinvolto campioni modesti e diffusi su aree specifiche dell'Italia.

1.1 Basi teoriche dello studio

La letteratura sullo stigma e sulla discriminazione nei confronti delle persone con HIV/AIDS ha mostrato che tale fenomeno è complesso e le sue componenti sono diverse (Earnshaw, & Chaudoir, 2009; Green 1995; Visser et al., 2008). Prima di tutto, lo stigma può essere concettualizzato come un insieme di atteggiamenti negativi verso le persone con HIV/AIDS che i membri di una comunità condividono. Tale prospettiva è quella di chi vive come altrui la condizione (outsider perspective; Boer and Emons 2004; Herek et al. 2002; Kalichman et al. 2005). In aggiunta a questa prospettiva, ce n'è un'altra, quella delle persone che hanno contratto il virus e sentono sulla propria pelle il peso dello stigma e della discriminazione (subjective experience). Tale prospettiva è stata suddivisa in tre componenti (Earnshaw, & Chaudoir, 2009). La prima riguarda la discriminazione ricevuta, ossia facendo riferimento ai comportamenti discriminatori effettivamente subiti (Elford et al., 2008; Schuster et al. 2005; Sohler et al. 2007). La seconda, invece, riguarda la discriminazione percepita o anticipata (Clark et al., 2003; Visser et al., 2003). In altre parole, consiste nella percezione che gli altri abbiano determinati atteggiamenti negativi verso le persone sieropositive e possano mettere in atto comportamenti discriminatori in specifiche circostanze. La terza dimensione, invece, fa riferimento all'interiorizzazione di tutti quegli atteggiamenti negativi presenti nella propria comunità nei confronti delle persone sieropositive (Berger et al. 2001; Emlet 2006; Wright et al. 2007). Lo stigma interiorizzato è una dimensione molto importante in quanto influisce negativamente sul benessere psico-sociale della persona (Berger et al. 2001; Goffman 1963; Emlet 2006). Come ci si può aspettare, tali dimensioni sono tra di loro collegate anche se non in modo così forte o automatico. Com'è rappresentato in Figura 1, le tre dimensioni hanno delle aree di sovrapposizione ma anche delle altre che non coincidono. Ciò sta a significare, ad

esempio, che ci sono persone che hanno subito discriminazioni, percepiscono un alto livello di atteggiamenti negativi nella propria comunità (discriminazione percepita) e in parte hanno fatto propri tali atteggiamenti (stigma interiorizzato). Tale situazione è rappresentata dallo spazio centrale in cui si sovrappongono tutte le dimensioni. Tuttavia, ci possono essere persone che hanno subito discriminazioni e ritengono di vivere in un ambiente denso di atteggiamenti negativi, ma che non approvano, anzi li contrastano. E così via, le diverse aree in cui c'è o non c'è sovrapposizione vanno a comporre situazioni diverse, da persona a persona e da comunità a comunità.

FIGURA 1

La relazione tra stigma interiorizzato, discriminazione percepita e discriminazione subita



La letteratura ha messo in luce l'importanza del costrutto di coping self-efficacy nella promozione della salute, nello specifico di persone che si trovano in situazioni stressanti (Bandura, 1997; Benight e Bandura, 2004). Il concetto di coping self-efficacy fa riferimento al ruolo positivo delle convinzioni circa le capacità di poter gestire o esercitare almeno qualche forma di controllo sull'evento avverso. Tale concetto riprende quello di coping espresso nel modello transazionale di Lazarus e Folkman (1984) in cui è centrale la definizione degli stili di coping. Il coping fa riferimento a come le persone affrontano (to cope with) le situazioni percepite come stressanti. In italiano coping può essere tradotto come "far fronte a", "reagire a". Più in generale, per coping s'intende l'insieme di strategie a livello cognitivo e comportamentale che le persone mettono in atto per far fronte a situazioni stressanti. Le strategie di coping, dipendenti dall'interazione fra contesto e persona, sono classificate in due tipi: concentrate sul problema, ossia volte a prevenire o modificare la fonte di stress, o concentrate sull'emozione, ossia volte a ridurre le emozioni negative provocate dalla situazione

di stress. Il ruolo chiave del coping self-efficacy è stato dimostrato nel processo di adattamento a diversi tipi di situazioni stressanti: guerra, disastro naturale, attacco terroristico, aggressione e morte del coniuge. Infatti, dalle ricerche emerge che alti livelli di coping self-efficacy consentono una valutazione più favorevole del potenziale pericolo, minori reazioni di stress a esso e un più veloce adattamento.

In aggiunta a questo costrutto, ne abbiamo individuati altri tre per la loro relazione con il benessere psico-sociale della persona. Il primo è il sostegno sociale: la letteratura ha dimostrato in modo consistente la sua relazione con la salute della persona (Berkman et al., 2000; Cohen, 1988; Uchino, 2006). Inoltre, tale relazione è stata confermata anche in persone sieropositive (Green, 1993).

Gli altri due costrutti che abbiamo preso in considerazione sono l'identificazione con il gruppo delle persone sieropositive e l'impegno sociale a loro favore. La letteratura sul benessere sociale (Albanesi, Cicognani, & Zani, 2007; Keyes, 1998) ha evidenziato che l'appartenenza a un contesto sociale significativo in grado di rinforzare la partecipazione e l'impegno sociale individuale è un aspetto importante per la salute della persona. Uno studio ha dimostrato che nelle persone sieropositive l'identificazione con il gruppo delle persone sieropositive e l'impegno sociale a loro favore sono dimensioni importanti per il benessere (Molero et al., 2011).

1.2 Obiettivi dello studio

I risultati presentati in questo rapporto sono il frutto di un'attività di ricerca condotta all'interno del progetto dal titolo: "Pratiche Positive. Interventi di contrasto alla discriminazione e all'esclusione in ambito sociosanitario dei pazienti LGBT con infezione da HIV", finanziato ai sensi della Legge n. 383/2000 - Art. 12 - Comma 3 - Lettera F – Anno Finanziario 2011. L'obiettivo di questa indagine scientifica è quello d'indagare la discriminazione delle persone sieropositive in Italia e le caratteristiche a essa associate. Il focus principale dello studio sono le discriminazioni in ambito sanitario; tuttavia, abbiamo ritenuto utile considerare le discriminazioni in diversi ambiti.

La ricerca è stata di tipo quali-quantitativo, anche se la maggioranza delle analisi effettuate è di tipo quantitativo. Nello studio sono state considerate le seguenti aree:

- Salute
- Episodi di discriminazione subiti
- Strategie di fronteggiamento degli episodi di discriminazione
- Discriminazione percepita
- Stigma interiorizzato
- Senso d'identificazione, impegno sociale e sostegno sociale
- Svelamento e vita sociale e affettiva
- Informazioni socio-demografiche

2.

METODO



2.1 Procedura

Per la somministrazione dei questionari è stata utilizzata la modalità digitale (chiedendo la compilazione di un questionario online), allo scopo di ottenere un'ampia rappresentatività del campione garantendo al tempo stesso l'anonimato. Per diffondere l'iniziativa sono state condotte diverse attività:

- Pubblicazione della notizia e del banner sul sito di Arcigay e sulla sua pagina Facebook.
- Utilizzo di diverse mailing list e gruppi facenti parte dell'associazione Arcigay diffusi in tutte le regioni d'Italia.
- Pubblicazione della notizia o del banner sull'home page di siti dedicati al tema dell'HIV/AIDS quali PLUS onlus, ANLAIDS, Poloinformativo HIV ed NPS Italia onlus (Network Italiano Persone Sieropositive).
- Pubblicazione della notizia sulla pagina Facebook di PLUS onlus e diffusione tramite la rete di persone interessate al mondo dell'HIV rappresentata dai "gruppi segreti" sempre a opera di PLUS onlus
- Utilizzo della mailing list di NPS e di un precedente progetto sul tema dell'HIV/AIDS "HIVvoices" grazie al contributo di PLUS onlus
- Utilizzo di banner e invio di messaggi sul social network e sito d'incontri per MSM (uomini che fanno sesso con uomini) GayRomeo grazie all'azione di GayRomeo e di PLUS onlus
- Mailing list di HIVvoices

Prima della compilazione del questionario i potenziali partecipanti hanno avuto la possibilità di ottenere informazioni generali sugli scopi della ricerca ed hanno espresso il consenso informato necessario a partecipare alla ricerca. Sempre prima della

compilazione si è chiesto ai partecipanti di dichiarare il proprio stato sierologico. Solo coloro che hanno dichiarato di essere sieropositivi hanno avuto accesso al questionario. Inoltre, sono stati esclusi 15 (2,4%) partecipanti, poiché hanno compilato meno del 60% dell'intero questionario. Il campione finale è, quindi, di 522 partecipanti. L'indagine si è svolta nel periodo compreso tra il 18 gennaio 2013 e il 28 giugno dello stesso anno.

2.2 Descrizione del campione

Il campione è costituito da 522 partecipanti sieropositivi. I questionari sono stati compilati quasi interamente, tuttavia alcuni dati mancanti sono presenti. Per questa ragione, è possibile che il numero delle risposte non corrisponda al totale dei partecipanti.

Il 91,7% (n = 477) dei partecipanti è di sesso maschile, mentre il 6,9% (n = 36) di sesso femminile. Il rimanente (n = 7, 1,3%) ha dichiarato di essere trans. L'età media è di 42,27 anni (DS = 9,75), con un minimo di 21 e un massimo di 74. In Tabella 1 è riportata la distribuzione dei partecipanti in base alla loro età in fasce. La maggior parte dei partecipanti ha meno di 44 anni. Il 63,4% (n = 329) del campione risiede al Nord, il 26,4% (n = 137) al Centro e il 10,2% (n = 53) al Sud e Isole.

TABELLA 1

Distribuzione dei partecipanti in base alla loro età in fasce

	FREQUENZA	PERCENTUALE
18-24 anni	19	3,7
25-34 anni	91	17,7
35-44 anni	188	36,6
45-54 anni	169	32,9
55-64 anni	39	7,6
Oltre i 65 anni	8	1,6
Totale	514	100,0

In tabella 48 è riportata la distribuzione dei partecipanti in base al titolo di studio. Quasi la metà dei partecipanti dichiara di avere conseguito un diploma di maturità, mentre più di un terzo una laurea. Nelle successive analisi il titolo di studio verrà considerato in tre categorie, accorpando le prime due (medie ed elementari).

TABELLA 2*Distribuzione dei partecipanti in base al titolo di studio*

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Nessun titolo o elementare	3	0,6
Medie o scuola professionale di tre anni	87	16,9
Diploma di maturità	244	47,3
Laurea o dottorato/specializzazione	182	35,3
Totale	516	100,0

In Tabella 3 è riportata la distribuzione dei partecipanti in base alla condizione lavorativa. Il 71% dei partecipanti dichiara di essere impegnato in un'attività lavorativa, mentre quasi un quarto ha riportato di essere disoccupato/a, in cassa integrazione oppure inabile al lavoro. Il 6% è pensionato/a o ritirato/a dal lavoro mentre il 5% è studente/studentessa. Nelle successive analisi, la condizione lavorativa sarà suddivisa in tre categorie: lavoro o studio (con un'occupazione/lavoratore o studente/studentessa), senza lavoro (disoccupato/a – in cassa integrazione –inabile al lavoro o casalingo/a) e in pensione (pensionato/a o ritirato/a dal lavoro).

TABELLA 3*Distribuzione dei partecipanti in base alla condizione lavorativa*

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Con un'occupazione/lavoratore	367	70,7
Studente/Studentessa	27	5,2
Disoccupato/a – In cassa integrazione –Inabile al lavoro	90	17,3
Casalingo/a	5	1,0
Pensionato/a o ritirato/a dal lavoro	30	5,8
Totale	519	100,0

Per determinare l'identità sessuale delle persone non trans, è stata posta una domanda sull'attrazione affettiva e sessuale. Sono stati considerati eterosessuali gli uomini che hanno dichiarato di provare attrazione verso solo donne e le donne che hanno dichiarato di provare attrazione verso solo uomini. Gli uomini che hanno riportato un'attrazione solo verso uomini e le donne solo verso donne sono stati definiti, rispettivamente, gay e lesbiche. Tutti gli altri che hanno riportato un'attrazione sia verso uomini che verso donne sono stati considerati bisessuali. Dalla Tabella 4 si evince che circa il 74% del campione è gay, il 15% bisessuale, il 10% eterosessuale e lo 0,2% lesbica. Nelle successive analisi, considereremo le categorie eterosessuali, omosessuali (lesbiche e gay) e bisessuali.

TABELLA 4*Distribuzione dei partecipanti in base all'identità sessuale*

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Eterosessuale	50	9,7
Lesbica	1	,2
Gay	381	73,6
Bisexuale	79	15,3
Trans	7	1,4
Totale	518	100,0

In Tabella 5 sono riportati i dati riferiti alla distribuzione dei partecipanti in base alla tipologia di convivenza. Il 40% dei partecipanti vive da solo, il 23% con almeno un genitore, il 22% con partner (con o senza figli), il 9% con amici/amiche o colleghi/e.,

TABELLA 5*Distribuzione dei partecipanti in base alla tipologia di convivenza*

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Solo/a	210	40,4
Coi genitori/con un genitore	120	23,1
Partner	101	19,4
Partner e figli	15	2,9
Con amici/amiche, colleghi/colleghe	45	8,7
Altro	29	5,6
Totale	520	100,0

In Tabella 6 è riportata la distribuzione dei partecipanti in base alla religiosità. La maggior parte dei partecipanti (71%) riporta di essere nulla o poco religiosa.

TABELLA 6*Distribuzione dei partecipanti in base a quanto si sentono religiosi*

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Per nulla	196	37,9
Un poco	169	32,7
Abbastanza	111	21,5
Molto	41	7,9
Totale	517	100,0

3.

RISULTATI



3.1 Dati sullo stato della malattia e sulla terapia

Interpellati sull'anzianità di sieropositività, in media i partecipanti sono a conoscenza del loro stato sierologico da 8,53 anni (DS = 7,53), con un minimo di zero e un massimo di 32 anni (vedi Tabella 7).

TABELLA 7
Anno della diagnosi di sieropositività

	FREQUENZA	PERCENTUALE VALIDA
2013	10	1,9
2012	59	11,3
2011	43	8,3
2010	56	10,8
2009	40	7,7
2008	35	6,7
2007	25	4,8
2006	36	6,9
2005	32	6,2
2004	20	3,8
2003	16	3,1

	FREQUENZA	PERCENTUALE VALIDA
2002	15	2,9
2001	8	1,5
2000	8	1,5
1999	12	2,3
1998	7	1,3
1997	12	2,3
1996	5	1,0
1995	4	,8
1994	13	2,5
1993	6	1,2
1992	6	1,2
1991	10	1,9
1990	11	2,1
1989	3	,6
1988	3	,6
1987	4	,8
1986	9	1,7
1985	8	1,5
1984	3	,6
1982	1	,2
Totale	520	100,0

La carica virale (cioè: viremia, HIV-RNA) all'ultimo controllo è stata rilevabile per il 30,8% (n = 159) dei partecipanti, mentre per il rimanente tale dato non è stato rilevabile (58,6%, n = 303), oppure manca il ricordo dell'esito dell'esame (10,6%, n = 55). L'83,7% (n = 436) del campione segue una terapia in grado di arginare gli effetti della sindrome, mentre il 16,3% (n = 85) no.

In Tabella 8 è riportata la durata della terapia. Circa la metà dei partecipanti è in trattamento da meno di quattro anni.

TABELLA 8
Periodo di tempo in terapia

	FREQUENZA	PERCENTUALE VALIDA
Meno di 6 mesi	35	8,0
7-12 mesi	28	6,4
1 anno	34	7,8

2 anni	48	11,0
3 anni	49	11,2
4 anni	39	8,9
5 anni	21	4,8
6 anni	21	4,8
7 anni	14	3,2
8 anni	23	5,3
9 anni	10	2,3
10 anni	10	2,3
Da 11 a 15 anni	41	9,4
Da 16 a 20 anni	43	9,9
Più di 20 anni	20	4,6
Totale	436	100,0

Infine, lo stato di salute percepito da parte dei partecipanti è buono: chiedendo di valutare da 1 a 10 (1=pessima a 6=sufficiente a 10=ottima) lo stato della propria salute attuale, il punteggio medio è 7,93 (DS = 1,68).

3.2 Precedenti episodi di discriminazione

Quasi due terzi dei partecipanti hanno riportato di essersi sentiti trattato/a ingiustamente o diversamente a causa del loro stato sierologico almeno una volta nella vita (vedi Tabella 9). In Tabella 10 sono riportati i risultati dell'analisi di regressione ordinale con variabile dipendente l'essersi sentito/a trattato/a ingiustamente o diversamente a causa del proprio stato sierologico. La probabilità di essersi sentito/a trattato/a ingiustamente o diversamente a causa del proprio stato sierologico aumenta tra chi è più giovane, ha una maggiore fede religiosa e ha una maggiore anzianità di sieropositività.

TABELLA 9

Risposte alla domanda: "Le mai capitato di sentirsi trattato/a ingiustamente o diversamente a causa del suo stato sierologico?

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Spesso o sempre	9	1,8
Più volte	138	27,0
Una volta o due	155	30,3
No, non è mai capitato	209	40,9
Totale	511	100,0

TABELLA 10

Analisi di regressione ordinale con variabile dipendente l'essersi sentito/a trattato/a ingiustamente o diversamente a causa del proprio stato sierologico

PREDITTORI	STIMA	ERRORE STD	P
Anzianità di sieropositività	,102	,016	,000
Genere			
Uomo	-,066	,521	,899
Donna		.	.
Età in classi			
18-24 anni	3,955	1,271	,002
25-34 anni	2,623	1,196	,028
35-44 anni	2,876	1,179	,015
45-54 anni	2,528	1,168	,030
55-64 anni	2,292	1,132	,043
oltre i 65 anni		.	.
Titolo di studio			
Media o elementare	-,106	,279	,705
Diploma di scuola superiore	-,197	,198	,320
Laurea		.	.
Occupazione			
Lavoro o studio	-,329	,523	,529
Senza lavoro	,074	,544	,892
In pensione			
Provenienza regionale			
Nord	-,003	,313	,993
Centro	,097	,339	,775
Sud		.	.
Orientamento sessuale			
Eterosessuale	,283	,475	,551
Omosessuale	-,258	,252	,305
Bisessuale		.	.
Fede religiosa			
Per nulla			
Poco	-,093	,211	,658
Abbastanza	-,278	,243	,253
Molto	673	,340.	,049.

PREDITTORI	STIMA	ERRORE STD	P
Conoscenza di persone sieropositive			
Sì	,587	,353	,097
No	.	.	.

Indagando gli episodi di discriminazione percepita in ambito sanitario (Tabella 11), è emerso che i partecipanti hanno indicato di essersi sentiti discriminati soprattutto dagli operatori sanitari in generale. Tra le diverse figure specifiche di operatore sanitario, i partecipanti si sono sentiti discriminati maggiormente da parte del dentista e degli operatori sanitari dei servizi di emergenza. È interessante anche notare l'alta percentuale di persone che non rivelano al dentista il proprio stato sierologico (34%), e, nonostante ciò, la discriminazione non è bassa.

TABELLA 11

Risposte alla domanda: “Da parte di chi si è sentito/a trattato/a ingiustamente o diversamente a causa del suo stato sierologico?

		MAI	UNA VOLTA O DUE	PIÙ VOLTE	NON SAPEVA CHE SONO HIV-POSITIVO	NON SI APPLICA NEL MIO CASO
Dentista	Frequenza	200	53	37	166	32
	Percentuale	41,0%	10,9%	7,6%	34,0%	6,6%
Medico di base	Frequenza	352	46	14	61	15
	Percentuale	72,1%	9,4%	2,9%	12,5%	3,1%
Operatori sanitari, in generale	Frequenza	237	115	75	49	17
	Percentuale	48,1%	23,3%	15,2%	9,9%	3,4%
Operatori sanitari dei reparti di malattie infettive	Frequenza	413	47	12	8	12
	Percentuale	83,9%	9,6%	2,4%	1,6%	2,4%
Operatori sanitari dei servizi di emergenza	Frequenza	244	57	19	57	109
	Percentuale	50,2%	11,7%	3,9%	11,7%	22,4%
Operatori delle cliniche per le malattie sessualmente trasmissibili /centri di sessuologia	Frequenza	318	30	10	12	107
	Percentuale	66,7%	6,3%	2,1%	2,5%	22,4%

Operatori dei servizi per la maternità/ paternità	Frequenza	174	5	4	23	262
	Percentuale	37,2%	1,1%	,9%	4,9%	56,0%

Per indagare quali siano le manifestazioni di discriminazione più frequenti da parte degli operatori sociosanitari, abbiamo chiesto ai partecipanti di riferire se in passato abbiano mai subito quattro tipologie di comportamenti discriminatori (vedi Tabella 12). Dai dati emerge che la forma più riportata ha a che fare con la determinazione di uno stato di disagio da parte dell'operatore, seguita dall'esibizione di disprezzo o superiorità oppure ancora da evitamento. Va segnalato, tuttavia, che una minoranza non trascurabile di partecipanti (17%) riporta di avere ricevuto un rifiuto di un servizio a causa della propria sieropositività.

TABELLA 12

Risposte alla domanda: "Da quando lei è HIV-positivo/a, le è mai capitato che proprio per la sua condizione un operatore socio-sanitario (ad es. medico, infermiere) l'abbia...?"

		SI	NO
Fatta sentire a disagio	Frequenza	216	292
	Percentuale	42,5%	57,5%
Trattata con disprezzo o superiorità	Frequenza	131	368
	Percentuale	26,3%	73,7%
Preferita evitare	Frequenza	120	378
	Percentuale	24,1%	75,9%
Rifiutato un servizio che aveva richiesto	Frequenza	85	414
	Percentuale	17,0%	83,0%

In seguito abbiamo indagato la percezione di discriminazione da parte di altre persone al di fuori dell'ambito sanitario (vedi Tabella 13). Dalle analisi emerge che gli episodi di discriminazione avvengono soprattutto all'interno di relazioni affettive/ sessuali (partner sessuale) o di conoscenza in contesti LGBT (chat o locali). Meno diffusi, ma comunque presenti, episodi di discriminazione attuati dal/la partner, da capi/colleghi, da familiari e amici.

TABELLA 13

Risposte alla domanda: “Da parte di chi si è sentito/a trattato/a ingiustamente o diversamente a causa del suo stato sierologico?”

		MAI	UNA VOLTA O DUE	PIÙ VOLTE	NON SAPEVA CHE SONO HIV POSITIVO	NON SI APPLICA NEL MIO CASO
Da parte di capi/colleghi o comunque sul lavoro	Frequenza	156	36	25	176	85
	Percentuale	32,6%	7,5%	5,2%	36,8%	17,8%
Da qualcuno/a a scuola/università	Frequenza	151	10	11	112	186
	Percentuale	32,1%	2,1%	2,3%	23,8%	39,6%
Da persone con cui ha avuto una relazione sessuale (o avrebbe voluto avere)	Frequenza	134	135	118	52	52
	Percentuale	27,3%	27,5%	24,0%	10,6%	10,6%
Dal/la partner, dal compagno/a o dal marito/moglie	Frequenza	257	63	29	17	113
	Percentuale	53,7%	13,2%	6,1%	3,5%	23,6%
Da un altro familiare	Frequenza	232	63	23	104	61
	Percentuale	48,0%	13,0%	4,8%	21,5%	12,6%
Da un vicino/condomino	Frequenza	171	14	7	178	102
	Percentuale	36,2%	3,0%	1,5%	37,7%	21,6%
Da un/un' amico/a	Frequenza	248	94	26	75	36
	Percentuale	51,8%	19,6%	5,4%	15,7%	7,5%
Dal proprietario di casa (se vive in affitto)	Frequenza	155	3	2	110	191
	Percentuale	33,6%	,7%	,4%	23,9%	41,4%
Da operatori del volontariato/servizi sociali	Frequenza	205	14	8	58	184
	Percentuale	43,7%	3,0%	1,7%	12,4%	39,2%
Da persone conosciute in un'associazione LGBT	Frequenza	206	35	28	57	145
	Percentuale	43,7%	7,4%	5,9%	12,1%	30,8%

		MAI	UNA VOLTA O DUE	PIÙ VOLTE	NON SAPEVA CHE SONO HIV POSITIVO	NON SI APPLICA NEL MIO CASO
Da persone conosciute su una chat LGBT	Frequenza	168	76	93	53	87
	Percentuale	35,2%	15,9%	19,5%	11,1%	18,2%
Da persone conosciute in un locale LGBT	Frequenza	161	57	40	86	129
	Percentuale	34,0%	12,1%	8,5%	18,2%	27,3%

In seguito abbiamo voluto indagare attraverso quali forme si manifestasse la discriminazione. In Tabella 14 è presentata una lista delle possibili forme e le risposte date per ciascuna dai partecipanti. Le forme più riportate sono: utilizzo eccessivo di precauzioni (8% spesso o sempre), richiesta di nascondere la sieropositività (6% spesso o sempre), esclusione/isolamento (5% spesso o sempre), richiesta di dichiarare la sieropositività (5% spesso o sempre), atteggiamento giudicante (4% spesso o sempre), e indifferenza (4% spesso o sempre).

TABELLA 14

Risposte alla domanda: “Quali sono state le modalità tramite le quali si è sentito/a trattato/a ingiustamente o diversamente a causa del suo stato sierologico?”

		MAI	UNA VOLTA O DUE	PIÙ VOLTE	SPESO O SEMPRE
Aumento della distanza (fisica)	Frequenza	240	140	73	13
	Percentuale	51,5%	30,0%	15,7%	2,8%
Indifferenza	Frequenza	272	99	70	17
	Percentuale	59,4%	21,6%	15,3%	3,7%
Derisione/presa in giro	Frequenza	377	55	20	4
	Percentuale	82,7%	12,1%	4,4%	0,9%
Aggressione fisica	Frequenza	430	12	7	4
	Percentuale	94,9%	2,6%	1,5%	0,9%
Gentilezza esagerata/fuori luogo	Frequenza	273	121	50	13
	Percentuale	59,7%	26,5%	10,9%	2,8%

		MAI	UNA VOLTA O DUE	PIÙ VOLTE	SPESO O SEMPRE
Comportamento strano o imbarazzato	Frequenza	148	209	96	18
	Percentuale	31,4%	44,4%	20,4%	3,8%
Atteggiamento giudicante	Frequenza	200	157	93	19
	Percentuale	42,6%	33,5%	19,8%	4,1%
Esclusione/ isolamento	Frequenza	279	101	58	21
	Percentuale	60,8%	22,0%	12,6%	4,6%
Utilizzo eccessivo di precauzioni	Frequenza	202	137	96	37
	Percentuale	42,8%	29,0%	20,3%	7,8%
Richiesta di dichiarare la sua sieropositività	Frequenza	268	111	66	21
	Percentuale	57,5%	23,8%	14,2%	4,5%
Richiesta di nascondere la sua sieropositività	Frequenza	329	66	42	26
	Percentuale	71,1%	14,3%	9,1%	5,6%

Abbiamo posto una domanda aperta volta a sollecitare il racconto di un episodio di discriminazione: “Provvi a pensare a un’occasione in cui si è sentito/a trattato/a ingiustamente o diversamente a causa del fatto che lei è HIV-positivo. Ce la può raccontare?”. Un totale di 309 (59,2%) partecipanti ha fornito informazioni su un caso specifico in cui si è sentito/a discriminato/a a causa dello stato sierologico. I casi di discriminazione sono stati analizzati tramite l’analisi del contenuto tematico (Smith, 2000). In linea con i criteri di esclusività, omogeneità ed esaustività, sono state induttivamente identificate diverse categorie tematiche di significati associati alle caratteristiche esaminate. Tra le caratteristiche delle narrazioni, abbiamo considerato il ruolo della persona che ha commesso la discriminazione e la tipologia di azione discriminatoria. Per quanto riguarda il ruolo della persona che ha commesso la discriminazione, abbiamo identificato otto categorie (Tabella 15). Qui di seguito riportiamo alcune delle testimonianze riferite dai partecipanti categoria per categoria.

TABELLA 15*I ruoli delle persone che hanno commesso la discriminazione*

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Medico	126	37,5
Operatore sanitario non medico	31	10,0
Familiari/parenti	12	3,9
Pari/amici	27	8,7
Partner	42	13,6
Colleghi/datori di lavoro	11	3,6
Nessuna discriminazione	60	19,4
Altro	10	3,2
Totale	309	100,0

Nel 38% dei casi il ruolo è quello del medico:

-  “Una volta in ospedale di Trieste - Il medico mi ha detto che non ha tempo per curare una persona HIV-positiva - prima deve curare persone normali e poi deve curare persone HIV-positive.”
-  “Sono stato in un pronto soccorso, mi ero recato per un piccolo problema, quando hanno saputo della mia positività mi hanno spedito all’ospedale dove sono seguito, il tutto dopo aver atteso più di un’ora!!!”
-  “Dovevo essere operato di emorroidi e sono stato messo in lista ma dopo un anno non ero ancora stato chiamato e alle mie richieste veniva risposto ‘non c’è posto’; dopo essere ricorso alla minaccia di rendere nota la cosa il posto è saltato fuori dopo 1 settimana...”
-  “Un medico MTS ha espresso giudizi non richiesti (e non professionali) sulla mia condotta sessuale.”
-  “Il dentista mi ha interrotto la cura dell’apparecchio ai denti perché sono diventato sieropositivo durante, mi ha lasciato sui denti un pezzo di metallo perché non ha più voluto toccarmi.”
-  “Pochi mesi dopo aver conosciuta la mia diagnosi di sieropositività, ho cercato di fissare un appuntamento con il dentista presso il quale ero un cliente abituale. Sorpresa della mia diagnosi mi ha detto che il primo posto libero avrebbe dovuto darmelo a distanza di 4 mesi dal momento della chiamata.”
-  “Ogni volta che viene fuori il mio status HIV con un medico, devo raccontare come l’ho preso. Per me è stato un rapporto sessuale a lungo termine, ma

sono stufa di dover giustificare l'HIV e dover specificare di non essere tossica o puttana.”

Nella seconda categoria troviamo la figura dell'operatore sanitario non medico (10%):



“Nel 1998 per un'operazione di ernia al disco ai piedi del letto dove ero ricoverato mi hanno segnato con un pennarello giallo fosforescente: sieropositivo +, le infermiere mi hanno detto per distinguermi dagli altri.”



“Quando mi hanno inserito uno stent alla coronaria, gli assistenti dell'ambulanza, al momento di passare a prendermi alla sala delle operazioni, per riportarmi al reparto, non solo si sono parlati tra di loro riguardo alla mia sieropositività, mi toccavano mantenendo visibilmente la distanza. Al momento di farmi scendere dalla barella, quasi non si volevano avvicinare - avevo un anello al polso per fermare l'eventuale fuoriuscita di sangue dall'arteria. Al momento dell'arrivo al reparto, sentendo il loro astio, ho detto che sarei sceso dalla barella da solo e che mi sarei coricato con le mie proprie forze... non si sono affatto adoperati per farmi desistere. Anzi. Sembrava come se avessero avuto un respiro di sollievo perché “non mi avrebbero dovuto toccare” ... Da tenere presente che indossavano i guanti, come di consueto. Ma la loro distanza fisica, oltre che professionale e mentale, era tale che, anche se ero nudo dopo l'intervento, non si sono preoccupati di aiutarmi a infilarmi sotto le lenzuola e sotto la coperta del lettino...”



“Dal dentista. Al secondo intervento, dopo che al primo non avevo detto nulla sulla mia sieropositività, mi sono sentito di dire che sono HIV+, perché sapevo che l'intervento sarebbe stato parecchio pesante con molto sangue. L'infermiera allora si è inalberata perché la volta precedente non l'avevo detto. Fortunatamente la dentista ha pensato bene di zittire l'infermiera spegnendo la cosa e dicendo che non ero tenuto a dirlo, anche se dirlo può aiutare.”



“Mi è capitato agli infettivi dove sono seguita stavo eseguendo una visita ginecologica, pap test e le infermiere mi hanno trattata come una sporca malata drogata di aids colpevole, mi hanno fatto domande personali, dove lavoro ecc.”



“Sono stato ricoverato per una pcp e il personale d'emergenza mi ha coperto la bocca e il naso con una mascherina, ero legato al lettino sull'ambulanza e non potevo toglierla da me. Era luglio. La caposala degli infettivi si è subito risentita con loro per questo trattamento, giustificato dal fatto che ero un dubbio-HIV positivo in corso di accertamento con WB secondo loro.”



“Rivoltomi in emergenza al pronto soccorso, un'infermiera mi ha intimato di tamponare un mio sanguinamento rettale autonomamente, rifiutandosi lei stessa di intervenire.”

Nella terza categoria abbiamo inserito le discriminazioni operate dai familiari (4%):

 “Nel corso di un colloquio che stavo avendo al telefono con una mia cugina, mentre si stava discutendo un po’ animatamente e vi era una divergenza di opinioni sull’argomento HIV, mi è stato detto che le altre malattie vengono indipendentemente dalla nostra volontà, mentre l’HIV me l’ero cercato.”

 “Mia zia che sapeva della mia condizione preferisce quando viene di visita usare il bagno degli ospiti invece del principale che uso io ... non so perché abbia l’idea (secondo lei ha letto un libro) che un goccia di urina potrebbe causare qualcosa.... non si sa mai... sono le sue parole...”

 “Conversazioni con sconosciuti o amici che non conoscono la mia condizione in cui i sieropositivi sono stati giudicati disgustosi.”

 “Beh in famiglia quando mi lavo o quando mi cambio gli indumenti o quando mi taglio i capelli mi chiedono di lavare tutto per bene e con candeggina o altro disinfettante in casa usiamo piatti di plastica e io ho le mie forchette personali se provo a bere alla bottiglia di qualsiasi bevanda tutto viene buttato.”

Oltre alle discriminazioni operate dai familiari, i partecipanti hanno riferito quelle subite dalla cerchia dei pari/amici (9%):

 “In occasione di una convivenza con due amiche: nel momento in cui gliel’ho dichiarato hanno confabulato e mi hanno detto in parole povere, che dovevo dirlo prima, e che a saperlo per tempo non avrebbero cercato casa assieme a me. Al quindi le ho liquidate mi sono rifatto dare indietro tutti i soldi dei mobili acquistati per la camera che avevo speso per arredarmela oltre a quelli dell’affitto corrente e delle caparre anticipate personalmente anche da parte loro.”

 “Avevo appena scoperto della mia sieropositività, a 15 anni. Ne ho parlato con una compagna di classe, che, nel mentre, condivideva con me una sigaretta. La compagna di classe si è spaventata e, senza avvertirmi, è andata a parlarne sotto confessione al prete locale. Il prete era anche nostro docente di religione e, rompendo il segreto di confessione, ha parlato della situazione davanti al consiglio di classe, con presenti i rappresentanti dei genitori, degli studenti, gli insegnanti e il preside. Sono stato chiamato il giorno dopo in presidenza. Mi hanno detto che, nel pomeriggio, avrebbero contattato i miei genitori, e che avrei dovuto dire chiaramente se questa storia era vera. Se lo era, avrei dovuto allontanarmi dalla classe, perché alcuni genitori si lamentavano del fatto che i loro figli andassero in aula con me. Sotto consiglio del medico curante e dei miei genitori ho dovuto ammettere il falso, cioè che mi ero inventato tutto per stare al centro dell’attenzione. Ho concluso il mio percorso al liceo affiancato da pochissimi amici. La maggior parte della classe mi vedeva come bugiardo, e quindi non mi frequentava. Col senno di poi direi meglio così, altrimenti mi avrebbe evitato perché ero sieropositive. Ho imparato a non rivelare la mia condizione sanitaria indistintamente.”



“Mentre piangevo un amico o presunto tale temeva che potessi contagiarlo con le mie lacrime...”

Oltre agli amici, atteggiamenti discriminatori sono stati riportati anche in riferimento al comportamento dei partner (14%):



“Frequentavo un ragazzo. Quando gli raccontai la mia condizione sierologica rimase basito e non volle più sentirmi. Un raro caso isolato. L'informazione è molto più diffusa di quanto si pensi, oppure io sono stato particolarmente fortunato relativamente agli incontri avuti.”



“Beh, è capitato che un corteggiatore particolarmente insistente si sia prontamente defilato, con una scusa ipocrita, nel momento in cui gli ho detto della mia condizione....l'ho detto per vedere la sua reazione, dal momento che sembrava molto sicuro di se...”



“Avevo scoperto da qualche mese della mia sieropositività, ho conosciuto questo ragazzo, e al terzo appuntamento l'ho messo al corrente, la nostra storia si è chiusa non ha più voluto frequentarmi.”



“In ogni chat gay, essere positivi è stigma. Nell'instaurare un rapporto di amicizia che potrebbe dar luogo a una relazione, è percepito come ostacolo insormontabile. Ancora adesso - nonostante l'interessato dica il contrario - ritengo che l'unica relazione importante sia fallita anche per questo motivo, oltre a mille altri.”



“Un incontro con una persona conosciuta in chat, quando gli ho detto la mia condizione sierologica mi ha mollato su due piedi in un bar.”



“Dopo un inizio relazione senza sesso e una proclamazione d'amore, sono stato respinto in 5 minuti da colui (coloro, è successo più di una volta) che diceva di amarmi.”

Sono stati riportati dai partecipanti anche episodi di discriminazione avvenuti sul luogo di lavoro (4%):



“Sì... nella ricerca di lavoro. Sono HIV positivo...e in buona salute ma per lo stato italiano e non solo se scoprono che sono positivo non posso più fare il mio lavoro... mi verrebbe tolta la mia idoneità alla professione. Sono un assistente di volo (steward) e lavoro per una nota compagnia italiana. In Italia se si scopre ti tolgo la possibilità di lavorare... idem negli stati Arabi ti chiedono un test negativo per fare questo lavoro... ma se si è dentisti... infermieri... medici che operano ogni giorno a contatto con il sangue... lo stato italiano dice si va bene... se io devo vendere una Coca-Cola a bordo o dire ad un passeggero di allacciarsi la cintura o parlarci... no... direi che è una cosa inammissibile!!!!”



“Ho un’invalidità del 50% riconosciuta da HIV positivo in una selezione di lavoro come categoria protetta in una nota catena di supermercati, in fase di colloquio mi è stata chiesta in modo esplicito la patologia della mia invalidità, cosa che non è regolare e lascio giudicare a voi...in seguito non sono più stato contattato neanche per comunicare l’esito negativo della selezione come da accordi intorcorsi.”



“Nel settore lavorativo insistentemente persiste la richiesta di sottopormi al test sierologico dell’HIV di cui io mi rifiuto di eseguirlo onde evitare discriminazioni e persecuzioni da parte dell’azienda in cui lavoro. Tutto ciò sta avendo dei risvolti in negativo sulla mia persona. Io professionalmente sono un Infermiere e come tale vorrei rimanere in anonimato sul mio stato di salute nell’ambito lavorativo, poiché nel settore sanitario ancora non ci sono leggi o provvedimenti che ci tutelano in merito.”



“Una collega lo è venuto a sapere, e mi ha detto che è stata colpa mia e che quello che mi farà ammalare sarà la terapia e non il virus.”



“Uno dei miei dirigenti sul posto di lavoro nell’affrontare il discorso della mia infezione, mi disse che visto che ero gay e avendo rapporto con altri gay l’infezione me la sono andata a cercare, naturalmente gli risposi a dovere dicendogli che anche gli eterosessuali posso correre questi rischi.”

Abbiamo creato una categoria chiamata “altro” perché una minoranza di episodi (3%) non poteva rientrare nelle categorie precedentemente esposte:



“Una volta in un centro estetico, anche essendo la prima, mi hanno fatto aspettare ore, prima di farmi la ceretta, hanno fatto in modo di mandare via prima gli altri.”

Infine, alcuni partecipanti hanno riferito di non avere subito discriminazioni (19%):



“Non ho occasioni di particolare disagio da raccontare. Nell’ambito delle persone che conoscono la mia situazione non mi sono sentito trattato ingiustamente. Sottolineo che nell’ambito lavorativo nessuno lo sa, altrimenti credo che non sarebbe così facile.”



“Non mi è mai capitato, solamente alcuni amici sanno della mia sieropositività e la cosa non ha fatto differenza.”



“Mai tratto ingiustamente o diversamente perché nessuno sa di me a parte l’infettivologo e di volta in volta il personale addetto al prelievo del sangue per la conta dei CD4 e per la Carica Virale.”



“Io non mi sono mai sentito trattato ingiustamente, io credo che sta molto alla persona stessa essere tranquillo e sereno, gli altri faranno lo stesso con te.”

Le narrazioni sono state analizzate considerando alla tipologia di azione discriminatoria. Oltre alla categoria “nessuna discriminazione”, come abbiamo appena detto, i partecipanti riportano di non essersi sentiti discriminati, sono emerse sette categorie (Tabella 16). La prima di queste, e anche la più numerosa (27%), fa riferimento all'eccesso di precauzioni:



“La peggiore. Vado alla clinica dermatologica dell'ospedale San Camillo a Roma, io sono milanese, avevo uno sfogo sul mento e non capivo. Sono stato visitato da due “professoresse” che si sono tenute a distanza e mi dicevano che non sapevano che fare loro avevano nonostante la distanza, mascherina e guanti. Per distanza intendo 2 metri. E quando parlavano fra loro dicevano “questi” riferito a noi HIV+. Me ne sono andato incacciato e un po’ in pena per loro. È bastato un po’ di gentalin era uno sfogo per il caldo e una barba fatta male... A loro discolpa... era il 1988 ma in ogni caso erano professoresse del reparto di dermatologia... alla faccia della professionalità. Avevo anche pensato di denunciare il comportamento ma ero in vacanza... Non si può sempre stare con l’elmetto in testa soprattutto di fronte a cotanta ignoranza. Troppo lavoro da fare.”



“Per un problema di una spalla che mi si lussava recidivamente mi recai del mio ortopedico, che lavora/lavorava al CTO di Roma, mi disse di essere in lista per farmi operare per risolvere il problema e di aspettare di essere chiamato per farmi ricoverare, non sono mai stato chiamato. Tutto questo dopo molte pressioni sul fatto che non dichiarassi il mio stato sierologico al personale ospedaliero coinvolto dato che lui stesso avrebbe avuto premuro di avvisare le infermiere della sala operatoria di adottare misure di prevenzione adatte al mio caso, qualunque cosa avessero significato. A 5 anni dall’episodio ovviamente il mio problema alla spalla non è mai stato risolto non avendo avuto più contatti con suddetto dottore.”



“Per un tamponamento avuto a Roma 1 anno fa. Sono intervenuti i vigili del I Gruppo di Roma Capitale, mi hanno sottoposto all’alcoltest e io ho dichiarato di prendere AVR che potevano incidere nell’esito del test. Si sono irrigiditi e impauriti, hanno preso dichiarazioni spontanee da tutti anche passanti, tranne che da me l’interessato. Hanno indossato guanti monouso sia per l’etilometro, che alla fine prima di consegnarmi i documenti, trattato come un lebbroso da pubblici ufficiali.”



“Andai a sottopormi alla vaccinazione per l’epatite B, il medico, al mio ingresso, lesse qualcosa sul monitor del computer e disse all’infermiera: ‘Il signore lo facciamo con i guanti’; io replicai che i guanti li dovevano mettere sempre e l’infermiera mi disse che erano abituati a trattare più spesso con i bambini. Per alleggerire la tensione mi chiese che terapia facevo (avevo spiegato di essere non rilevabile) e domandò se mi somministravano l’Azt (!)”



“Al Policlinico di Milano anno 2006, ho fatto una rettoscopia e l’infermiera,

aiutante della dottoressa che mi stava praticando l'esame, quando ha sentito dalle domande che la dottoressa mi stava facendo che ero siero positivo gay ha messo guanti, occhiali e mascherina! ...la dottoressa invece è rimasta solo con i guanti! ...mi sono davvero sentito un appestato! E, quando abbiamo finito, ho avvertito il sollievo dell'infermiera che non vedeva l'ora di finire l'esercizio dell'esame!!!”

La seconda categoria individuata è quella del rifiuto di eseguire una prestazione:

 “...La situazione più brutta e imbarazzante è successa in ambito sanitario, da medici che dovrebbero conoscere bene il problema, appena tre anni fa, quindi in tempi in cui l'HIV è ben conosciuto. Mi è stato negato l'accesso in strutture sanitarie specifiche per la patologia in corso, ossia la famosa ***** di Bologna. Per un Linfoma avrei dovuto fare, da ricoverato, una chemioterapia ad alte dosi ed un successivo trapianto di midollo. Tutto ciò è stato, poi, fatto con successo, ma in un'altra struttura fuori Bologna.”

 “La più eclatante è stata dal dentista di famiglia che si è rifiutato di visitarmi e curarmi i denti perché ‘non trattava tali patologie e avrebbe avuto seri problemi a sterilizzare i ferri’, ora mi domando come farà tal dentista dal momento che tutti i ferri vanno sterilizzato visto che non solo l'HIV ma molte altre malattie sono trasmissibili! Altra situazione imbarazzante (e più volte capitata), la mancanza totale di tatto di alcuni medici in un reparto di ginecologia in cui mi trovavo, senza nessun rispetto per la privacy hanno elencato ad alta voce e davanti ad altre pazienti che erano con me in camera tutte le mie patologie, creando di fatto una situazione estremamente spiacevole, dal momento che ero ricoverata per una semplice ciste da rimuovere e non c'era bisogno di fare l'elenco ad alta voce e davanti ad altre pazienti non interessate al fatto.”

 “Un chirurgo rifiutò esplicitamente di operarmi a causa della mia sieropositività ed ho dovuto rivolgermi ad altro medico/struttura.”

 “Da una dentista che dopo la prima visita, durante la quale avevo compilato un modulo anamnestico, mi chiamò per disdire quello successivo. Mi disse che anche suo marito (altrettanto medico) l'aveva incoraggiata a chiamarmi dal momento che erano una coppia giovane nel procinto di costruire una famiglia...”

 “Durante una visita ginecologica e dovendo assumere farmaci piuttosto importanti misi al corrente il medico della terapia che assumo per l'HIV per evitare eventuali contrasti tra gli eccipienti attivi. Resosi conto della situazione si rifiutò di visitarmi e nemmeno si avvicinò.”

Altre tipologie di comportamento discriminatorio fanno riferimento a una distanza, un allontanamento fino all'emarginazione:



“Dopo avere avuto un rapporto sessuale protetto con un uomo la seconda volta gli ho detto di essere sieropositivo e lui ha fatto una sfuriata ed è andato via con le mani nei capelli!”



“Ne ho parlato col mio amico di infanzia con cui ci si vedeva regolarmente, da allora nessuna proposta di vedersi da parte sua, ora mi accusa a me di essere distante ma in realtà ha creato lui la situazione.”



“Avevo scoperto da qualche mese della mia sieropositività, ho conosciuto questo ragazzo, e al terzo appuntamento l’ho messo al corrente, la nostra storia si è chiusa non ha più voluto frequentarmi.”



“Quando ho detto ad un ragazzo che stavo frequentando di essere sieropositivo e questo ha cambiato completamente atteggiamento nei rapporti sessuali, evitando baci e altro fino a lasciarmi in una settimana dopo mesi di frequentazione.”



“Una volta ero con un ragazzo che non sapeva che ero sieropositivo. Non avendo né lui né io un preservativo, ho suggerito di rimandare il sesso ad altro momento. Lui insisteva per non usare il preservativo e fare a meno, al che gliel’ho detto. Al quel punto è scattata la reazione di rifiuto e di ansia perché a quanto pare era prassi per lui fare sesso senza preservativo, ma non si era mai posto il problema che potesse averlo fatto con un ragazzo sieropositivo. Ho pagato la colpa della mia onestà...”

Un’altra categoria di comportamenti discriminatori è quella del giudizio o del rimprovero. In altre parole, di fronte a persone sieropositive, vi può essere una tendenza a giudicarle, a rimproverarle, a colpevolizzarle, o a far loro la morale:



“Al pronto soccorso, ero stata aggredita con un coltello, rischiavo la mia vita. Tra le tante domande che mi fece la “dottorella” una era sul mio stato sierologico, quando risposi che ero positiva mi disse: non potrebbe essere diversamente. Capii che per lei era scontato la mia positività in quanto persona transgender. Io avevo avvisato i primi soccorritori dell’ambulanza. Loro mi ringraziarono. Non permisi alla “dottorella” di usare i suoi pregiudizi. Ma la storia è troppo lunga.”



“L’atteggiamento giudicante di una dottoressa del centro di malattie infettive che mi parlava come se quello che mi era capitato fosse una punizione per atteggiamenti sbagliati o comunque discutibili, motivo per cui non avrei dovuto lamentarmi.”



“Alla mia scoperta di essere HIV+ la dottoressa dell’ospedale dove facevano le analisi mi fece la predica e disse che non era possibile che succedesse ancora che qualcuno si infettasse nel 2000. Mi ricordo che io uscii dal centro analisi disperato e pensavo i non vivere più di 2 anni, l’esperienza più brutta della mia vita.”



“Durante un colloquio con un anestesista per un intervento la prima cosa che mi ha chiesto era da quanto tempo non usavo stupefacenti, io non ho mai fatto uso di stupefacenti ma sono sieropositiva a causa della persona che ho amato e ho seguito fino alla sua morte...”



“Dopo un mese che ho scoperto di avere l’HIV era capodanno e io e il mio compagno siamo stati ospiti da amici per alcuni giorni. Il mio compagno aveva bisogno di parlare con altri e si è confidato. Son stato accusato che dovevo dirlo prima di accettare ospitalità da parte loro e che son stato scorretto.”



“In ambiente ospedaliero, ho l’abitudine di dirlo nel momento in cui devono fare esami invasivi... Una volta al pronto soccorso, stavo male, nel momento in cui il medico inizio a farmi domande di routine disse all’infermiera di preparare una flebo, io subito parlando col medico dissi di essere HIV+. Un infermiere con aria burbera mi rimproverò che dovevo dirlo al triage... (cosa non vera i pazienti vanno trattati come tutti potenziali infetti). Non fu il perché ma come lo disse che mi fece infuriare... gli vietai IO di toccarmi e di uscire dalla stanza, mentre il medico e l’altra infermiera mi consolavano calmandomi.”

Infine, una parte dei partecipati ha riferito episodi in cui sono stati vittime di aggressività verbale per il loro stato sierologico:



“Ad una manifestazione sono stata aggredita verbalmente da una “compagna” che mi ha gridato che faccio schifo, che ho l’AIDS e prima o poi morirò...ma si muore tutti, giusto?”



“Conosciuto un ragazzo in un parco e fatto sesso prendendo io le precauzioni, dopodiché lui avrebbe voluto togliersi il profilattico e farlo senza, al che io mi sono rifiutato, lui si è masturbato ed ha eiaculato e se ne andò via. Dopo un paio di settimane mi si presenta al posto di lavoro e che voleva parlar mi, che lui ha saputo per vie traverse da conoscenti che lavoravano in ospedale che io ero HIV positivo e che lui voleva sapere se fosse vero , quando gli ho comunicato che quello che aveva sentito era vero lui mi aggredì verbalmente come “criminale” nonostante lo rassicurai che non avevamo fatto alcun comportamento a rischio e alcun contatto diretto, ma mi ha molto infastidito che mi attacco in quella maniera lo invitai poi a farsi le analisi perché io non sapevo nulla di lui né del suo trascorso.”

TABELLA 16*Tipologie di azioni discriminatorie riportate dai partecipanti*

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Eccesso di precauzione	85	27,2
Rifiuto da parte degli operatori sanitari di prestare le cure	38	12,2
Allontanamento/emarginazione/distanza	51	16,3
Rimprovero/biasimo	36	11,5
Reazione aggressiva verbale	11	3,5
Nessuna discriminazione	60	19,2
Altro	31	9,9
Totale	312	100,0

Successivamente ci siamo posti come obiettivo quello d'indagare due possibili reazioni a un clima discriminatorio da parte dei partecipanti. La prima possibile reazione è quella di non svelare il proprio stato sierologico ad altri significativi (vedi Tabella 17), la seconda è quella relativa al cambiamento di aspetti importati della propria vita (vedi Tabella 18). I partecipanti hanno scelto di non svelare il proprio stato sierologico soprattutto nei confronti del partner sessuale e anche dei familiari. Va sottolineato che comunque quasi la metà dei partecipanti non si è sentita di riferire il proprio stato sierologico al medico di famiglia. La percezione di discriminazione da parte del medico di base è all'origine non solo delle difficoltà nello svelamento ma anche della decisione di sostituirlo con un altro. Per timore della discriminazione, quasi un quarto dei partecipanti ha scelto di cambiare il centro HIV/AIDS con un altro lontano dal proprio luogo di residenza.

TABELLA 17*Risposte positive alla domanda: "Il timore del giudizio e della discriminazione l'ha mai scoraggiata a dire che è sieropositivo alle seguenti persone?"*

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Familiari	314	60,2
Partner	428	82,0
Colleghi di lavoro	114	21,8
Medico di famiglia	240	46,0

TABELLA 18

Risposte positive alla domanda: "Il timore del giudizio e della discriminazione verso l'HIV l'ha mai portata alle seguenti decisioni?"

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Farsi seguire da un centro HIV/AIDS lontano dal proprio luogo di residenza	120	23,0
Evitare di andare dal medico o in ospedale per un trattamento sanitario	89	17,0
Cambiare medico di medicina generale/medico di famiglia	72	13,8
Cambiare medico di riferimento per l'HIV/AIDS	48	9,2
Cambiare lavoro	38	7,3

Per approfondire le reazioni delle persone sieropositive di fronte a reali o possibili discriminazioni operate dal personale sanitario, abbiamo chiesto ai partecipanti di raccontare che cosa hanno fatto nello specifico. Il 17% dei partecipanti ha riportato le proprie reazioni (Tabella 19).

TABELLA 19

Tipologie di reazioni di fronte alla discriminazione operata dal personale sanitario oppure al timore di essere discriminati

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Cambiamento nella scelta degli operatori sanitari o della struttura ospedaliera a causa di:		
<i>Timore di pregiudizi, stigmatizzazione e violazione della privacy</i>	25	28,1
<i>Rifiuto da parte del medico di prestare le dovute cure</i>	4	4,5
<i>Incompetenza/inadeguatezza/stigmatizzazione da parte del medico</i>	29	32,6
<i>Violazione della privacy</i>	8	9,0
Nessun cambiamento ma si ha intenzione di cambiare	6	6,7
Rifiuto di cominciare/continuare la terapia	2	2,2
Non si vuole cambiare operatori sanitari/struttura	4	4,5
Altro	11	12,4
Totale	89	100,0

Qui di seguito riportiamo alcune delle testimonianze riferite dai partecipanti categoria per categoria. Una parte significativa dei partecipanti ha riportato di avere cambiato operatori sanitari o struttura per timore di subire pregiudizi e stigmatizzazione/ violazione della privacy (28%).



“Per un problema di natura sessuale sono stato indirizzato da un andrologo che ho scoperto all’ultimo istante di conoscere ... sono andato via per imbarazzo e per evitare di fargli sapere del mio stato di HIV+.”



“Mio papà ha 70 anni e spesso si reca con mia madre all’ospedale per esami alla vista o del sangue. Città piccola, ospedale piccolo. La gente vede e parla in fretta. La mia decisione è che vorrei godermi almeno la famiglia senza gravare ancora sulle lor spalle. Siamo felici. Loro sono felici con me. Per cui eviterò in qualsiasi modo che lo vengano a sapere anche se questo vuol dire in un’altra città per fare i controlli.”

In una minoranza di casi (5%) i partecipanti hanno riferito di avere cambiato operatori sanitari o struttura poiché hanno ricevuto un rifiuto di eseguire delle prestazioni:



“Quando ho riferito al mio vecchio medico di base la mia diagnosi di infezione HIV, lui ha reagito invitandomi a cercarmi un altro medico dal momento che lui non se la sentiva affatto di avermi in carico. Me lo ha comunicato anche in modo sprezzante.”

Sono maggiori, invece, i casi (33%) in cui i partecipanti hanno cambiato operatori sanitari perché non li percepivano come competenti oppure perché sono stati stigmatizzati per il loro stato sierologico:



“Medico di famiglia completamente all’oscuro di come trattare questa patologia, ammise di non sapere nulla, e di rivolgermi sempre in ospedale infettivo... Ero andato per farmi segnare una ricetta per un antibiotico, e volevo sapere se potevo assumerlo con la terapia che facevo, e nella mia correttezza di avvisarlo anche del mio stato in caso avrei avuto bisogno di lui... Non ci fu risposta!!”



“Proprio perché dichiaro sempre il mio stato di HIV positivo ho avuto problemi con svariati operatori, non ultimo il medico di base che ha avuto nei miei confronti un atteggiamento talmente irritante e spiacevole da indurmi a cambiarlo.”



“Confidandolo al medico dentista di poliambulatorio, questo scrisse con pen-narello rosso bello grande sulla mia cartella: H.I.V. + ...cambiato dentista.”



“Il medico di base che avevo al momento della scoperta della mia sieropositività mi trattava con disprezzo proprio in quel momento che avrei avuto tanto bisogno di incoraggiamento. Ma l’ho cambiato subito, e da allora ne ho uno veramente speciale e comprensivo.”

In alcuni casi (9%) i partecipanti riferiscono di avere cambiato operatori sanitari o strutture perché hanno subito una violazione della privacy:



“In un’altra occasione avrei dovuto farmi estrarre un dente in un ospedale, e il medico aveva scritto sulla cartella HIV cerchiato in rosso. Ho fatto strappare la cartella e me ne sono andato. Poi il dente (del giudizio) è caduto da solo.”



“Il medico di famiglia aveva raccontato ai miei genitori il contagio HBV e di conseguenza persi fiducia, nel momento in cui avrei dovuto raccontare la mia sieropositività.”

Alcuni partecipanti (7%) non hanno cambiato operatori sanitari o struttura, ma hanno riportato l’intenzione di farlo:



“Il mio medico infettivologo non ha mai tempo per me e non mi visita da più di un anno e non mi dà i risultati dice che non ha tempo, ora devo cambiarlo ma non trovo un altro medico disponibile.”

Altri (2%), invece di optare per il cambiamento degli operatori sanitari od ella struttura, hanno preferito non cominciare o continuare le terapie:



“Sono venuto a conoscenza della mia sieropositività dopo la richiesta di un visto di lavoro. La mia azienda è a Firenze ma io risiedo a Bari. Per questo motivo non posso iniziare la terapia visto che dovrei chiedere dal mio medico di famiglia (paese d 8.000 anime) l’esenzione per la patologia.”



“Ho deciso invece di smettere di farmi seguire e non assumo più farmaci anti-retrovirali da 3 anni circa.”

Infine, ci sono partecipanti (5%) che ripongono tanta fiducia negli operatori sanitari che li seguono attualmente al punto di non essere disposti a incontrarne degli altri o a cambiare il luogo di residenza:



“Ho preferito cambiare il medico di famiglia perché una dottoressa del reparto dove sono seguito ha lasciato quel reparto e ha continuato a lavorare come medico di base. Il dialogo e il rapporto è stato diretto, immediato e senza intermediari.”



“Mi è stata offerta la possibilità di un nuovo lavoro purtroppo comportava la permanenza fuori Italia per molti mesi. La paura di abbandonare il mio medico infettivologo di riferimento e la impossibilità di reperire i farmaci mi hanno portato ad un’decisione di rifiutare il cambio di lavoro.”

3.3 Coping self-efficacy

Per investigare quanto i partecipanti si sentono in grado di mettere in atto strategie volte a contrastare la discriminazione, abbiamo presentato 13 affermazioni riguardanti la coping self-efficacy (Chesney et al., 2006; vedi Tabella 20). I partecipanti hanno dichiarato di sentirsi in grado maggiormente di tentare di riconoscere ciò che si può cambiare del problema e ciò che non può essere cambiato, di considerare più opzioni, di suddividere il problema in parti più piccole, e di pianificare delle soluzioni. Al contrario, si sono sentiti poco in grado di ottenere un aiuto e un conforto di tipo emotivo dagli amici e dalla famiglia.

TABELLA 20

Risposte alla domanda: “Pensi ai casi in cui è stato trattato ingiustamente per il fatto di essere HIV-positivo. Quando si trova ad affrontare i problemi connessi a tali situazioni, quanto si sente in grado di mettere in atto le seguenti strategie? Risponda utilizzando una scala che va da 0 (per nulla in grado) a 10 (sicuramente in grado)”

	N	MINIMO	MASSIMO	M	DS
Dividere il problema in piccole parti per affrontarlo meglio	419	0	10	7,13	2,852
Riconoscere ciò che si può cambiare del problema e ciò che non può essere cambiato	420	0	10	7,40	2,875
Pianificare in anticipo una soluzione e metterla in atto di fronte al problema	416	0	10	7,13	2,899
Considerare più opzioni quando le cose si fanno difficili	416	0	10	7,34	2,802
Pensare a un pezzo del problema per volta	412	0	10	6,91	2,875
Trovare una soluzione ai problemi più difficili	412	0	10	6,92	2,800
Allontanare i pensieri spiacevoli o negativi legati al problema	413	0	10	6,48	3,095
Tenere la sua mente libera da pensieri spiacevoli o negativi legati al problema	415	0	10	6,24	3,136
Riuscire a fermare il disagio provocato dai pensieri spiacevoli o negativi	416	0	10	6,23	3,000
Trattenersi dall'essere triste	417	0	10	6,06	3,076
Farsi aiutare dagli amici nell'ottenere le cose di cui ha bisogno	419	0	10	5,78	3,275
Ottenere un conforto di tipo emotivo dagli amici o dalla famiglia	419	0	10	5,76	3,328
Creare nuove amicizie	418	0	10	6,15	3,319

Abbiamo utilizzato l'analisi fattoriale per identificare le dimensioni sottostanti alle diverse strategie di coping. Tramite il metodo della parallel analysis (O'Connor, 2000) e dello Scree plot abbiamo ricavato la presenza di quattro dimensioni che spiegano rispettivamente il 55,40%, il 9,52%, l'8,50 e il 2,13% della varianza, per un totale di 75,57% di varianza. In Tabella 21 è riportata la soluzione fattoriale degli item sulle strategie di coping. La prima dimensione è composta da item che fanno riferimento a strategie centrate sul problema, la seconda a strategie volte a ricercare un sostegno sociale e la terza a strategie centrate sulle emozioni. Si è deciso d'includere l'item "Creare nuove amicizie" nella seconda dimensione poiché dal punto di vista concettuale sarebbe più affine a quest'ultima (Chesney et al., 2006). La quarta dimensione comprende un solo item che, sia dal punto di vista teorico ma anche statistico, potrebbe appartenere anche alla prima dimensione. Per tale ragione, si è preferito non considerare la quarta dimensione includendo il suo unico item nella prima dimensione. L'Alpha di Cronbach delle tre dimensioni è elevato.

TABELLA 21
Soluzione fattoriale degli item sulle strategie di coping

	FATTORE			
	1	2	3	4
Considerare più opzioni quando le cose si fanno difficili	,891	,472	,529	,579
Pensare a un pezzo del problema per volta	,838	,387	,627	,701
Trovare una soluzione ai problemi più difficili	,831	,395	,605	,620
Pianificare in anticipo una soluzione e metterla in atto di fronte al problema	,819	,381	,551	,653
Riconoscere ciò che si può cambiare del problema e ciò che non può essere cambiato	,770	,418	,542	,692
Farsi aiutare dagli amici nell'ottenere le cose di cui ha bisogno	,448	,922	,409	,330
Ottenere un conforto di tipo emotivo dagli amici o dalla famiglia	,444	,900	,359	,319
Riuscire a fermare il disagio provocato dai pensieri spiacevoli o negativi	,615	,419	,931	,549
Tenere la sua mente libera da pensieri spiacevoli o negativi legati al problema	,594	,373	,930	,450
Allontanare i pensieri spiacevoli o negativi legati al problema	,579	,340	,877	,462
Trattenersi dall'essere triste	,552	,397	,846	,428
Creare nuove amicizie	,493	,586	,599	,427
Dividere il problema in piccole parti per affrontarlo meglio	,728	,385	,518	,924

	FATTORE			
	1	2	3	4
Alpha di Cronbach	,93	,84	,94	

Metodo estrazione: fattorizzazione dell'asse principale.

Metodo rotazione: Oblimin con normalizzazione di Kaiser.

In Tabella 22 sono riportate le statistiche descrittive e correlazioni tra le dimensioni della coping self-efficacy. Le strategie di coping più riportate sono quelle centrate sul problema, seguite da quelle centrate sulle emozioni. Le strategie di coping centrate sulla ricerca di sostegno sociale non sono molto utilizzate. Gli indici delle relazioni tra le tre dimensioni sono molto alti.

TABELLA 22

Statistiche descrittive e correlazioni tra le dimensioni delle strategie di coping

	M	DS	1	2	3
Strategie di coping centrate sul problema	7,15	2,46			
Strategie di coping centrate sulle emozioni	6,26	2,82	0,65		
Strategie di coping centrate sulla ricerca di sostegno sociale	5,93	2,88	0,54	0,51	

Note. Correlazioni uguali o maggiori di ,09 sono significative al livello p < ,05.

Per analizzare la potenziale influenza delle diverse variabili socio-demografiche sull'uso delle strategie di coping si è ritenuto opportuno utilizzare il modello generale lineare. Tale procedura statistica si rivela utile allo studio della dipendenza di una variabile risposta da una o più variabili antecedenti nominali e continue. Essa, infatti, incorpora un certo numero di modelli statistici tra cui ANOVA e regressione lineare.

In Tabella 23 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la strategia di coping centrata sul problema. I partecipanti che conoscono almeno una persona con HIV/AIDS tendono a usare maggiormente strategie di coping centrate sul problema (Figura 2).

TABELLA 23

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la strategia di coping centrata sul problema

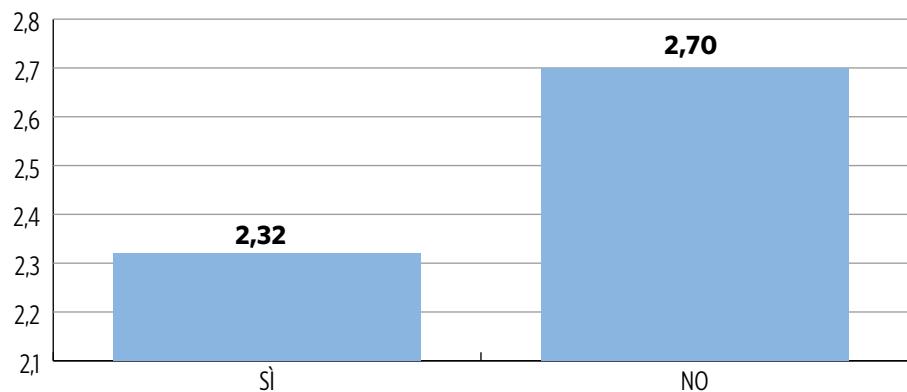
VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	,023	1	,023	,004	,951	,000
Età in classi	6,757	5	1,351	,223	,953	,003
Titolo di studio	3,607	2	1,804	,297	,743	,002
Occupazione	29,285	2	14,642	2,412	,091	,012
Residenza al nord/centro/sud	,198	2	,099	,016	,984	,000
Orientamento sessuale	14,583	2	7,291	1,201	,302	,006
Fede religiosa	30,245	3	10,082	1,661	,175	,013
Conoscenza di persona con HIV/AIDS	43,731	1	43,731	7,204	,008	,018
Anzianità di sieropositività	2,527	1	2,527	,416	,519	,001

Nota. R^2 quadrato = ,055 (R^2 quadrato corretto = ,008)

FIGURA 2

Conosce personalmente delle persone che sono sieropositive?

Variabile dipendente: coping centrato sul problema



In Tabella 24 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la strategia di coping centrata sulle emozioni. I partecipanti che conoscono almeno una persona con HIV/AIDS tendono a usare maggiormente strategie di coping centrata sul problema (Figura 3). I partecipanti che risiedono al centro Italia riportano un maggiore uso di strategie di coping centrata sulle emozioni rispetto

a quelli del nord (Figura 4). Infine, i partecipanti omosessuali ricorrono meno alle strategie di coping centrate sulle emozioni rispetto a quelli eterosessuali (Figura 5).

TABELLA 24

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la strategia di coping centrata sulle emozioni

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	19,937	1	19,937	2,560	,110	,007
Età in classi	16,481	5	3,296	,423	,832	,005
Titolo di studio	7,813	2	3,907	,502	,606	,003
Occupazione	14,280	2	7,140	,917	,401	,005
Residenza al nord/centro/sud	83,852	2	41,926	5,384	,005	,027
Orientamento sessuale	52,904	2	26,452	3,397	,034	,017
Fede religiosa	13,813	3	4,604	,591	,621	,005
Conoscenza di persona con HIV/AIDS	113,724	1	113,724	14,603	,000	,037
Anzianità di sieropositività	,767	1	,767	,099	,754	,000

Nota. R quadrato = ,084 (R quadrato corretto = ,039)

FIGURA 3

Conosce personalmente delle persone che sono sieropositive?

Variabile dipendente: coping centrato sulle emozioni

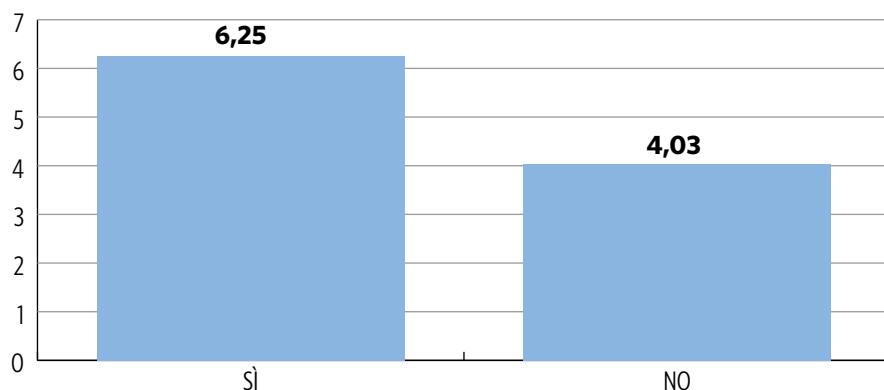


FIGURA 4

In quale zona dell'Italia risiede?

Variabile dipendente: coping centrato sulle emozioni.

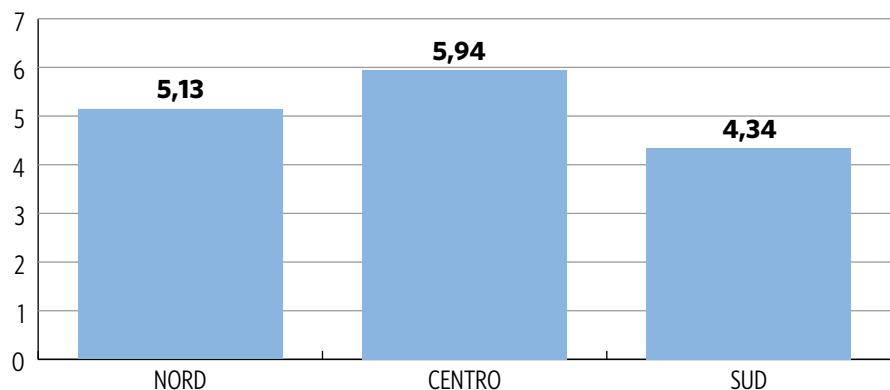
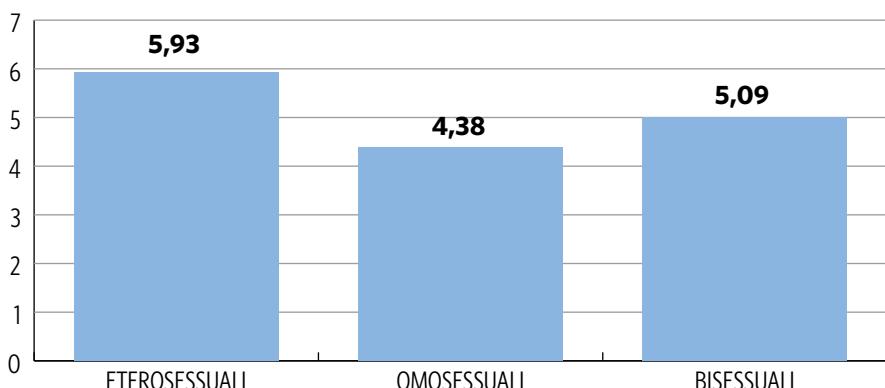


FIGURA 5

Orientamento sessuale

Variabile dipendente: coping centrato sulle emozioni.



In Tabella 25 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la strategia di coping centrata sulla ricerca di sostegno sociale. I partecipanti che conoscono almeno una persona con HIV/AIDS tendono a usare maggiormente strategie di coping centrate sulla ricerca di sostegno sociale (Figura 6).

TABELLA 25

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la strategia di coping centrata sulla ricerca di sostegno sociale

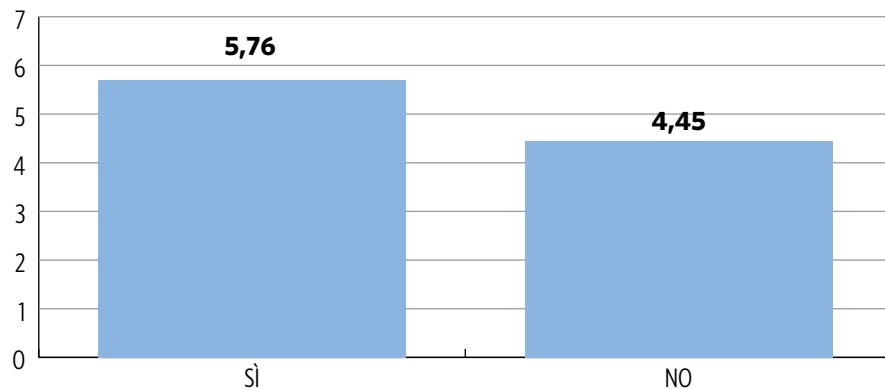
VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	,633	1	,633	,078	,781	,000
Età in classi	21,937	5	4,387	,538	,748	,007
Titolo di studio	27,705	2	13,853	1,697	,185	,009
Occupazione	15,049	2	7,524	,922	,399	,005
Residenza al nord/centro/sud	14,312	2	7,156	,877	,417	,005
Orientamento sessuale	9,321	2	4,660	,571	,565	,003
Fede religiosa	43,836	3	14,612	1,790	,148	,014
Conoscenza di persona con HIV/AIDS	39,817	1	39,817	4,879	,028	,012
Anzianità di sieropositività	,231	1	,231	,028	,867	,000

Nota. R quadrato = ,059 (R quadrato corretto = ,012)

FIGURA 6

Conosce personalmente delle persone che sono sieropositive?

Variabile dipendente: coping centrato sulla ricerca di sostegno sociale



3.4 Discriminazione percepita

Oltre alla discriminazione subita, va data importanza alla discriminazione percepita e interiorizzata. Per indagare la prima delle due dimensioni, abbiamo posto ai partecipanti 11 affermazioni riguardanti tale aspetto e abbiamo chiesto loro d'indicare il grado di accordo utilizzando una scala a quattro punti (1 = Totalmente in disaccordo; 2 = Parzialmente in disaccordo; 3 = Parzialmente d'accordo; 4 = Totalmente d'accordo). In Tabella 26 sono presentati i risultati. Tre sono le affermazioni verso le quali si è registrato un maggiore accordo (in media parzialmente d'accordo): la prima e la terza riguardano l'attribuzione di colpa da parte degli altri per la propria sieropositività. Le seconda affermazione, invece, è di senso inverso (rispetto al concetto di discriminazione percepita) e riguarda la percezione, da parte dei partecipanti, che molte persone pensano che le persone sieropositive meritino rispetto tanto quanto chiunque altro. I partecipanti sono, mediamente, parzialmente in disaccordo nei confronti di quattro affermazioni in particolare. Una di queste riguarda la percezione, sempre da parte dei partecipanti, che gli altri preferirebbero non sedersi accanto a una persona sieropositiva all'interno di mezzi di trasporto pubblico o privato. La seconda concerne la percezione che gli altri ritengano rischioso impiegare una persona sieropositiva per l'accudimento di bambini altri. La terza e la quarta sono di senso inverso (rispetto al concetto di discriminazione percepita) e hanno a che fare con l'insegnamento che le persone sieropositive possano dare ad altri sulla vita e l'attribuzione di sfortuna (invece che di colpa) alle catene di eventi che hanno portato all'infezione. L'Alpha di Cronbach della scala sulla discriminazione percepita è elevato (.88). La media della scala è 2,69 (DS= 0,59).

TABELLA 26

Grado di accordo (da 1 a 4) rispetto alle affermazioni sulla discriminazione percepita

	N	MINIMO	MAXIMO	M	DS
Molte persone preferiscono non sedersi accanto a una persona sieropositiva all'interno di mezzi di trasporto pubblico o privato	505	1	4	1,85	,963
Molte persone pensano che contrarre l'HIV sia solo una questione di sfortuna	510	1	4	2,37	,962
Molte persone pensano che sia rischioso se una persona sieropositiva bada ai bambini di qualcun altro	505	1	4	2,29	1,070
Molte persone pensano che le persone sieropositive possano insegnarci tanto sulla vita	509	1	4	2,32	,984
Molte persone hanno paura di stare vicino alle persone sieropositive	506	1	4	2,56	1,045
Molte persone pensano che se sei sieropositivo è solo una tua responsabilità	508	1	4	3,11	,941

	N	MINIMO	MASSIMO	M	DS
Molte persone pensano che le persone sieropositive meritino rispetto tanto quanto chiunque altro	509	1	4	3,08	,938
Molti datori di lavoro non assumerebbero persone HIV a lavorare con loro	510	1	4	2,74	1,153
Molte persone non vorrebbero bere da un bicchiere da cui ha appena bevuto una persona sieropositiva	508	1	4	2,74	1,112
Molte persone pensano che se sei sieropositivo devi aver fatto qualcosa di sbagliato	506	1	4	2,99	1,083
Molte persone si sentono a disagio quando stanno vicino a persone sieropositive	505	1	4	2,68	1,019

In Tabella 27 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la discriminazione percepita. A parte il titolo di studio che è al limite della significatività, non emergono altre variabili significative.

TABELLA 27

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la discriminazione percepita

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	,027	1	,027	,080	,777	,000
Età in classi	2,222	5	,444	1,327	,251	,014
Titolo di studio	2,419	2	1,209	3,612	,028	,015
Occupazione	,505	2	,253	,755	,471	,003
Residenza al nord/centro/sud	,027	2	,014	,040	,960	,000
Orientamento sessuale	,954	2	,477	1,424	,242	,006
Fede religiosa	1,396	3	,465	1,390	,245	,009
Conoscenza di persona con HIV/AIDS	,000	1	,000	,001	,972	,000
Anzianità di sieropositività	,234	1	,234	,699	,404	,001

Nota. R quadrato = ,050 (R quadrato corretto = ,012)

3.5 Stigma interiorizzato

In Tabella 28 sono presentati i risultati relativi al grado di accordo rispetto alle affermazioni riguardanti lo stigma interiorizzato. In media i partecipanti sono totalmente d'accordo rispetto al fatto di meritare rispetto quanto chiunque altro e che, anche se sieropositivi, possono badare ai bambini degli altri senza nessun rischio. Essi sono in media parzialmente d'accordo rispetto al fatto che contrarre l'HIV sia stata solo una propria responsabilità. Un accordo parziale emerge anche all'affermazione relativa all'avere tanto da insegnare alla gente grazie alla propria esperienza di sieropositività. Un sostanziale disaccordo si registra nei confronti dell'affermazione "La gente ha ragione ad avere paura di me perché sono sieropositivo/a".

TABELLA 28

Grado di accordo (da 1 a 4) rispetto alle affermazioni sullo stigma interiorizzato

	N	MINIMO	MAXIMO	M	DS
Penso che contrarre l'HIV per me sia stata solo una questione di sfortuna	503	1	4	2,35	1,041
Anche se sono sieropositivo, posso badare ai bambini degli altri senza nessun rischio	505	1	4	3,75	,645
Ho tanto da insegnare alla gente grazie alla mia esperienza di sieropositività	504	1	4	3,08	,890
La gente ha ragione ad avere paura di me perché sono sieropositivo/a	505	1	4	1,30	,751
Penso che contrarre l'HIV sia stata solo mia responsabilità	502	1	4	2,67	1,029
Come persona sieropositiva merito rispetto quanto chiunque altro	505	1	4	3,87	,553
Devo aver fatto qualcosa di sbagliato per meritarmi di essere sieropositivo/a	503	1	4	1,84	1,016
Se mi trovassi in un mezzo di trasporto pubblico o privato e qualcuno fosse a conoscenza della mia sieropositività preferirebbe non sedersi accanto a me	501	1	4	2,25	1,026
Molti datori di lavoro non mi assumerebbero perché sono sieropositivo/a	502	1	4	2,77	1,109
La gente non vorrebbe bere dallo stesso bicchiere da cui ho appena bevuto se sapesse che sono sieropositivo/a	500	1	4	2,73	1,058
Quando le persone sanno che sono sieropositivo/a mi sento a disagio con loro	502	1	4	2,17	1,073

Per approfondire meglio l'aspetto dell'interiorizzazione dello stigma, abbiamo proposto ai partecipanti di riportare il grado in cui undici affermazioni relative alla propria vita con l'HIV corrispondessero a ciò che essi sentivano su una scala di risposta da uno a quattro (1= Completamente falso; 2 = Abbastanza falso; 3 = Abbastanza vero; 4 = Completamente vero). Com'è mostrato in Tabella 29, i partecipanti hanno riportato di sentire come abbastanza vero, in media, l'importanza di tenere segreta la propria sieropositività con i propri colleghi di lavoro e di non svelare, per difficoltà o disagio, alle altre persone la propria sieropositività. Hanno sentito come abbastanza falso, invece, la preoccupazione di essere visto/a al reparto di Malattie Infettive o in un'associazione riguardante l'HIV/AIDS, oppure il fatto di sentirsi sporco/a in quanto sieropositivo/a.

TABELLA 29
Seconda scala sullo stigma interiorizzato

	N	MINIMO	MASSIMO	M	DS
Essere HIV-positivo mi ha permesso di focalizzare l'attenzione sulle cose importanti della vita	507	1	4	2,91	,911
Essere HIV-positivo mi ha insegnato che posso affrontare qualsiasi cosa	507	1	4	2,66	,929
Vivere con l'HIV mi ha aiutato a crescere come persona	506	1	4	2,92	,935
Mi sento a disagio nel dire agli altri che sono sieropositivo/a	505	1	4	3,20	,872
È importante per me tenere segreta la propria sieropositività con i propri colleghi di lavoro	505	1	4	3,39	,902
È difficile dire alle altre persone che sono sieropositivo	502	1	4	3,35	,859
Quando vado al reparto di Malattie Infettive sono preoccupato/a perché so che qualcuno potrebbe vedermi	501	1	4	2,40	1,127
Sono preoccupato/a perché se mostro cambiamenti fisici (dovuti alla terapia antiretrovirale) le persone capiranno che sono sieropositivo/a	499	1	4	2,54	1,077
Sono preoccupato/a se vado in un'associazione riguardante l'HIV/AIDS perché qualcuno potrebbe vedermi	498	1	4	2,26	1,120

	N	MINIMO	MASSIMO	M	DS
Sono preoccupato/a che le persone possano scoprire che sono sieropositive/a guardando tra i miei documenti medici	503	1	4	2,68	1,118
Essere sieropositive mi fa sentire sporco	502	1	4	1,78	1,021
<i>Nota. Il formato di risposta è: 1= Completamente falso; 2 = Abbastanza falso; 3 = Abbastanza vero; 4 = Completamente vero</i>					

Entrambe le scale sullo stigma interiorizzato sono state sottoposte ad analisi fattoriale per identificare le dimensioni sottostanti. Tramite il metodo della parallel analysis (O'Connor, 2000) e dello Scree plot abbiamo ricavato la presenza di sei dimensioni che spiegano rispettivamente il 22,77%, il 10,42%, il 6,93, il 4,51, il 3,49 e il 2,66% della varianza, per un totale di 50,80% di varianza. In Tabella 30 è riportata la soluzione fattoriale degli item. La prima dimensione è composta da item che fanno riferimento a una preoccupazione generale nei confronti dell'essere scoperti sieropositivi (preoccupazione connessa allo svelamento), la seconda ad atteggiamenti positivi legati alla propria sieropositività (orgoglio sieropositivo), la terza all'anticipazione di atteggiamenti discriminatori (discriminazione anticipata), la quarta all'autocolpevolizzazione per lo stato sierologico, la quinta al sentirsi pari agli altri (HIV+ uguale agli altri), e la sesta alle difficoltà legate allo svelamento del proprio stato sierologico agli altri (difficoltà nello svelamento).

TABELLA 30

Soluzione fattoriale degli item sullo stigma interiorizzato

	FATTORE					
	1	2	3	4	5	6
Sono preoccupato/a se vado in un'associazione su HIV/AIDS perché qualcuno potrebbe vedermi	0,86		0,23		-0,11	-0,58
Quando vado al reparto di Malattie Infettive sono preoccupato/a perché so che qualcuno potrebbe vedermi	0,84		0,24		-0,10	-0,57
Sono preoccupato/a che le persone possano scoprire che sono sieropositive/a guardando tra i miei documenti medici	0,71		0,25			-0,60
Sono preoccupato/a perché se mostro cambiamenti fisici (dovuti alla terapia antiretrovirale) le persone capiranno che sono sieropositive/a	0,70		0,20			-0,50

	FASSORE					
	1	2	3	4	5	6
Quando le persone sanno che sono sieropositivo/a mi sento a disagio con loro	0,54	-0,11	0,39			-0,53
Essere sieropositivo mi fa sentire sporco	0,52	-0,16	0,22		-0,21	-0,33
Devo aver fatto qualcosa di sbagliato per meritarmi di essere sieropositivo/a	0,39		0,25	0,15		-0,27
Vivere con l'HIV mi ha aiutato a crescere come persona	-0,12	0,84				
Essere HIV-positivo mi ha permesso di focalizzare l'attenzione sulle cose importanti della vita		0,82				
Essere HIV-positivo mi ha insegnato che posso affrontare qualsiasi cosa	-0,11	0,78				
Ho tanto da insegnare alla gente grazie alla mia esperienza di sieropositività		0,47		-0,20	0,36	
La gente non vorrebbe bere dallo stesso bicchiere da cui ho appena bevuto se sapesse che sono sieropositivo/a	0,29		0,90			-0,27
Molti datori di lavoro non mi assumerebbero perché sono sieropositivo/a	0,17		0,77			-0,16
Se mi trovassi in un mezzo di trasporto pubblico o privato e qualcuno fosse a conoscenza della mia sieropositività preferirebbe non sedersi accanto a me	0,27		0,63			-0,30
Penso che contrarre l'HIV sia stata solo mia responsabilità				0,88		
Penso che contrarre l'HIV per me sia stata solo una questione di sfortuna	0,19		0,12	-0,38		-0,22
Anche se sono sieropositivo, posso badare ai bambini degli altri senza nessun rischio	-0,12	0,15			0,63	
Come persona sieropositiva merito rispetto quanto chiunque altro					0,41	
La gente ha ragione ad avere paura di me perché sono sieropositivo/a	0,18		0,15	0,11	-0,23	
È difficile dire alle altre persone che sono sieropositivo	0,59		0,25	-0,13		-0,87
Mi sento a disagio nel dire agli altri che sono sieropositivo/a	0,57		0,22			-0,79

	FATTORE					
	1	2	3	4	5	6
È importante per me tenere segreta la propria sieroposività con i propri colleghi di lavoro	0,48		0,28			-0,73

*Metodo estrazione: fattorizzazione dell'asse principale.
Metodo rotazione: Oblimin con normalizzazione di Kaiser.*

TABELLA 31
Statistiche descrittive e correlazioni tra le dimensioni dello stigma interiorizzato

	M	DS	α	1	2	3	4	5	6
Preoccupazione connessa al nascondimento	2,23	0,77	,84	-					
Orgoglio sieropositivo	2,89	0,72	,80	-,08	-				
Discriminazione anticipata	2,58	0,91	,80	,27	,04	-			
Autocolpevolizzazione per lo stato sierologico	2,66	0,83	,29 ^a	-,10	-,06	-,06	-		
HIV+ uguale agli altri	3,78	0,43	,32	-,16	,12	-,04	-,03	-	
Difficoltà nello svelamento	3,31	0,77	,84	,63	-,05	,24	-,12	-,06	-

Note. Correlazioni uguali o maggiori di ,09 sono significative al livello $p < ,05$. ^acorrelazione r di Pearson

In Tabella 31 sono riportate le statistiche descrittive e le correlazioni tra le dimensioni dello stigma interiorizzato. L'Alpha di Cronbach è elevato in quattro dimensioni: preoccupazione connessa al nascondimento, orgoglio sieropositivo, discriminazione anticipata, e difficoltà nello svelamento. Al contrario gli indici di affidabilità delle rimanenti due scale, autocolpevolizzazione per lo stato sierologico e HIV+ uguale agli altri, sono molto bassi; per questa ragione, le scale non verranno considerate. Osservando i punteggi medi, è interessante notare che i partecipanti hanno riportato importanti difficoltà nello svelamento, mentre la preoccupazione connessa al nascondimento è risultata poco sentita. Inoltre le due scale sono molto correlate, per cui all'aumentare dei punteggi di una incrementano anche quelli dell'altra. Inoltre, le due scale sono moderatamente correlate con la scala discriminazione anticipata. In Tabella 32 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la preoccupazione connessa al nascondimento. All'aumentare del tempo passato dalla diagnosi, diminuisce la preoccupazione connessa al nascondimento ($b = -,01$). Nel sud Italia, rispetto alle altre zone, è maggiore la preoccupazione connessa

al nascondimento (Figura 7). Le persone molto religiose si sentono maggiormente preoccupate per il nascondimento rispetto alle persone per nulla religiose (Figura 8). Infine, i partecipanti che conoscono almeno una persona con HIV/AIDS tendono a essere meno preoccupati per il nascondimento (Figura 9).

TABELLA 32

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la preoccupazione connessa al nascondimento

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	,638	1	,638	1,239	,266	,003
Età in classi	5,723	5	1,145	2,221	,051	,023
Titolo di studio	1,007	2	,503	,977	,377	,004
Occupazione	1,655	2	,828	1,606	,202	,007
Residenza al nord/centro/sud	4,330	2	2,165	4,202	,016	,018
Orientamento sessuale	1,276	2	,638	1,238	,291	,005
Fede religiosa	10,530	3	3,510	6,813	,000	,042
Conoscenza di persona con HIV/AIDS	4,327	1	4,327	8,398	,004	,018
Anzianità di sieropositività	2,911	1	2,911	5,650	,018	,012

Nota. R quadrato = ,156 (R quadrato corretto = ,122)

FIGURA 7

In quale zona dell'Italia risiede?

Variabile dipendente: preoccupazione connessa allo svelamento

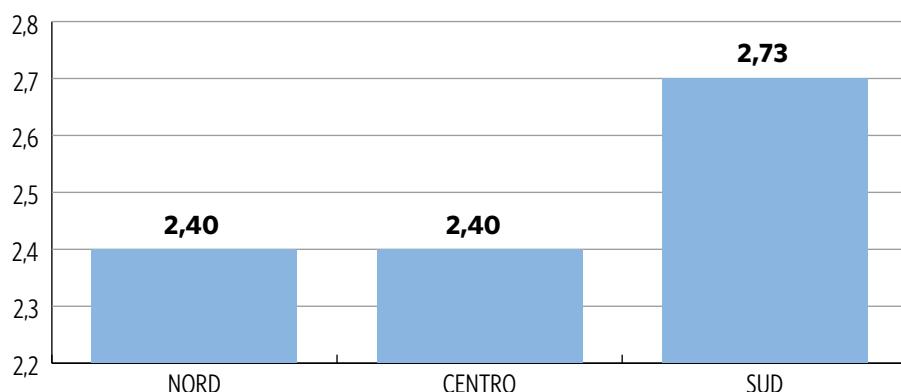


FIGURA 8

Quanto lei si sente religioso?

Variabile dipendente: preoccupazione connessa allo svelamento

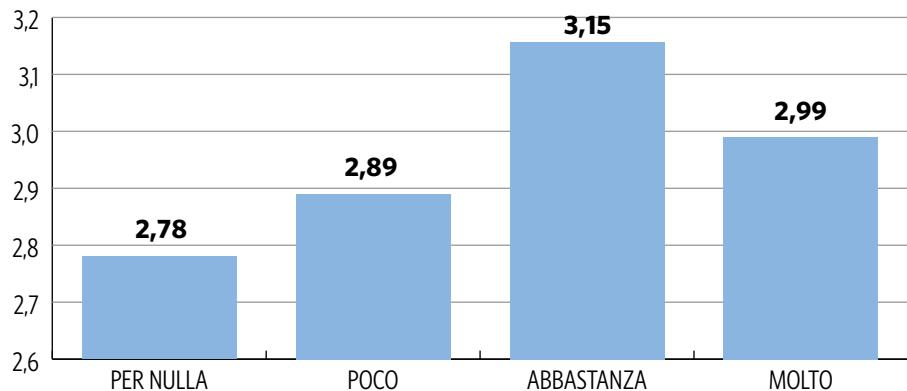
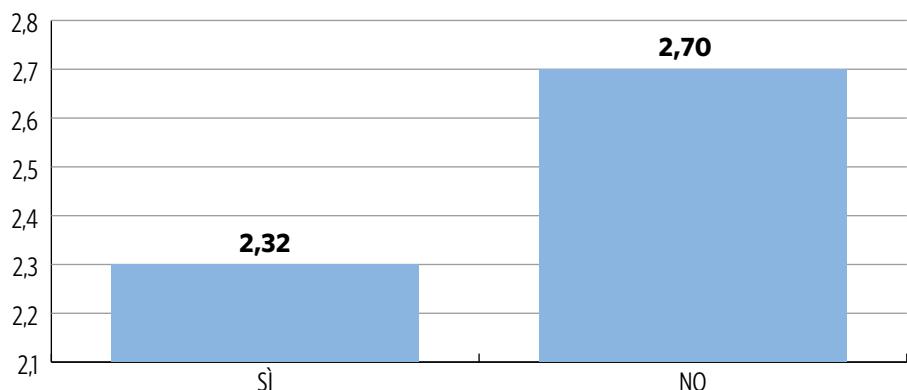


FIGURA 9

Conosce personalmente delle persone che sono sieropositive?

Variabile dipendente: preoccupazione connessa al nascondimento



In Tabella 33 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è l'orgoglio sieropositivo. Le persone senza occupazione riportano un minore orgoglio sieropositivo rispetto alle altre (Figura 10). Infine, le persone più religiose sentono un minore orgoglio sieropositivo rispetto alle persone per nulla religiose (Figura 11).

TABELLA 33

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è l'orgoglio sieropositivo

VARIABLE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	,856	1	,856	1,803	,180	,004
Età in classi	3,422	5	,684	1,442	,208	,015
Titolo di studio	1,359	2	,679	1,431	,240	,006
Occupazione	3,310	2	1,655	3,487	,031	,015
Residenza al nord/centro/sud	,653	2	,327	,688	,503	,003
Orientamento sessuale	,818	2	,409	,862	,423	,004
Fede religiosa	8,855	3	2,952	6,220	,000	,038
Conoscenza di persona con HIV/AIDS	1,817	1	1,817	3,829	,051	,008
Anzianità di sieropositività	1,454	1	1,454	3,063	,081	,007

Nota. R quadrato = ,099 (R quadrato corretto = ,062)

FIGURA 10

Orgoglio sieropositivo

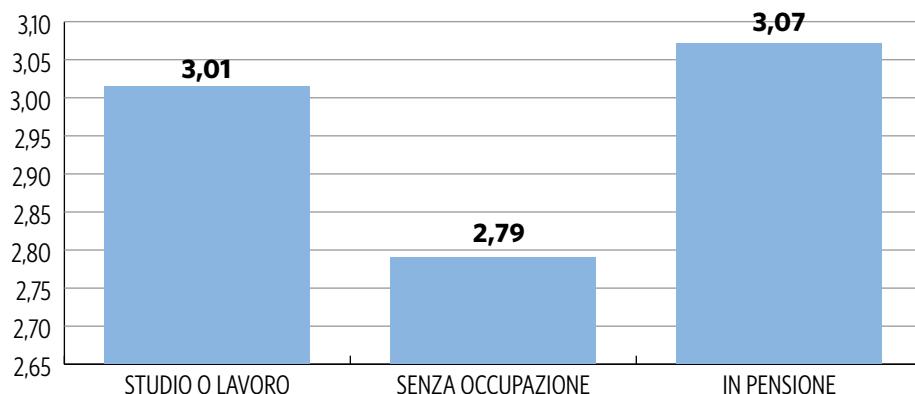
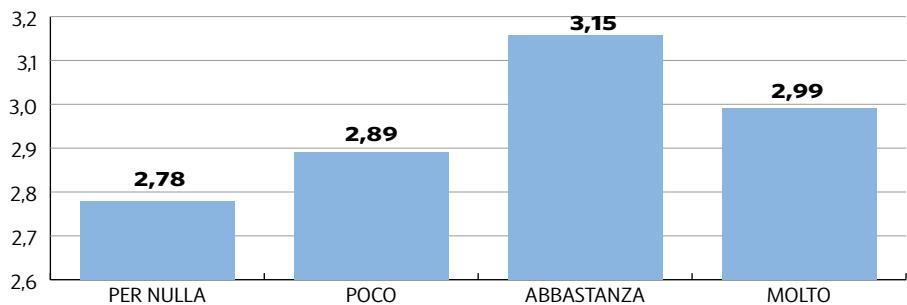


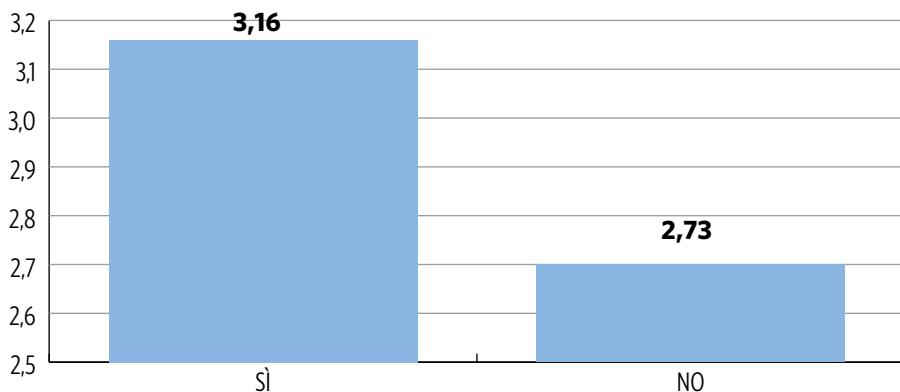
FIGURA 11*Quanto lei si sente religioso?***Variabile dipendente: orgoglio sieropositivo**

In Tabella 34 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la discriminazione anticipata. I partecipanti che conoscono almeno una persona con HIV/AIDS tendono a riportare minori punteggi di discriminazione anticipata (Figura 12).

TABELLA 34*Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la discriminazione anticipata*

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	,003	1	,003	,004	,951	,000
Età in classi	5,148	5	1,030	1,280	,271	,014
Titolo di studio	2,660	2	1,330	1,654	,192	,007
Occupazione	,022	2	,011	,014	,986	,000
Residenza al nord/centro/sud	,221	2	,111	,138	,871	,001
Orientamento sessuale	1,040	2	,520	,647	,524	,003
Fede religiosa	1,295	3	,432	,537	,657	,003
Conoscenza di persona con HIV/AIDS	4,628	1	4,628	5,754	,017	,012
Anzianità di sieropositività	,309	1	,309	,385	,535	,001

Nota. R quadrato = ,045 (R quadrato corretto = ,006)

FIGURA 12*Conosce personalmente delle persone che sono sieropositive?***Variabile dipendente: discriminazione anticipata**

In Tabella 35 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la difficoltà nello svelamento. Essere impegnati nello studio o nel lavoro si associa a un vissuto di maggiore difficoltà nello svelamento (Figura 13). Le persone molto religiose riportano maggiori difficoltà nello svelamento rispetto a coloro che non sono per nulla religiose (Figura 14). I partecipanti che conoscono almeno una persona con HIV/AIDS tendono a riportare minori punteggi di difficoltà nello svelamento (Figura 15). Infine, all'aumentare del tempo passato dalla diagnosi, diminuisce la difficoltà nello svelamento ($b = -,02$).

TABELLA 35*Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la difficoltà nello svelamento*

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	,403	1	,403	,784	,377	,002
Età in classi	3,335	5	,667	1,297	,264	,014
Titolo di studio	,881	2	,441	,857	,425	,004
Occupazione	4,345	2	2,173	4,226	,015	,018
Residenza al nord/centro/sud	2,393	2	1,197	2,328	,099	,010
Orientamento sessuale	,223	2	,111	,216	,805	,001
Fede religiosa	9,768	3	3,256	6,333	,000	,039
Conoscenza di persona con HIV/AIDS	3,634	1	3,634	7,068	,008	,015

VARIABLE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Anzianità di sieropositività	3,476	1	3,476	6,760	,010	,014

Nota. R quadrato = ,132 (R quadrato corretto = ,096)

FIGURA 13

Difficoltà nello svelamento

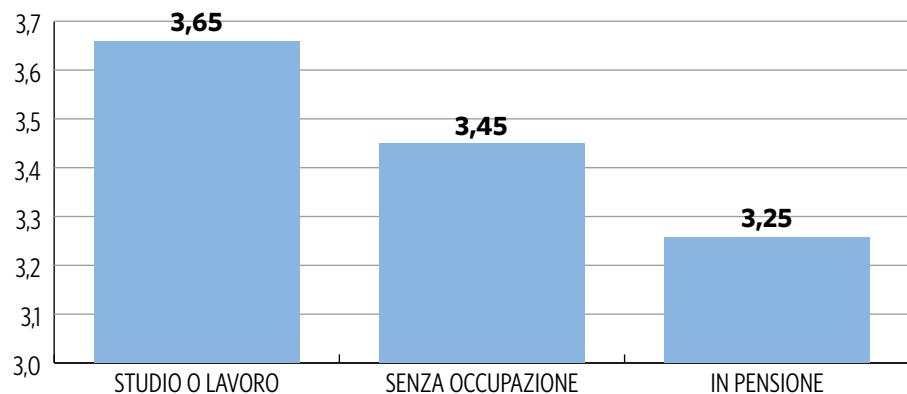


FIGURA 14

Quanto lei si sente religioso?

Variabile dipendente: Difficoltà nello svelamento

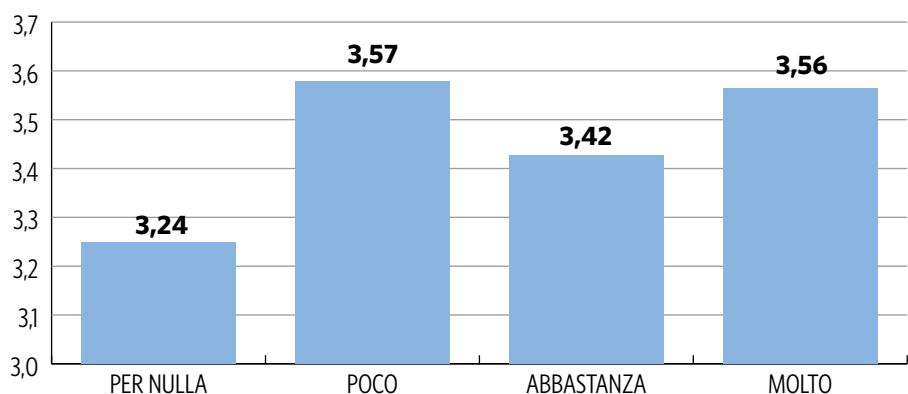
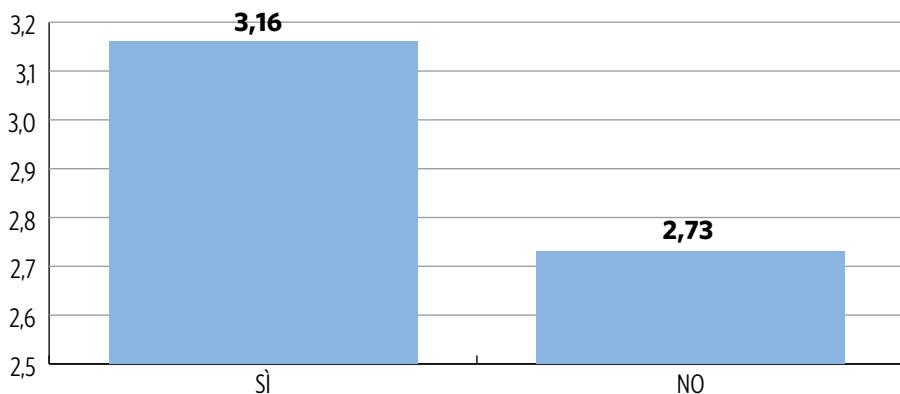


FIGURA 15*Conosce personalmente delle persone che sono sieropositive?***Variabile dipendente: Difficoltà nello svelamento**

Infine, abbiamo voluto esaminare la relazione tra le diverse misure di discriminazione e stigma. In Tabella 36 sono riportati i risultati dell'analisi di correlazione. La discriminazione subita correllia positivamente con la discriminazione percepita, con la discriminazione anticipata e negativamente con la difficoltà nello svelamento. La discriminazione percepita correllia significativamente con tutte le altre scale, soprattutto con la discriminazione anticipata. Tra le scale dello stigma interiorizzato, preoccupazione connessa al nascondimento correllia positivamente con la discriminazione anticipata e con la difficoltà nello svelamento. Anche tra queste ultime due scale la correlazione è significativa e positiva.

TABELLA 36*Correlazioni tra le dimensioni dello stigma interiorizzato e della discriminazione percepita e subita*

	1	2	3	4	5	6
1. Discriminazione subita	-					
2. Discriminazione percepita	,15	-				
3. Preoccupazione connessa al nascondimento	,00	,20	-			
4. Orgoglio sieropositivo	-,06	,11	-,08	-		
5. Discriminazione anticipata	,13	,70	,27	,04	-	
6. Difficoltà nello svelamento	-,09	,18	,63	-,05	,24	-

Note. Correlazioni uguali o maggiori di ,09 sono significative al livello p < ,05.

3.6 Senso d'identificazione, impegno sociale e sostegno sociale

In questa sezione riportiamo i risultati relativi all'indagine di dimensioni legate al senso d'identificazione con il gruppo delle persone sieropositive, d'impegno sociale nei confronti delle persone con la stessa infezione, e al sostegno sociale percepito. In Tabella 37 sono riportati i risultati dell'applicazione di una breve scala sul senso d'identificazione con il gruppo delle persone sieropositive. Ai partecipanti è stato chiesto di riportare il grado in cui le tre affermazioni corrispondessero a ciò che essi sentivano su una scala da uno a quattro (1= Completamente falso; 2 = Abbastanza falso; 3 = Abbastanza vero; 4 = Completamente vero). I partecipanti riferiscono mediamente di sentire abbastanza forte tale sentimento d'identificazione. L'Alpha di Cronbach della scala sul senso d'identificazione con il gruppo delle persone sieropositive è al limite dell'accettabilità (.66).

TABELLA 37

Scala sul senso d'identificazione con il gruppo delle persone sieropositive

	N	MINIMO	MASSIMO	M	DS
Quando qualcuno critica le persone HIV-positive, mi sento criticato/a personalmente	502	1	4	3,28	,780
Sento un forte legame con le altre persone HIV-positive	502	1	4	2,91	,813
Quando parlo delle persone HIV-positive di solito uso “noi” e non “loro”	498	1	4	2,48	1,095
Mi identifico con altre persone HIV-positive	502	1	4	2,75	,947

Nota. Il formato di risposta è: 1= Completamente falso; 2 = Abbastanza falso; 3 = Abbastanza vero; 4 = Completamente vero.

In Tabella 38 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è il senso d'identificazione con il gruppo delle persone sieropositive. I partecipanti che hanno conseguito la scuola media o elementare riportano un maggiore senso d'identificazione con il gruppo delle persone sieropositive rispetto a quelli con laurea (Figura 16). I partecipanti che conoscono almeno una persona con HIV/AIDS tendono a riportare un maggiore senso d'identificazione con il gruppo delle persone sieropositive (Figura 17).

TABELLA 38

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è il senso d'identificazione con il gruppo delle persone sieropositive

VARIABLE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	1,071	1	1,071	2,830	,093	,006
Età in classi	3,869	5	,774	2,045	,071	,022
Titolo di studio	2,641	2	1,320	3,489	,031	,015
Occupazione	,389	2	,194	,513	,599	,002
Residenza al nord/centro/sud	,503	2	,251	,664	,515	,003
Orientamento sessuale	,192	2	,096	,254	,776	,001
Fede religiosa	1,563	3	,521	1,376	,249	,009
Conoscenza di persona con HIV/AIDS	5,566	1	5,566	14,705	,000	,031
Anzianità di sieropositività	1,231	1	1,231	3,253	,072	,007

Nota. R^2 quadrato = ,137 (R^2 quadrato corretto = ,101)

FIGURA 16

Identificazione con HIV+

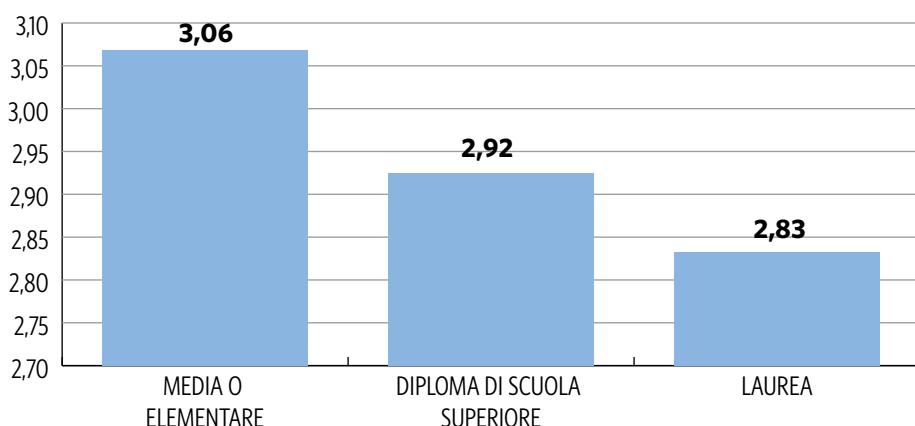
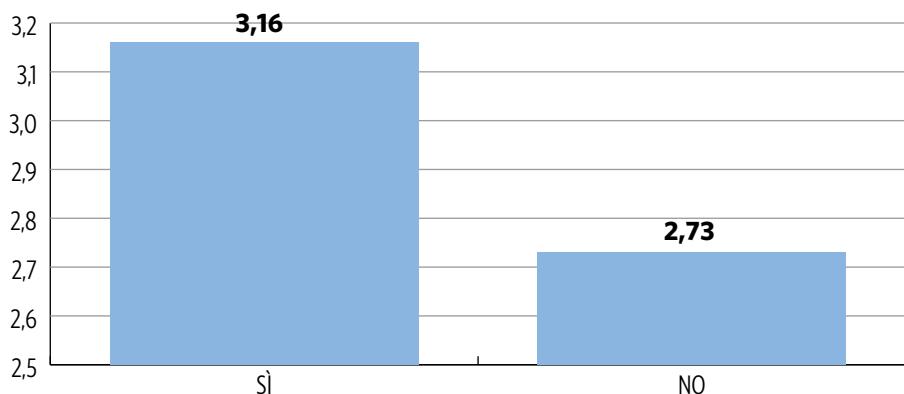


FIGURA 17*Conosce personalmente delle persone che sono sieropositive?***Variabile dipendente: identificazione con HIV+**

In Tabella 39 sono mostrati i risultati ottenuti somministrando una breve scala sul senso d'impegno sociale nei confronti del gruppo delle persone sieropositive. Tale scala si compone di quattro affermazioni riguardanti tale dimensione; abbiamo chiesto loro d'indicare il grado di accordo utilizzando un formato a quattro punti (1 = Totalmente in disaccordo; 2 = Parzialmente in disaccordo; 3 = Parzialmente d'accordo; 4 = Totalmente d'accordo). In media i partecipanti riferiscono di essere parzialmente d'accordo a impegnarsi in iniziative e attività volte a migliorare le condizioni delle persone sieropositive. L'Alpha di Cronbach della scala sul senso d'impegno sociale nei confronti del gruppo delle persone sieropositive è molto elevato (.92).

TABELLA 39*Scala sul senso d'impegno sociale nei confronti del gruppo delle persone sieropositive*

	N	MINIMO	MASSIMO	M	DS
Sono disposto/a a impegnarmi in azioni di sostegno ai diritti delle persone HIV-positive	501	1	4	3,11	,904
Sono disposto/a a impegnarmi in azioni per contrastare il rischio di discriminazione delle persone HIV-positive	500	1	4	3,27	,859
Sono disposto/a a svolgere iniziative di sensibilizzazione sulle tematiche HIV/AIDS	498	1	4	3,12	,919

ota. Il formato di risposta è: 1 = Totalmente in disaccordo; 2 = Parzialmente in disaccordo; 3 = Parzialmente d'accordo; 4 = Totalmente d'accordo

In Tabella 40 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è il senso d'impegno sociale nei confronti del gruppo delle persone sieropositive. Il senso d'impegno sociale nei confronti del gruppo delle persone sieropositive è più alto tra i partecipanti più giovani e più anziani (Figura 18). I partecipanti che conoscono almeno una persona con HIV/AIDS tendono a riportare un maggiore senso d'impegno sociale nei confronti del gruppo delle persone sieropositive (Figura 19).

TABELLA 40

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è il senso d'impegno sociale nei confronti del gruppo delle persone sieropositive

VARIABLE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	,538	1	,538	,810	,369	,002
Età in classi	8,485	5	1,697	2,557	,027	,027
Titolo di studio	2,379	2	1,190	1,793	,168	,008
Occupazione	1,074	2	,537	,809	,446	,004
Residenza al nord/centro/sud	,486	2	,243	,366	,693	,002
Orientamento sessuale	,185	2	,093	,140	,870	,001
Fede religiosa	,458	3	,153	,230	,875	,002
Conoscenza di persona con HIV/AIDS	3,082	1	3,082	4,645	,032	,010
Anzianità di sieropositività	,689	1	,689	1,038	,309	,002

Nota. R quadrato = ,078 (R quadrato corretto = ,040)

FIGURA 18

Impegno sociale

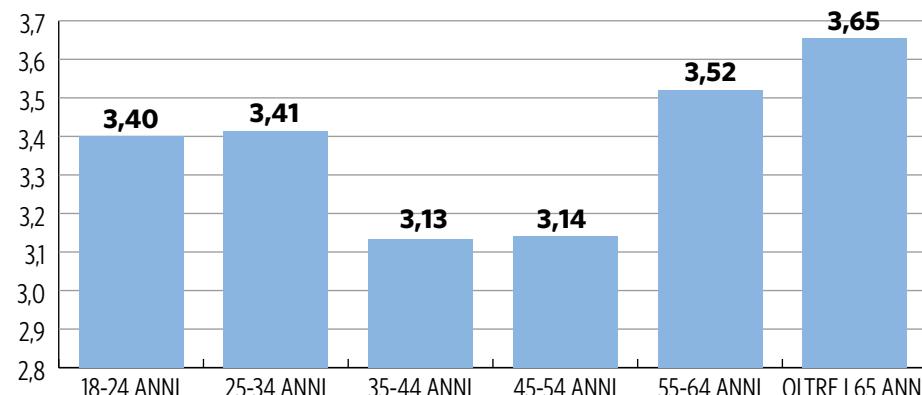
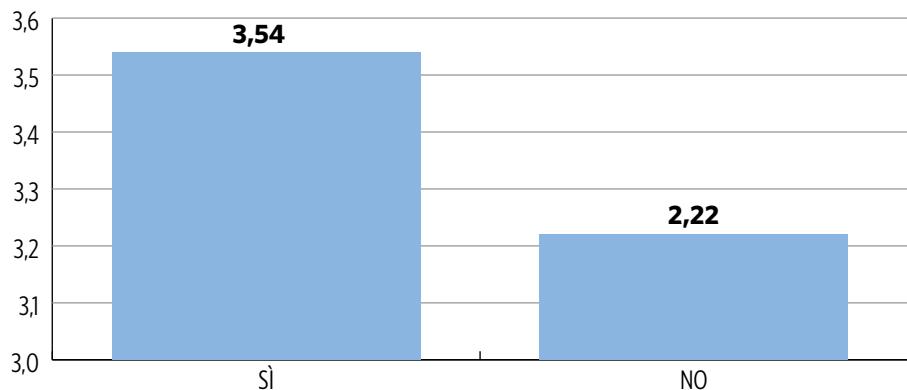


FIGURA 19*Conosce personalmente delle persone che sono sieropositive?***Variabile dipendente: impegno sociale**

Infine, riportiamo in Tabella 41 i risultati riguardanti il sostegno sociale percepito da parte dei partecipanti. A loro è stato chiesto di riportare quanto le tre affermazioni corrispondessero a ciò che essi sentivano. Abbiamo chiesto d'indicare il grado di accordo utilizzando un formato a quattro punti (1 = Totalmente in disaccordo; 2 = Parzialmente in disaccordo; 3 = Parzialmente d'accordo; 4 = Totalmente d'accordo). In media i partecipanti riferiscono di percepire un sufficiente livello di sostegno sociale. L'Alpha di Cronbach della scala sul sostegno sociale percepito è soddisfacente (.80).

TABELLA 41*Scala sul sostegno sociale percepito*

	N	MINIMO	MASSIMO	M	DS
Ho un forte legame di amicizia o amore con almeno una persona	499	1	4	3,37	,947
Se avessi bisogno di aiuto per problemi di salute, non avrei problemi a trovare aiuto da qualcuno/a	501	1	4	3,19	,945
Penso di avere accanto a me persone con cui condividere le mie preoccupazioni e paure più intime	499	1	4	3,13	,993

Nota. Il formato di risposta è: 1= Completamente falso; 2 = Abbastanza falso; 3 = Abbastanza vero; 4 = Completamente vero.

In Tabella 42 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è il sostegno sociale. Il sostegno sociale è più basso tra i partecipanti che vivono nel sud Italia (Figura 18).

TABELLA 42

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è il sostegno sociale

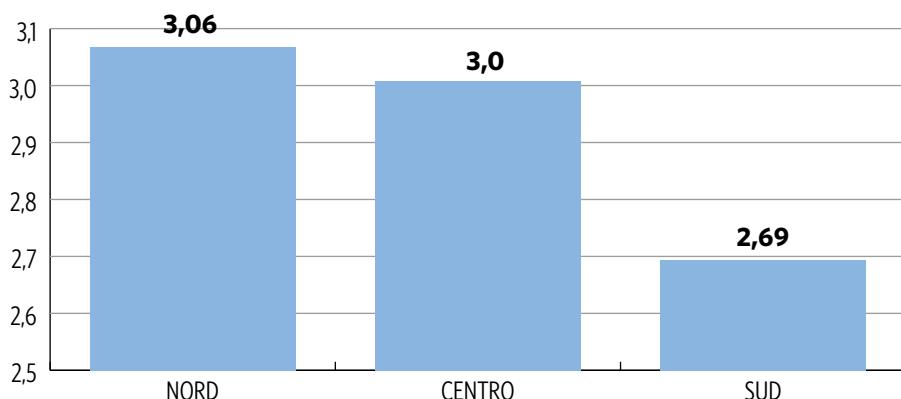
VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	,003	1	,003	,004	,950	,000
Età in classi	1,973	5	,395	,596	,703	,006
Titolo di studio	,871	2	,435	,658	,518	,003
Occupazione	2,899	2	1,450	2,191	,113	,009
Residenza al nord/centro/ sud	5,337	2	2,669	4,034	,018	,017
Orientamento sessuale	2,654	2	1,327	2,005	,136	,009
Fede religiosa	1,564	3	,521	,788	,501	,005
Conoscenza di persona con HIV/AIDS	,751	1	,751	1,135	,287	,002
Anzianità di sieropositività	,003	1	,003	,004	,950	,000

Nota. R quadrato = ,058 (R quadrato corretto = ,019)

FIGURA 20

Conosce personalmente delle persone che sono sieropositive?

Variabile dipendente: sostegno sociale



3.7 Svelamento e vita sociale e affettiva

Meno della metà dei partecipanti (41,2%, n = 215) riporta di avere una relazione affettiva stabile con una persona. Il partner è di sesso maschile nel 92,3% (n = 181) dei casi e di sesso femminile nel rimanente (n = 15, 7,7%). Inoltre, la persona con cui si ha la relazione affettiva è a conoscenza dello stato sierologico nell'85,4% (n = 169) dei casi. Lo stato sierologico è stato rivelato nella maggior parte dei casi a nessuno sul luogo di lavoro, a qualcuno/a degli/delle amici/che e a tutti o quasi tutti i familiari (vedi Tabella 43).

TABELLA 43

Grado di svelamento dello stato sierologico a diverse categorie di persone

		TUTTI O QUASI TUTTI	PIÙ DELLA METÀ	QUALCUNO, MENO DELLA METÀ	NESSUNO	TOTALE
Conoscenti di studio e lavoro	Frequenza	33	28	133	323	517
	Percentuale	6,4	5,4	25,7	62,5	100
Familiari/conviventi	Frequenza	191	13	59	128	391
	Percentuale	48,8	3,3	15,1	32,7	100
Amici e amiche	Frequenza	88	66	287	77	518
	Percentuale	17,0	12,7	55,4	14,9	100

TABELLA 44

Tipologia di relazione con la persona sieropositiva conosciuta

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Partner attuale	81	15,5
Partner passato	209	40,0
Collega	45	8,6
Conoscente	355	68,0
Amico/a	331	63,4

Il 92,3% (n = 480) dei partecipanti ha riferito di conoscere almeno una persona sieropositiva. Nella maggior parte dei casi (vedi Tabella 44) tale persona sieropositiva conosciuta è un/una conoscente (68%) oppure un/a amico/a (63%). Infine, 125 partecipanti (24,2%) hanno dichiarato di fare parte di un'associazione che ha, tra i suoi scopi, anche la promozione, la tutela o il sostegno dei diritti delle persone che vivono con l'HIV o il superamento delle diverse problematiche inerenti all'AIDS.

3.8 Relazione tra discriminazione e salute

Abbiamo deciso d'investigare la relazione tra misure legate alla discriminazione e due indicatori di salute: numero di CD4 e stato di salute soggettivamente percepito. Tra le misure legate alla discriminazione abbiamo incluso le seguenti: discriminazione ricevuta, discriminazione percepita, stigma interiorizzato (preoccupazione connessa al nascondimento, orgoglio sieropositivo, discriminazione anticipata e difficoltà nello svelamento), strategie di coping (centrate sul problema, centrate sulle emozioni e centrate sulla ricerca di sostegno sociale), senso d'identificazione, impegno sociale e sostegno sociale. Come variabile di controllo abbiamo inserito l'anzianità di sieropositivity. Essendo un'indagine esplorativa, abbiamo preferito utilizzare il metodo "Indietro" (Backward), il quale inserisce tutte le variabili nel blocco in un singolo passo e poi le rimuove una alla volta in base al criterio di rimozione (probabilità della F maggiore di ,10).

In Tabella 45 sono riportati i risultati della regressione lineare sulla variabile dipendente stato di salute soggettivamente percepito. Lo stato di salute è migliore in chi ha subito minori episodi di discriminazione, si sente maggiormente in grado di utilizzare strategie di coping centrate sulle emozioni, prova un maggiore orgoglio sieropositivo e sostegno sociale.

Infine, riportiamo i risultati dell'analisi di regressione lineare (metodo indietro) sulla variabile dipendente numero di CD4.

TABELLA 45

Regressione lineare (metodo indietro) sulla variabile dipendente stato di salute soggettivamente percepito

	B	DS ERRORE	BETA	P
Anzianità di sieropositivity	-,022	,011	-,098	,052
Discriminazione ricevuta	-,258	,103	,126	,012
Coping centrato sulle emozioni	,100	,030	,166	,001
Orgoglio sieropositivo	,283	,122	,117	,020
Sostegno sociale	,233	,106	,109	,028

Note. R²corretto ,10

TABELLA 46

Regressione lineare (metodo indietro) sulla variabile dipendente numero di CD4

	B	DS ERRORE	BETA	P
Difficoltà nello svelamento	44,698	21,212	,119	,036
Sostegno sociale	16,572	5,734	,163	,004

Note. R²corretto ,02

3.9 Commenti finali dei partecipanti

In quest'ultima parte dei risultati vogliamo riportare l'analisi del contenuto svolta sui commenti finali lasciati da 122 (23,4%) dei partecipanti. Sono state identificate cinque categorie più una sesta chiamata "altro" in cui sono stati inseriti i commenti che non appartenevano alle altre.

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Considerazioni generali sul tema della discriminazione	30	24,6
Critiche/suggerimenti sul questionario	16	13,1
Ringraziamenti per il questionario	30	24,6
Storie di vita	26	21,3
Altro	20	16,4
Totale	122	100,0

Nella prima categoria rientrano tutti quei commenti che riguardano considerazioni generali sul tema della discriminazione, in particolare quella oggetto della ricerca:

-  “Per eliminare la diseguaglianza ed i pregiudizi, si deve rendere l’HIV, normale, per renderlo Normale, lo si deve affrontare tutti i giorni quindi: ribadire tutti i giorni che aver l’HIV non è una condanna a morte, ma si riesce ad avere una vita normale; INCULCARE l’uso obbligatorio del preservativo, chi non lo usa non fa l’Amore; esami del sangue gratuiti ed obbligatori per tutti; chi è HIV+ ha il posto di lavoro assicurato e senza diventare invalido; chi reca pregiudizio ad un HIV+, condanna penale per pregiudizio e risarcimento di 50.000€, il triplo se in pubblico, 5 volte se da un dipendente pubblico, 10 se socio-sanitario. Far capire a tutti che un HIV+ è uno di Noi, se viene considerato un malato, dove oltretutto virus preso sessualmente, ci sarà sempre la discriminazione.”
-  “Vi chiedo di puntare molto sul fatto che ci sono ancora lavori in cui essere positivo al test HIV è un modo per far perdere il posto di lavoro.... E credo che insieme alle difficoltà tra terapie e benessere psico-fisico non è necessario discriminare un lavoratore positivo in questa maniera...”
-  “Mi piacerebbe in questo paese si parlasse (oltre la prevenzione) anche e di più delle problematiche delle persone HIV positive e che non ci fosse bisogno di nascondersi... che non ci fosse ancora tutta questa ignoranza. Anche se di meno rispetto 20 anni fa. Che si sensibilizzasse di più anche l’ambiente LGBT perché non è vero che è un ambiente protetto e informato. Perlomeno non tutto. Ancora oggi molti pensano sia impossibile stare insieme con due stati sierologici diversi. Di fatti sono ancora single. Vorrei ci fossero tutele e diritti in modo che nessun si vergogni più di imbattersi nell’HIV e di condividerlo... rimanendo spesso soli (senza partner) per una vita intera. E da soli è tutto più difficile... Grazie.”



“Occorre far apparire il sieropositivo come un malato, non un untore pericoloso. Far capire che avere l’HIV non corrisponde ad una condanna a morte e che con semplici precauzioni non ci si contagia. Il male dell’HIV non è tanto l’aspetto fisico o la malattia oggi controllabile ma il sentirsi soli e isolati.”



“Ci vuole più informazione in generale, soprattutto noto che in tv nelle tante trasmissioni talk etc non si parla mai di HIV e non si spiega mia che chi ha contratto l’HIV non è un appestato, ma con le dovute cure è una persona che fa una vita perfettamente normale come tutti con aspettative di vita uguali o di poco minori di una persona negativa! Vi ringrazio per il vostro impegno sociologico e per tutti gli studi che fate ve ne sono grato!! grazie e buon lavoro!!!”



“Purtroppo viviamo in una società nella quale è già molto difficile esternare il proprio orientamento sessuale. Confessare il proprio stato sierologico (se positivo) sarebbe davvero insopportabile non tanto per l’assistenza sanitaria ma per il giudizio di chi ti sta attorno (conoscenti, colleghi e clienti di lavoro, etc...). Questo provoca un sempre maggior isolamento e grandi problemi di depressione dovuti anche all’isolamento “umano”. Ecco, se volete un parere rispetto all’assistenza sanitaria direi che per quanto riguarda la cura del corpo (difese immunitarie e carica virale) questa è discreta, ma il mio giudizio è pessimo per quanto riguarda l’assistenza psicologica che porta tanti a dare un taglio alla già sofferta e breve vita che ci rimane da vivere senza la possibilità di nuove prospettive e con lo spettro di invecchiare (male) senza il conforto di un compagno...”



“Vorrei ci fosse maggiore informazione sui mass-media. E maggiore disponibilità di contattare un numero verde per parlare con infettivologo o per un sostegno psicologico. Dare maggiori informazioni sulla ricerca per la lotta al virus dell’HIV.”



“Continuate la vostra ricerca e rendete noti i risultati. Al giorno d’oggi non si sa e non si fa più nulla. Informazione zero. Ci si limita a “consigliare” il preservativo. Ma nei locali non vengono neppure distribuiti! Dovrebbero essere gratis.”



“Spesso non mi sento parte della “comunità” HIV non perché non condividiamo lo stesso problema e vorrei che avessimo le stesse opportunità dei negativi, ma perché GIUDICO inappropriati (per non dire incoscienti e criminali) molti dei comportamenti sessuali di altri HIV+.”

Nella seconda categoria troviamo quei commenti volti a fornire critiche o suggerimenti per migliorare il questionario o l’indagine in generale:



“La domanda sul sesso non protetto non prendeva in considerazione che lo faccio solo con il mio partner attuale che è sieropositivo come me. Perché così sembra che sia la pratica usuale fare il sesso non protetto anche con gli altri.”

-  “Alcune domande non mi sembrano formulate in maniera corretta, ovvero presuppongono una risposta non libera.”
-  “Il questionario non distingue bene tra discriminazione e disagio/imbarazzo (magari verso persone che vogliono aiutarti). Sono due cose ben distinte.”
-  “È stato difficile rispondere alle domande sull'emarginazione poiché le persone che conoscono il mio stato sierologico, operatori sanitari esclusi, sono tutte molto vicine a me e/o sieropositive a loro volta. Non posso sapere come si comporterebbero dei semplici conoscenti con cui ho deciso di non parlarne.”
-  “Le domande relative ai rapporti sessuali non protetti dopo la notizia della sieroposività non sono impostate bene. Non ho potuto barrare le opzioni che indicavano la comunicazione del proprio stato perché ho inteso le domande come riferite al momento dell'atto sessuale. Ma ho alcune volte comunicato il mio stato di sieropositivo prima di incontri a scopo sessuale, che poi si sono svolti anche in modo non protetto perché entrambi sieropositivi. Ciò nonostante sappia bene che non è utile un tale atteggiamento per la salute di entrambi. Però i primi anni dalla notizia un paio di volte è accaduto. Ora non più. Ovviamente mi riferisco a rapporti sessuali penetrativi. Mentre non mi sono mai posto problemi a farmi praticare rapporti sessuali orali anche dopo la notizia della sieroposività.”
-  “La domanda sui rapporti sessuali non protetti dovrebbe comprendere il termine “completi” altrimenti resta vaga sia la domanda che la risposta.”
-  “Ho compilato il questionario in ogni sua parte, però alcune risposte non rispecchiano al 100% la verità poiché la domanda non è specifica alla mia vita.”
-  “Nel questionario si parla poco della privacy, del fatto che al proprio nome può accedere tramite l'ospedale un'infinità di gente, e del fatto che per avere il codice di esenzione 020 sia necessario andare alla ASL del proprio comune, senza considerare che alcuni comuni sono molto piccoli e la privacy è nulla.”
-  “Le domande sulla percezione dello stigma sociale sono formulate veramente molto male... ‘molte persone pensano che sedersi ecc.’ Là ho risposto quasi sempre contrario. Anche se è vero che ci sono alcuni che lo pensano.”
-  “Il questionario è poi limitato dalla presupposizione che la relazione può esistere con una persona sola.”
-  “Questionario abbastanza lungo, meglio qualcosa di più semplice e rapido. Grazie.”

Alcuni partecipanti hanno lasciato ringraziamenti e apprezzamenti per il questionario e per l'indagine in generale:



“Grazie per questo questionario. La discriminazione e l'ignoranza uccidono più dell'HIV.”



“Grazie a Tutti Voi per l'attenzione che dedicate ai disagi provocati dalla sieropositività. Buon lavoro.”

Infine, vogliamo concludere la sezione dei risultati con le storie di vita che alcuni partecipanti hanno voluto lasciare come testimonianza:



“Ho sempre avuto ottimi rapporti con il personale del reparto infettivi che mi segue ma devo ammettere che la questione della privacy mi preoccupa molto e la presenza del mio nome su ogni documento sanitario non mi tranquillizza.”



“Questo test mi ha fatto sentire meno solo. Ogni domanda mi ha fatto pensare a casi concreti e mi sono chiesto chissà quanti hanno avuto questi problemi. Non ho il coraggio di andare in un'associazione HIV/AIDS...chissà se cambierò idea... Grazie.”



“Vivo la mia sieropositività con molta serenità, anche perché da subito ho frequentato un'associazione di autoaiuto per persone HIV+.”



“La cosa più difficile del sapere che sono sieropositivo non è affrontare la malattia a livello medico, perché per quello ci sono i dottori a dirti cosa fare, bensì convivere con un dolore e non riuscire a trovare un modo per condividerlo o alleviarlo. La vera malattia è la solitudine che si nasconde dietro, una solitudine del cuore e della mente, una solitudine che ti fa compagnia e come la tua coscienza ti ricorda in silenzio chi sei.”



“Non sono religioso cioè non sono cattolico; cerco dentro me l'essenza spirituale, ciò che è oltre “l'insieme delle parti” che compongono materialmente il corpo. In un'unica occasione nella mia vita ho avuto un rapporto non protetto senza che il mio partner fosse a conoscenza del mio stato sierologico: dopo 4 anni ne sto pagando ancora a caro prezzo sulla mia pelle le conseguenze (lui è comunque rimasto negativo).”



“Quando ho chiesto un'offerta per il mutuo per la prima casa, Findomestic, era il 2006, aveva fra le carte da compilare una dichiarazione di sieronegatività; viaggio molto: non posso recarmi in alcuni paesi perché dovrei compilare una certificazione di sieronegatività.”



“Ho avuto due relazioni lunghe 13 e 12 anni la prima è finita per la morte del mio compagno la seconda per esigenze lavorative del mio compagno che è partito a 1500 km di distanza e da tre anni è ancora lì per il suo lavoro... impossibile vivere un rapporto a distanza senza sapere quando si può rientrare... tutto ciò per dire che si può vivere anche in coppia serenamente...”



“Serve un forte lavoro di sensibilizzazione degli operatori sanitari che in molte situazioni si sono dimostrati non all'altezza nell'affrontare le questioni dell'HIV. Nel mio caso, il medico di base, l'infettivologo e il dentista sono stati eccellenti, ma quando ho a che fare con altri medici tendo a occultare il mio stato, dopo le cattive esperienze passate. Servono campagne di contrasto allo stigma contro le persone sieropositive.”



“Questa malattia ha “tranciato” di netto la mia vita. C’è un pre e un post. Il salto del fosso è durato circa un anno, nel corso del quale ho pensato spesso alla morte. L’ho vista, l’ho toccata, l’ho respirata. Dopo averci lottato ho imparato a conviverci. Incredibilmente mi ha dato una grande forza e una visione della vita e degli “altri” da una prospettiva diversa, molto più ampia. Con tutto ciò, oggi mi reputo una persona “fortunata”. Strano a dirsi da chi è sceso all’Inferno, ma è così.”



“Sì, incomincio a pensare a che cosa c’è dopo ma non rientro nella categoria delle persone che frequentano una religione ufficiale, è più curiosità. I rapporti sessuali non protetti li ho avuti con il mio partner e solo con la viremia sotto le 40 copie e non di natura penetrativa.”



“Alcune mie risposte fotografano il mio stato attuale. Sono consapevole che la mia percezione della sieroposività e delle azioni conseguenti sono mutate nel tempo e non sempre nella stessa direzione. Sono molto emotivo e le mie decisioni dipendono sempre dal mio stato emozionale del momento. Certamente nel corso degli anni e con il successo delle terapie antiretrovirali la mia consapevolezza dello stato sierologico si è cronicizzata quasi a farmene dimenticare. Sono le situazioni che eventualmente si presentano a farmi ricordare e prendere eventualmente decisioni diverse a seconda dell’importanza o meno di essere positivo.”



“Io gay dichiarato in famiglia solo dopo la positività. Mantengo un forte legame affettivo sia con l'ex che con la figlia, tanto che in pratica “quasi” convivo ancora con loro. La ricerca di un compagno, in questa situazione caotica, mi è difficile ma comunque costante. In sostanza l’HIV+ se pur mi ha portato difficoltà mi ha dato molte più cose positive... Una leggerezza nel vivere impensabile prima del 2010.”

4. CONCLUSIONI



In questo rapporto abbiamo presentato i risultati di un'indagine volta a indagare la discriminazione delle persone sieropositive, soprattutto con riferimento all'ambito sanitario. I dati raccolti hanno permesso di ottenere un quadro complesso della situazione. Va detto sin da subito che, data la bassa numerosità delle persone eterosessuali coinvolte nella presente indagine, non possiamo trarre delle conclusioni, anche approssimative, su questo campione. Inoltre, data l'assenza di dati sulle caratteristiche sulle persone non eterosessuali e sieropositive in Italia, non ci è possibile dire se e quanto i risultati siano generalizzabili al campione di riferimento a livello nazionale. Non si può escludere, infatti, che i partecipanti a questa survey siano diversi (per esempio, il numero di attivisti sia maggiore) da coloro che hanno deciso di non rispondere al questionario oppure ancora da coloro che non hanno nemmeno avuto notizia della possibilità di partecipare allo studio.

Fatte queste doverose premesse, vogliamo sottolineare i punti di forza di questo studio. In primo luogo, questa è la prima indagine in Italia dedicata nello specifico al tema della discriminazione delle persone sieropositive e che è riuscita a coinvolgere un numero importante di persone non eterosessuali (quasi 500). In secondo luogo, il campione di persone risulta eterogeneo per diverse caratteristiche quali l'anzianità di sieropositività, la provenienza regionale, l'età, il titolo di studio e l'occupazione. Tale eterogeneità diminuisce il rischio che vi sia stato l'effetto significativo di un bias nella selezione del campione. In terzo luogo, differentemente da studi precedenti, l'indagine si è soffermata non solo sugli aspetti negativi legati alla discriminazione ma anche a quelli positivi, pensiamo alle strategie adottate dai partecipanti per far fronte alla discriminazione, all'attenzione rivolta al senso d'identificazione e all'impegno sociale. Tale prospettiva ci dà la possibilità di considerare le persone sieropositive non come vittime passive di atteggiamenti discriminatori e stigmatizzanti, ma anche come protagoniste attive della loro vita. Vogliamo qui sottolineare l'importanza

dell'empowerment del paziente informato, protagonista della propria vita, in pieno possesso del proprio corpo. Questo significa anche autonomia di giudizio finale rispetto alle prescrizioni mediche, così come alle discriminazioni ricevute/percepite in ambito sanitario.

Come abbiamo detto nell'introduzione, abbiamo analizzato la discriminazione/stigma considerando tre dimensioni: discriminazione ricevuta, discriminazione percepita e stigma interiorizzato. Per quanto riguarda la discriminazione ricevuta, dai dati emerge che circa sette partecipanti su dieci riportano di essersi sentiti trattati ingiustamente o diversamente a causa dello stato sierologico almeno una volta nella vita. È interessante notare che sono i più giovani e, al tempo stesso, coloro che hanno una maggiore anzianità di sieropositività a sentirsi maggiormente discriminati. È possibile ipotizzare, da una parte, che chi ha un'età più giovane ricada con più facilità in quegli stereotipi e pregiudizi associati alle persone sieropositive e, quindi, maggiormente oggetto di episodi di discriminazione. Dall'altra, chi ha una maggiore anzianità di sieropositività ha probabilità maggiori di avere subito discriminazioni proprio perché è passato più tempo. Non vanno esclusi anche i possibili cambiamenti storici e culturali che possono spiegare questi risultati. Inoltre, la probabilità di essersi sentito/a trattato/a ingiustamente o diversamente a causa del proprio stato sierologico aumenta tra chi ha una maggiore fede religiosa. È possibile pensare che chi ha una fede religiosa ha anche una rete sociale che è formata, con maggiore probabilità, da persone religiose che possono mostrarsi intolleranti o giudicanti nei confronti di chi vive questa condizione.

Se consideriamo i ruoli delle persone che hanno commesso atti di discriminazione, emerge che quattro partecipanti su dieci si sono sentiti trattati ingiustamente o diversamente a causa dello stato sierologico da parte degli operatori sanitari in generale. Quasi due su dieci, invece, da parte del dentista, mentre uno su sette da parte degli operatori sanitari dei servizi di emergenza. È degno di nota il fatto che un partecipante su tre non ha svelato al dentista il proprio stato sierologico. Infine, il 12% dei partecipanti si sono sentiti trattati ingiustamente o diversamente a causa dello stato sierologico da parte del medico di base e degli operatori sanitari dei reparti di malattie infettive.

Ci siamo chiesti quali siano le modalità più frequenti tramite le quali i partecipanti si sono sentiti discriminati. Circa quattro partecipanti su dieci hanno riferito di essersi sentiti a disagio nell'interazione con un operatore socio-sanitario, mentre un partecipante su quattro ha riportato di essersi sentito/a trattato/a con disprezzo o superiorità oppure con un atteggiamento di evitamento. Vogliamo evidenziare che il 17% sostiene di avere ricevuto un rifiuto di una prestazione sanitaria a causa della propria sieropositività.

Una buona parte dei partecipanti ha reagito alle discriminazioni o al timore di subirle cambiando gli operatori sanitari o la struttura. Ciò è frequente soprattutto nei confronti del medico di base. In altri casi, invece di cambiare medico, i partecipanti hanno preferito non rivelare il proprio stato sierologico. Nello specifico, quasi la metà dei partecipanti non ha rivelato lo stato sierologico al medico di famiglia in almeno un'occasione. In molti casi si preferisce andare in una struttura lontano da casa oppure il cui accesso garantisce un minimo di privacy. Cambiare medico o struttura può comportare delle criticità tenendo conto dell'importanza di conoscere il paziente per

una diagnosi corretta. Allo stesso modo, il mancato svelamento può mettere a rischio sia il paziente che il medico.

Se, invece, consideriamo le discriminazioni ricevute in altri ambiti che non sia quello sanitario, dalle analisi emerge che esse avvengono soprattutto all'interno di relazioni sociali e affettive/sessuali. Nello specifico, circa la metà dei partecipanti si è sentita discriminata da parte di persone con cui ha avuto una relazione sessuale (o avrebbe voluto averla). Un partecipante su tre, inoltre, ha subito discriminazioni da persone conosciute su una chat LGBT. Ancora, il 20% e il 13% riferisce episodi di discriminazione in un locale o in un'associazione LGBT, rispettivamente. Tenendo conto che sono meno diffusi, anche se presenti, episodi di discriminazione attuati dal/la partner, da capi/colleghi, da familiari e amici, il quadro che emerge è che questi riguardino soprattutto il contesto nel quale si sviluppano relazioni affettive e sessuali. Questa considerazione è supportata dalla constatazione che quasi tutti i partecipanti (82%) almeno una volta nella vita non hanno rivelato lo stato sierologico ai partner per il timore del giudizio e della discriminazione.

Le forme di discriminazione più diffuse sono il comportamento strano o imbarazzato (riportato da sette su dieci), l'atteggiamento giudicante e l'utilizzo eccessivo di precauzioni (riportato da sei su dieci), l'aumento della distanza fisica (riportato da cinque su dieci), l'indifferenza, la gentilezza esagerata o fuori luogo, l'esclusione/isolamento, e la richiesta di dichiarare la propria sieropositività (riportato da quattro su dieci). Dall'analisi delle narrazioni dei partecipanti abbiamo conferma della diffusione di forme di discriminazione quali allontanamento/emarginazione/distanza, rifiuto da parte degli operatori sanitari di prestare le cure, eccesso di precauzione, e rimprovero/biasimo.

Dall'analisi degli item della scala sulla coping self-efficacy (Chesney et al., 2006) è emerso che i partecipanti, dovendo affrontare i problemi relativi alla discriminazione, si sentono maggiormente in grado di mettere in atto strategie centrate sul problema. Nello specifico, tentare di riconoscere ciò che si può cambiare del problema e ciò che non può essere cambiato, considerare più opzioni, suddividere il problema in parti più piccole, e pianificare delle soluzioni. Al contrario, si sono sentiti poco in grado di mettere in atto strategie mirate alla ricerca di sostegno sociale, quali ottenere un aiuto e un conforto di tipo emotivo dagli amici e dalla famiglia. La padronanza relativa alle strategie di coping centrate sulle emozioni non è né alta neppure bassa. Parliamo di strategie quali tenere la sua mente libera da pensieri spiacevoli o negativi legati al problema oppure allontanare i pensieri spiacevoli o negativi legati al problema. È interessante notare che la padronanza rispetto alla messa in atto di queste tre tipologie di strategie si associa alla conoscenza di persone sieropositive. Si potrebbe pensare che la conoscenza di altri che vivono la stessa condizione possa fornire ai partecipanti uno stimolo per sentirsi più in grado di fronteggiare le difficoltà collegate alla discriminazione.

Passando a commentare i dati sulla discriminazione percepita, l'elemento che i partecipanti riportano maggiormente è l'idea che gli altri attribuiscono alle persone sieropositive la colpa dell'infezione. La pervasività dell'atteggiamento giudicante è emerso anche dall'analisi delle narrazioni. Si tratta con ogni evidenza di un atteggiamento giudicante alla base di molti episodi di discriminazione. In media i partecipanti si sentono parzialmente d'accordo con le affermazioni relative alla discriminazione per-

cepita, ossia con l'idea che le altre persone abbiano tendenzialmente atteggiamenti negativi verso chi è sieropositive.

Come ci si poteva aspettare la discriminazione percepita è strettamente associata a una dimensione specifica dello stigma interiorizzato, la discriminazione anticipata, ossia la convinzione di essere a forte rischio di subire discriminazioni una volta rivelato lo stato sierologico.

La discriminazione percepita è associata, anche se in modo moderato, anche alle altre dimensioni dello stigma percepito: preoccupazione connessa al nascondimento e difficoltà nello svelamento. Tra le dimensioni dello stigma interiorizzato, quella più riportata dai partecipanti riguarda la difficoltà nello svelamento, ossia le problematiche avvertite nel confidare alle altre persone il proprio stato sierologico. Un po' meno sentita è la dimensione dell'orgoglio sieropositive, potremmo dire all'opposto del concetto di stigma interiorizzato. Si attribuiscono aspetti positivi alla vita personale dopo la scoperta della sieropositività. Per esempio, alcuni partecipanti sono convinti che vivere con l'HIV li abbia aiutati a crescere come persone. Meno riportata, invece, è la preoccupazione connessa al nascondimento dello stato sierologico. È interessante sottolineare come le dimensioni dello stigma interiorizzato siano associate, tra le variabili socio-demografiche, all'avere una fede religiosa e alla conoscenza di una persona sieropositive. È possibile pensare che, come ipotizzato in precedenza, la frequentazione di persone religiose abbia portato i partecipanti a sentire in modo più negativo la propria condizione, mentre la condivisione della propria esperienza con un'altra che vive la stessa condizione abbia avuto un effetto opposto.

I risultati relativi all'impegno sociale, al senso d'identificazione con le persone sieropositive e al sostegno sociale mettono in luce aspetti positivi legati all'essere sieropositive. Nello specifico, i partecipanti riferiscono mediamente di sentire abbastanza forte il sentimento d'identificazione con il gruppo delle persone sieropositive, di essere parzialmente d'accordo a impegnarsi in iniziative e attività volte a migliorare le condizioni delle persone sieropositive e di percepire un sufficiente livello di sostegno sociale. Il sentimento d'identificazione con il gruppo delle persone sieropositive e l'impegno sociale nei loro confronti sono associati alla conoscenza di una persona sieropositive. La percezione di sostegno sociale, invece, dipende maggiormente dalla zona di residenza; nello specifico i partecipanti che vivono nel sud Italia si sentono meno sostenuti dagli altri significativi.

Alcune delle dimensioni analizzate sinora risultato avere una relazione significativa con lo stato di salute soggettivamente percepito. Nello specifico, lo stato di salute è associato all'esperienza di minori episodi di discriminazione, alla padronanza nei confronti di strategie di coping centrate sulle emozioni, e alla percezione di orgoglio sieropositive e sostegno sociale. Abbiamo preso in considerazione come esito di salute un parametro della salute fisica come il numero di CD4. In questo caso, sebbene le relazioni siano più deboli, abbiamo trovato un'associazione con la difficoltà nello svelamento e il sostegno sociale percepito.

Questi risultati mettono in luce l'opportunità di considerare due tipologie d'intervento per migliorare lo stato di salute delle persone sieropositive. Da una parte vi sono interventi di gruppo che hanno una loro efficacia nell'incrementare la padronanza nell'affrontare episodi di discriminazione, quali il Coping Effectiveness Training (Chesney et al., 2003). Dall'altra la costituzione di gruppi di auto mutuo aiuto in grado

d'incrementare il sostegno sociale tra le persone sieropositive (Adamsen, 2002; Bar-Lev, 2008; Cawyer & Smith-Dupre', 1995). Tali gruppi hanno lo scopo di mettere in contatto persone sieropositive, facilitando dialogo, scambio vicendevole, condivisione di esperienze, confronto e supporto. La costituzione di tali gruppi, tuttavia, potrebbe non essere una soluzione fattibile, data la difficoltà nello svelamento riportata dai partecipanti. Probabilmente sono più praticabili interventi volti a favorire il contatto, lo svelamento ed, eventualmente, la creazione di gruppi, tra le persone sieropositive utilizzando gli strumenti del Web 2.0 (da Facebook a Gayromeo, dai forum alle mailing list). Infatti, i mezzi di contrasto alla discriminazione e all'isolamento, quali i gruppi di auto-aiuto non possono prescindere dalla possibilità di mantenere l'anonimato. Il sostegno sociale dipende, almeno in parte, dallo svelamento dello stato sierologico. Nel presente studio, il 15% dei partecipanti che ha una relazione affettiva stabile non ha rivelato lo stato sierologico al partner. Inoltre, Lo stato sierologico è stato rivelato mediamente a tutti o quasi tutti i familiari, a qualcuno/a degli/delle amici/che e, nella maggior parte dei casi, a nessuno sul luogo di lavoro.

Infine, vogliamo concludere con un breve commento rispetto alle note che i partecipanti hanno lasciato alla fine della compilazione del questionario. In molti casi sono emerse delle narrazioni di vita che sottolineano come la vita sia cambiata dopo la diagnosi, quasi a tracciare uno spartiacque: prima del test HIV e dopo. Molte sono le difficoltà che le narrazioni hanno bene evidenziato. Molte di queste sono senza dubbio legate agli stereotipi, ai pregiudizi, alle discriminazioni e allo stigma. Uno degli scopi di questo rapporto è stato quello di evidenziarle, metterle in luce cosicché chiunque potesse leggerle. Un esito meno aspettato dalla lettura di queste narrazioni riguarda gli aspetti positivi. Ci si riferisce alle storie di quei partecipanti (non tanti per la verità) che provano fiducia e gratitudine nei confronti di alcuni degli operatori sanitari a cui si sono rivolti, di quelli che riportano di non avere mai subito episodi di discriminazione e, in ultima battuta, di quelli che attribuiscono all'esperienza, per quanto negativa, comunque un significato positivo: "In sostanza l'HIV+ se pur mi ha portato difficoltà mi ha dato molte più cose positive... Una leggerezza nel vivere impensabile prima del 2010".



Gli operatori
socio-sanitari

1.

INTRODUZIONE



Nella prima parte abbiamo mostrato la frequenza e le modalità con le quali le persone sieropositive riportano di essere vittime di atteggiamenti negativi, stigma e discriminazione. Come abbiamo detto, tale victimizzazione, oltre a determinare situazioni di disagio anche gravi per le persone sieropositive, costituisce una barriera per la riduzione della diffusione dell'infezione nella popolazione. Questo perché le discriminazione e gli atteggiamenti negativi nei confronti delle persone con HIV/AIDS si associano a esiti negativi tra cui ritardo nel fare il test (late presenter), nascondimento dello stato sierologico e maggiori difficoltà nell'accesso ai trattamenti (Malcolm et al. 1998; Parker et al. 2002).

In questa parte ci occupiamo di studiare gli atteggiamenti di un gruppo specifico di persone: gli operatori socio-sanitari. Essi fanno parte di una comunità e, per tale motivo, possono sentire come propri quegli atteggiamenti negativi verso le persone sieropositive presenti nella società. Essi, inoltre, possono avere contatti, più o meno frequenti a seconda del reparto/struttura in cui operano, con persone sieropositive. Il rischio di contrarre l'HIV/AIDS nella pratica clinica può portare gli operatori a esasperare gli atteggiamenti negativi e lo stigma nei confronti delle persone sieropositive (De Graaf, Houweling, & Van Zessen, 1998; Li et al., 2007; Pickles, King, & Belan, 2009; Shulman & Mantell, 1988). Per esempio, nello studio di Green e Platt (1997), la paura del contagio è uno dei fattori determinanti nei confronti degli atteggiamenti negativi verso pazienti con HIV/AIDS, nella forma del rifiuto di fornire le prestazioni necessarie e ottimali. Studi precedenti condotti con pazienti sieropositive hanno documentato la presenza di atteggiamenti giudicanti da parte degli operatori sanitari, in particolare la credenza che l'infezione fosse avvenuta necessariamente per colpa del paziente (Green & Platt, 1997; Surlis & Hyde, 2001). Un'ultima e forse più importante ragione per cui vi è un interesse a studiare gli atteggiamenti

degli operatori socio-sanitari nei confronti delle persone sieropositive riguarda le conseguenze di questi. Nello specifico, le persone sieropositive tendono a essere meno propense a ricercare cure mediche se hanno in precedenza esperito atteggiamenti negativi da parte del personale sanitario. Inoltre, gli atteggiamenti discriminatori da parte del personale socio-sanitario si associano a una minore qualità delle cure esperita dalle persone sieropositive (Crawford et al., 1991; Green & Platt, 1997; Surlis & Hyde, 2001).

Analizzando gli strumenti esistenti in letteratura per indagare gli atteggiamenti degli operatori socio-sanitari nei confronti delle persone sieropositive (Andrewin & Chien, 2008; Ardis & Marcucci, 2007; Froman & Owen, 1997; Hossain & Susan, 2010; Li et al., 2007; Nazik, Arslan, Özdemir, & Apay, 2012; Stein & Li, 2008; Visser et al, 2008), sono emerse diverse concettualizzazioni e dimensioni. In primo luogo, si distingue tra atteggiamenti generali e atteggiamenti specifici riguardanti il proprio ruolo professionale. Nel primo caso, parliamo di atteggiamenti che non sono specifici rispetto alla professione e alla formazione ricevuta, ma che possono essere riportati da qualsiasi membro della comunità. In altre parole, si va a studiare quanto gli operatori sanitari condividano gli atteggiamenti negativi verso le persone sieropositive presenti nella società. Nel secondo caso, invece, si studiano atteggiamenti specifici legati al proprio ambito professionale. Prima abbiamo citato il timore del contagio durante l'effettuazione di una prestazione sanitaria. Allo scopo di comprendere meglio la differenza tra le due forme, possiamo prendere in considerazione l'atteggiamento di evitamento nei confronti delle persone sieropositive. Se lo decliniamo in termini generali, possiamo pensare alla volontà di evitare persone sieropositive nella vita quotidiana fuori dal lavoro; per esempio, non frequentare o non avvicinarsi a una persona perché si conosce il suo stato sierologico positivo. Se, invece, lo vogliamo studiare nel contesto professionale, possiamo pensare, per esempio, alla volontà di lavorare in reparti/strutture in cui è assente il contatto con persone sieropositive.

Gli atteggiamenti negativi verso le persone sieropositive, inoltre, possono esimersi in forme diverse. Prima di tutto vogliamo citare l'atteggiamento di condanna o punizione. Questo si sostanzia nel ritenere che l'HIV/AIDS sia una punizione o una condanna meritata per i propri comportamenti passati. Una forma di atteggiamenti negativi in parte diversi da questi riguarda la differenziazione sulla base modalità d'infezione. In altre parole, se l'infezione è dovuta a comportamenti disapprovati, stigmatizzati o condannati da parte di una società, allora la persona merita di essere discriminata, condannata o punita. Possiamo parlare di atteggiamento punitivo, giudicante o colpevolizzante nei confronti delle persone sieropositive in generale, oppure di un orientamento a trattare diversamente un paziente in base alla modalità d'infezione (per esempio tramite trasfusione oppure comportamenti sessuali). L'orientamento verso le persone sieropositive nella pratica lavorativa può essere studiato nella forma di un'intenzione di discriminare. Alcuni strumenti, infatti, includono una dimensione volta a indagare se e quanto gli operatori sanitari sono disposti a fornire la stessa qualità di cure e trattamento ai pazienti sieropositivi, come agli altri. Sostanzialmente si tratta di credenze e di una disposizione all'azione basata sul principio che qualunque paziente, al di là delle proprie caratteristiche personali, meriti la stessa parità di trattamento.

Un’ulteriore area di studio degli atteggiamenti fa riferimento alle opinioni circa le procedure in ambito sanitario nei confronti di persone sieropositive. Esse, possono essere pensate in modo molto restrittivo fino a essere discriminanti (la cosiddetta discriminazione istituzionale) oppure più attente ai bisogni delle persone sieropositive. Infine, un’altra categoria di atteggiamenti discriminatori fa riferimento alle emozioni provate dagli operatori socio-sanitari di fronte a pazienti sieropositivi. Tali emozioni possono essere intese in senso positivo, pensiamo all’empatia o al sentirsi a proprio agio, oppure in senso negativo, come il disagio.

Oltre agli atteggiamenti, sono stati indagati anche i comportamenti messi in atto dagli operatori nei confronti dei pazienti sieropositivi (Andrewin & Chien, 2008). Pensiamo a comportamenti quali utilizzare dispositivi di protezione non necessari oppure solo con pazienti sieropositivi, rivelare senza il consenso della persona lo stato sierologico a un collega, oppure lasciare che un/una collega si occupi al proprio posto del paziente sieropositivo.

5.1 Obiettivi dello studio

I risultati presentati in questo rapporto sono il frutto di un’attività di ricerca condotta all’interno del progetto dal titolo: “Pratiche Positive” - Interventi di contrasto alla discriminazione e all’esclusione in ambito sociosanitario dei pazienti LGBT con infezione da HIV, finanziato ai sensi della Legge n. 383/2000 - Art. 12 - Comma 3 - Lettera F – Anno Finanziario 2011. L’obiettivo di questa indagine scientifica è quello d’indagare gli atteggiamenti nei confronti delle persone sieropositive da parte degli operatori socio-sanitari. Nello specifico, la ricerca è stata di tipo quantitativo e sono state considerate le seguenti aree:

- Esperienza di lavoro con persone sieropositive
- Atteggiamenti generali verso le persone sieropositive
- Opinioni rispetto alle pratiche e alle procedure
- Comportamenti nei confronti delle persone sieropositive
- Atteggiamenti verso persone sieropositive sul lavoro

Un secondo obiettivo del presente studio è di arrivare a definire un agile strumento di misura degli atteggiamenti nei confronti delle persone sieropositive, nello specifico un questionario, che abbia i requisiti accettabili di affidabilità e validità. Tale strumento può essere utilizzato con operatori socio-sanitari per valutare l’efficacia d’interventi oppure per il monitoraggio.

2.

METODO



6.1 Procedura

Come strumento di raccolta dei dati si è scelto il questionario. L'attività di raccolta dei dati attraverso il questionario è avvenuta nel periodo compreso fra il 7 febbraio e il 20 luglio 2013. Prima di chiedere ai partecipanti delle diverse strutture socio-sanitarie contattate, sono stati effettuati degli incontri con i responsabili delle strutture. In questi incontri si è illustrato il progetto e si è presentato il protocollo di ricerca (si veda l'Allegato 1). Dopo aver ottenuto l'autorizzazione dai responsabili, si è proceduto a contattare i potenziali partecipanti all'interno delle strutture socio-sanitarie. Con i responsabili è stata decisa la modalità di contatto più idonea. In alcuni casi, i potenziali partecipanti sono stati informati dell'iniziativa attraverso una circolare nella quale si annunciava agli operatori la possibilità di svolgere un questionario relativo agli atteggiamenti degli stessi nei confronti dei pazienti sieropositivi, subito prima o dopo l'attività lavorativa. In altri casi, i questionari sono stati distribuiti all'interno del reparto direttamente a ciascun operatore. In altri casi ancora, i questionari sono stati lasciati al/alla responsabile di ciascun reparto che poi si è occupato/a di distribuirli ai potenziali partecipanti. La partecipazione al progetto è stata volontaria e il questionario è stato auto-compilato.

6.2 Descrizione del campione

Il campione è costituito da 836 partecipanti. I questionari sono stati compilati quasi interamente, tuttavia alcuni dati mancanti sono presenti. Per questa ragione, è possibile che il numero delle risposte non corrisponda al totale dei partecipanti.

Il 32,1% (n = 265) dei partecipanti è di sesso maschile, mentre il 67,9% (n = 560) di sesso femminile. L'età media è di 43,98 anni (DS = 10,34), con un minimo di 20 e un massimo di 72. L'anzianità lavorativa va da un minimo di pochi mesi a un massimo di 40 anni, con una media di 17,87 (DS = 10,58).

In Tabella 1 è possibile consultare a quale reparto/struttura appartengono i partecipanti. Il reparto di Malattie infettive è il più numeroso; tuttavia, i partecipanti sono distribuiti in un alto numero di reparti/strutture.

TABELLA 1

Reparto/struttura di appartenenza dei partecipanti

REPARTO/STRUTTURA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Allergologia e Immunologia Clinica	1	0,1
Anatomia Patologica	5	0,6
Assistenza Post-Acuta	14	1,8
Azienda Sanitaria Provinciale	3	0,4
Banca del sangue	1	0,1
Carcere	6	0,8
Cardiologia	21	2,7
Centro Attività Servizi AIDS	5	0,6
Centro Diurno AUSL	6	0,8
Centro prelievi	2	0,3
Centro Salute Mentale	44	5,7
Centro trasfusionale	1	0,1
Chirurgia	37	4,8
Comunità Terapeutica	13	1,7
Consultorio Familiare	3	0,4
Continuità Assistenziale	3	0,4
Dermatologia	23	3,0
Dipartimento di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica	16	2,1
Dipartimento di Salute Mentale	19	2,4
Dipartimento Dipendenze Patologiche	1	0,1
Ematologia	49	6,3
Endocrinologia	1	0,1
Farmacia Ospedaliera	5	0,6
Fisiopatologia respiratoria	3	0,4
Gastroenterologia	23	3,0

REPARTO/STRUTTURA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Genetica Medica	3	0,4
Geriatria	18	2,3
Laboratori di analisi	3	0,4
Lungodegenza	3	0,4
Malattie Infettive	107	13,8
Medicina	54	6,9
Medicina delle Malattie Metaboliche	1	0,1
Medicina d'Urgenza	4	0,5
Medicina Generale	4	0,5
Medicina Riabilitativa	1	0,1
Medicina specialistica	1	0,1
Nefrologia	5	0,6
Neonatologia	3	0,4
Neurochirurgia	5	0,6
Neurologia	20	2,6
Oculistica	1	0,1
Odontoiatria	5	0,6
Onco-ematologia	11	1,4
Oncologia	12	1,5
Ortopedia	4	0,5
Ortopedia e Traumatologia	8	1,0
Ospedale Psichiatrico Giudiziario	14	1,8
Ostetricia e Ginecologia	19	2,4
Otorinolaringoiatria	10	1,3
Pediatria	25	3,2
Pneumologia	5	0,6
Pronto Soccorso	5	0,6
Psichiatria	39	5,0
Residenze Sanitarie Assistenziali	7	0,9
Reumatologia	1	0,1
Rianimazione	3	0,4
SERT Servizio dipendenze patologiche	27	3,5
Servizio di farmacia	1	0,1
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)	15	1,9
Terapia Intensiva Neonatale/Neonatologia	8	1,0

REPARTO/STRUTTURA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Trapianti Midollo	1	0,1
Ufficio Sanitario Provinciale- Questura	14	1,8
Unità Terapia Intensiva Coronarica (UTIC)	1	0,1
Urologia	5	0,6

In Tabella 2 è riportata la distribuzione dei partecipanti in base alla qualifica. Quasi la metà dei partecipanti è infermiere (44%), mentre quasi un terzo medico. Allo scopo di creare categorie che abbiano una numerosità sufficiente per potere condurre delle analisi, abbiamo deciso di accorpate le categorie operatore socio-sanitario e ausiliario socio-assistenziale in un'unica categoria (OSS e ASA) Stessa operazione è stata condotta per le categorie assistente sociale ed educatore (Tabella 3). Nelle successive analisi, verrà utilizzata quest'ultima suddivisione delle qualifiche.

TABELLA 2

Qualifica dei partecipanti

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Medico	261	32,1
Infermiere	359	44,2
Operatore socio-sanitario	34	4,2
Ausiliario socio-assistenziale	10	1,2
Assistente sociale	27	3,3
Educatore	17	2,1
Altro	63	7,7
Psicologo	42	5,2
Totale	813	100,0

TABELLA 3

Qualifica rivista dei partecipanti

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Medico	261	34,8
Infermiere	359	47,9
OSS e ASA	44	5,9
Assistente sociale ed educatore	44	5,9
Psicologo	42	5,6
Totale	750	100,0

I partecipanti appartengono a otto regioni (Tabella 4). Le due regioni con il più alto numero di partecipanti sono la Sicilia e l'Emilia-Romagna.

TABELLA 4
Regione di appartenenza dei partecipanti

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Abruzzo	53	6,3
Calabria	41	4,9
Emilia-Romagna	239	28,6
Marche	57	6,8
Puglia	116	13,9
Sicilia	215	25,7
Trentino-Alto Adige	75	9,0
Veneto	40	4,8
Totale	836	100,0

3. RISULTATI



7.1. Esperienza di lavoro con persone sieropositive

L'80% dei partecipanti riferisce di avere avuto un'esperienza di lavoro con persone sieropositive (Figura 1). Negli ultimi tre mesi, il 20% di questi ha incontrato pazienti sieropositivi ogni giorno o quasi, mentre il 37% non ha interagito con tali pazienti. Il 25% ha incontrato pazienti sieropositivi solo una o due volte negli ultimi tre mesi (Figura 2).

FIGURA 1

Nel corso della sua carriera professionale come operatore/trice le è mai capitato, che lei sappia, di lavorare con utenti/pazienti sieropositivi?

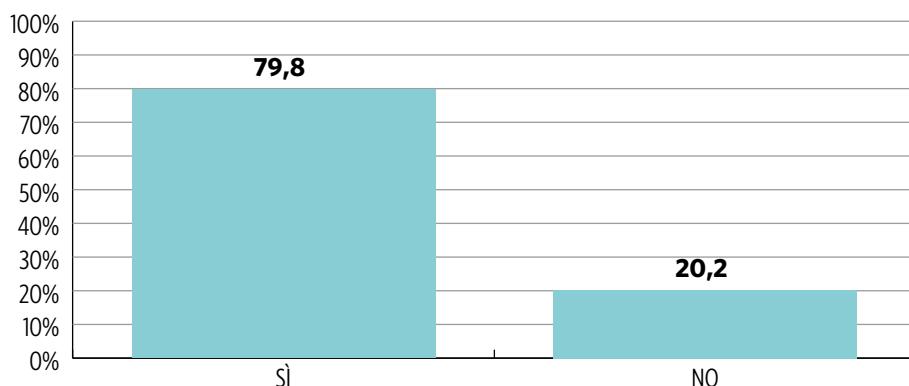
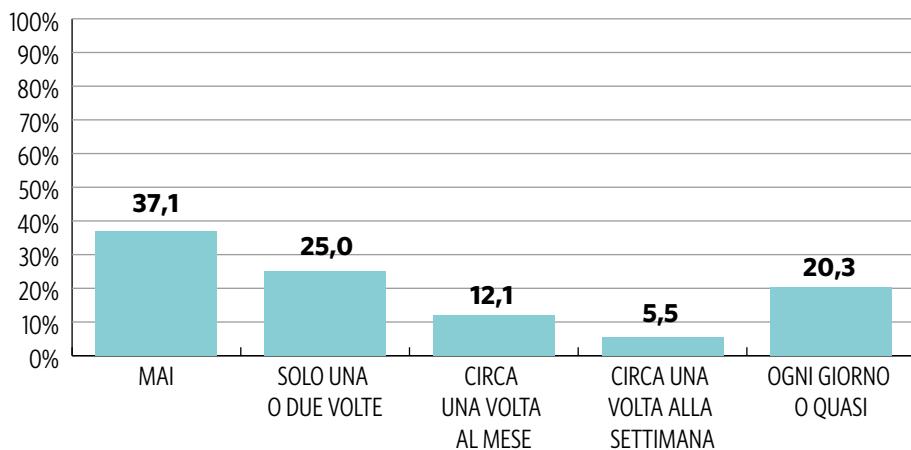


FIGURA 2

Negli ultimi tre mesi quante volte ha lavorato con utenti/pazienti sieropositivi?



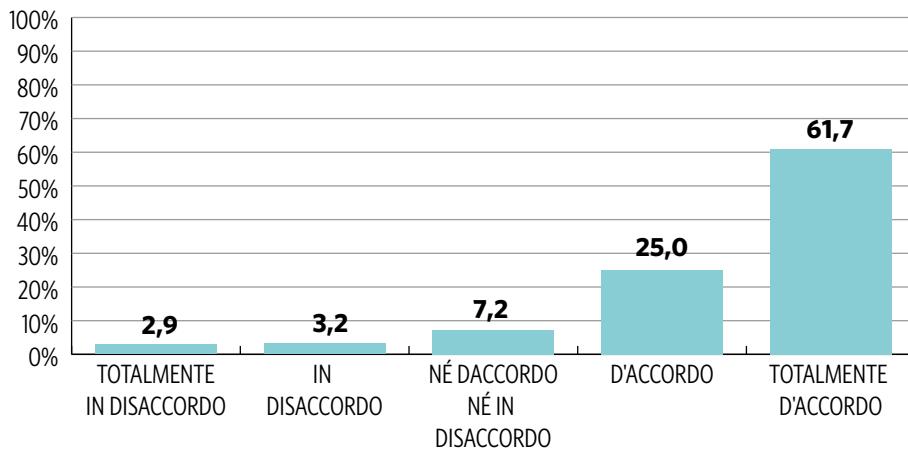
7.2. Atteggiamenti generali verso le persone sieropositive

In questa sezione riportiamo prima di tutto il grado di accordo fornito dai partecipanti a ciascun'affermazione relativa agli atteggiamenti generali verso le persone sieropositive.

Il 13% dei partecipanti riporta di non essere d'accordo con l'affermazione "Se mi trovassi all'interno di un mezzo di trasporto pubblico o privato, non avrei problemi a sedermi accanto a una persona sieropositiva" (Figura 3). Nello specifico, il 6% esprime un disaccordo mentre il 7% non esprime né un accordo né un disaccordo.

FIGURA 3

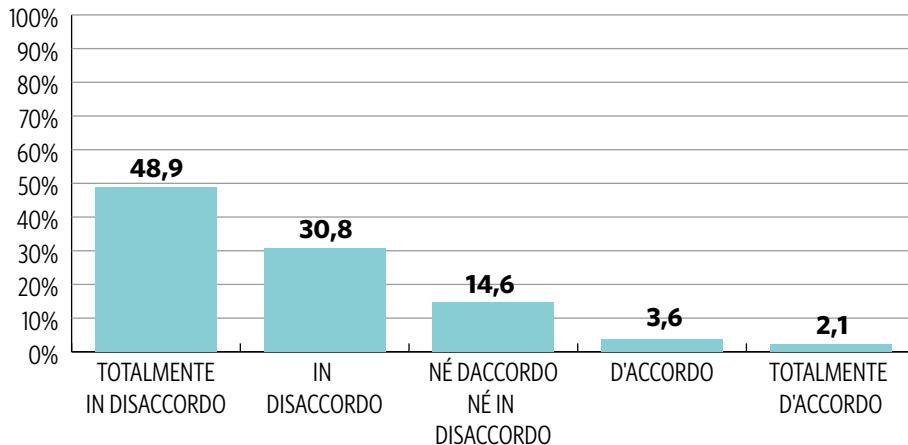
Se mi trovassi all'interno di un mezzo di trasporto pubblico o privato, non avrei problemi a sedermi accanto a una persona sieropositiva



Per l'80% dei partecipanti contrarre l'HIV non è solo una questione di sfortuna. Per il 6%, invece, lo è, mentre il rimanente 14% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 4).

FIGURA 4

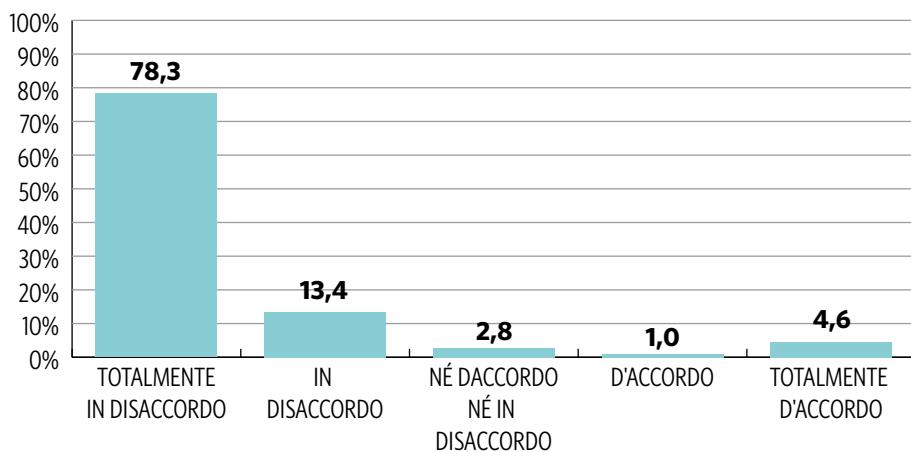
Contrarre l'HIV è solo una questione di sfortuna



All'affermazione "Penso che una persona sieropositiva valga meno degli altri", circa il 6% dei partecipanti si è mostrato d'accordo mentre il 3% non manifesta né un accordo né un disaccordo (Figura 5).

FIGURA 5

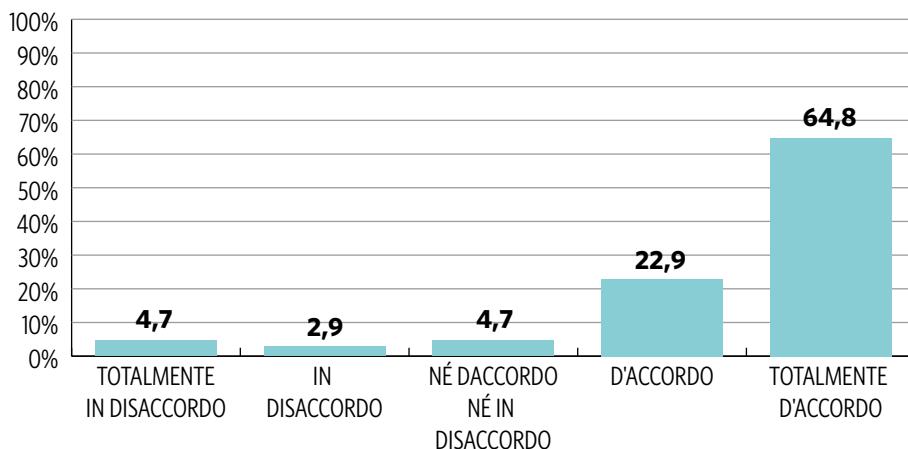
Penso che una persona sieropositiva valga meno degli altri



Il 12% dei partecipanti non riporta di essere d'accordo con l'affermazione "Non avrei problemi se una persona sieropositiva vivesse vicino alla mia abitazione" (Figura 6). Di questi, l'8% manifesta un disaccordo, mentre il rimanente non esprime né un accordo né un disaccordo.

FIGURA 6

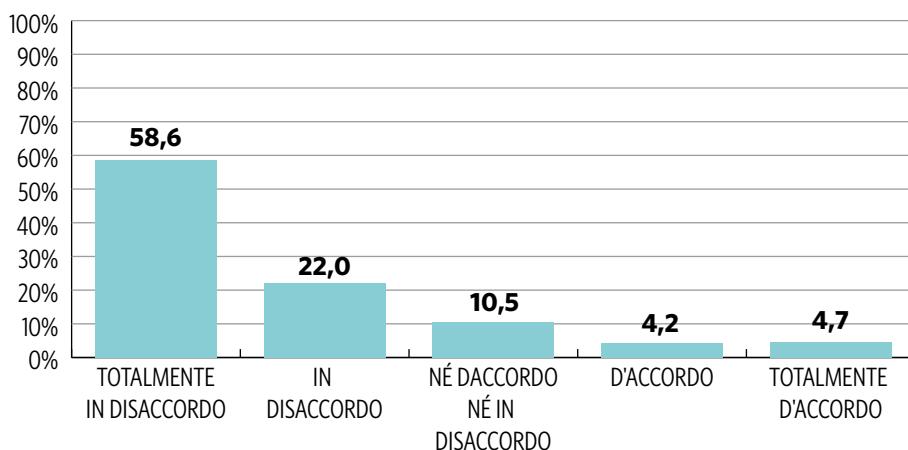
Non avrei problemi se una persona sieropositiva vivesse vicino alla mia abitazione



Il 9% dei partecipanti è in disaccordo con all'affermazione “Preferirei non diventare amico/a di una persona sieropositiva”, mentre l'11% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 7).

FIGURA 7

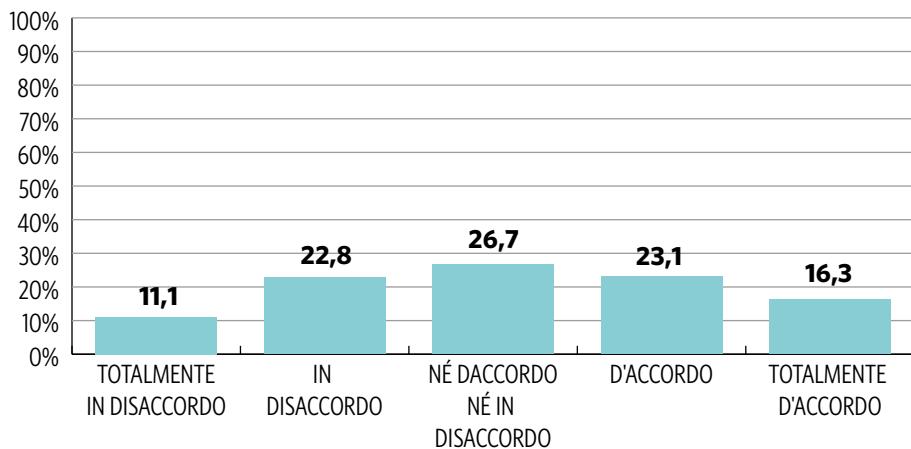
Preferirei non diventare amico/a di una persona sieropositiva



All'affermazione “Non è rischioso che una persona sieropositiva badi ai bambini di qualcun altro”, quattro partecipanti su dieci sono d'accordo, tre su dieci in disaccordo e il rimanente non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 8).

FIGURA 8

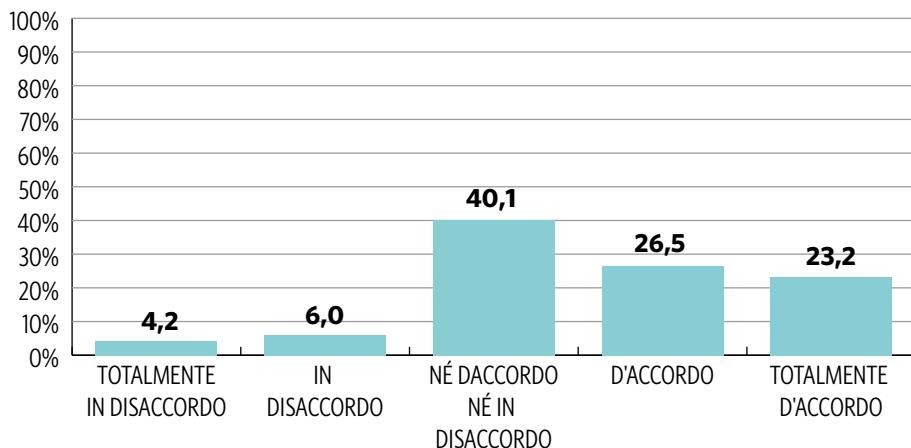
Non è rischioso che una persona sieropositiva badi ai bambini di qualcun altro



Un po' meno della metà dei partecipanti è d'accordo che “Le persone sieropositive possono insegnarci tanto sulla vita” mentre il 10% è in disaccordo (Figura 9). Non hanno espresso né un accordo né un disaccordo quattro partecipanti su dieci: è la risposta più riportata.

FIGURA 9

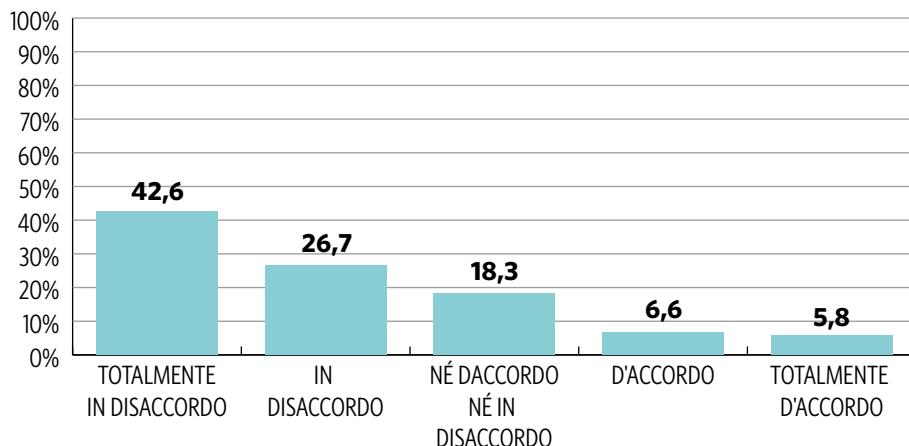
Le persone sieropositive possono insegnarci tanto sulla vita



Il 13% dei partecipanti è d'accordo con l'affermazione “Non vorrei uscire con una persona, se sapessi che lui/lei è sieropositivo/a”, mentre il 18% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 10).

FIGURA 10

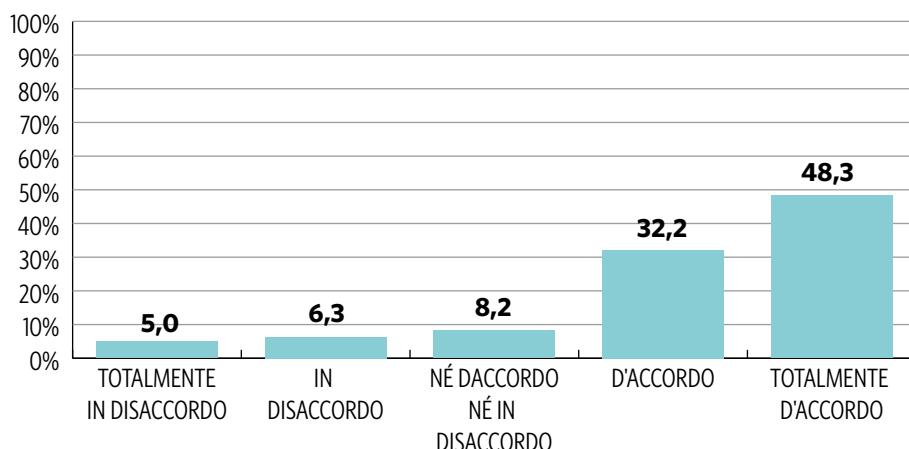
Non vorrei uscire con una persona, se sapessi che lui/lei è sieropositivo/a



L'11% dei partecipanti è in disaccordo con l'affermazione “Non ho paura di stare vicino a persone sieropositive”, mentre l'8% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 11).

FIGURA 11

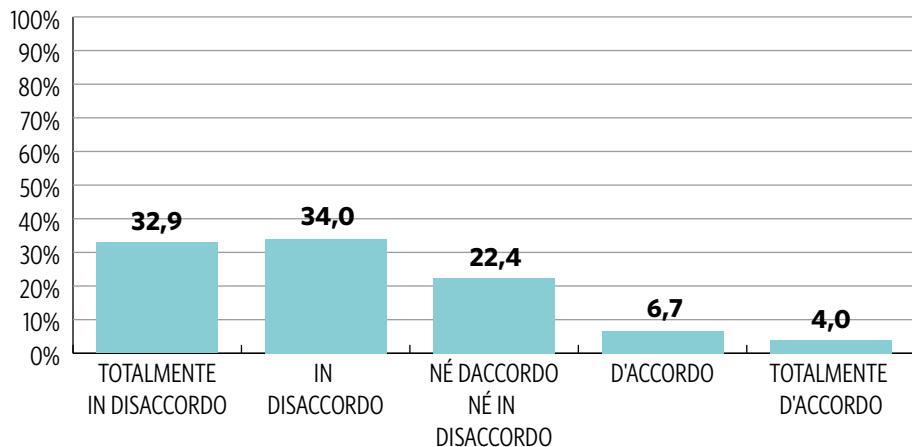
Non ho paura di stare vicino a persone sieropositive



L'11% dei partecipanti è d'accordo con l'affermazione “Le persone sieropositive devono solo rimproverare se stesse” e non esprime né un accordo né un disaccordo il 22% (Figura 12).

FIGURA 12

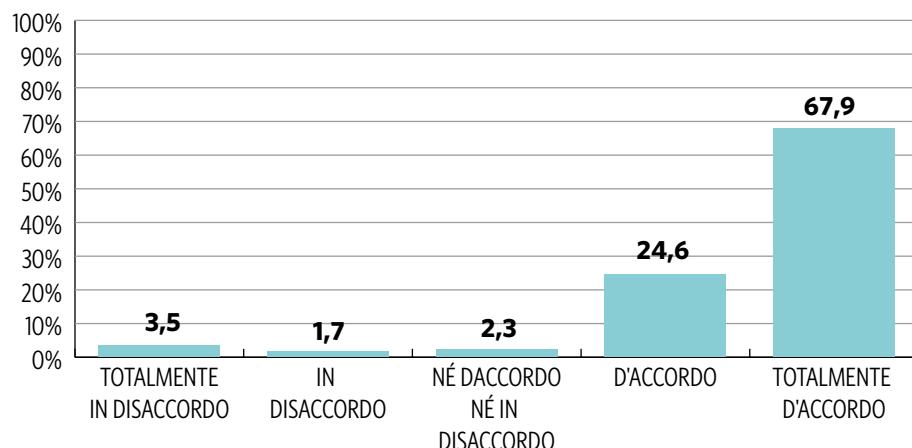
Le persone sieropositive devono solo rimproverare se stesse



All'affermazione “Le persone sieropositive meritano rispetto tanto quanto chiunque altro”, l'8% dei partecipanti non si mostra d'accordo. Sono in disaccordo il 5% dei partecipanti.

FIGURA 13

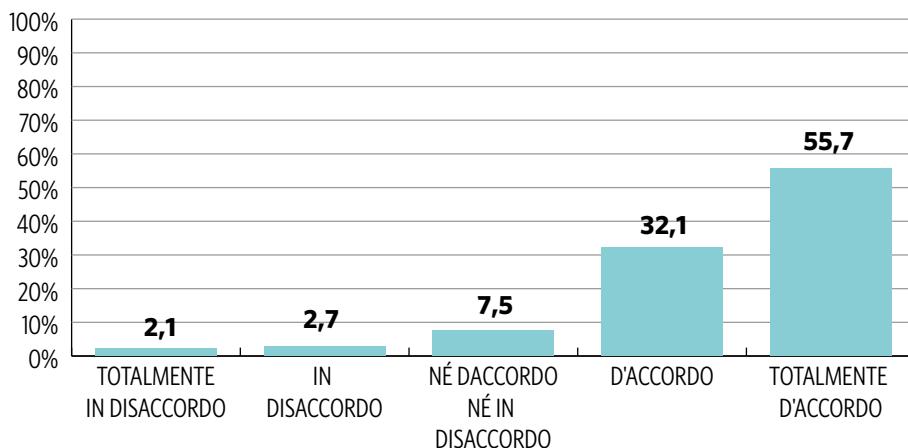
Le persone sieropositive meritano rispetto tanto quanto chiunque altro



L'88% dei partecipanti non avrebbe problemi a lavorare con un/a collega sieropositivo/a, mentre il 5% la pensa in modo opposto e l'8% non esprime né un accordo né un disaccordo all'affermazione (Figura 14).

FIGURA 14

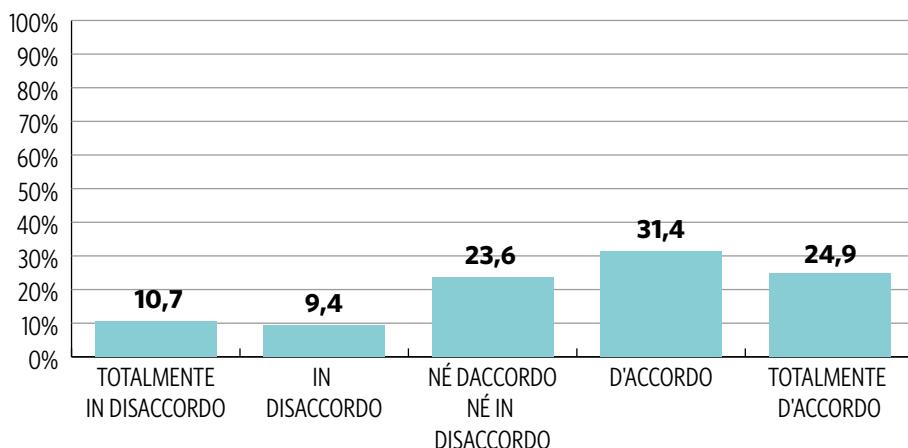
Non avrei problemi a lavorare con un/a collega sieropositivo/a



Il 56% dei partecipanti non vorrebbe bere nello stesso bicchiere in cui ha appena bevuto una persona sieropositiva mentre il 24% non esprime né un accordo né un disaccordo rispetto a questo possibile comportamento (Figura 15).

FIGURA 15

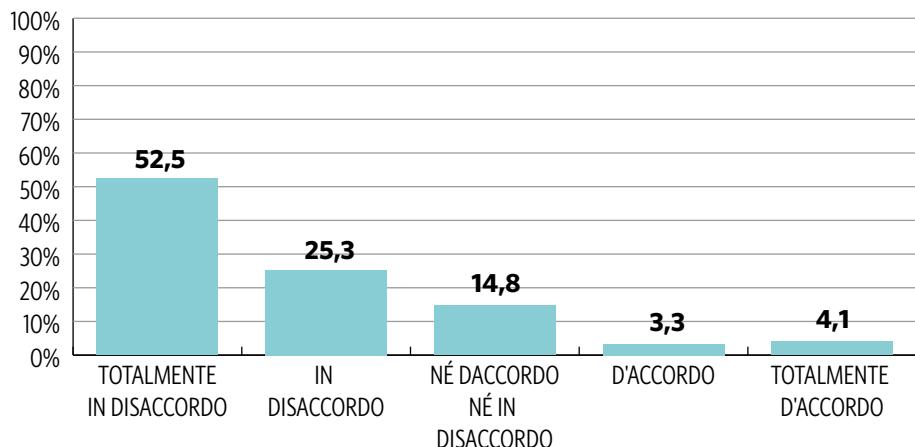
Non vorrei bere nello stesso bicchiere in cui ha appena bevuto una persona sieropositiva



Rispetto all'affermazione "Se una persona è sieropositiva deve aver fatto qualcosa di sbagliato per meritarlo", il 7% dei partecipanti è d'accordo, mentre il 15% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 16).

FIGURA 16

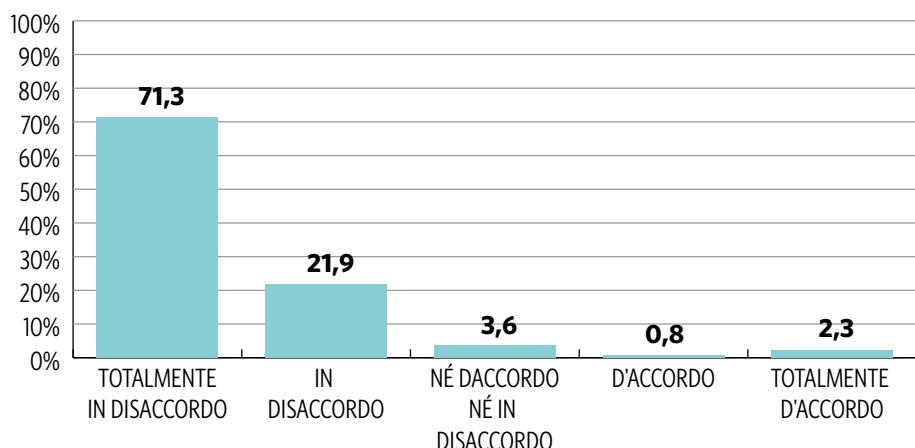
Se una persona è sieropositiva deve aver fatto qualcosa di sbagliato per meritarlo



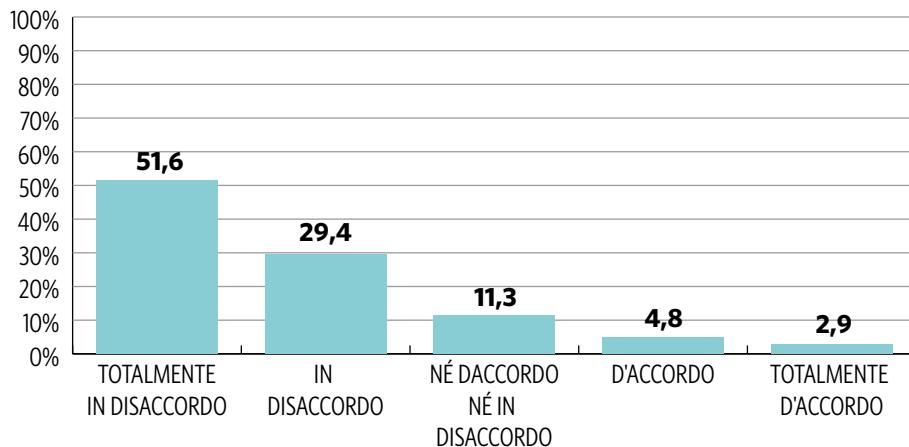
Il 3% dei partecipanti è convinto che le persone sieropositive debbano vergognarsi di se stesse, mentre il 4% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 17).

FIGURA 17

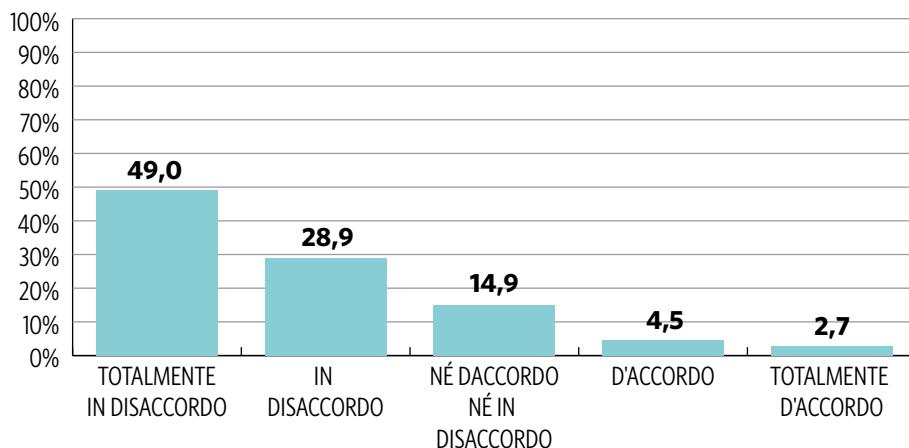
Le persone sieropositive dovrebbero vergognarsi di se stesse



L'8% dei partecipanti è d'accordo con l'affermazione "Mi sento a disagio quando sto vicino a persone sieropositive", mentre l'11% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 18).

FIGURA 18*Mi sento a disagio quando sto vicino a persone sieropositive*

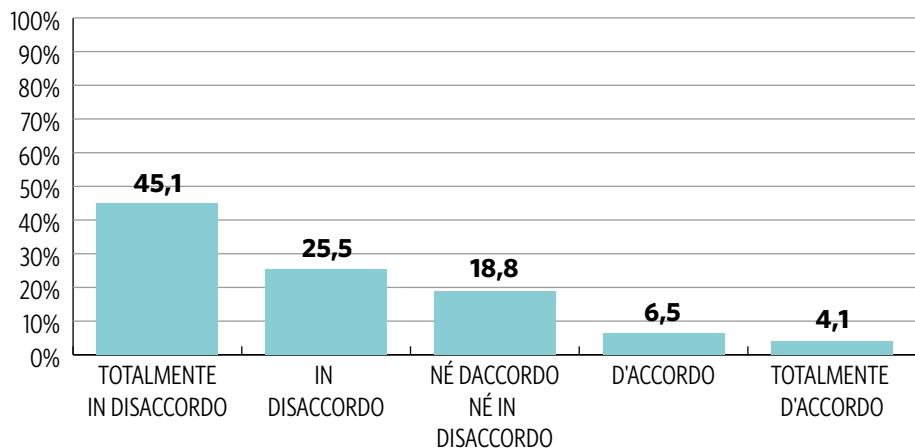
Il 7% dei partecipanti ritiene che le persone che hanno contratto l'HIV a causa della prostituzione abbiano avuto ciò che si meritano, mentre il 15% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 19).

FIGURA 19*Le persone che hanno contratto l'HIV a causa della prostituzione hanno avuto ciò che si meritano*

L'11% dei partecipanti sostiene che persone che hanno contratto l'HIV attraverso l'uso di droga hanno avuto ciò che si meritano, mentre il 19% non esprime né un accordo né un disaccordo a questa affermazione (Figura 20).

FIGURA 20

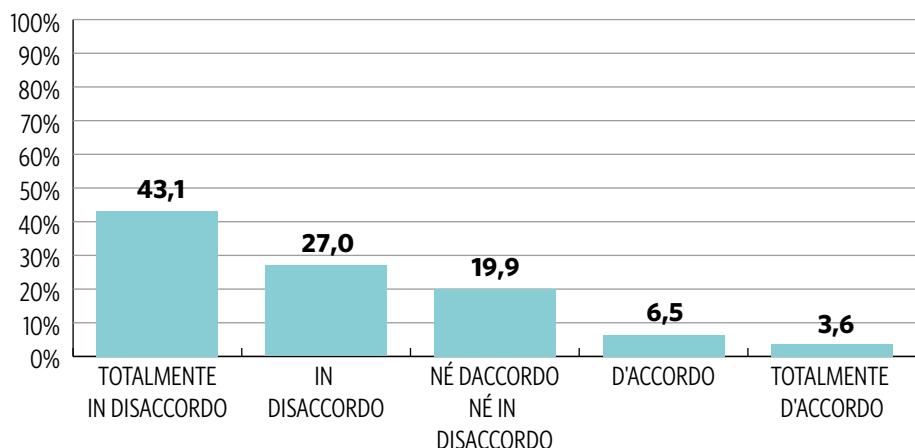
Le persone che hanno contratto l'HIV attraverso l'uso di droga hanno avuto ciò che si meritano



All'affermazione “Le persone che hanno contratto l'HIV attraverso rapporti sessuali promiscui hanno avuto ciò che si meritano”, il 9% dei partecipanti è d'accordo, mentre il 20% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 21).

FIGURA 21

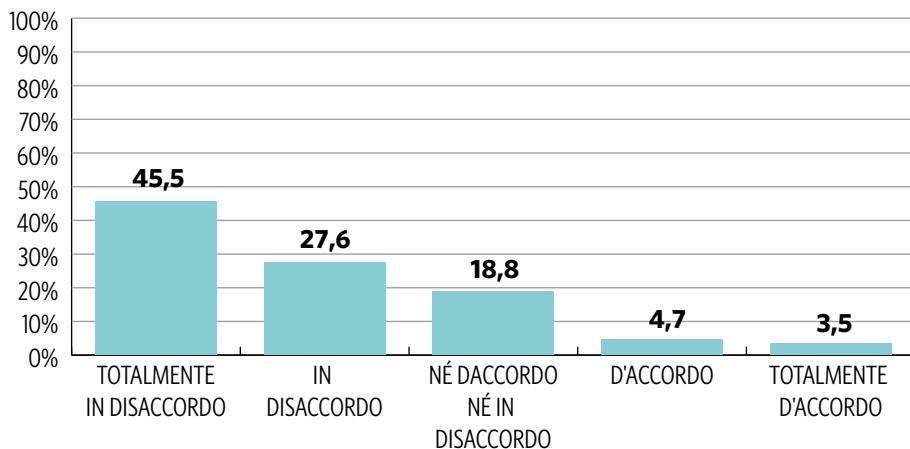
Le persone che hanno contratto l'HIV attraverso rapporti sessuali promiscui hanno avuto ciò che si meritano



L'8% dei partecipanti afferma che le persone che hanno contratto l'HIV attraverso rapporti omosessuali hanno avuto ciò che si meritano, mentre il 19% non esprime né un accordo né un disaccordo su questo punto (Figura 22).

FIGURA 22

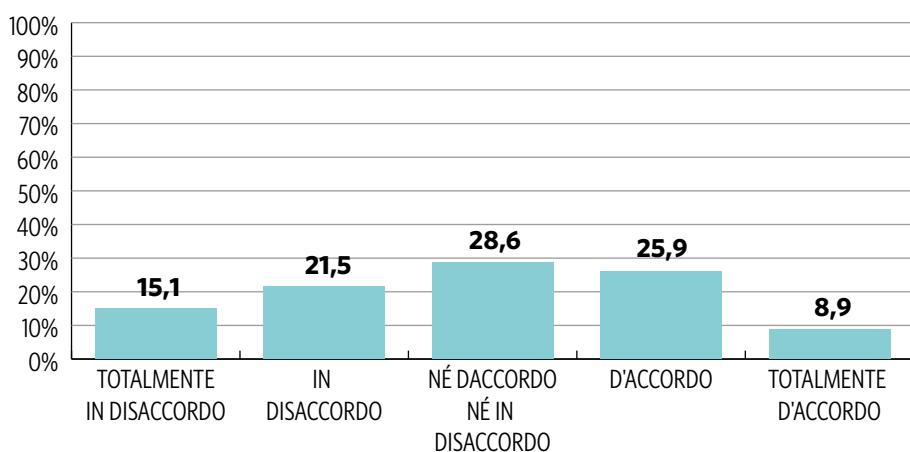
Le persone che hanno contratto l'HIV attraverso rapporti omosessuali hanno avuto ciò che si meritano



Il 35% dei partecipanti si sentirebbero a disagio nel dire ad altri che un loro familiare ha contratto l'HIV, mentre il 29% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 23).

FIGURA 23

Mi sentirei a disagio nel dire ad altri che un mio familiare ha contratto l'HIV



Abbiamo utilizzato l'analisi fattoriale per identificare le dimensioni sottostanti agli atteggiamenti generali nei confronti delle persone con HIV. Tramite il metodo della parallel analysis (O'Connor, 2000) e dello Scree plot abbiamo ricavato la presenza di cinque dimensioni che spiegano rispettivamente il 26,70%, il 7,51%, il 3,07, il 2,41 e l'1,75% della varianza, per un totale di 40,40% di varianza. In Tabella 5 è riporta-

ta la soluzione fattoriale. Per selezionare gli item che andranno a fare parte delle sottoscale, abbiamo deciso di considerare solo quelli che hanno una saturazione superiore a 0,40. Si è provveduto, quindi, a escludere il quinto fattore, poiché è composto di solo un item con saturazione superiore a 0,40. Oltre a escludere gli item con una saturazione inferiore a 0,40, abbiamo deciso di scartare l'item “Le persone sieropositive devono solo rimproverare se stesse”, poiché risulta avere saturazioni fattoriali superiori a 0,40 nel primo e nel secondo fattore. La prima dimensione è composta da item che fanno riferimento alla punizione delle persone sieropositive per i loro comportamenti (Atteggiamento punitivo), la seconda alla disponibilità a entrare in contatto con persone sieropositive (Disponibilità al contatto), la terza al giudizio e alla vergogna (Atteggiamento giudicante) e la quarta all'evitamento della frequentazione (Evitamento della frequentazione). Il quinto fattore è composto di solo un item: “Non vorrei bere nello stesso bicchiere in cui ha appena bevuto una persona sieropositiva”. Questo fattore, includendo un solo item, verrà considerato nelle analisi di regressione ma sarà escluso quando, nella parte finale del report, si testerà uno strumento di misura della discriminazione nei confronti delle persone sieropositive.

TABELLA 5

Soluzione fattoriale degli item sugli atteggiamenti generali nei confronti delle persone con HIV

	FATTORE				
	1	2	3	4	5
Le persone che hanno contratto l'HIV attraverso rapporti sessuali promiscui hanno avuto ciò che si meritano	,94	-,24	,52	,30	,29
Le persone che hanno contratto l'HIV attraverso l'uso di droga hanno avuto ciò che si meritano	,90	-,25	,55	,29	,31
Le persone che hanno contratto l'HIV attraverso rapporti omosessuali hanno avuto ciò che si meritano	,90	-,29	,54	,32	,31
Le persone che hanno contratto l'HIV a causa della prostituzione hanno avuto ciò che si meritano	,85	-,26	,58	,28	,32
Non avrei problemi a lavorare con un/a collega sieropositivo/a	-,27	,66	-,29	-,26	-,36
Non avrei problemi se una persona sieropositiva vivesse vicino alla mia abitazione	-,19	,65	-,29		-,32
Se mi trovassi all'interno di un mezzo di trasporto pubblico o privato, non avrei problemi a sedermi accanto a una persona sieropositiva	-,20	,61	-,28	-,21	-,38
Non ho paura di stare vicino a persone sieropositive	-,18	,56	-,25		-,46

	FATTORE				
	1	2	3	4	5
Le persone sieropositive meritano rispetto tanto quanto chiunque altro	-,24	,45	-,21	-,13	
Se una persona è sieropositiva deve aver fatto qualcosa di sbagliato per meritarlo	,41	-,16	,76	,23	
Le persone sieropositive dovrebbero vergognarsi di se stesse	,42	-,24	,63	,29	,20
Mi sento a disagio quando sto vicino a persone sieropositive	,30	-,37	,51	,37	,36
Le persone sieropositive devono solo rimproverare se stesse	,41	-,19	,42	,22	,28
Preferirei non diventare amico/a di una persona sieropositiva	,19	-,35	,31	,68	,29
Non vorrei uscire con una persona, se sapessi che lui/lei è sieropositivo/a	,24	-,31	,29	,48	,39
Penso che una persona sieropositiva valga meno degli altri	,18		,24	,26	
Contrarre l'HIV è solo una questione di sfortuna				,13	
Non vorrei bere nello stesso bicchiere in cui ha appena bevuto una persona sieropositiva	,18	-,20	,16	,10	,48
Non è rischioso che una persona sieropositiva badi ai bambini di qualcun altro	-,10	,22	-,13		-,37
Mi sentirei a disagio nel dire ad altri che un mio familiare ha contratto l'HIV	,19		,13	,17	,33
Le persone sieropositive possono insegnarci tanto sulla vita	-,14	,17			-,25

*Note. Metodo estrazione: fattorizzazione dell'asse principale.
Metodo rotazione: Oblimin con normalizzazione di Kaiser*

Le statistiche di affidabilità sono soddisfacenti per i fattori Atteggiamento punitivo e Disponibilità al contatto. Possono essere considerate al limite dell'accettabilità gli indici di affidabilità (Alpha di Cronbach) dei fattori Atteggiamento giudicante ed Evitamento della frequentazione (Tabella 6). Il range delle scale è lo stesso degli item che li compongono (ossia il punteggio da 1 = *totalmente in disaccordo* a 5 = *totalmente d'accordo*), poiché esse sono state costruite estraendo la media di tutti gli item che le compongono. In media i partecipanti si mostrano tendenzialmente d'accordo nei confronti degli item della scala Disponibilità al contatto, mentre sono in disaccordo nei confronti degli item delle altre tre scale. Le quattro scale correlano tra loro in modo significativo (Tabella 6).

TABELLA 6

Statistiche descrittive e correlazioni tra le scale degli atteggiamenti generali nei confronti delle persone con HIV

	M	SD	α	1	2	3	4
Atteggiamento punitivo	1,94	1,00	,95	-			
Disponibilità al contatto	4,36	0,68	,73	-,34	-		
Atteggiamento giudicante	1,67	0,74	,65	,52	-,38	-	
Evitamento della frequentazione	1,91	0,96	,40a	,31	-,41	,36	-

Note. ^a Coefficiente di correlazione di Pearson. Correlazioni uguali o maggiori di ,07 sono significative al livello $p < ,05$.

TABELLA 7

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala Atteggiamento punitivo

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	5,518	1	5,518	5,936	,015	,009
Qualifica	47,062	4	11,765	12,657	,000	,073
Esperienza con persone HIV+	8,256	1	8,256	8,881	,003	,014
Età	,217	1	,217	,234	,629	,000
Anzianità lavorativa	,013	1	,013	,014	,906	,000

Nota. R^2 quadrato = ,094 (R^2 quadrato corretto = ,082)

In Tabella 7 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala Atteggiamento punitivo. Risultano significative due variabili: genere e qualifica. Gli uomini riportano punteggi più elevati di Atteggiamento punitivo rispetto alle donne (Figura 24). OSS/ASA e infermieri tendono a riportare punteggi più alti di Atteggiamento punitivo rispetto a medici e psicologi (Figura 25). Infine, le persone con nessuna esperienza di lavoro con pazienti HIV+ riportano punteggi più elevati di Atteggiamento punitivo (Figura 26).

FIGURA 24
Atteggiamento punitivo

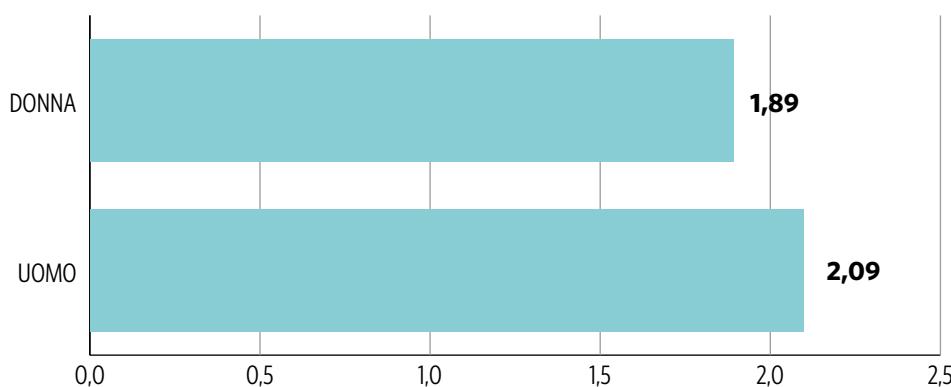


FIGURA 25
Atteggiamento punitivo

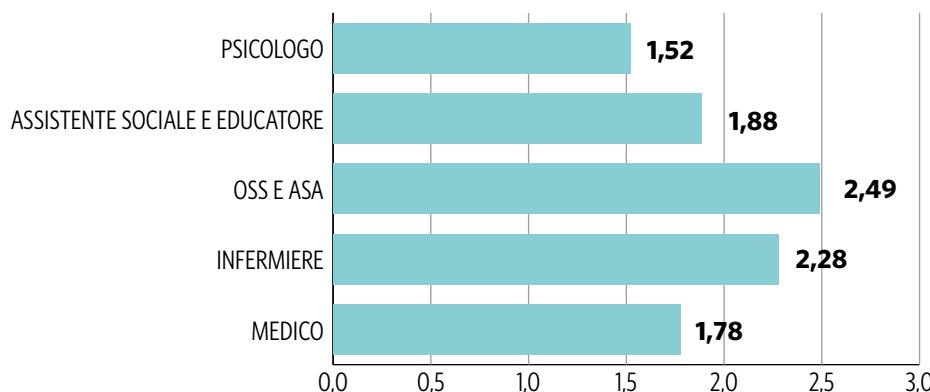
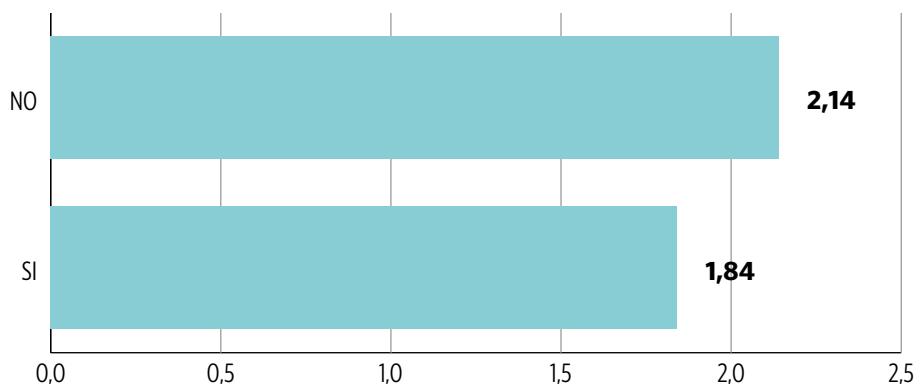


FIGURA 26*Esperienza con persone HIV+***Variabile dipendente: Atteggiamento punitivo****TABELLA 8***Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala Disponibilità al contatto*

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	1,684	1	1,684	4,238	,040	,007
Qualifica	6,853	4	1,713	4,311	,002	,026
Esperienza con persone HIV+	14,797	1	14,797	37,235	,000	,055
Età	,827	1	,827	2,080	,150	,003
Anzianità lavorativa	1,190	1	1,190	2,995	,084	,005

Nota. R quadrato =,094 (R quadrato corretto =,083)

In Tabella 8 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala Disponibilità al contatto. Risultano significative due variabili: genere e qualifica. Gli uomini riportano punteggi più bassi di Disponibilità al contatto rispetto alle donne (Figura 27). Gli OSS/ASA tendono a riportare punteggi più bassi di Disponibilità al contatto rispetto ai medici (Figura 25). Infine, le persone con nessuna esperienza di lavoro con pazienti HIV+ riportano punteggi più bassi di Disponibilità al contatto (Figura 29).

FIGURA 27
Disponibilità al contatto

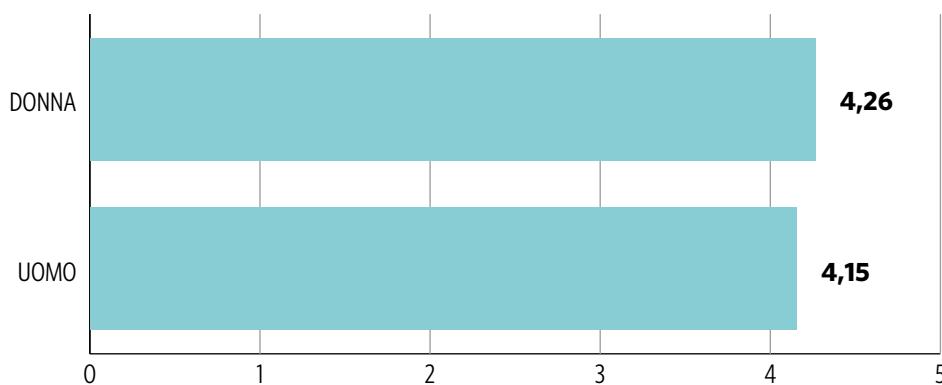


FIGURA 28
Disponibilità al contatto

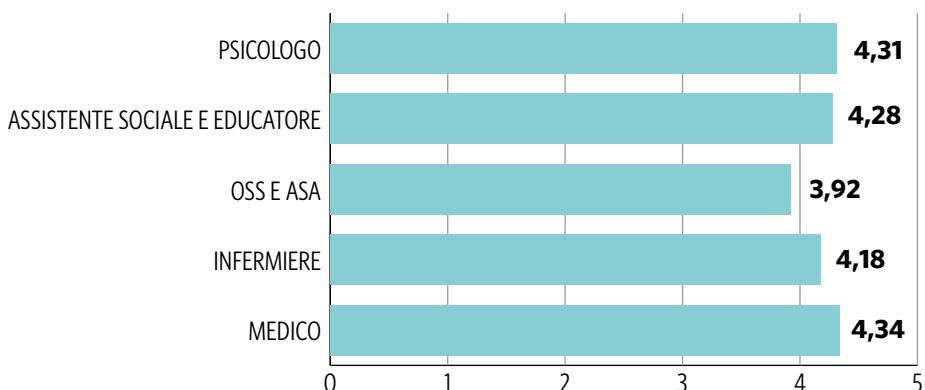
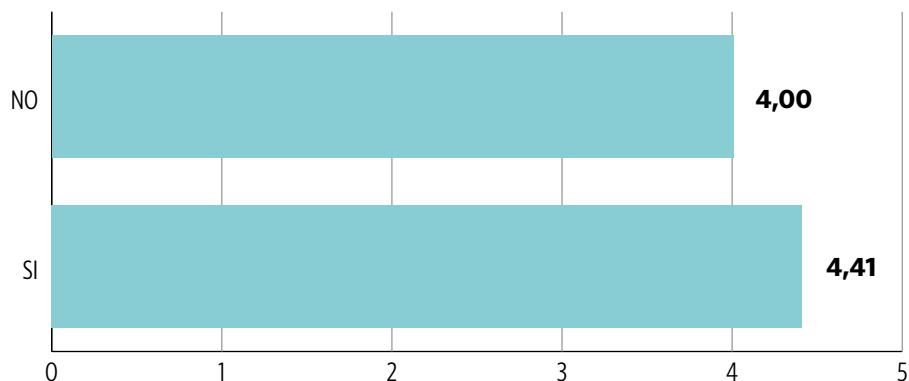


FIGURA 29*Esperienza con persone HIV+**Variabile dipendente: disponibilità al contatto***TABELLA 9***Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala Atteggiamento giudicante*

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	9,330	1	9,330	18,520	,000	,028
Qualifica	12,249	4	3,062	6,079	,000	,037
Esperienza con persone HIV+	6,484	1	6,484	12,871	,000	,020
Età	,081	1	,081	,160	,689	,000
Anzianità lavorativa	,047	1	,047	,092	,761	,000

Nota. R quadrato = ,074 (R quadrato corretto = ,063)

In Tabella 9 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala Atteggiamento giudicante. Risultano significative due variabili: genere e qualifica. Gli uomini riportano punteggi più elevati di Atteggiamento giudicante rispetto alle donne (Figura 30). OSS/ASA e infermieri tendono a riportare punteggi più alti rispetto a medici e psicologi (Figura 31). Infine, le persone con nessuna esperienza di lavoro con pazienti HIV+ riportano punteggi più alti di Atteggiamento giudicante (Figura 32).

FIGURA 30
Atteggiamento giudicante

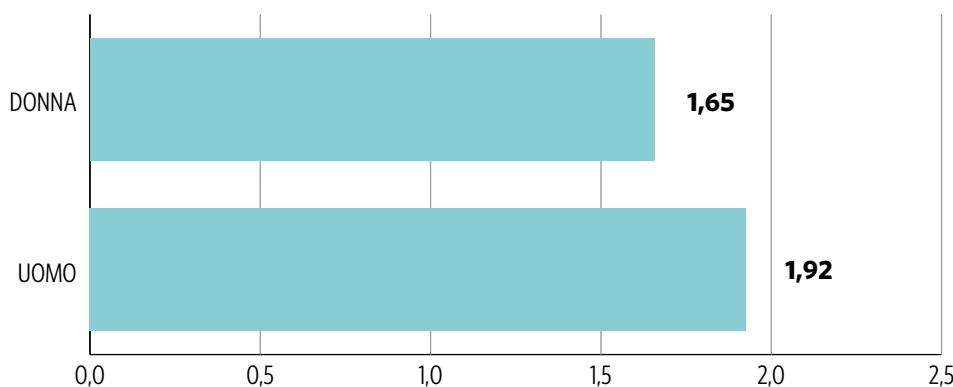


FIGURA 31
Atteggiamento giudicante

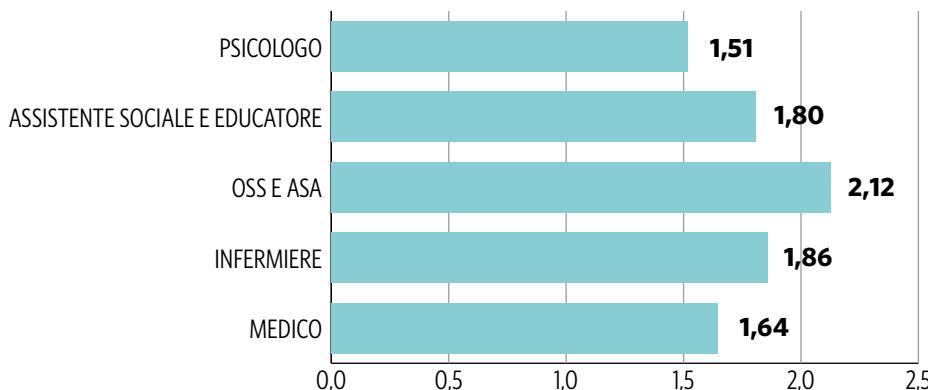
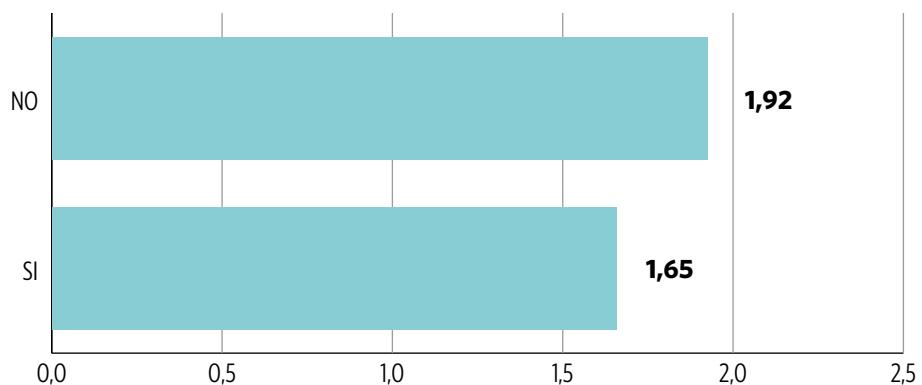
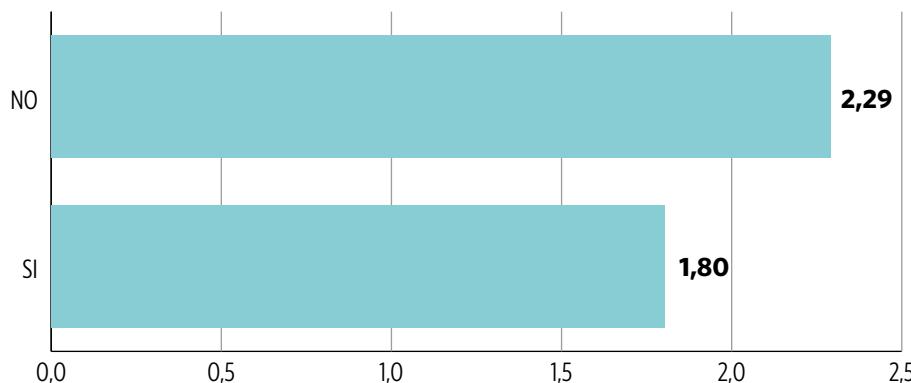


FIGURA 32*Esperienza con persone HIV+***Variabile dipendente: atteggiamento giudicante****TABELLA 10***Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala
Evitamento della frequentazione*

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	,131	1	,131	,152	,697	,000
Qualifica	4,227	4	1,057	1,223	,300	,008
Esperienza con persone HIV+	21,534	1	21,534	24,922	,000	,037
Età	,702	1	,702	,813	,368	,001
Anzianità lavorativa	2,380	1	2,380	2,755	,097	,004

Nota. R quadrato = ,059 (R quadrato corretto = ,047)

In Tabella 10 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala Evitamento della frequentazione. Le persone con nessuna esperienza di lavoro con pazienti HIV+ riportano punteggi più alti di Evitamento della frequentazione (Figura 33).

FIGURA 33*Esperienza con persone HIV+***Variabile dipendente: evitamento della frequentazione****TABELLA 11**

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è l'item “Non vorrei bere nello stesso bicchiere in cui ha appena bevuto una persona sieropositiva”

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	,733	1	,733	,464	,496	,001
Qualifica	7,203	4	1,801	1,139	,337	,007
Esperienza con persone HIV+	19,719	1	19,719	12,469	,000	,019
Età	,160	1	,160	,101	,750	,000
Anzianità lavorativa	,092	1	,092	,058	,809	,000

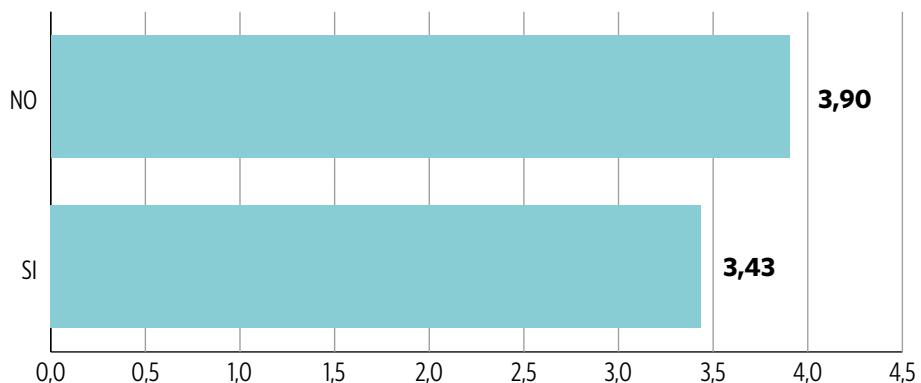
Nota. R quadrato = ,034 (R quadrato corretto = ,022)

In Tabella 11 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è l'item “Non vorrei bere nello stesso bicchiere in cui ha appena bevuto una persona sieropositiva”. Le persone con un'esperienza di lavoro con pazienti HIV+ riportano una maggiore disponibilità a bere nello stesso bicchiere in cui ha appena bevuto una persona sieropositiva (Figura 34).

FIGURA 34

Esperienza con persone HIV+

Variabile dipendente:



7.3 Opinioni rispetto alle pratiche e alle procedure

In questa sezione riportiamo i risultati relativi alle opinioni dei partecipanti rispetto alle pratiche e alle procedure da adottare in ambito socio-sanitario con persone sieropositive.

Il 19% dei partecipanti ritiene che un operatore sieropositivo non dovrebbe lavorare in nessun settore in cui è richiesto il contatto con pazienti/utenti, e una percentuale simile non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 35).

FIGURA 35

Un operatore sieropositivo non dovrebbe lavorare in nessun settore in cui è richiesto il contatto con pazienti/utenti

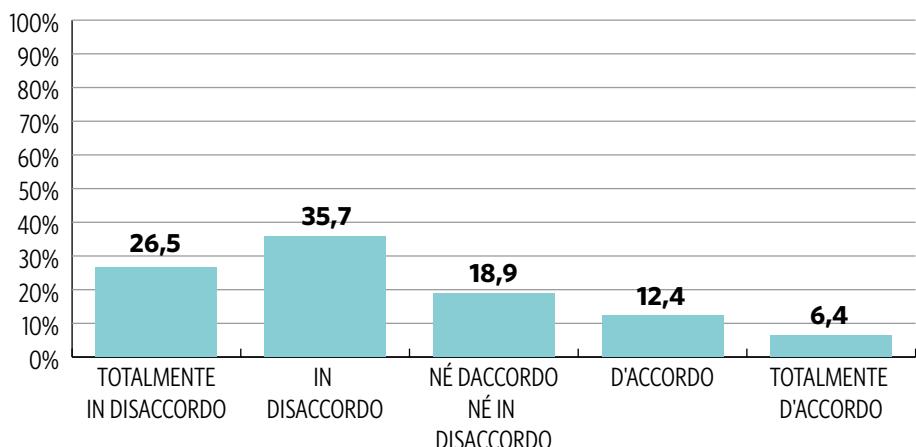


TABELLA 12

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è l'item “Un operatore sieropositivo non dovrebbe lavorare in nessun settore in cui è richiesto il contatto con pazienti/utenti”

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	2,664	1	2,664	2,075	,150	,003
Qualifica	4,640	4	1,160	,904	,461	,006
Esperienza con persone HIV+	26,559	1	26,559	20,687	,000	,031
Età	,471	1	,471	,367	,545	,001
Anzianità lavorativa	,740	1	,740	,576	,448	,001

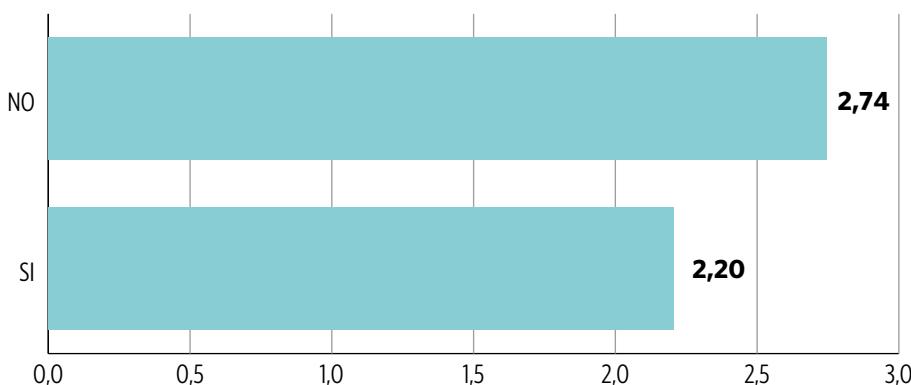
Nota. R^2 quadrato = ,052 (R^2 quadrato corretto = ,040)

In Tabella 12 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è l'item “Un operatore sieropositivo non dovrebbe lavorare in nessun settore in cui è richiesto il contatto con pazienti/utenti”. Le persone con nessuna esperienza di lavoro con pazienti HIV+ riportano un maggiore accordo con quest'affermazione (Figura 36).

FIGURA 36

Esperienza con persone HIV+

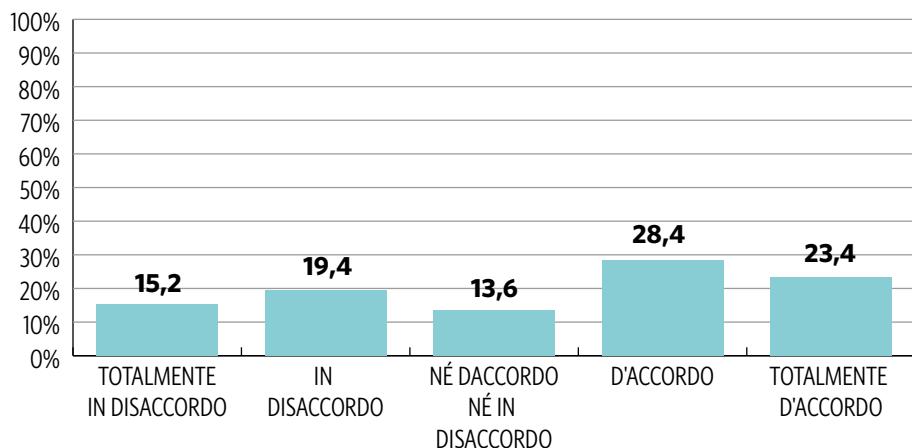
Variabile dipendente: un operatore sieropositivo non dovrebbe lavorare in nessun settore in cui è richiesto il contatto con pazienti/utenti



All'affermazione “Tutti i pazienti / utenti ammessi in una struttura socio-sanitaria dovrebbero essere sottoposti a un test HIV”, il 52% dei partecipanti è d'accordo, mentre il 14% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 37).

FIGURA 37

Tutti i pazienti/utenti ammessi in una struttura socio-sanitaria dovrebbero essere sottoposti a un test HIV

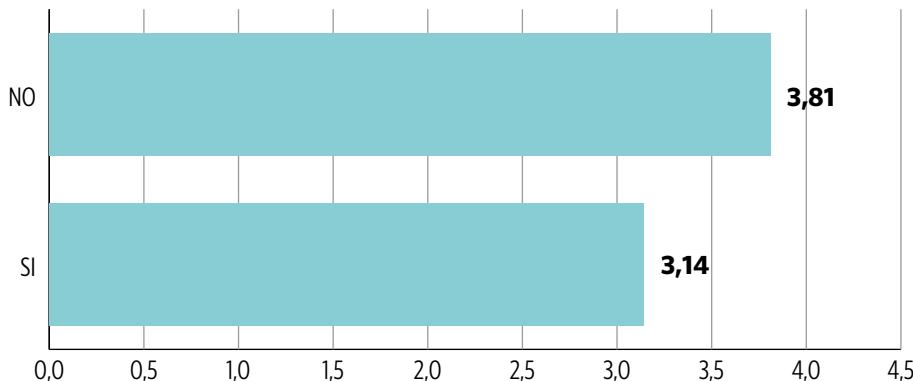
**TABELLA 13**

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è l'item “Tutti i pazienti/utenti ammessi in una struttura socio-sanitaria dovrebbero essere sottoposti a un test HIV”

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETÀ QUADRATO PARZIALE
Genere	,336	1	,336	,183	,669	,000
Qualifica	13,008	4	3,252	1,768	,134	,011
Esperienza con persone HIV+	40,800	1	40,800	22,186	,000	,034
Età	4,705	1	4,705	2,559	,110	,004
Anzianità lavorativa	1,036	1	1,036	,563	,453	,001

Nota. R quadrato = ,056 (R quadrato corretto = ,044)

In Tabella 13 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è l'item “Tutti i pazienti / utenti ammessi in una struttura socio-sanitaria dovrebbero essere sottoposti a un test HIV”. Le persone con nessuna esperienza di lavoro con pazienti HIV+ riportano un maggiore accordo a quest'affermazione (Figura 38).

FIGURA 38*Esperienza con persone HIV+***Variabile dipendente: tutti i pazienti/utenti ammessi in una struttura socio-sanitaria dovrebbero essere sottoposti a un test HIV**

Il 56% dei partecipanti ritiene che i familiari o i partner dei pazienti /utenti sieropositivi debbano essere informati dello stato sierologico del paziente/utente sieropositivo, anche senza il suo consenso, mentre il 13% non esprime né un accordo né un disaccordo a questa possibile pratica (Figura 39).

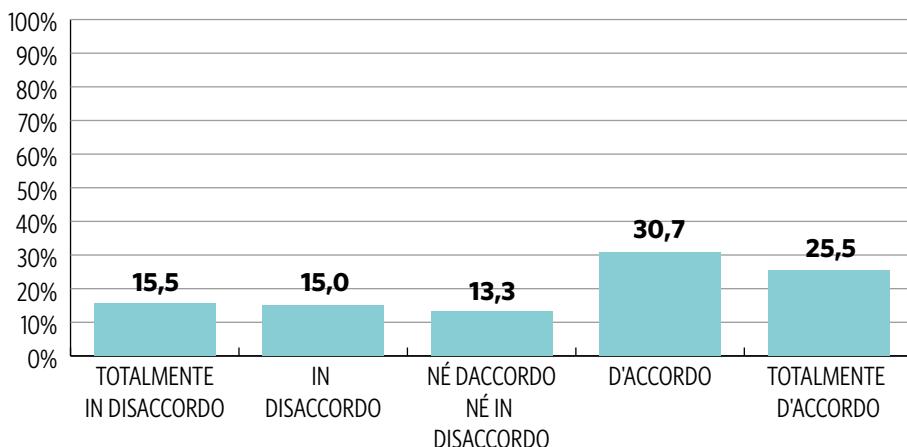
FIGURA 39*I familiari o i partner dei pazienti /utenti sieropositivi dovrebbero essere informati dello stato sierologico del paziente /utente sieropositivo, anche senza il suo consenso*

TABELLA 14

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è l'item “I familiari o i partner dei pazienti /utenti sieropositivi dovrebbero essere informati dello stato sierologico del paziente /utente sieropositivo, anche senza il suo consenso”

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	,018	1	,018	,010	,920	,000
Qualifica	37,856	4	9,464	5,149	,000	,031
Esperienza con persone HIV+	18,952	1	18,952	10,310	,001	,016
Età	14,932	1	14,932	8,123	,005	,013
Anzianità lavorativa	2,080	1	2,080	1,132	,288	,002

Nota. R quadrato = ,079 (R quadrato corretto = ,067)

In Tabella 14 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è l'item “I familiari o i partner dei pazienti /utenti sieropositivi dovrebbero essere informati dello stato sierologico del paziente /utente sieropositivo, anche senza il suo consenso”. Gli infermieri riportano un maggiore grado di accordo a quest'affermazione rispetto ai medici (Figura 40). All'aumentare dell'età, incrementa l'accordo a questa affermazione ($b = ,03$). Infine, le persone con nessuna esperienza di lavoro con pazienti HIV+ riportano un maggiore accordo a quest'affermazione (Figura 41).

FIGURA 40

I familiari o i partner dei pazienti/utenti sieropositivi dovrebbero essere informati dello stato sierologico del paziente/utente sieropositivo?

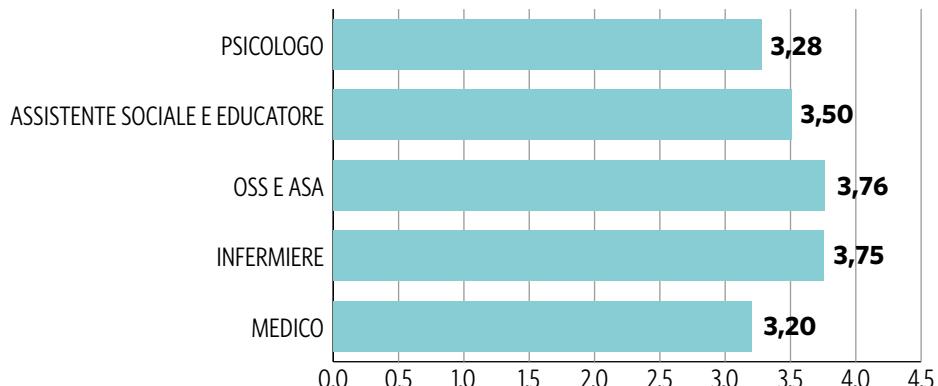
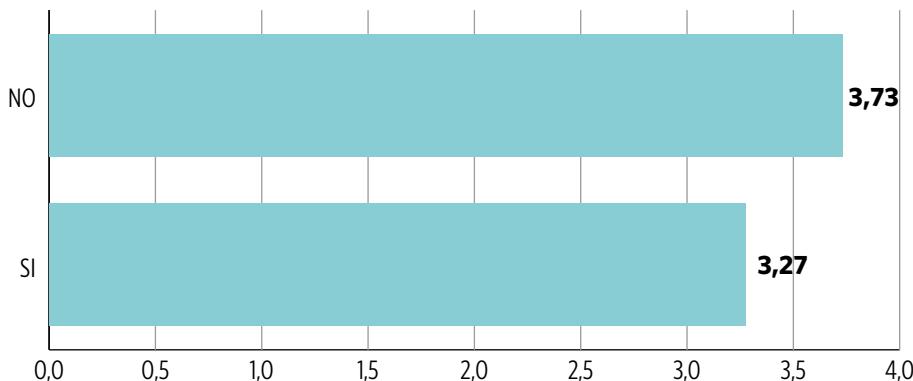


FIGURA 41

Esperienza con persone HIV+

Variabile dipendente: i familiari o i partner dei pazienti/utenti sieropositivi dovrebbero essere informati dello stato sierologico del paziente/utente sieropositivo, anche senza il suo consenso



Il 77% dei partecipanti sostiene che i pazienti / utenti sieropositivi dovrebbero rivelare il proprio stato sierologico al personale socio-sanitario, mentre il 9% non ha espresso né un accordo né un disaccordo (Figura 42).

FIGURA 42

I pazienti/utenti sieropositivi dovrebbero rivelare il proprio stato sierologico al personale socio-sanitario

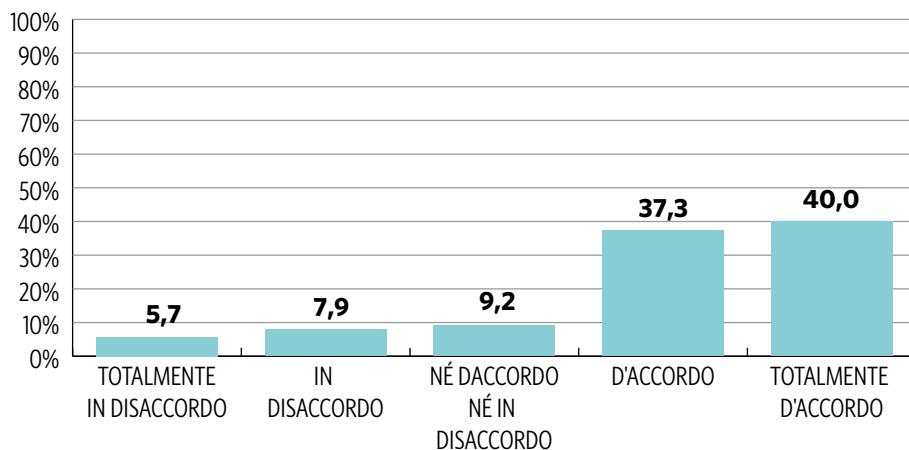


TABELLA 15

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è l'item “I pazienti / utenti sieropositivi dovrebbero rivelare il proprio stato sierologico al personale socio-sanitario”

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	,168	1	,168	,136	,713	,000
Qualifica	4,370	4	1,092	,884	,473	,006
Esperienza con persone HIV+	,686	1	,686	,556	,456	,001
Età	3,737	1	3,737	3,024	,083	,005
Anzianità lavorativa	,355	1	,355	,287	,592	,000

Nota. R^2 = ,017 (R^2 corretto = ,004)

In Tabella 15 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è l'item “I pazienti / utenti sieropositivi dovrebbero rivelare il proprio stato sierologico al personale socio-sanitario”. Non emergono variabili significative.

All'affermazione “Un operatore socio-sanitario dovrebbe avere la facoltà di potere evitare un/a paziente / utente perché sieropositivo/a”, il 12% dei partecipanti è d'accordo, mentre l'11% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 43).

FIGURA 43

Un operatore socio-sanitario dovrebbe avere la facoltà di potere evitare un/a paziente/utente perché sieropositivo/a

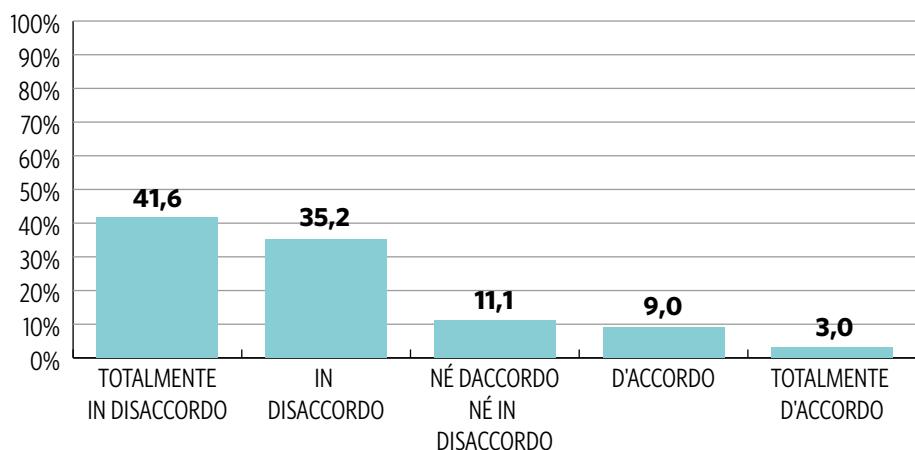


TABELLA 16

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è l'item “Un operatore socio-sanitario dovrebbe avere la facoltà di potere evitare un/a paziente / utente perché sieropositivo/a”

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	5,339	1	5,339	5,055	,025	,008
Qualifica	6,517	4	1,629	1,542	,188	,010
Esperienza con persone HIV+	21,021	1	21,021	19,901	,000	,030
Età	5,451	1	5,451	5,160	,023	,008
Anzianità lavorativa	1,157	1	1,157	1,095	,296	,002

Nota. R^2 = ,056 (R^2 corretto = ,044)

In Tabella 16 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è l'item “Un operatore socio-sanitario dovrebbe avere la facoltà di potere evitare un/a paziente / utente perché sieropositivo/a”. Gli uomini riportano un maggiore accordo a quest'affermazione rispetto alle donne (Figura 44). Inoltre, al diminuire dell'età, aumenta l'accordo a quest'affermazione ($b = -,02$). Infine, le persone con nessuna esperienza di lavoro con pazienti HIV+ riportano un maggiore accordo a quest'affermazione (Figura 45).

FIGURA 44

Un operatore socio-sanitario dovrebbe avere la facoltà di potere evitare un/a paziente/utente perché sieropositivo/a

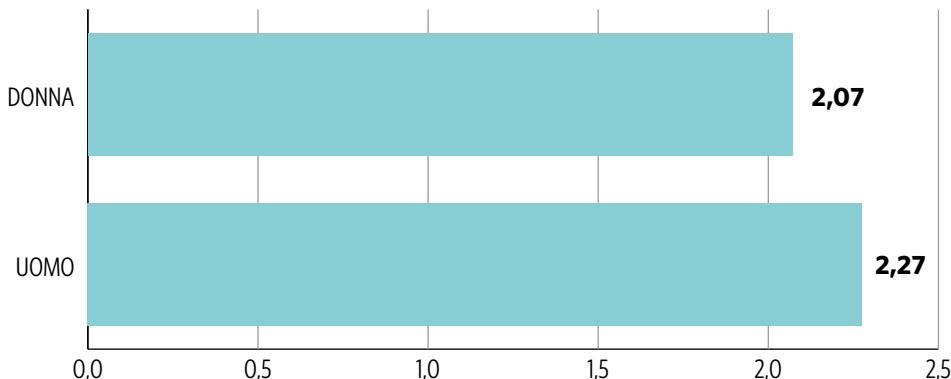
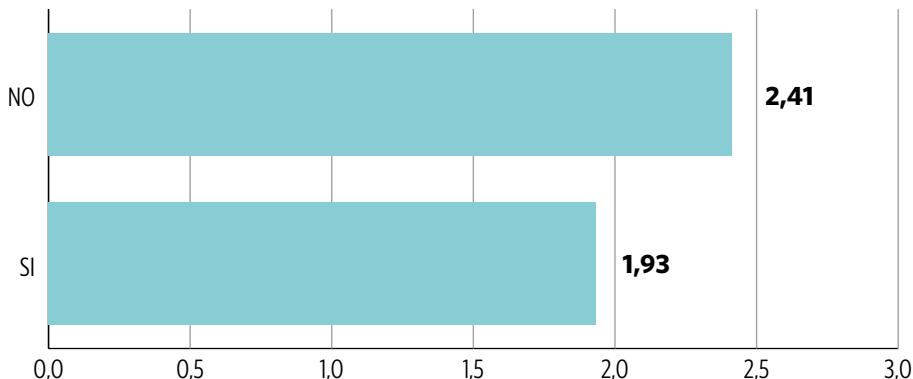


FIGURA 45

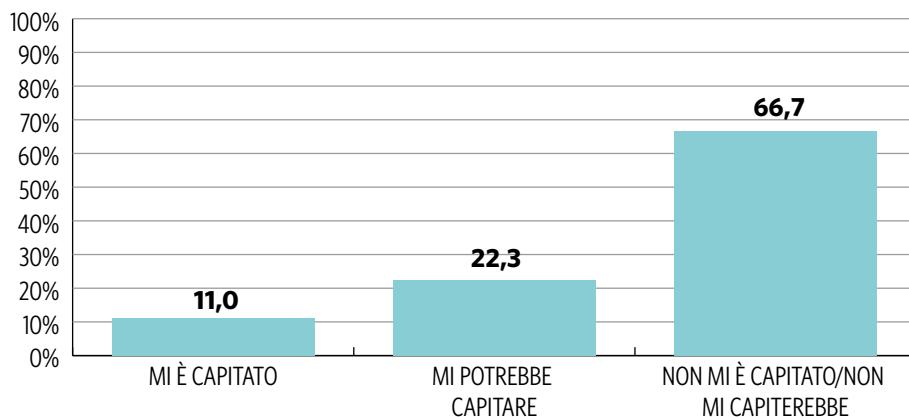
Esperienza con persone HIV+

Variabile dipendente: un operatore socio-sanitario dovrebbe avere la facoltà di potere evitare un/a paziente/utente perché sieropositivo/a



7.4 Comportamenti nei confronti delle persone sieropositive

In questa sezione vogliamo riportare le risposte date dai partecipanti a quattro domande circa i loro comportamenti nei confronti di persone sieropositive. Ai partecipanti che non hanno mai incontrato persone sieropositive nella loro attività lavorativa, abbiamo chiesto di riportare che cosa egli o ella potrebbe/non potrebbe fare. Nello specifico, abbiamo posto la seguente domanda: “Nel corso della sua carriera professionale le è capitato (nel caso abbia lavorato con persone affette da HIV) o le potrebbe capitare (nel caso non abbia lavorato con persone affette da HIV) di fronte a un paziente/utente sieropositivo”. Di seguito abbiamo indicato quattro comportamenti. Il primo di questi riguarda l’uso di dispositivi di protezione individuale solamente con pazienti sieropositivi. L’11% dei partecipanti riferisce di avere messo in atto tale comportamento, mentre il 22% risponde che potrebbe accadere (Figura 46).

FIGURA 46*Usare i dispositivi di protezione individuale solamente con pazienti HIV/AIDS*

In Tabella 17 sono riportati i risultati della regressione logistica multinomiale relativa al possibile uso di dispositivi di protezione individuale solamente con pazienti sieropositivi. Dall'analisi risulta che gli uomini, rispetto alle donne, hanno una maggiore probabilità di avere usato dispositivi di protezione solamente con pazienti sieropositivi.

TABELLA 17*Regressione logistica multinomiale relativa al possibile uso di dispositivi di protezione individuale solamente con pazienti HIV/AIDS*

		B	ERRORE STD	P	ODDS RATIO	INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95% PER ODDS RATIO	
						LIMITE INFERIORE	LIMITE SUPERIORE
Mi è capitato	Età	-,006	,030	,849	,994	,937	1,055
	Anzianità lavorativa	,035	,029	,226	1,035	,979	1,095
	Genere Uomo	,840	,286	,003	2,315	1,321	4,059
	Genere Donna	0					
	Qualifica: Medico	,732	1,061	,490	2,079	,260	16,629
	Qualifica: Infermiere	1,617	1,044	,121	5,036	,651	38,959
	Qualifica: OSS e ASA	1,168	1,202	,331	3,216	,305	33,893
	Qualifica: Assistente sociale ed educatore	1,320	1,159	,255	3,744	,386	36,297

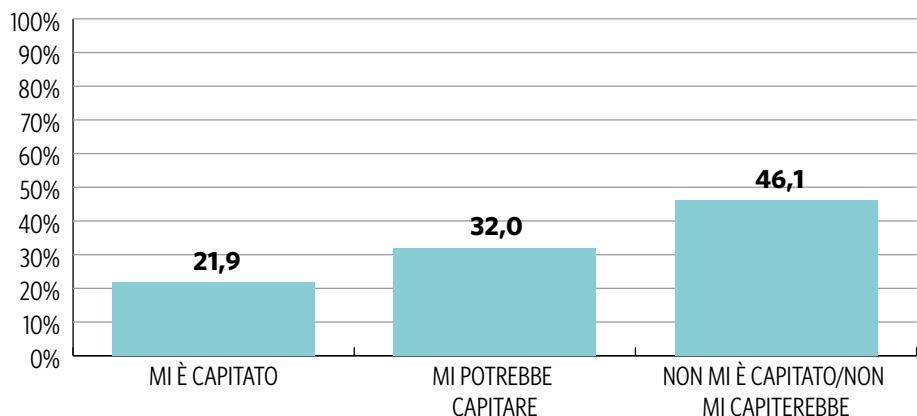
		B	ERRORE STD	P	ODDS RATIO	INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95% PER ODDS RATIO	
						LIMITE INFERIORE	LIMITE SUPERIORE
Mi potrebbe capitare	Qualifica: Psicologo	0					
	Età	-,025	,021	,241	,975	,935	1,017
	Anzianità lavorativa	,035	,021	,099	1,036	,993	1,080
	Genere Uomo	,241	,223	,280	1,272	,822	1,968
	Genere Donna	0					
	Qualifica: Medico	-,323	,412	,433	,724	,323	1,623
	Qualifica: Infermiere	-,373	,411	,364	,689	,307	1,542
	Qualifica: OSS e ASA	,081	,550	,882	1,085	,369	3,187
	Qualifica: Assistente sociale ed educatore	-,450	,567	,428	,638	,210	1,939
	Qualifica: Psicologo	0					

Nota. La categoria di riferimento è la risposta “Non mi è capitato/non mi capiterebbe”.

Il secondo comportamento riguarda l'evitamento dei pazienti sieropositivi facendo in modo che questi vengano seguiti da un/una collega. Il 22% dei partecipanti riporta di avere messo in atto tale forma di evitamento, mentre il 32% riferisce che potrebbe metterla in atto (Figura 47).

FIGURA 47

Far sì che il/la paziente/utente fosse seguito da un/una collega



In Tabella 18 sono riportati i risultati della regressione logistica multinomiale relativa all'evitamento del paziente sieropositivo tramite l'invio a un/una collega. Dall'analisi risulta che i partecipanti più anziani e i medici, rispetto a psicologi e OSS/ASA,

hanno una maggiore probabilità di avere fatto in modo che il/la paziente sieropositive/a venisse seguito da un/una collega. Inoltre, i medici tendono maggiormente a dichiarare che adotterebbero questa forma di evitamento, rispetto a tutti gli agli partecipanti.

TABELLA 18

Regressione logistica multinomiale relativa all'evitamento del paziente sieropositive tramite l'invio a un/una collega

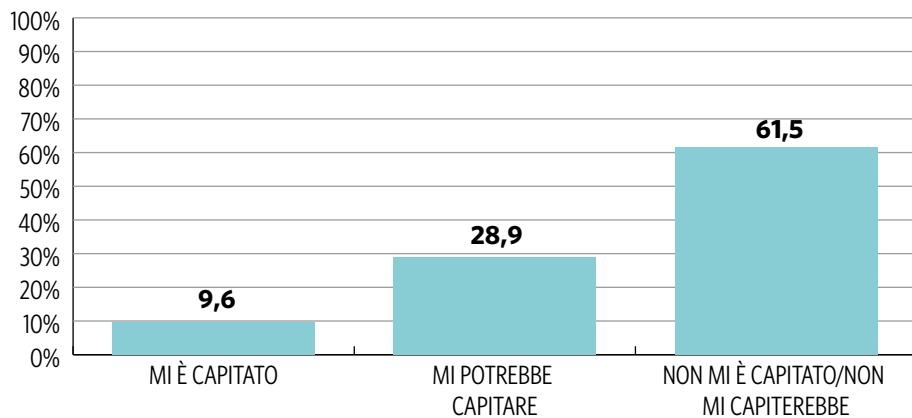
		B	ERRORE STD	P	ODDS RATIO	INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95% PER ODDS RATIO	
						LIMITE INFERIORE	LIMITE SUPERIORE
Mi è capitato	Età	,040	,022	,068	1,041	,997	1,087
	Anzianità lavorativa	-,045	,022	,039	,956	,916	,998
	Genere Uomo	,065	,235	,782	1,067	,673	1,691
	Genere Donna	0					
	Qualifica: Infermiere	,321	,255	,208	1,378	,836	2,270
	Qualifica: OSS e ASA	-1,314	,586	,025	,269	,085	,847
	Qualifica: Assistente sociale ed educatore	-1,099	,578	,057	,333	,107	1,034
	Qualifica: Psicologo	-2,699	1,037	,009	,067	,009	,513
	Qualifica: Medico	0					
Mi potrebbe capitare	Età	,001	,020	,951	1,001	,963	1,041
	Anzianità lavorativa	-,007	,020	,710	,993	,955	1,032
	Genere Uomo	-,199	,208	,339	,820	,545	1,232
	Genere Donna	0					
	Qualifica: Infermiere	-,501	,227	,027	,606	,389	,945
	Qualifica: OSS e ASA	-1,184	,443	,008	,306	,128	,730
	Qualifica: Assistente sociale ed educatore	-,790	,394	,045	,454	,210	,982
	Qualifica: Psicologo	-1,164	,405	,004	,312	,141	,690
	Qualifica: Medico	0					

Nota. La categoria di riferimento è la risposta “Non mi è capitato/non mi capiterebbe”.

Rivelare lo stato sierologico a un/una collega, senza consenso della persona e con il solo fine di proteggere il/la collega è il terzo comportamento indagato. Il 10% dei partecipanti riferisce di avere fatto tale rivelazione e il 29% riporta che la farebbe (Figura 48).

FIGURA 48

Rivelare lo stato sierologico a un/una collega, senza consenso della persona e con il solo fine proteggere il collega



In Tabella 19 sono riportati i risultati della regressione logistica multinomiale relativa alla rivelazione dello stato sierologico a un/una collega, senza consenso della persona e con il solo fine proteggere il/la collega. Dall'analisi risulta che infermieri, OSS e ASA, hanno una maggiore probabilità di avere fatto tale rivelazione rispetto ai medici. Inoltre, i medici, rispetto agli psicologi, e i partecipanti più giovani riferiscono che potrebbero riferire lo stato sierologico a un/una collega, senza consenso della persona e con il solo fine proteggere il/la collega.

TABELLA 19

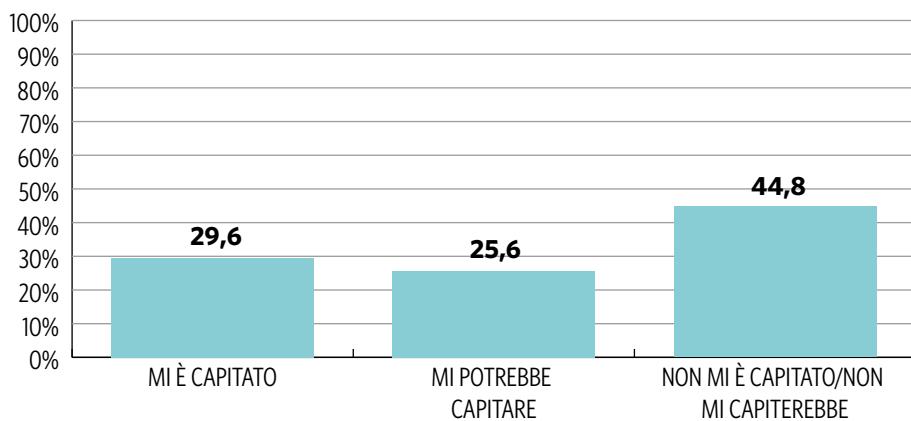
Regressione logistica multinomiale relativa alla rivelazione dello stato sierologico a un/una collega, senza consenso della persona e con il solo fine proteggere il/la collega

		B	ERRO- RE STD	P	ODDS RATIO	INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95% PER ODDS RATIO	
						LIMITE INFERIORE	LIMITE SUPERIORE
Mi è capitato	Età	-,038	,032	,240	,963	,904	1,026
	Anzianità lavorativa	,043	,030	,154	1,044	,984	1,109
	Genere Uomo	,205	,324	,527	1,228	,650	2,318
	Genere Donna	0					
	Qualifica: Infermiere	,995	,393	,011	2,704	1,251	5,845
	Qualifica: OSS e ASA	1,577	,610	,010	4,838	1,465	15,981
	Qualifica: Assistente sociale ed educatore	-,034	,804	,966	,967	,200	4,671
	Qualifica: Psicologo	-19,759	0,000	-	0,000	0,000	0,000
	Qualifica: Medico	0					
	Età	-,050	,020	,011	,951	,915	,989
Mi potrebbe capitare	Anzianità lavorativa	,025	,019	,201	1,025	,987	1,065
	Genere Uomo	-,092	,207	,655	,912	,608	1,367
	Genere Donna	0					
	Qualifica: Infermiere	,171	,221	,439	1,187	,770	1,829
	Qualifica: OSS e ASA	,805	,413	,051	2,237	,995	5,028
	Qualifica: Assistente sociale ed educatore	-,429	,434	,323	,651	,278	1,525
	Qualifica: Psicologo	-1,102	,510	,031	,332	,122	,903
	Qualifica: Medico	0					

Nota. La categoria di riferimento è la risposta “Non mi è capitato/non mi capiterebbe”.

Infine abbiamo chiesto ai partecipanti se hanno fatto uso di dispositivi di protezione non necessari di fronte a una persona sieropositiva. Il 30% dei partecipanti rivela di avere usato dispositivi di protezione non necessari, mentre il 26% che li userebbe (Figura 49).

FIGURA 49
Usare dispositivi di protezione non necessari



In Tabella 20 sono riportati i risultati della regressione logistica multinomiale relativa all'avere usato dispositivi di protezione non necessari nei confronti di una persona sieropositiva. Dall'analisi risulta che i partecipanti più anziani hanno una maggiore probabilità di avere messo in atto tale comportamento così pure come gli infermieri rispetto ai medici. Inoltre, i medici tendono maggiormente ad avere usato dispositivi di protezione non necessari nei confronti di una persona sieropositiva rispetto agli assistenti sociali, educatori e psicologi.

TABELLA 20

Regressione logistica multinomiale relativa all'avere usato dispositivi di protezione non necessari nei confronti di una persona sieropositiva

		B	ERRO- RE STD	P	ODDS RATIO	INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95% PER ODDS RATIO	
						LIMITE INFERIORE	LIMITE SUPERIORE
Mi è capitato	Età	,042	,020	,034	1,043	1,003	1,084
	Anzianità lavorativa	-,010	,019	,619	,990	,954	1,029
	Genere Uomo	,248	,214	,246	1,282	,842	1,950
	Genere Donna	0					
	Qualifica: Infermiere	,517	,232	,026	1,676	1,064	2,640
	Qualifica: OSS e ASA	-,001	,427	,998	,999	,432	2,308
	Qualifica: Assistente sociale ed educatore	-1,523	,640	,017	,218	,062	,764
	Qualifica: Psicologo	-2,647	1,037	,011	,071	,009	,541
	Qualifica: Medico	0					
	Età	-,006	,021	,790	,994	,954	1,037
Mi potrebbe capitare	Anzianità lavorativa	,000	,021	,981	1,000	,959	1,042
	Genere Uomo	,028	,226	,903	1,028	,660	1,601
	Genere Donna	0					
	Qualifica: Infermiere	,201	,246	,413	1,223	,755	1,981
	Qualifica: OSS e ASA	-,333	,506	,511	,717	,266	1,933
	Qualifica: Assistente sociale ed educatore	,012	,396	,976	1,012	,465	2,201
	Qualifica: Psicologo	-,134	,401	,738	,875	,399	1,920
	Qualifica: Medico	0					

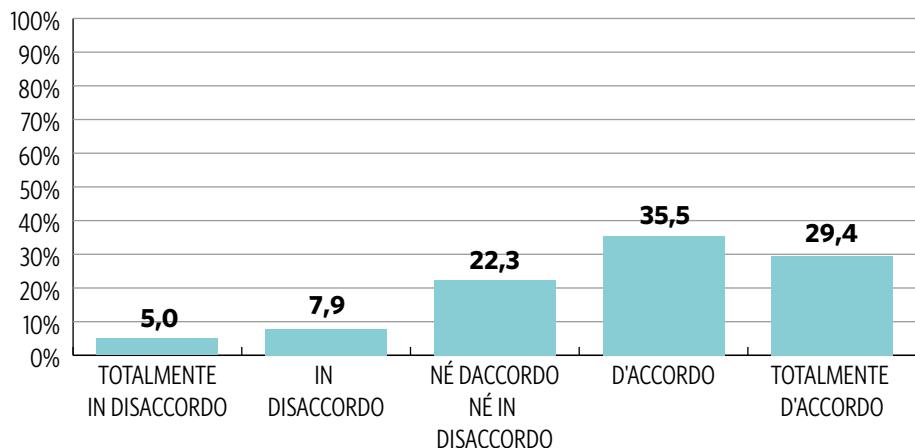
Nota. La categoria di riferimento è la risposta “Non mi è capitato/non mi capiterebbe”.

7.5 Atteggiamenti verso persone sieropositive sul lavoro

In questa sezione dei risultati riportiamo i risultati concernenti gli atteggiamenti verso persone sieropositive sul lavoro. Nello specifico, ai partecipanti sono state proposte 13 affermazioni alle quali veniva chiesto di riportare il proprio grado di disaccordo/accordo. Il 13% dei partecipanti non è d'accordo con l'affermazione “Sono o sarei a mio agio nel lavorare con un/a collega con HIV”, mentre il 22% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 50).

FIGURA 50

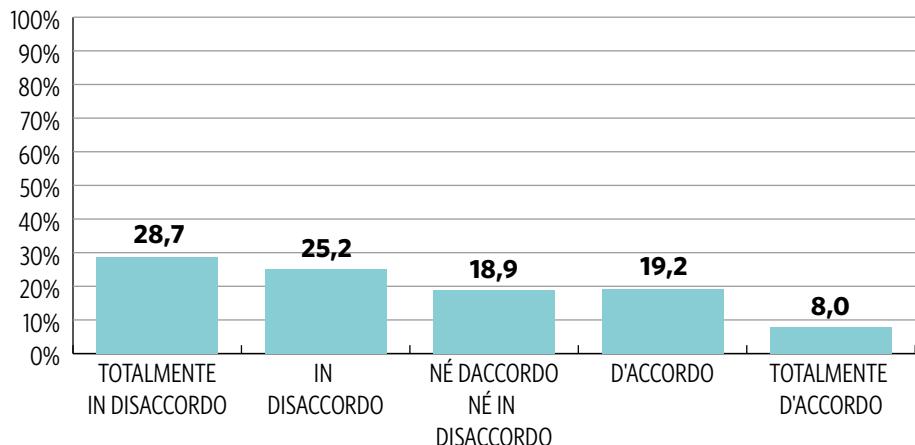
Sono o sarei a mio agio nel lavorare con un/a collega con HIV



Il 27% dei partecipanti è d'accordo con l'affermazione “Mi sento più comprensivo/a verso le persone che hanno preso l'HIV attraverso le trasfusioni rispetto a coloro che l'hanno contratto attraverso comportamenti omosessuali”, mentre il 19% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 51).

FIGURA 51

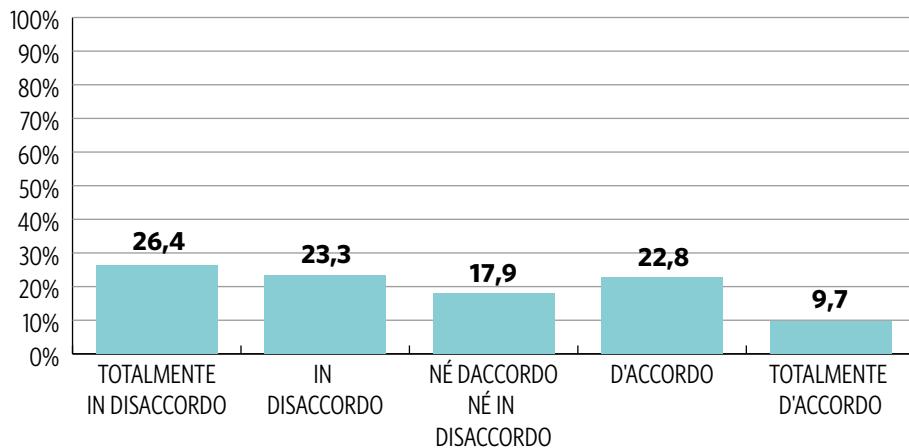
Mi sento più comprensivo/a verso le persone che hanno preso l'HIV attraverso le trasfusioni rispetto a coloro che l'hanno contratto attraverso comportamenti omosessuali



Il 33% dei partecipanti si sente più comprensivo/a verso le persone che hanno preso l'HIV attraverso le trasfusioni rispetto a coloro che l'hanno contratto attraverso l'assunzione di droghe, mentre il 18% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 52).

FIGURA 52

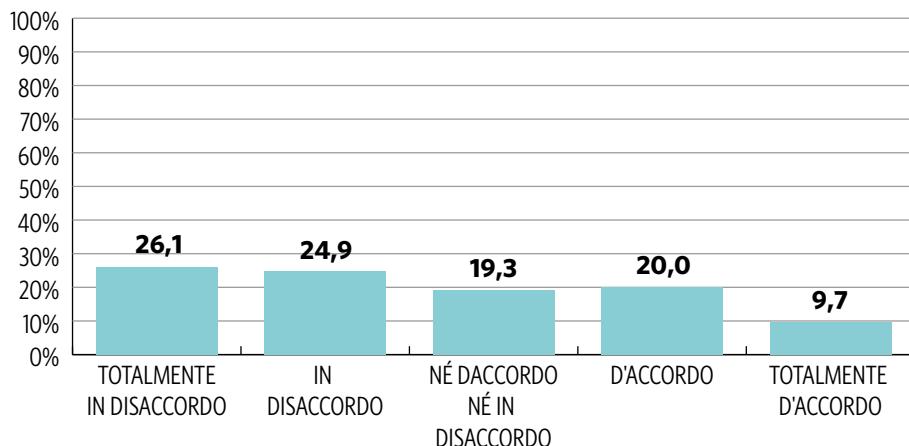
Mi sento più comprensivo/a verso le persone che hanno preso l'HIV attraverso le trasfusioni rispetto a coloro che l'hanno contratto attraverso l'assunzione di droghe



Il 30% dei partecipanti è d'accordo con l'affermazione “Mi sento più comprensivo/a verso le persone che hanno preso l'HIV attraverso le trasfusioni rispetto a coloro che l'hanno contratto attraverso comportamenti sessuali promiscui” mentre il 19% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 53).

FIGURA 53

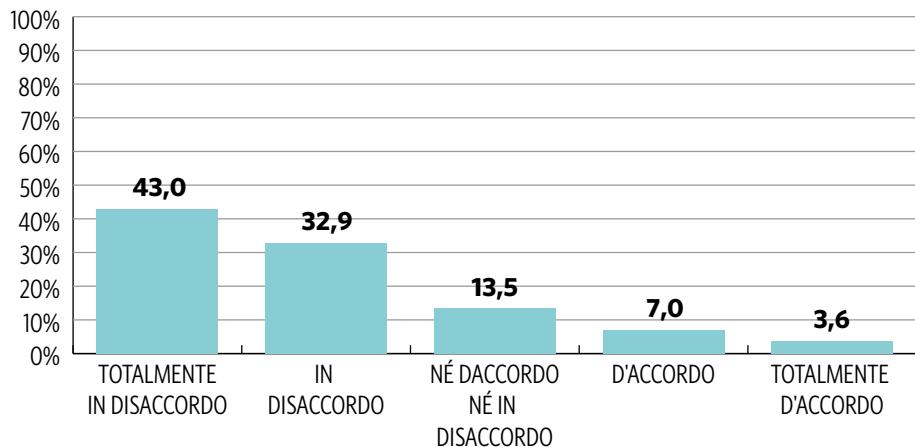
Mi sento più comprensivo/a verso le persone che hanno preso l'HIV attraverso le trasfusioni rispetto a coloro che l'hanno contratto attraverso comportamenti sessuali promisqui



Il 10% dei partecipanti eviterebbe pazienti/utenti che sono ad alto rischio di AIDS come gli uomini omosessuali e i consumatori di droghe”, mentre il 14% non esprime né un accordo né un disaccordo con tale atteggiamento (Figura 54).

FIGURA 54

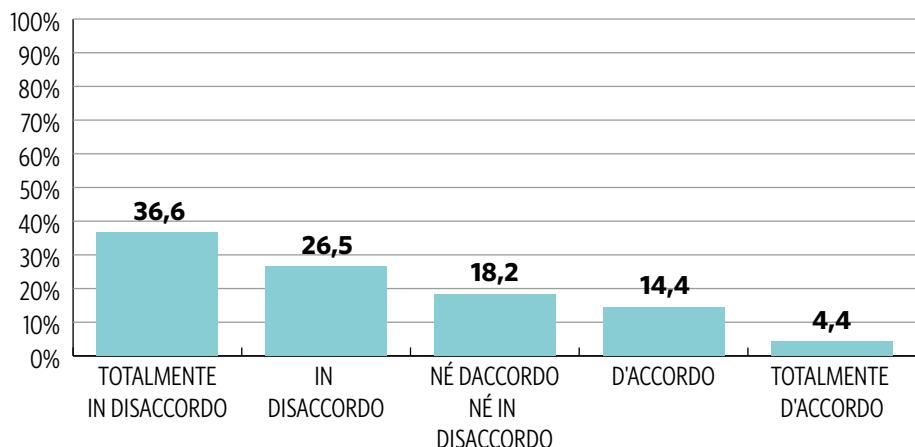
Eviterei pazienti/utenti che sono ad alto rischio di AIDS come gli uomini omosessuali e i consumatori di droghe



Il 19% dei partecipanti non vorrebbe lavorare in quei reparti/servizi/specialità dove è più probabile dover lavorare con pazienti/utenti con HIV/AIDS, mentre il 18% non esprime né un accordo né un disaccordo con tale atteggiamento (Figura 55).

FIGURA 55

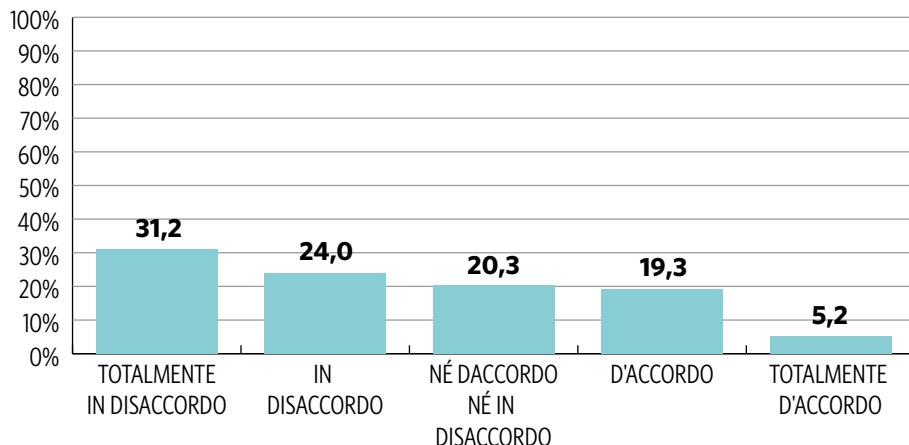
Non vorrei lavorare in quei reparti/servizi/specialità dove è più probabile dover lavorare con pazienti/utenti con HIV/AIDS



Il 25% dei partecipanti è d'accordo con l'affermazione “Potendo scegliere preferirei non lavorare con pazienti/utenti con HIV/AIDS”, mentre il 20% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 56).

FIGURA 56

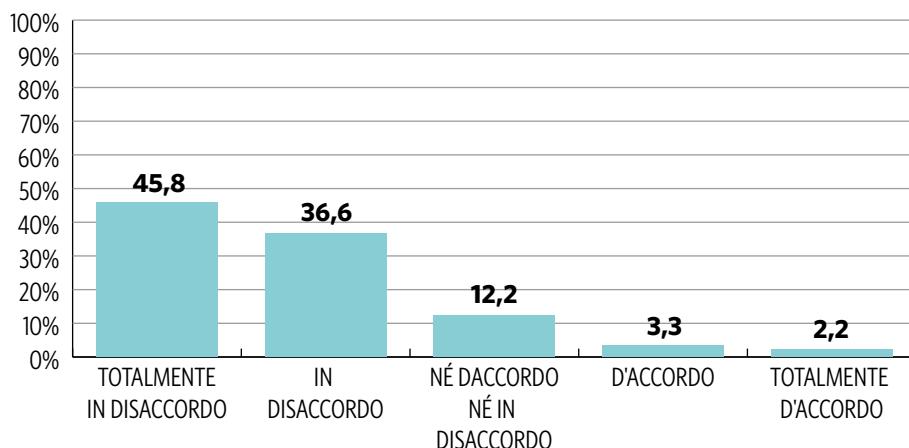
Potendo scegliere preferirei non lavorare con pazienti/utenti con HIV/AIDS



Il 6% dei partecipanti è d'accordo con l'affermazione “Trovo o troverei difficile essere comprensivo nei confronti di pazienti/utenti con HIV/AIDS”, mentre il 12% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 57).

FIGURA 57

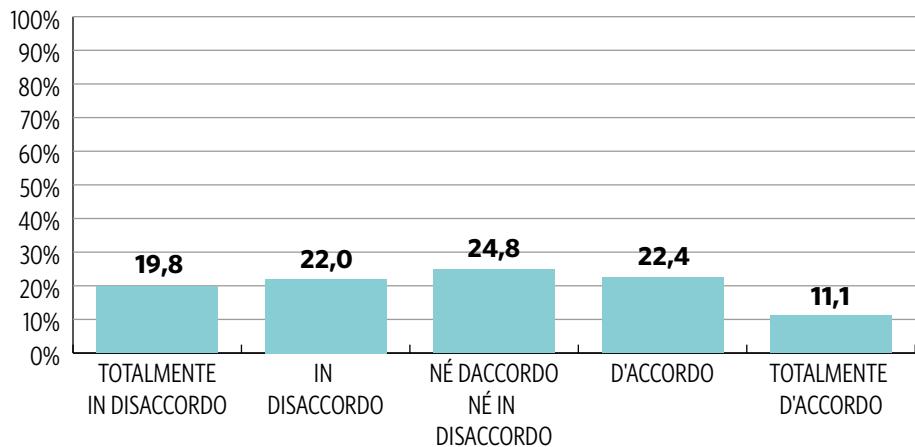
Trovo o troverei difficile essere comprensivo nei confronti di pazienti/utenti con HIV/AIDS



Il 34% dei partecipanti ritiene che la presenza di pazienti/utenti con HIV/AIDS rende o renderebbe il proprio lavoro una professione ad alto rischio, mentre il 25% (l'opzione più riportata) non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 58).

FIGURA 58

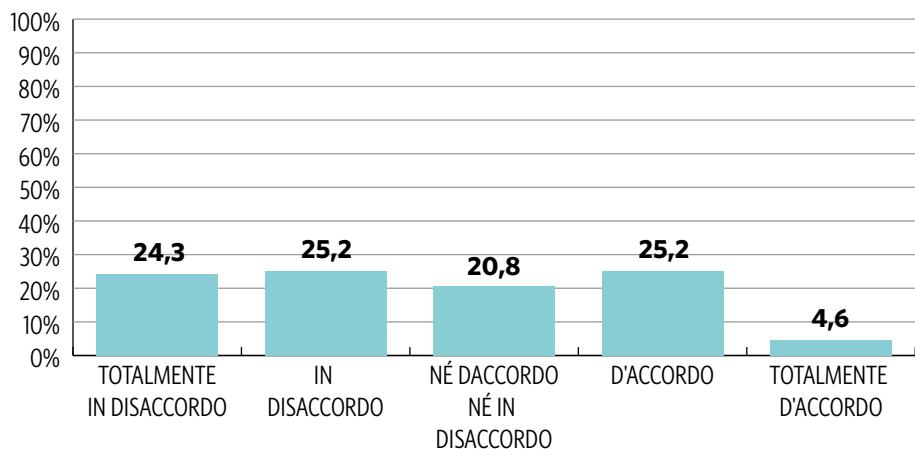
La presenza di pazienti/utenti con HIV/AIDS rende o renderebbe il mio lavoro una professione ad alto rischio



All'affermazione "Ho o avrei sentimenti di preoccupazione nel lavorare con pazienti/utenti con HIV/AIDS", il 51% dei partecipanti è d'accordo, mentre il 21% non esprime né un accordo né un disaccordo.

FIGURA 59

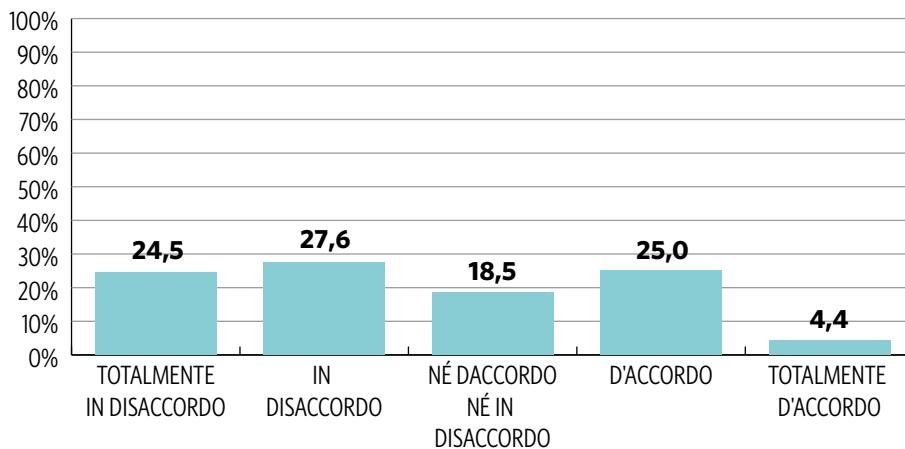
Ho o avrei sentimenti di preoccupazione nel lavorare con pazienti/utenti con HIV/AIDS



Il 29% dei partecipanti è d'accordo con l'affermazione “Nonostante tutte le mie conoscenze sulla trasmissione dell'HIV ho o avrei paura di contrarlo lavorando con persone sieropositive”, mentre il 19% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 60).

FIGURA 60

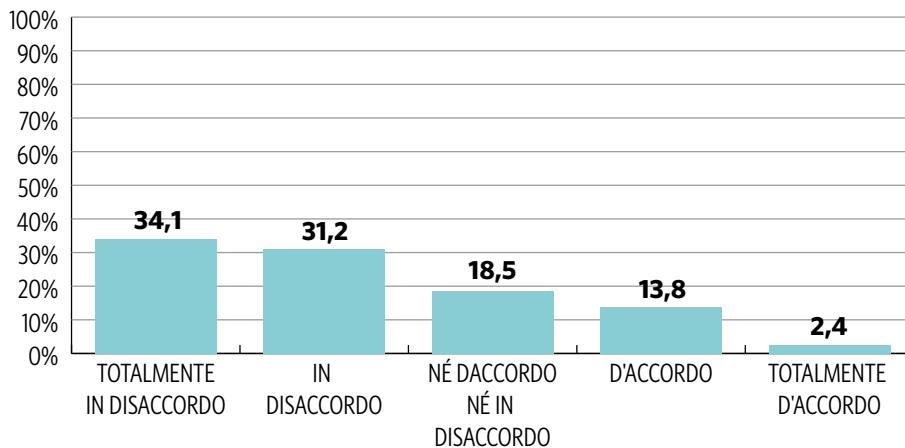
Nonostante tutte le mie conoscenze sulla trasmissione dell'HIV ho o avrei paura di contrarlo lavorando con persone sieropositive



Il 16% dei partecipanti di fronte all'affermazione “Nonostante la presenza di contromisure rigide, è probabile che io contragga l'HIV lavorando con pazienti/utenti sieropositivi per lungo tempo” si trova d'accordo, mentre il 19% non esprime né un accordo né un disaccordo (Figura 61).

FIGURA 61

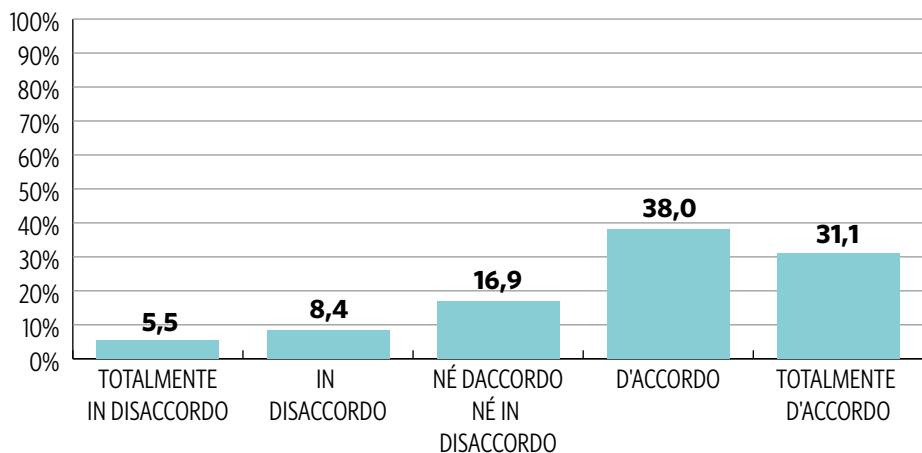
Nonostante la presenza di contromisure rigide, è probabile che io contragga l'HIV lavorando con pazienti/utenti sieropositivi per lungo tempo



Il 14% dei partecipanti non è a proprio agio nel fornire servizi e aiuti a pazienti/utenti sieropositivi, mentre il 17% non esprime né un accordo né un disaccordo a tale atteggiamento (Figura 62).

FIGURA 62

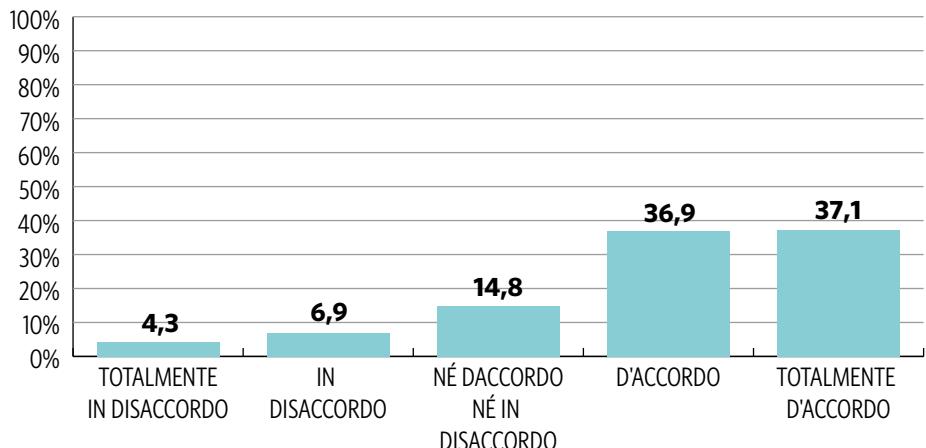
Sono o sarei a mio agio nel fornire servizi e aiutia pazienti/utenti sieropositivi



L'11% dei partecipanti non è disponibile a lavorare con pazienti/utenti sieropositivi, come farebbe con altri pazienti/utenti, mentre il 15% non esprime né un accordo né un disaccordo a tale atteggiamento (Figura 63).

FIGURA 63

Sono disponibile a lavorare con pazienti/utenti sieropositivi, come farei con altri pazienti/utenti



Per identificare le dimensioni sottostanti agli atteggiamenti verso persone sieropositive sul lavoro abbiamo utilizzato l'analisi fattoriale. Tramite il metodo della parallel analysis (O'Connor, 2000) e dello Scree plot abbiamo ricavato la presenza di quattro dimensioni che spiegano rispettivamente il 42,42%, il 12,14%, il 6,41%, e il 3,53% della varianza, per un totale di 64,49% di varianza. In Tabella 21 è riportata la soluzione fattoriale. Tutti gli item hanno una saturazione superiore a ,40, tranne "Sono o sarei a mio agio nel lavorare con un/a collega con HIV" che non verrà incluso in nessuna scala. La prima dimensione è composta da item che fanno riferimento alla discriminazione delle persone sieropositive in base alla modalità d'infezione (Discriminazione in base a modalità d'infezione), la seconda alla preoccupazione in generale o al timore di subire l'infezione (Paura del contagio), la terza alla volontà di evitare pazienti sieropositivi (Evitamento dei pazienti sieropositivi) e la quarta alla parità di trattamento (Parità di trattamento).

TABELLA 21
Soluzione fattoriale degli item sugli atteggiamenti verso persone sieropositive sul lavoro

	FATTORE	1	2	3	4
Mi sento più comprensivo/a verso le persone che hanno preso l'HIV attraverso le trasfusioni rispetto a coloro che l'hanno contratto attraverso comportamenti sessuali promiscui	,94	,14	,16		
Mi sento più comprensivo/a verso le persone che hanno preso l'HIV attraverso le trasfusioni rispetto a coloro che l'hanno contratto attraverso l'assunzione di droghe	,92	,17	,15		
Mi sento più comprensivo/a verso le persone che hanno preso l'HIV attraverso le trasfusioni rispetto a coloro che l'hanno contratto attraverso comportamenti omosessuali	,83	,18	,23		
Ho o avrei sentimenti di preoccupazione nel lavorare con pazienti/utenti con HIV/AIDS	,17	,76	,31	,16	
Nonostante tutte le mie conoscenze sulla trasmissione dell'HIV ho o avrei paura di contrarlo lavorando con persone sieropositive	,13	,71	,23	,17	
La presenza di pazienti/utenti con HIV/AIDS rende o renderebbe il mio lavoro una professione ad alto rischio	,19	,63	,26	,11	
Nonostante la presenza di contromisure rigide, è probabile che io contragga l'HIV lavorando con pazienti/utenti sieropositivi per lungo tempo	,20	,54	,26	,22	

	FATTORE	1	2	3	4
Non vorrei lavorare in quei reparti/servizi/specialità, dove è più probabile dover lavorare con pazienti/utenti con HIV/AIDS		,14	,30	,80	,29
Potendo scegliere preferirei non lavorare con pazienti/utenti con HIV/AIDS		,21	,41	,68	,27
Eviterei pazienti/utenti che sono ad alto rischio di AIDS come gli uomini omosessuali e i consumatori di droghe		,26	,22	,59	,26
Trovo o troverei difficile essere comprensivo nei confronti di pazienti/utenti con HIV/AIDS		,34	,28	,47	,22
Sono disponibile a lavorare con pazienti/utenti sieropositivi, come farei con altri pazienti/utenti			-,18	-,23	-,84
Sono o sarei a mio agio nel fornire servizi e aiuti a pazienti/utenti sieropositivi				-,12	-,71
Sono o sarei a mio agio nel lavorare con un/a collega con HIV.		-,12	-,24	-,27	-,28

*Note. Metodo estrazione: fattorizzazione dell'asse principale.
Metodo rotazione: Equamax con normalizzazione di Kaiser.*

L'Alpha di Cronbach delle prime tre dimensioni è elevato. La grandezza dell'indice di correlazione tra i due item della scala Parità di trattamento è soddisfacente (Tabella 22). Anche in questo caso, il range delle scale è lo stesso di quello dei singoli item (da 1 = *totalmente in disaccordo* a 5 = *totalmente d'accordo*). In media i partecipanti si mostrano tendenzialmente d'accordo nei confronti degli item della scala Parità di trattamento, mentre tendono a essere né d'accordo né in disaccordo nei confronti degli item delle scale Paura del contagio e Discriminazione in base a modalità d'infezione. Sono, invece, tendenzialmente in disaccordo nei confronti degli item della scala Evitamento dei pazienti sieropositivi. Le quattro scale correlano tra loro in modo significativo (Tabella 22).

TABELLA 22
Statistiche descrittive e correlazioni tra le scale sugli atteggiamenti verso persone sieropositive sul lavoro

	M	SD	α	1	2	3	4
Discriminazione in base a modalità d'infezione	2,60	1,26	,95	-			
Paura del contagio	2,55	0,99	,83	0,41	-		
Evitamento dei pazienti sieropositivi	2,11	0,94	,86	0,49	0,64	-	

Parità di trattamento	3,88	1,00	,60 ^a	-0,18	-0,34	-0,47	-
<i>Note. ^a Coefficiente di correlazione di Pearson. Correlazioni uguali o maggiori di ,07 sono significative al livello p < ,05.</i>							

TABELLA 23

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala Discriminazione in base a modalità d'infezione

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	2,597	1	2,597	1,721	,190	,003
Qualifica	18,216	4	4,554	3,017	,018	,019
Esperienza con persone HIV+	4,360	1	4,360	2,889	,090	,004
Età	,019	1	,019	,012	,912	,000
Anzianità lavorativa	1,335	1	1,335	,884	,347	,001

Nota. R quadrato = ,038 (R quadrato corretto = ,026)

In Tabella 23 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala Discriminazione in base a modalità d'infezione. OSS/ASA e infermieri tendono a riportare punteggi più alti di Discriminazione in base a modalità d'infezione rispetto a medici e psicologi (Figura 64).

FIGURA 64

Qualifica

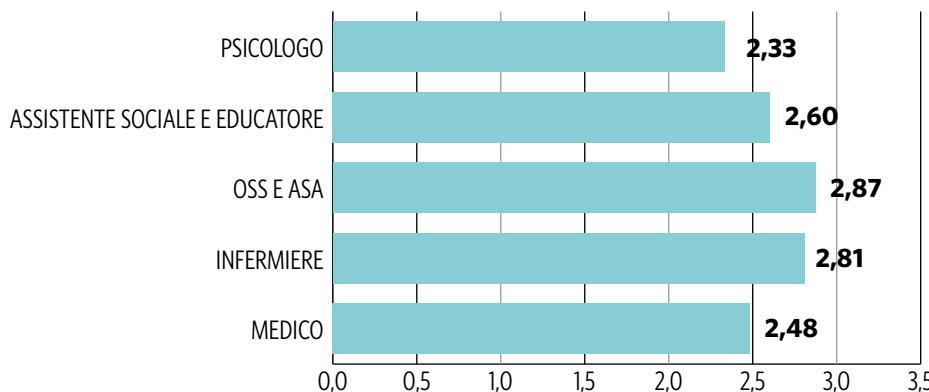


TABELLA 24

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala Paura del contagio

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	2,036	1	2,036	2,217	,137	,003
Qualifica	36,061	4	9,015	9,816	,000	,058
Esperienza con persone HIV+	23,273	1	23,273	25,341	,000	,038
Età	,622	1	,622	,677	,411	,001
Anzianità lavorativa	,396	1	,396	,431	,512	,001

Nota. R quadrato = ,089 (R quadrato corretto = ,078)

In Tabella 24 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala Paura del contagio. Risultano significative due variabili: qualifica ed esperienza con persone HIV+. Gli psicologi riportano punteggi minori rispetto agli altri partecipanti. OSS/ASA e infermieri tendono a riportare punteggi più alti rispetto ai medici (Figura 65). Infine, le persone con nessuna esperienza di lavoro con pazienti HIV+ riportano punteggi più alti di Paura del contagio (Figura 66).

FIGURA 65

Qualifica

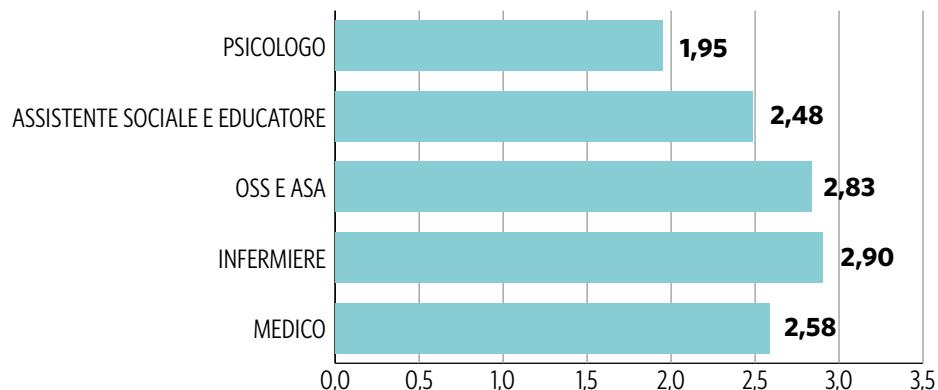


FIGURA 66
Esperienza con persone HIV+
Variabile dipendente: ??

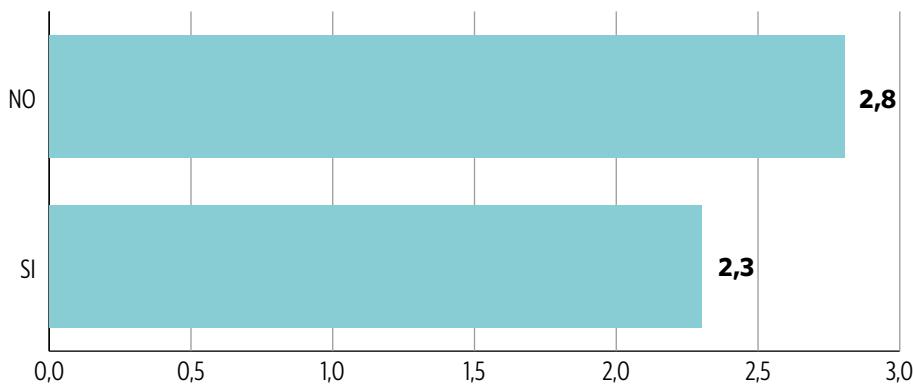


TABELLA 25
*Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala
 Evitamento dei pazienti sieropositivi*

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	6,325	1	6,325	8,254	,004	,013
Qualifica	17,612	4	4,403	5,746	,000	,035
Esperienza con persone HIV+	24,275	1	24,275	31,678	,000	,047
Età	,477	1	,477	,623	,430	,001
Anzianità lavorativa	,196	1	,196	,256	,613	,000

Nota. R quadrato = ,101 (R quadrato corretto = ,090)

In Tabella 25 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala Evitamento dei pazienti sieropositivi. Risultano significative tre variabili: genere, qualifica ed esperienza con persone HIV+. Gli uomini, rispetto alle donne, riportano punteggi più alti di Evitamento dei pazienti sieropositivi (Figura 67). OSS/ASA e infermieri tendono a riportare punteggi più alti rispetto a medici e psicologi (Figura 68). Infine, le persone con nessuna esperienza di lavoro con pazienti HIV+ riportano punteggi più alti di Evitamento dei pazienti sieropositivi (Figura 69).

FIGURA 67

Genere

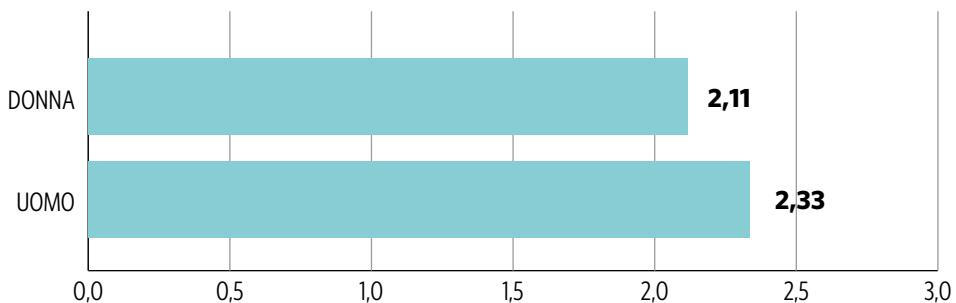


FIGURA 68

Qualifica

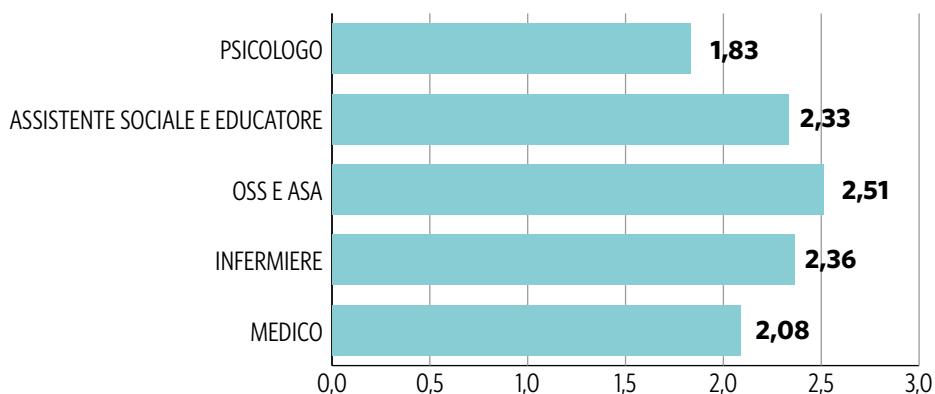


FIGURA 69

Esperienza con persone HIV+

Variabile dipendente: ??

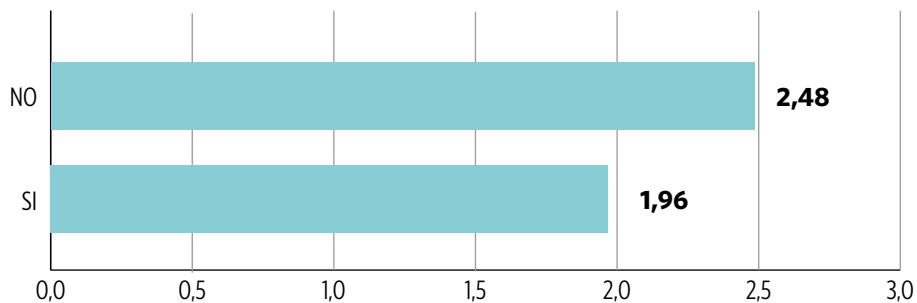


TABELLA 26

Risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala Parità di trattamento

VARIABILE	SOMMA DEI QUADRATI TIPO III	GDL	MEDIA DEI QUADRATI	F	P	ETA QUADRATO PARZIALE
Genere	1,265	1	1,265	1,385	,240	,002
Qualifica	7,275	4	1,819	1,991	,094	,012
Esperienza con persone HIV+	19,090	1	19,090	20,893	,000	,032
Età	1,075	1	1,075	1,176	,278	,002
Anzianità lavorativa	,076	1	,076	,083	,774	,000

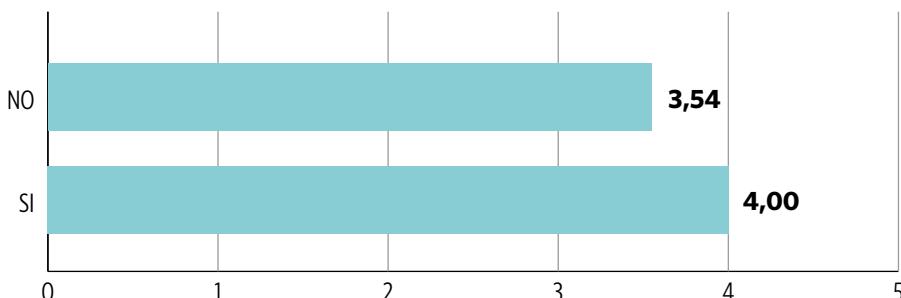
Nota. R quadrato = ,062 (R quadrato corretto = ,050)

In Tabella 26 sono presentati i risultati del Modello lineare generale la cui variabile dipendente è la scala Parità di trattamento. Le persone con nessuna esperienza di lavoro con pazienti HIV+ riportano punteggi più bassi di Parità di trattamento nei confronti di pazienti sieropositivi (Figura 70).

FIGURA 70

Esperienza con persone HIV+

Variabile dipendente: ??



7.6 Validità di una scala a due fattori

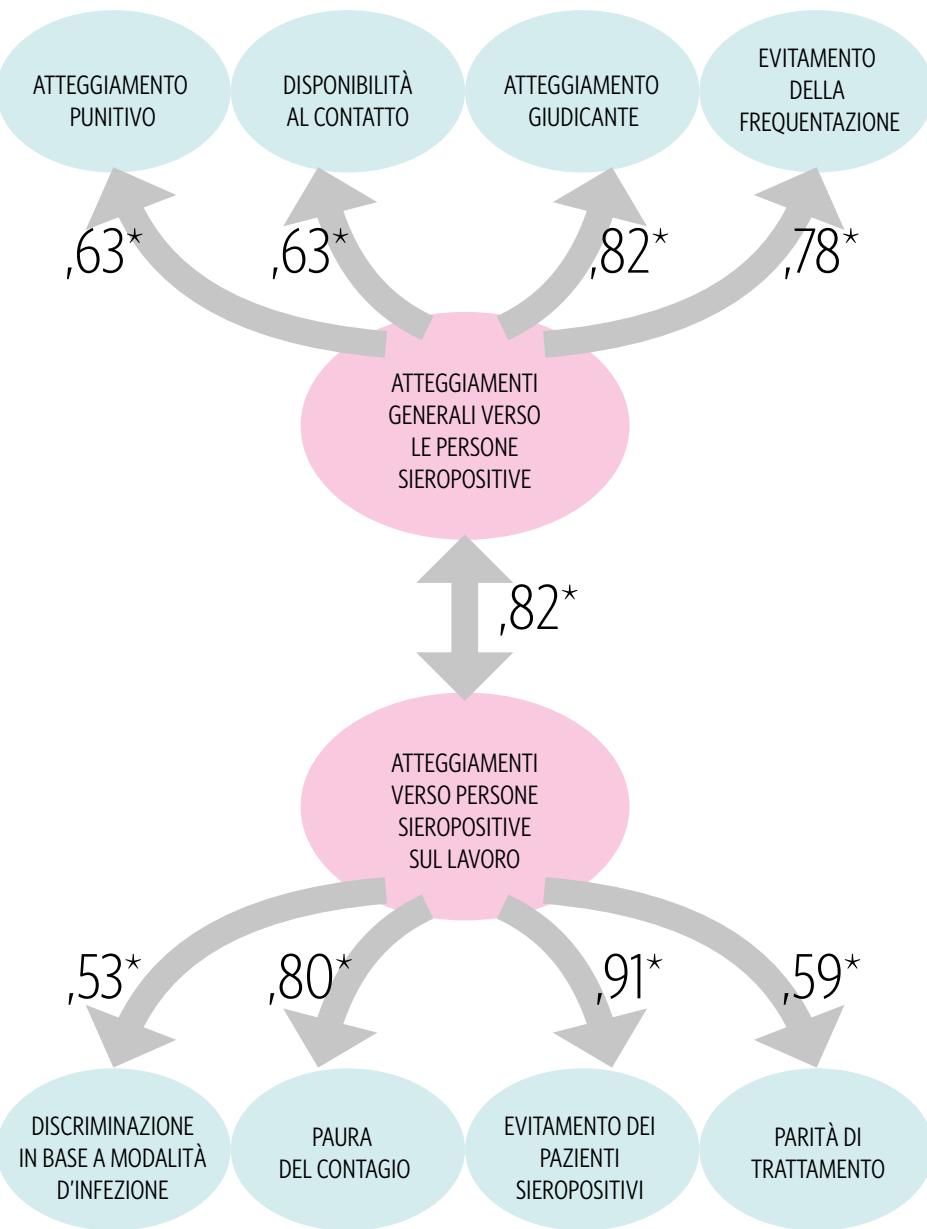
In quest'ultima sezione abbiamo voluto verificare la validità di una scala a due fattori per misurare gli atteggiamenti nei confronti di persone sieropositive da parte degli operatori sanitari. Nello specifico, abbiamo testato uno strumento composto da due dimensioni di secondo ordine corrispondenti agli item facenti parte degli atteggiamenti generali e specifici rispetto al lavoro in ambito socio-sanitario verso le persone

sieropositive. L'analisi fattoriale esplorativa ha permesso di determinare la struttura fattoriale in dettaglio e la varianza spiegata da ciascun fattore. In questa sezione, per verificare la struttura fattoriale di una scala a due fattori è stata applicata l'analisi fattoriale confermativa. L'analisi fattoriale confermativa è una procedura appropriata per verificare la validità di uno strumento in quanto consente di esaminare il grado in cui alcuni item congiuntamente saturano su uno specifico fattore (validità convergente) e mostrano saturazioni nulle con i restanti fattori (validità discriminante).

In Figura 71 sono riportati i risultati dell'analisi fattoriale confermativa sulle dimensioni di secondo ordine. Gli indici di fit sono accettabili ($\chi^2 = 1294,19$, gdl = 290, $p < .001$, TLI = ,91, CFI = ,92; RMSEA = ,064). L'analisi fattoriale confermativa di secondo ordine, quindi, avvaluta la validità di costrutto dello strumento, verificando il grado in cui alcuni item saturano su un determinato fattore e non su altri (validità convergente) e, al contempo, non saturano in maniera significativa su altri fattori (validità discriminante). È interessante notare la forte correlazione tra le due dimensioni di secondo ordine, ossia gli atteggiamenti generali verso le persone sieropositive e gli atteggiamenti verso persone sieropositive sul lavoro. Tale risultato ci dice che sebbene separate, tali dimensioni sono strettamente interconnesse e che, quindi, difficilmente gli operatori socio-sanitari distinguono tra atteggiamenti generali verso le persone sieropositive (es., possono riguardare la vita fuori dal lavoro) e atteggiamenti verso i pazienti sieropositivi (tipici della vita lavorativa).

Una valutazione ulteriore della presente ricerca è la cosiddetta validità nomologica, un aspetto della validità di costrutto, che riguarda le relazioni fra le due dimensioni di secondo ordine e altre a esse connesse concettualmente come i comportamenti verso le persone sieropositive. A tale scopo abbiamo utilizzato i quattro comportamenti nei confronti delle persone sieropositive discussi nella sezione 3.4. Abbiamo ricodificato il formato di risposta in due valori (1 = non messo in atto; 2 = messo in atto). In Figura 72 sono presentati i risultati relativi alle relazioni fra dimensioni degli atteggiamenti e comportamenti nei confronti delle persone sieropositive. Gli atteggiamenti generali verso le persone sieropositive sono significativamente associati all'uso di dispositivi di protezione individuale solamente con pazienti HIV / AIDS, al fare in modo che il/la paziente/utente fosse seguito da un/una collega e all'uso di dispositivi di protezione non necessari. Gli atteggiamenti verso persone sieropositive sul lavoro sono significativamente correlati all'uso di dispositivi di protezione individuale solamente con pazienti HIV / AIDS, allo svelamento dello stato sierologico a un/una collega senza consenso della persona e con il solo fine proteggere il collega e all'uso di dispositivi di protezione non necessari. Le relazioni moderate ma significative tra atteggiamenti e comportamenti nei confronti delle persone sieropositive offrono sostegno alla validità nomologica dello strumento.

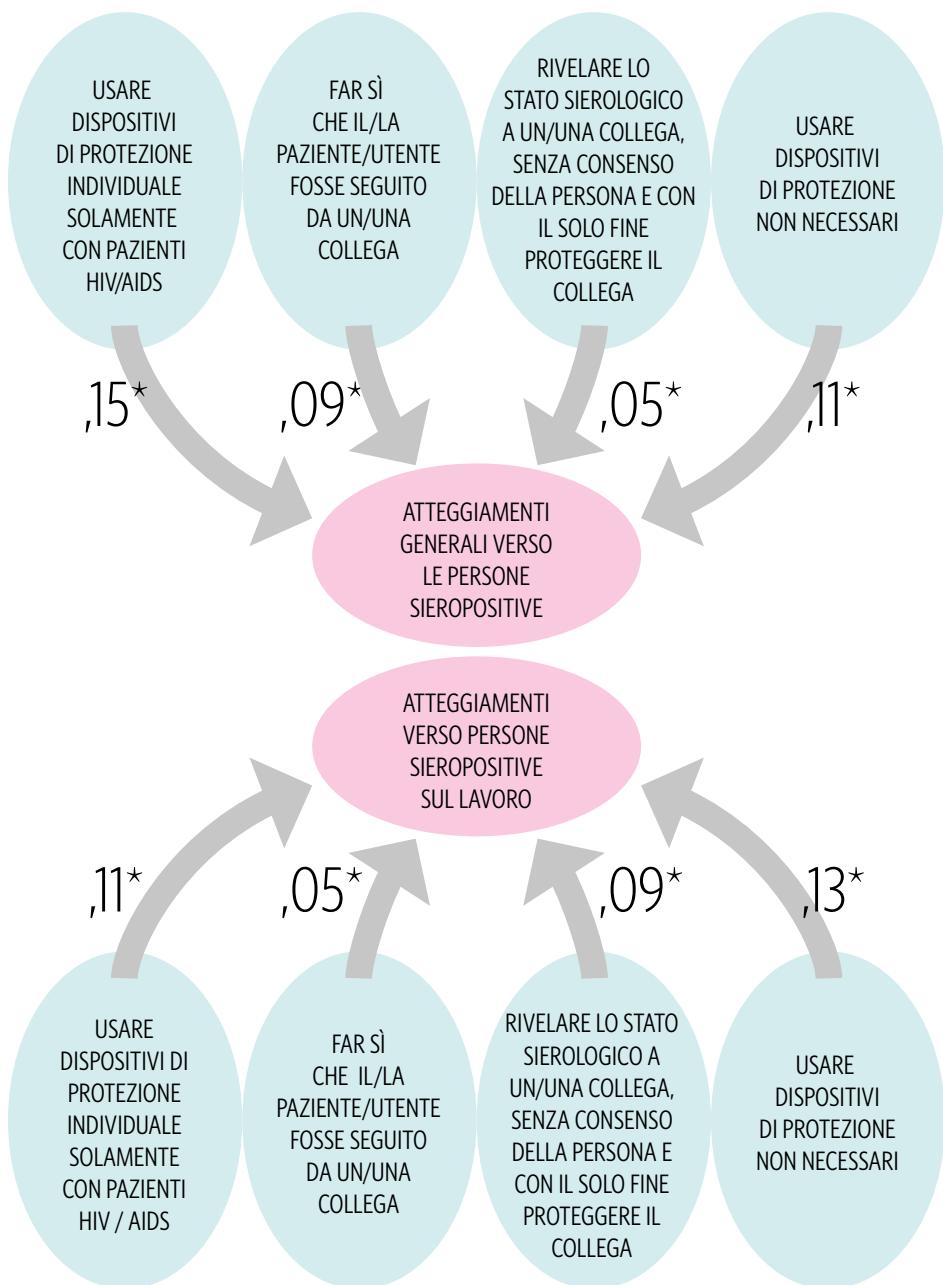
FIGURA 71
Risultati dell'analisi fattoriale confermativa



Note. Sono riportati i coefficienti standardizzati. * = $p < ,001$

FIGURA 72

Relazione tra atteggiamenti e comportamenti nei confronti delle persone sieropositive



*Note. Sono riportati i coefficienti standardizzati. * = $p < ,05$; ** = $p < ,01$; *** = $p < ,001$*

4. CONCLUSIONI



Il obiettivo principale di questo studio è stato quello di studiare gli atteggiamenti e i comportamenti di un campione di operatori socio-sanitari nei confronti delle persone sieropositive. Sebbene l'entità del campione di partecipanti sia significativa, i dati del presente studio non possono dirsi generalizzabili su tutta la popolazione degli operatori socio-sanitari in Italia. Questo perché il campione non è stato estratto su base probabilistica ma adottando un campionamento di convenienza. Il campione è eterogeneo per alcune variabili come l'età, l'anzianità lavorativa, la provenienza territoriale, la qualifica dei partecipanti e la recente esperienza di lavoro con persone sieropositive. Tuttavia, non lo è per altri variabili quali il genere (vi è una maggiore presenza di donne) e il reparto/struttura di appartenenza (il reparto Malattie Infettive è sovra rappresentato). Inoltre, essendo uno studio al quale i partecipanti potevano aderire su base volontaria, non possiamo escludere che a prendervi parte siano stati quegli operatori e quelle strutture caratterizzati da atteggiamenti più positivi verso il tema della ricerca e, quindi, nei confronti delle persone sieropositive. In sostanza, a nostro avviso, i risultati ottenuti potrebbero non fotografare bene la realtà in quanto potrebbero sottostimare l'entità degli atteggiamenti negativi nei confronti delle persone sieropositive da parte degli operatori sociosanitari. Ciononostante il presente studio ha il merito di aver indagato in modo dettagliato e coinvolgendo un ampio campione di operatori sociosanitari gli atteggiamenti nei confronti delle persone sieropositive. A nostro avviso, questo è il primo studio pubblicato in Italia con tali caratteristiche. Analizzando i dati sugli atteggiamenti in generale, un primo dato che emerge è la

presenza di una minoranza di partecipanti che possiamo stimare in un circa 10-15% che riporta atteggiamenti particolarmente negativi nei confronti delle persone sieropositive. In questo gruppo includiamo non solo coloro che hanno sottoscritto una posizione esplicitamente discriminatoria ma anche coloro che non hanno preso posizione nei confronti di affermazioni che chiaramente denotavano un atteggiamento negativo o di paura immotivata. Una quota non trascurabile, infatti, assume un atteggiamento apparentemente neutrale, ma che di fatto non esclude o non contrasta un atteggiamento chiaramente discriminatorio. Va sottolineato che la strategia di non prendere posizione di fronte a un'affermazione palesemente offensiva o denigrante (per esempio, sostenere che le persone sieropositive valgono meno delle altre) non significa essere neutrali: si prende comunque una posizione, pensiamo alla regola del “silenzio-assenso”. Pertanto, è illusorio pensare di non prendere posizione di fronte ad affermazioni palesemente negative nei confronti di un gruppo di persone poiché significa, infatti, esserne conniventi o complici. Inoltre, tale atteggiamento all'apparenza neutrale potrebbe essere il frutto della desiderabilità sociale, ossia quel meccanismo in base al quale le persone cercano di apparire sotto una luce migliore. Per questa ragione, sottoscrivere un atteggiamento all'apparenza neutrale potrebbe essere il risultato di una strategia volta a non manifestare direttamente atteggiamenti palesemente negativi verso le persone sieropositive. Questo perché gli atteggiamenti ai quali ci riferiamo sono così palesemente negativi che addirittura violano i diritti umani più elementari (per esempio, il riconoscimento della dignità della persona al di là delle sue condizioni) o cozzano contro quelle che sono le conoscenze basilari circa la trasmissione dell'infezione. Conoscenze basilari che ragionevolmente dovrebbero essere state affrontate nel curriculum formativo di un operatore socio-sanitario. Pensiamo a quei partecipanti disposti a evitare qualsiasi contatto, anche minimo, con una persona sieropositiva. Come esempio di contatto minimo possiamo citare avere una persona sieropositiva come vicino/a di casa, come collega, oppure come utilizzatore dello stesso mezzo pubblico. Com'era facile immaginare, l'atteggiamento di evitamento diventa maggiore se si parla di frequentazione in termini amicali o affettivi, andando a coinvolgere circa il 20-30% del campione. L'atteggiamento di evitamento arriva a coinvolgere l'80% del campione nel caso di contatto ravvicinato, quale bere nello stesso bicchiere. È plausibile ipotizzare tale atteggiamento di evitamento possa avere delle conseguenze sul piano lavorativo. Va sottolineato, tuttavia, che in media i partecipanti esprimono un disaccordo, seppure non marcato, nei confronti dell'atteggiamento di evitamento in riferimento alla frequentazione di persone sieropositive e si mostrano tendenzialmente disponibili a entrare in contatto con persone sieropositive nella vita privata.

L'atteggiamento giudicante è leggermente meno diffuso rispetto a quello di evitamento, andando a coinvolgere dal 5%, nelle sue forme più esplicite, al 30% dei partecipanti, nelle sue forme meno evidenti. Quando parliamo di atteggiamento giudicante intendiamo l'attribuzione di colpa o vergogna alla persona sieropositiva per la sua condizione. Più diffuso è, invece, un atteggiamento punitivo nei confronti delle persone sieropositive se l'infezione è dovuta a comportamenti tendenzialmente disapprovati nella società italiana quali comportamenti sessuali promiscui, rapporti omosessuali o uso di sostanze. Parliamo di atteggiamento punitivo, poiché si arriva a ritenere che l'infezione sia una giusta punizione per i comportamenti passati. Quasi

un terzo dei partecipanti aderisce, seppure con grado diverso, a un atteggiamento punitivo. Va ribadito anche in questo caso che, in media, i partecipanti mostrano un disaccordo, seppure non assoluto, nei confronti degli atteggiamenti giudicanti e punitivi.

A riportare maggiori atteggiamenti negativi in generale verso le persone sieropositive sono tendenzialmente gli uomini rispetto alle donne, OSS/ASA e infermieri rispetto a medici e psicologi, e gli operatori con nessuna esperienza di lavoro con tale categoria di pazienti. L'età e l'anzianità lavorativa non sembrano giocare un ruolo di particolare rilievo nei confronti degli atteggiamenti in generale verso le persone sieropositive.

Passando a commentare un'altra forma di atteggiamento, quello relativo alle opinioni rispetto alle pratiche e alle procedure da adottare sul lavoro nei confronti delle persone sieropositive, il 70-80% dei partecipanti non sono contrari a forme di discriminazione istituzionale nei confronti di persone sieropositive. Per esempio, sette operatori su dieci non sono contrari al fatto che i familiari o i partner dei pazienti /utenti sieropositivi debbano essere informati dello stato sierologico del paziente / utente sieropositivo, anche senza il suo consenso. Oppure quasi nove operatori su dieci non sono contrari all'introduzione dell'obbligo da parte delle persone sieropositive di rivelare il proprio stato sierologico al personale socio-sanitario. Se consideriamo forme di discriminazioni istituzionali ancora più forti, la percentuale di operatori che non mostra disaccordo si abbassa ma rimane significativa. Per esempio, un operatore su quattro non è contrario all'introduzione della facoltà di potere evitare un/a paziente / utente perché sieropositivo/a. Oppure quattro operatori su dieci non sono contrari a escludere le persone sieropositive dal lavoro in settori in cui è richiesto il contatto con pazienti/utenti. È interessante notare che a manifestare un maggiore accordo rispetto all'introduzione di forme di discriminazione istituzionale siano proprio quegli operatori che non hanno un'esperienza di lavoro con persone sieropositive.

In seguito abbiamo investigato i comportamenti messi in atto dai partecipanti nei confronti di pazienti sieropositivi. A circa un terzo dei partecipanti è capitato o potrebbe capitare di usare dispositivi di protezione individuale solamente con pazienti sieropositivi. Tale risultato mette in luce sia l'esistenza di un comportamento discriminatorio sia l'esigenza di elevare gli standard di sicurezza nel lavoro. Si può dedurre che utilizzare i dispositivi di protezione individuale solo nei confronti delle persone sieropositive significa non usarli nei confronti di altri pazienti con altre patologie trasmissibili oppure con quelli di cui non è conosciuto lo stato sierologico. Infatti, l'uso di dispositivi di protezione individuali sembra essere mosso più che altro dagli atteggiamenti negativi verso le persone sieropositive che dall'esigenza di lavorare in sicurezza. Che vi sia un'apprensione specifica nei confronti delle persone sieropositive in grado di stimolare una preoccupazione per la propria sicurezza è confermato dal fatto che più della metà dei partecipanti ha usato o userebbe dispositivi di protezione non necessari nei confronti di persone sieropositive.

In linea con la letteratura che mostra come gli uomini rispetto alle donne abbiano una minore percezione del rischio e tendano a mettere in atto comportamenti più a rischio, sono le persone di genere maschile ad avere riportato di avere utilizzato i dispositivi di protezione individuale solo nei confronti delle persone sieropositive.

ve. Come ci si poteva aspettare, sono quei partecipanti che svolgono mansioni che li pongono a maggiore contatto con i pazienti come gli infermieri ad avere usato con maggiore probabilità dispositivi di protezione non necessari nei confronti di una persona sieropositiva.

Più della metà dei partecipanti ha fatto o farebbe in modo che a occuparsi di un/una paziente sieropositivo/a fosse un/una collega. Sono soprattutto i partecipanti più anziani e i medici ad avere attuato tale comportamento di evitamento, probabilmente grazie al fatto che dispongono di un potere o discrezionalità maggiore.

Circa quattro partecipanti su dieci ha rivelato o rivelerebbe lo stato sierologico di un/una paziente a un/una collega, senza consenso della persona e con il solo fine proteggere il/la collega. Infermieri, OSS e ASA hanno una maggiore probabilità di avere fatto tale rivelazione rispetto ai medici.

Infine, vogliamo commentare i dati ottenuti rispetto agli atteggiamenti nei confronti di persone sieropositive sul lavoro. Circa la metà dei partecipanti non si mostra in disaccordo con la tendenza a mostrare minore comprensione nei confronti dei pazienti che hanno contratto l'HIV tramite comportamenti disapprovati quali rapporti sessuali promiscui rispetto a coloro che sono stati infettati attraverso le trasfusioni. In media i partecipanti tendono a essere né d'accordo né in disaccordo nei confronti di tale atteggiamento discriminatorio basato sulla modalità d'infezione. Allo stesso modo tendono a essere né d'accordo né in disaccordo nei confronti delle affermazioni che fanno riferimento alla paura del contagio. Circa la metà dei partecipanti non esclude di provare tale sentimento. Vogliamo riprendere quanto detto in precedenza, ossia il fatto di essere né d'accordo né in disaccordo non significa non avere atteggiamenti negativi, poiché le affermazioni presuppongono delle discriminazioni. Per fare un esempio, se un operatore assiste a una discriminazione da parte di un/a collega nei confronti di un/a paziente perché sieropositivo/a, ad esempio negandogli/le la prestazione, e decide di non intervenire, diventa complice di tale evento. Si è complici poiché indirettamente o implicitamente si manifesta il proprio accordo o la propria non contrarietà rispetto a tale gesto. Indirettamente, a nostro avviso, tale modo di pensare o agire è in grado di favorire un clima di tolleranza nei confronti di atteggiamenti discriminatori. Questo è uno degli aspetti su cui, a nostro avviso, centrali di un percorso formativo sul tema della discriminazione.

Una percentuale di partecipanti che va dal 40 al 50% non è contrario all'atteggiamento di evitamento nei confronti del lavoro con pazienti/utenti con HIV/AIDS. In media, tuttavia, i partecipanti sono tendenzialmente in disaccordo nei confronti delle affermazioni relative all'evitamento dei pazienti sieropositivi. Inoltre, i partecipanti si mostrano in media tendenzialmente d'accordo nel volere trattare allo stesso modo tutti i pazienti, compresi quelli sieropositivi.

È interessante notare che nelle scale relative agli atteggiamenti nei confronti di persone sieropositive sul lavoro sono gli operatori con nessuna esperienza lavorativa con questa categoria di pazienti a riportare atteggiamenti più negativi. Questa differenza emersa in modo relativamente coerente anche nei confronti delle altre scale precedentemente discusse può essere spiegato in diversi modi. A nostro avviso, due sono le ragioni principali. Da una parte è possibile pensare che siano gli operatori con atteggiamenti più positivi verso le persone sieropositive a scegliere di lavorare in reparti/strutture in cui è più probabile il contatto con tale categoria di pazienti.

Dall'altra parte è possibile pensare che, in linea con l'Ipotesi del Contatto (Allport, 1954), l'incontro e la conoscenza di persone sieropositive possa portare gli operatori sanitari ad avere atteggiamenti meno negativi o più positivi. Secondo l'Ipotesi del Contatto (Allport, 1954), infatti, l'incontro con persone appartenenti a gruppi stigmatizzati può portare a una riduzione degli atteggiamenti negativi verso di esse. In generale sono anche gli OSS/ASA e infermieri a riportare maggiori atteggiamenti negativi nei confronti di persone sieropositive sul lavoro rispetto a medici e psicologi. La minore propensione degli psicologi a mostrare atteggiamenti negativi può essere spiegata facendo riferimento in parte alla formazione e in parte al minore rischio di contagio rispetto alle altre professioni sanitarie. Per quanto riguarda gli atteggiamenti meno negativi dei medici rispetto a OSS/ASA e infermieri, invece, possiamo ricondurre le differenze al diverso percorso formativo e al ruolo che consente ai primi una maggiore discrezionalità e potere. Infatti, come abbiamo visto in precedenza, i medici hanno una maggiore probabilità di avere fatto in modo che il/la paziente sieropositivo/a venisse seguito da un/una collega. Per tale ragione, possono avere minore timore nei confronti di pazienti sieropositivi.

In generale, i risultati mostrano che gli operatori sanitari che sono stati coinvolti in questo studio non riportano mediamente forti atteggiamenti negativi verso le persone sieropositive. Tuttavia, atteggiamenti negativi meno evidenti sono presenti in alcuni casi nella metà o anche di più dei partecipanti. È interessante notare che la forte relazione fra atteggiamenti verso le persone sieropositive in generale e sul lavoro evidenzia la difficoltà, da parte degli operatori, di separare le proprie convinzioni personali (per esempio, pensare che l'infezione da HIV/AIDS sia una punizione per comportamenti sbagliati) e il proprio atteggiamento sul lavoro. Inoltre, una minoranza non trascurabile riporta atteggiamenti fortemente negativi nei confronti delle persone sieropositive. Infine, una minoranza importante di partecipanti tende a non prendere posizione nei confronti di atteggiamenti discriminatori. Come abbiamo detto in precedenza, tale volontà di non prendere posizione costituisce essa stessa una decisione che determina un atteggiamento di complicità o assenso nei confronti di pratiche discriminatorie. È un elemento significativo poiché, a nostro avviso, incide sul clima organizzativo riguardante la tolleranza alla discriminazione. Tali risultati mettono in luce l'esigenza d'intervenire al fine di contrastare atteggiamenti e comportamenti discriminatori nei confronti di persone sieropositive. Una delle modalità d'intervento potrebbe consistere nell'implementazione di corsi specifici sul tema HIV/AIDS. In letteratura, ci sono evidenze che suggeriscono l'utilità di tali percorsi formativi. Per esempio, la partecipazione a corsi sulle tematiche HIV/AIDS non solo comporta un aumento delle conoscenze sul tema ma anche una riduzione degli atteggiamenti negativi come una minore propensione a evitare pazienti con HIV/AIDS (Crawford et al., 1991; Wu et al., 2002). Per valutare l'efficacia degli interventi formativi può essere utile utilizzare lo strumento che è stato costruito in questo studio. In Appendice 2 sono riportate le istruzioni sul suo utilizzo. Nell'ultima sezione in particolare sono state riportate le analisi volte a esaminare la validità di tale strumento. Oltre a una soddisfacente affidabilità documentata nelle sezioni precedenti, lo strumento risulta avere un'accettabile validità convergente, validità discriminante e validità nomologica.

Bibliografia

- **ADAMSEN, L.** (2002). From victim to agent': the clinical and social significance of self-help group participation for people with life-threatening diseases. *Scandinavian journal of caring sciences*, 16(3), 224-231.
- **ALBANESI, C., CICOGNANI, E., & ZANI, B.** (2007). Sense of community, civic engagement and social well-being in Italian adolescents. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17, 387-406.
- **ALLPORT, G. W.** (1954). *The nature of prejudice*. New York: Addison-Wesley
- **ANDREWIN, A., & CHIEN, L. Y.** (2008). Stigmatization of patients with HIV/AIDS among doctors and nurses in Belize. *AIDS patient care and STDs*, 22(11), 897-906.
- **ARDIS, S. & MARCUCCI, M** (2007). *Positivo scomodo: la prevenzione della discriminazione delle persone HIV positive*. Roma: FORMAt idea.
- **BANDURA, A.** (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- **BAR-LEV, S.** (2008). "We are here to give you emotional support": Performing emotions in an online HIV/AIDS support group. *Qualitative health research*, 18(4), 509-521.
- **BENIGHT, C. C., & BANDURA, A.** (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129-1148.
- **BERGER, B., FERRANS, C. E., & LASHLEY, F. R.** (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing and Health*, 24(6), 518-529.
- **BERKMAN, L. F., GLASS, T., BRISSETTE, I., AND SEEMAN, T. E.** (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843-857.
- **BOER, H., & EMONS, P. A. A.** (2004). Accurate and inaccurate HIV transmission beliefs, stigmatizing and HIV protection motivation in Northern Thailand. *AIDS Care*, 16(2), 167-176.
- **CAWYER, C. S., & SMITH-DUPRE', A.** (1995). Communicating social support: Identifying supportive episodes in an HIV/AIDS support group. *Communication Quarterly*, 43(3), 243-258.
- **CHESNEY, M. A., CHAMBERS, D. B., TAYLOR, J. M., JOHNSON, L. M., & FOLKMAN, S.** (2003). Coping effectiveness training for men living with HIV: results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. *Psychosomatic medicine*, 65(6), 1038-1046.
- **CHESNEY, M. A., NEILANDS, T. B., CHAMBERS, D. B., TAYLOR, J. M., & FOLKMAN, S.** (2006). A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *British Journal of Health Psychology*, 11(3), 421-437.
- **CLARK, H. J., LINDNER, G., ARMISTEAD, L., & AUSTIN, B. J.** (2003). Stigma, disclosure and psychological functioning among HIV-infected and non-infected African-American women. *Women and Health*, 38(4), 57-71.
- **COHEN, S.** (1988). Psychosocial models of the

- role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- CRAWFORD, I., HUMFLEET, G., RIBORDY, S. C., HO, F. C., & VICKERS, V. L. (1991). Stigmatization of AIDS patients by mental health professionals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(5), 357.
 - DE GRAAF, R., HOUWELING, H., & VAN ZESSEN, G. (1998). Occupational risk of HIV infection among western health care professionals posted in AIDS endemic areas. *AIDS Care*, 10(4), 441-452.
 - EARNSHAW, V. A., & CHAUDOIR, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160-1177.
 - ELFORD, J., IBRAHIM, F., BUKUTU, C., & ANDERSON, J. (2008). HIV-related discrimination reported by people living with HIV in London, UK. *AIDS and Behavior*, 12(2), 255-264.
 - EMLET, C. A. (2006). A comparison of HIV stigma and disclosure patterns between older and younger adults living with HIV/ AIDS. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(5), 350-358.
 - FROMAN, R. D., & OWEN, S. V. (1997). Further validation of the AIDS Attitude Scale. *Research in nursing & health*, 20(2), 161-167.
 - GOFFMAN, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
 - GREEN, G. (1993). Editorial review: Social support and HIV. *AIDS care*, 5(1), 87-104.
 - GREEN, G. (1995). Attitudes towards people with HIV: Are they as stigmatizing as people with HIV perceive them to be. *Social Science and Medicine*, 41(4), 557-568.
 - GREEN, G., & PLATT, S. (1997). Fear and loathing in health care settings reported by people with HIV. *Sociology of Health & Illness*, 19(1), 70-92.
 - HEREK, G. M., CAPITANIO, J. P., & WIDAMAN, K. F. (2002). HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 92(3), 371-377.
 - HOSSAIN, M. B., & SUSAN, K. (2010). HIV-related discriminatory attitudes of healthcare workers in Bangladesh. *Journal of health, population, and nutrition*, 28(2), 199.
 - KALICHMAN, S. C., SIMBAYI, L. C., JOOSTE, S., TOEFLY, Y., CAIN, D., CHERRY, C., & KAGEE, A. (2005). Development of a brief scale to measure AIDS-related stigma in South Africa. *AIDS and Behaviour*, 9(2), 135-143.
 - KALICHMAN, S. C., SIMBAYI, L. C., JOOSTE, S., TOEFLY, Y., CAIN, D., CHERRY, C., & KAGEE, A. (2005). Development of a brief scale to measure AIDS-related stigma in South Africa. *AIDS and Behaviour*, 9(2), 135-143.
 - KEYES, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
 - LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
 - LELLERI, R., BERARDI, P., BREVEGLIERI, M., & FUREGATO, M. (2011). *Report finale di HIVICES. Ricerca sociale su sieropositività e omosessualità. Essere gay HIV+ oggi in Italia*. Cassero Gay Lesbian Center: Bologna.
 - LI, L., WU, Z., WU, S., ZHAOC, Y., JIA, M., & YAN, Z. (2007). HIV-related stigma in health care settings: a survey of service providers in China. *AIDS patient care and STDs*, 21(10), 753-762.
 - MALCOLM, A., AGGLETON, P., BRONFMAN, M., GALVAO, J., MANE, P., & VERRALL, J. (1998). HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. *Critical Public Health*, 8(4), 347-370.
 - MOLERO, F., FUSTER, M. J., JETTEN, J., & MORIANO, J. A. (2011). Living With HIV/AIDS: A Psychosocial Perspective on Coping With Prejudice and Discrimination. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(3), 609-626.
 - NAZIK, E., ARSLAN, S., ÖZDEMİR, F., & APAY, S. (2012). Turkish Nursing Students' Attitudes about Patients Living With HIV/AIDS. *Sexuality and Disability*, 30(4), 433-439.
 - O'CONNOR, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instrumentation, and Computers*, 32, 396-402.
 - PARKER, R., & AGGLETON, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 57, 13-24.
 - PARKER, R., AGGLETON, P., ATTAWELL, K., PULERWITS, J., & BROWN, L. (2002). *HIV/AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action*. Horizons Program. New York: The Population Council.
 - PICKLES, D., KING, L., & BELAN, I. (2009). Attitudes of nursing students towards caring for people with HIV/AIDS: Thematic literature review. *Journal of advanced nursing*, 65(11), 2262-2273.
 - SCHUSTER, M., COLLINS, R., CUNNINGHAM, W., MORTON, S., ZIERLER, S., WONG, M. ET AL. (2005). Perceived discrimination in clinical care in a nationally representative sample of HIV-infected adults receiving health care. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 807-813.
 - SHULMAN, L. C., & MANTELL, J. E. (1988).

- The AIDS crisis: A United States health care perspective. *Social Science & Medicine*, 26(10), 979-988.
- SMITH, C. P. (2000). Content analysis and narrative analysis. In H. T. Reis, C. M. Judd (a cura di), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 313-335). Cambridge University Press, New York.
 - SOHLER, N., LI, X., & CUNNINGHAM, C. (2007). Perceived discrimination among severely disadvantaged people with HIV infection. *Public Health Reports*, 122, 347-355.
 - STEIN, J. A., & LI, L. (2008). Measuring HIV-related stigma among Chinese service providers: confirmatory factor analysis of a multidimensional scale. *AIDS and Behavior*, 12(5), 789-795.
 - SULIGOI B, CAMONI L, BOROS S, ET AL. (2012). Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2011. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, 25(10 Suppl 1), 3-47.
 - SULIGOI, B., RAIMONDO, M., FANALES-BELASIO, E., & BUTTÒ, S. (2010). The epidemic of HIV infection and AIDS, promotion of testing, and innovative strategies. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 46(1), 15-23. doi: 10.4415/Ann_10_01_03
 - UCHINO, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.
 - VISSE, M. J., KERSHAW, T., MAKIN, J. D., & FORSYTH, B. W. (2008). Development of parallel scales to measure HIV-related stigma. *AIDS and Behavior*, 12(5), 759-771.
 - WRIGHT, K., NAAR-KING, S., LAM, P., TEMPLIN, T., & FREY, M. (2007). Stigma scale revised: Reliability and validity of a brief measure of stigma for HIV+ youth. *Journal of Adolescent Health*, 40, 96-98.
 - WU, Z., DETELS, R., JI, G., XU, C., ROU, K., DING, H., & LI, V. (2002). Diffusion of HIV/AIDS knowledge, positive attitudes, and behaviors through training of health professionals in China. *AIDS Education and Prevention*, 14(5), 379-390.

Appendice 1

Protocollo di ricerca

“Pratiche positive. Interventi di contrasto alla discriminazione e all'esclusione in ambito socio-sanitario dei pazienti LGBT con infezione da HIV”

Progetto finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ai sensi della Legge n. 383/2000 - Art. 12 - Comma 3 - Lettera F - Anno Finanziario 2011

Informazioni generali

Titolo del progetto: “Pratiche positive” - Interventi di contrasto alla discriminazione e all'esclusione in ambito socio-sanitario dei pazienti LGBT con infezione da HIV”

Finanziatore del progetto: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ai sensi della Legge n. 383/2000 - Art. 12 - Comma 3 - Lettera F - Anno Finanziario 2011

Responsabile del progetto: Federico Sassoli - Arcigay Nazionale, Via Don Minzoni 18, 41021 - Bologna; tel.051.0957241

Supervisore scientifico del progetto: Dott. Gabriele Prati, Università degli Studi di Bologna, gabriele.prati@unibo.it

Razionale della ricerca

La relazione tra il paziente e il personale delle strutture sociosanitarie si configura come il contesto cruciale in cui è definito il processo di cura. La qualità degli aspetti di comunicazione, ascolto e feedback presenta particolarità e criticità quando si trattano argomenti quali orientamento sessuale, identità di genere e stato sierologico. Episodi di omofobia possono portare all'allontanamento dal rapporto con le strutture sanitarie, con la conseguenza, soprattutto per le persone LGBT con HIV, di un peggioramento della salute e di una maggior difficoltà psicosociali.

Esplorare queste criticità ed elaborare strumenti per il loro superamento contribuisce ad un aumento del benessere delle persone LGBT con HIV e dell'efficacia dell'intervento sanitario.

Obiettivi della ricerca

Gli obiettivi del presente studio sono i seguenti: Esplorare credenze e atteggiamenti del personale sociosanitario coinvolto all'interno di servizi sociosanitari relativamente all'orientamento sessuale, identità di genere, infezione da HIV e sulla relazione medico-paziente.

Esplorare gli effetti di diversi stili relazionali e comunicativi tra operatore sociosanitario-paziente e medico-paziente in particolare riferendosi all'andamento del percorso terapeutico.

Valutare l'impatto di atteggiamenti discriminatori sui tempi dell'accesso alle cure, sulla aderenza

nella terapia e sulla continuità di rapporto con la struttura terapeutica.

Tipo di studio

Lo studio è di tipo correlazionale (cross-sectional) e richiede la somministrazione di un breve questionario. Il metodo di ricerca è, quindi, di tipo survey, inchiesta o indagine. Si tratta, perciò, di uno studio non sperimentale; uno studio descrittivo il cui scopo è di osservare, descrivere, documentare aspetti di una situazione che avviene in natura.

Metodologia

Si tratta di una ricerca quantitativa da effettuarsi tramite la somministrazione di questionari al personale sociosanitario che opera all'interno di servizi del pubblico e del privato. Il questionario intende indagare conoscenze, percezioni, atteggiamenti, esperienze vissute da parte degli operatori socio-sanitari. Richiede circa 10 minuti per la compilazione ed è totalmente anonimo. I dati verranno utilizzati solamente a scopo di ricerca all'interno di questo progetto. Non vi sarà, inoltre, nessun riferimento circa la struttura coinvolta.

Criteri d'inclusione

Operatori socio-sanitari di sesso maschile e femminile con le seguenti caratteristiche:

- Età minima, 18 anni compiuti.
- Età massima 70 anni compiuti.

Esperienza professionale di contatto diretto con utenti/pazienti

Considerazioni etiche e diffusione dei risultati

La ricerca aderisce al Codice Etico dell'AIP (Associazione Italiana di Psicologia) che regola la ricerca scientifica in ambito psicologico in Italia. In base alle norme dell'APA (American Psychological Association, 2002), i ricercatori sono tenuti a fornire spiegazioni sulla natura, sui risultati e sulle conclusioni della ricerca. Il progetto prevede la creazione di un sito internet per la diffusione degli esiti della ricerca che saranno disponibili a settembre 2013.

Il team di ricerca è disponibile a offrire un mo-

mento di restituzione dei risultati ottenuti presso la singola struttura (tenuto conto che la partecipazione al suo interno raggiunga una numerosità minima da permettere analisi aggregate) oppure un rapporto scritto degli stessi.

Ricadute scientifiche

I dati che questo progetto potrà fornire dovranno essere utilizzati per progettare interventi formativi dedicati agli operatori socio-sanitari il cui impatto verrà valutato tramite un disegno sperimentale. Inoltre, i dati raccolti saranno utilizzati per redigere comunicazioni scientifiche e articoli su riviste con impact factor.

Appendice 2

Nelle due pagine seguenti riportiamo un breve questionario breve per la misurazione degli atteggiamenti nei confronti delle persone sieropositive.

Istruzioni

Una volta somministrato lo strumento si procede a calcolare i punteggi delle dimensioni delle scale. Per fare ciò si attribuiscono i seguenti punteggi alle risposte:

- Totalmente in disaccordo = ①
- In disaccordo = ②
- Né d'accordo né in disaccordo = ③
- D'accordo = ④
- Totalmente d'accordo = ⑤

In seguito si procede a fare la media aritmetica dei punteggi ottenuti per ciascuna delle dimensioni. Qui sotto sono elencati gli item/affermazioni che fanno parte di ciascuna dimensione. Le medie possono poi essere utilizzate nelle analisi di statistica descrittiva e inferenziale. Inoltre le medie dei punteggi ottenuti nelle diverse dimensioni possono essere confrontati con quelli ottenuti nel presente studio (Tabella 6 e Tabella 22).

Definizione degli item che fanno parte di ciascuna dimensione della scala sugli atteggiamenti genera-

li verso le persone sieropositive

- Atteggiamento punitivo: 11, 12, 13, 14.
- Disponibilità al contatto: 7, 2, 1, 5, 6;
- Atteggiamento giudicante: 8, 9, 10.
- Evitamento della frequentazione: 3, 4

Definizione degli item che fanno parte di ciascuna dimensione della scala sugli atteggiamenti verso persone sieropositive sul lavoro

- Discriminazione in base a modalità d'infezione: 1, 2, 3.
- Paura del contagio: 8, 9, 10, 11.
- Evitamento dei pazienti sieropositivi: 4, 5, 6, 7.
- Parità di trattamento: 12, 13.

Scala sugli atteggiamenti generali verso le persone sieropositive

Le chiediamo di esprimere il grado di accordo rispetto alle seguenti affermazioni su una scala da 1 che significa "Totalmente in disaccordo" a 5 che significa "Totalmente d'accordo". Faccia una crocetta sul numero che meglio corrisponde al suo grado di accordo.

	TOTALMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NÉ D'ACCORDO NÉ IN DISACCORDO	D'ACCORDO	TOTALMENTE D'ACCORDO
Se mi trovassi all'interno di un mezzo di trasporto pubblico o privato, non avrei problemi a sedermi accanto a una persona sieropositiva	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Non avrei problemi se una persona sieropositiva vivesse vicino alla mia abitazione	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Preferirei non diventare amico/a di una persona sieropositiva	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Non vorrei uscire con una persona, se sapessi che lui/lei è sieropositivo/a	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Non ho paura di stare vicino a persone sieropositive	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Le persone sieropositive meritano rispetto tanto quanto chiunque altro	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Non avrei problemi a lavorare con un/a collega sieropositivo/a	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Se una persona è sieropositiva deve aver fatto qualcosa di sbagliato per meritarlo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Le persone sieropositive dovrebbero vergognarsi di se stesse	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Mi sento a disagio quando sto vicino a persone sieropositive	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Le persone che hanno contratto l'HIV a causa della prostituzione hanno avuto ciò che si meritano	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Le persone che hanno contratto l'HIV attraverso l'uso di droga hanno avuto ciò che si meritano	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Le persone che hanno contratto l'HIV attraverso rapporti sessuali promiscui hanno avuto ciò che si meritano	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Le persone che hanno contratto l'HIV attraverso rapporti omosessuali hanno avuto ciò che si meritano	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Scala sugli atteggiamenti verso persone sieropositive sul lavoro

di vista e alla sua esperienza? Le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo.

Pensando al suo lavoro come operatore/trice, le seguenti affermazioni corrispondono al suo punto

	TOTALMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NÉ D'ACCORDO NÉ IN DISACCORDO	D'ACCORDO	TOTALMENTE D'ACCORDO
Mi sento più comprensivo/a verso le persone che hanno preso l'HIV attraverso le trasfusioni rispetto a coloro che l'hanno contratto attraverso comportamenti omosessuali	①	②	③	④	⑤
Mi sento più comprensivo/a verso le persone che hanno preso l'HIV attraverso le trasfusioni rispetto a coloro che l'hanno contratto attraverso l'assunzione di droghe	①	②	③	④	⑤
Mi sento più comprensivo/a verso le persone che hanno preso l'HIV attraverso le trasfusioni rispetto a coloro che l'hanno contratto attraverso comportamenti sessuali promiscui	①	②	③	④	⑤
Eviterei pazienti/utenti che sono ad alto rischio di AIDS come gli uomini omosessuali e i consumatori di droghe	①	②	③	④	⑤
Non vorrei lavorare in quei reparti/servizi/specialità, dove è più probabile dover lavorare con pazienti/utenti con HIV/AIDS	①	②	③	④	⑤
Potendo scegliere preferirei non lavorare con pazienti/utenti con HIV/AIDS	①	②	③	④	⑤
Trovo o troverei difficile essere comprensivo nei confronti di pazienti/utenti con HIV/AIDS	①	②	③	④	⑤
La presenza di pazienti/utenti con HIV/AIDS rende o renderebbe il mio lavoro una professione ad alto rischio	①	②	③	④	⑤
Ho o avrei sentimenti di preoccupazione nel lavorare con pazienti/utenti con HIV/AIDS	①	②	③	④	⑤
Nonostante tutte le mie conoscenze sulla trasmissione dell'HIV ho o avrei paura di contrarlo lavorando con persone sieropositive	①	②	③	④	⑤
Nonostante la presenza di contromisure rigide, è probabile che io contragga l'HIV lavorando con pazienti/utenti sieropositivi per lungo tempo	①	②	③	④	⑤
Sono o sarei a mio agio nel fornire servizi e aiuti a pazienti/utenti sieropositivi	①	②	③	④	⑤
Sono disponibile a lavorare con pazienti/utenti sieropositivi, come farei con altri pazienti/utenti	①	②	③	④	⑤

Finito di stampare nell'ottobre 2013
Progetto grafico e impaginazione: www.kitchencoop.it

PRATICHE POSITIVE

Interventi di contrasto alla discriminazione
e all'esclusione in ambito sociosanitario
dei pazienti LGBT con infezione da HIV

La presente pubblicazione è stata realizzata all'interno
dell'omonimo progetto, con il contributo del fondo per
l'associazionismo, ai sensi della Legge n. 383/2000
Art. 12 - Comma 3 - Lettera F
Anno Finanziario 2011
Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

