

**L'AIDS  
COME COSTRUZIONE SOCIALE**

di ALBERTO MELUCCI

QUADERNO 20  
Dipartimento di Politica Sociale  
Università di Trento

I Quaderni del Dipartimento di Politica Sociale costituiscono una iniziativa editoriale finalizzata alla tempestiva diffusione in ambito universitario di materiale di ricerca, riflessioni teoriche e resoconti di Seminari di studio di particolare rilevanza. L'accettazione dei diversi contributi è subordinata all'approvazione di un'apposita Commissione scientifica, che si avvale anche del parere di referees esterni al Dipartimento. Responsabile della serie dei Quaderni: Prof. Antonio Schizzerotto, Ordinario di Sociologia, Trento. Le richieste dei Quaderni vanno inviate ai rispettivi autori.

1. E. BAUMGARTNER, *L'identità nel cambiamento*, 1983.
2. C. SARACENO, *Changing the Gender Structure of Family Organization*, 1984.
3. G. SARCHIELLI, M. DEPOLO e G. AVEZZÙ, *Rappresentazioni del lavoro e identità sociale in un gruppo di lavoratori irregolari*, 1984.
4. S. GHERARDI, A. STRATI (a cura di), *Sviluppo e declino: La dimensione temporale nello studio delle organizzazioni*, 1984.
- 5/6. A. STRATI (ed.), *The Symbolics of Skill*, 1985.
7. G. CHIARI, *Guida bibliografica alle Tecniche di ricerca sociale*, 1986.
8. M. DEPOLO, R. FASOL, F. FRACCAROLI, G. SARCHIELLI, *L'azione negoziale*, 1986.
9. C. SARACENO, *Corso della vita e approccio biografico*, 1986.
10. R. PORRO (a cura di), *Le comunicazioni di massa*, 1987.
- 11/12. G. CHIARI, P. PERI, *I modelli log-lineari nella ricerca sociologica*, 1987.
13. S. GHERARDI, B. TURNER, *Real men don't collect soft data*, 1987.
14. D. LA VALLE, *Utilitarismo e teoria sociale: verso più efficaci indicatori del benessere*, 1988.
15. M. BIANCHI, R. FASOL (a cura di), *Il sistema dei servizi in Italia*, 1989.
16. B. GRANCELLI, *Le dita invisibili della mano visibile. Mercati, gerarchie e clan nella crisi dell'economia di comando*, 1990.
17. H.M.A. SCHADEE, A. SCHIZZEROTTO, *Social Mobility of Men and Women in Contemporary Italy*, 1990.
18. J. ECHEVERRIA, *I rapporti tra stato, società ed economia in America Latina*, 1991.
19. D. LA VALLE, *La società della scelta. Effetti del mutamento sociale sull'economia e la politica*, 1991.

Dipartimento di Politica Sociale  
 Università di Trento  
 Via Verdi 26, I - 38100 Trento - Italia  
 Tel. 0461/881322  
 Telex 400674 UNITN I  
 Telefax 0461/881499

Composizione: Copisteria Paradisi - Trento  
 © Copyright Dipartimento di Politica Sociale, 1992

## INDICE

Introduzione pag. 7

### 1. AIDS: INFORMAZIONE E PREVENZIONE

1.1. La prevenzione come risorsa pag. 17  
 1.2. Approccio socio-culturale e approccio clinico pag. 19  
 1.3. Il fattore tempo e la re-informazione pag. 26

### 2. ADOLESCENTI, SESSUALITÀ E AIDS

2.1. Transizione all'età adulta e cultura sessuale pag. 33  
 2.2. L'educazione sessuale: non basta sapere pag. 37  
 2.3. La presenza dell'Aids pag. 39  
 2.4. Adolescenti, prevenzione e salute pag. 43

### 3. GLI OPERATORI COME CANALI: INFORMAZIONE E FORMAZIONE

3.1. Insegnanti e mediazione relazionale pag. 49  
 3.2. Aids ed usura del lavoro di servizio pag. 53

Note pag. 59

Bibliografia pag. 61

*«Non amavamo la nostra miseria  
ma con lei potevamo lottare  
e quando talvolta andava a terra  
su questa povera terra potevamo  
respirare».*

(Jacques Prévert)

## INTRODUZIONE

L'emergere dell'Aids come rischio reale di epidemia e come trasformazione dell'immaginario collettivo in materia di sessualità ha segnato a partire dagli anni '80 non solo le politiche sociali ma la vita quotidiana, i comportamenti individuali e il tessuto profondo della cultura. Alla rilevazione e diffusione di dati medici ed epidemiologici (Scientific American 1988, Rondanelli 1987), le scienze sociali hanno affiancato contributi di ricerca che hanno percorso tre direzioni principali: da un lato si è cercato di ricostruire la percezione della malattia nell'immaginario sociale (Albert 1986a, Aggleton, Davies 1989, Feldman, Johnson 1986, Naylor 1985, Watney 1987), soprattutto attraverso la diffusione dell'informazione televisiva, la stampa e le specifiche campagne realizzate; poi si è tentato di elaborare ipotesi e scenari sugli effetti di medio e lungo periodo che l'Aids produce nei rapporti sociali quotidiani, in particolare per quanto riguarda i comportamenti sessuali (Altman 1986, 1987, Ankrah 1989, Bennet 1987, Berk 1987, Kaplan et al. 1987, Velimirovic 1986); infine è stato indagato, sebbene in modo ancora preliminare, l'impatto dell'epidemia sulle politiche socio-sanitarie e sulle risorse organizzative e professionali necessarie per far fronte al fenomeno (Queen 1987, Miller 1987, Fineberg 1988, Green, McCreaner 1989, Dall'Orto, Ferracini 1985, Simonelli, Solano 1988, Cattorini 1987, Gualdi 1991).

Questo quadro che fornisce la base necessaria per la definizione delle dimensioni e della qualità del fenomeno Aids e per il suo contenimento, deve essere oggi ulteriormente integrato da conoscenze che aiutino a comprendere i processi di costruzione collet-

tiva del fenomeno stesso. Infatti, accanto alla realtà "oggettiva" del diffondersi del virus Hiv e dei suoi andamenti sul piano epidemiologico, l'esperienza sociale dell'Aids è fatta di molti elementi che si collocano ben al di là della definizione medica della malattia: questa si presenta infatti come un costrutto collettivo, a cui contribuiscono processi relazionali e culturali diffusi nella vita quotidiana. Una conoscenza di tali processi sembra necessaria sia per calibrare e valutare gli interventi di prevenzione, sia per comprendere le reti interattive e le strutture motivazionali su cui intervengono, in modo più o meno efficace, le campagne di informazione.

L'infezione da Hiv ha assunto connotati epidemici e non sembra un fenomeno destinato a scomparire a breve termine. Le conoscenze acquisite dal momento della individuazione del virus a tutt'oggi sembrano indicare che se esiste la capacità di diagnosticare con certezza la presenza dell'infezione è però impossibile prevederne gli sviluppi e non esistono strumenti per debellarla: si può solo ritardarne, o forse evitarne, gli esiti letali. La prevenzione rimane dunque l'unico strumento che la ricerca medico-biologica è al momento in grado di indicare come presidio alla diffusione della malattia.

Ciò rende subito evidente lo spostamento dal piano farmacologico e terapeutico a quello culturale e sociale: l'unica possibilità di agire efficacemente sulla diffusione dell'Aids sembra affidato alla capacità di incidere sulle rappresentazioni e di modificare i quadri cognitivi e motivazionali degli individui, così da evitare comportamenti a rischio e da favorire invece atteggiamenti e azioni adeguati. Emerge dunque in primo piano il ruolo chiave dell'informazione, sia a livello individuale che collettivo (Guizzardi 1989a, 1989b). L'Aids è una "catastrofe culturale" (Stella 1987, Sontag 1989, Grmek 1989), almeno nel senso che non si tratta di

un evento naturale che attacca dall'esterno la società, ma di un fenomeno che è il risultato della definizione che la società stessa ne dà: degli orientamenti e dei comportamenti che mobilita intorno ad esso, del ruolo che diverse categorie sociali, diversi sistemi professionali, diverse istituzioni svolgono nel costruire l'immagine della malattia e nell'influenzare l'agire quotidiano, soprattutto nella sfera più intima degli affetti e delle relazioni sessuali.

La prospettiva costruttivista che qui si delinea sposta l'attenzione dal mero dato epidemiologico e dall'attesa messianica di soluzioni farmacologiche al sistema d'azione che si struttura intorno al fenomeno e lo fa esistere. L'Aids non è una "cosa", ma un oggetto sociale che ha radici nella biologia: la possibilità di fronteggiarne i rischi è strettamente legata al gioco delle azioni, delle rappresentazioni, degli scambi e dei conflitti che gli attori coinvolti in questo campo realizzano. La prima e fondamentale conseguenza di una simile scelta epistemologica è la radicale messa in questione di un assunto che sta alla base di tutte le politiche informative finora messe in atto. Queste sono infatti la conseguenza della necessità, già segnalata, di affidare alla prevenzione le chances di contenimento del rischio. L'equazione che sta alla base di tali politiche è, nella sua forma più semplice, la seguente: *prevenire = informare = modificare atteggiamenti e comportamenti*.

Dunque si assume, di solito, l'esistenza di una relazione lineare tra la produzione di conoscenze da parte di specialisti, la diffusione di tali conoscenze al pubblico interessato attraverso appositi strumenti e campagne, l'attuazione di comportamenti conseguenti e adeguati da parte dei soggetti destinatari dell'informazione stessa. Ma questa linearità è ben lungi dal realizzarsi ed è proprio nel mettere in luce la fragilità dell'equazione di partenza che le scienze sociali possono oggi dare il loro più specifico contributo.

Anche senza far intervenire considerazioni di carattere semio-

logico sulla specificità dei canali e sulla polivalenza dei codici utilizzati per trasmettere l'informazione; anche senza sottolineare l'incertezza che caratterizza alla fonte molte delle conoscenze scientifiche oggi disponibili intorno all'Aids, è sul terreno propriamente sociologico che l'assunto in questione mostra tutta la sua debolezza. Infatti l'acquisizione dell'informazione e la modificazione di comportamenti è sempre mediata dalla cultura e dalle specifiche reti di interazione sociale in cui gli individui sono inseriti. Senza considerare i filtri culturali e interattivi attraverso i quali i messaggi vengono ricevuti ed elaborati all'interno dei gruppi, risulta impossibile comprendere in che modo l'informazione si traduca nei comportamenti attesi, ovvero manchi, come spesso accade, il proprio obiettivo preventivo.

Ogni messaggio viene ricevuto infatti attraverso processi di costruzione sociale che utilizzano le reti di relazioni di cui gli individui fanno parte. La percezione del rischio legato all'Aids e l'assunzione di comportamenti conseguenti è un processo di definizione (*framing*) che gli individui producono all'interno dei loro reticoli quotidiani. L'analisi di questi processi conta oggi su un patrimonio consistente di teorie e di metodi, sperimentati in contesti di ricerca diversi da quelli dell'Aids, ma che hanno mostrato la possibilità di ricostruire i modi attraverso cui individui e gruppi costruiscono attraverso l'interazione i loro orientamenti collettivi e i loro filtri cognitivi nei confronti della realtà: sono stati indagati i processi di costruzione dell'identità collettiva in contesti di mobilitazione (Melucci 1984), oppure i modi in cui messaggi dei media o delle campagne dirette dalle autorità pubbliche verso i cittadini vengono percepiti ed elaborati attraverso l'interazione quotidiana fino alla formazione di issues collettive (Gamson 1985, Snow 1986).

La costruzione di un problema implica una capacità di riconoscimento e di definizione che si realizza nello scambio, nel nego-

ziato, nell'influenza reciproca tra gli individui all'interno dei loro reticoli di vita quotidiana: questi ultimi contribuiscono al filtraggio, alla selezione ed eventualmente alla resistenza nei confronti dei messaggi che provengono dalla sfera pubblica. In questa prospettiva è dunque possibile indagare sia le modalità attraverso cui gli individui acquisiscono informazioni per orientare l'azione, sia valutare l'efficacia degli strumenti utilizzati dalle autorità per diffondere le informazioni e promuovere i comportamenti desiderati.

Prima di prendere qualunque decisione rispetto ai propri comportamenti gli individui tendono a farsi un'idea almeno approssimativa dei costi e dei benefici dell'azione. Tendono dunque a investire energie nella raccolta e organizzazione di informazioni prima di agire nelle direzioni implicate o suggerite dall'informazione. Prima di accettare una comunicazione che comporta la modificazione o l'accettazione di un corso d'azione (come per es. evitare o assumere certi comportamenti) gli individui sono raggiunti da comunicazioni che riguardano un determinato stato di cose ("il problema"). Ma il modo in cui "il problema" diventa problema di ciascuno dipende dalla rielaborazione interattiva che avviene nei reticoli quotidiani.

Solo dopo avere messo a fuoco questo specifico livello in cui il messaggio della sfera pubblica raggiunge il "campo" di riferimento dei soggetti, possono essere utilmente integrate nell'analisi le differenze dei canali informativi utilizzati dalle autorità per trasmettere i messaggi: il ruolo dei diversi media si esercita infatti nell'attivare filtri e processi di elaborazione differenziati. Anche per i codici utilizzati nella trasmissione di informazione giocano differenze significative, che vanno di volta in volta correlate alle caratteristiche dei reticoli. Infine i contenuti possono essere presi in considerazione nel loro aspetto sostantivo, soprattutto in rapporto alla qualità della conoscenza scientifica disponibile e al grado di incertezza che tuttora caratterizza la natura e il decorso della ma-

lattia. Di fronte a stimoli informativi che mantengono una quota più o meno elevata di ambiguità, di fronte a questioni controverse che comportano una profonda implicazione emozionale, gli attori mettono in moto complessi processi interattivi che li portano a "circoscrivere", "definire", "ignorare" un problema. La conoscenza di questi *frames* può essere preziosa sia per orientare i messaggi che per valutarne l'impatto.

Questi criteri teorico-metodologici sono importanti per comprendere anzitutto il sistema di rappresentazioni e di comportamenti di quelle che sono state troppo sbrigativamente classificate come "categorie a rischio" (per es. omosessuali, tossicodipendenti). Una ricostruzione del tessuto relazionale in cui l'esperienza potenziale o attuale della malattia si radica mostra che la nozione di "categoria a rischio" regge con difficoltà la prova dei fatti e deve essere sostituita con quella di "comportamenti a rischio". La prevenzione e il controllo assumono evidentemente direzioni ben diverse nel caso che il bersaglio siano dei comportamenti di singoli o di gruppi o invece intere categorie sociali a cui tali comportamenti vengono attribuiti attraverso politiche epidemiologiche e interventi di regolazione. Nel caso degli omosessuali, poi, la presenza di canali associativi e di forme specifiche di solidarietà rende ancora più importante la dimensione della cultura del gruppo non solo per la ricezione dei messaggi ma per l'elaborazione delle risposte messe in atto all'interno del gruppo stesso. Il regredire dell'infezione tra gli omosessuali è infatti la prova più evidente del ruolo che la mobilitazione interna al gruppo e il filtraggio dell'informazione all'interno della specifica rete associativa ha svolto nell'orientare i comportamenti e nel produrre modificazioni efficaci (Pollak 1988).

Un'area della società investita da consistenti flussi di informazione preventiva, di cui è difficile valutare l'impatto, è oggi il mondo giovanile e in particolare la fascia adolescenziale. Gli ado-

lescenti rappresentano un gruppo sociale toccato direttamente nelle proprie scelte esistenziali dagli effetti della malattia e sono contemporaneamente oggetto di specifiche campagne di sensibilizzazione, soprattutto attraverso i canali scolastici. La condizione urbana tende oggi ad esasperare gli aspetti di dispersione e conflittualità che caratterizzano il processo interno di costruzione dell'identità, proprio dell'adolescenza. Il transito fisiologico dall'infanzia alla vita adulta perde il suo carattere di normalità e tende a caricarsi di connotati patologici, accentuando la vulnerabilità di una fase delicata di passaggio. Il tradizionale disorientamento degli adolescenti di fronte alle problematiche sessuali tipiche dell'età è aggravato oggi dalla presenza dell'Aids. Le relazioni, gli affetti, i comportamenti legati all'evolvere dell'identità sessuale mutano profondamente e si disegnano su uno scenario che non ha precedenti. Se si tiene conto poi della scarsità di servizi rivolti specificamente alla fascia adolescenziale e si considerano le difficoltà di ogni rapporto tra adulti e giovani connotato in senso sanitario, quella adolescenziale appare come una categoria sociale particolarmente investita dalla "catastrofe culturale" dell'Aids. La difficoltà a trovare interlocutori e aiuti adeguati rispetto ai problemi sollevati dalla comparsa della malattia spiega, almeno in parte, come in questa età si manifestino atteggiamenti di ignoranza e sottovalutazione del rischio, insieme ad elaborazioni distorte dell'informazione disponibile.

L'attenzione ai processi di costruzione sociale della malattia sposta l'attenzione anche verso i contesti micro-relazionali, di cui per esempio l'interazione tra medico e paziente, e più in generale tra operatori socio-sanitari e utenti, costituisce un caso significativo. Infatti sia nella diffusione dell'informazione che nelle fasi diagnostiche e più propriamente terapeutiche l'interazione operatore-utente è una delle chiavi essenziali di comprensione non solo dei vissuti soggettivi, ma anche delle categorie culturali attraverso cui si costruisce l'immagine collettiva della malattia (O'Donnell et

al. 1987). Gli operatori socio-sanitari costituiscono infatti uno dei terminali più sensibili delle campagne di informazione-formazione e nello stesso tempo rappresentano i mediatori più importanti dei messaggi, sia nei confronti degli utenti diretti dei servizi, sia verso il pubblico più in generale. Atteggiamenti e comportamenti degli operatori contribuiscono a loro volta alla qualità dei servizi erogati e al tipo di interazione con gli utenti.

Un caso particolare di operatori è costituito dagli insegnanti che nell'attuale sistema scolastico costituiscono il canale principale di comunicazione diretta tra il mondo adulto e i ragazzi in età adolescenziale: nella scuola infatti la funzione educativa si esercita attraverso il passaggio di informazioni a livello cognitivo, ma essa è resa possibile dalla qualità della relazione tra adulti e ragazzi. Dunque gli insegnanti costituiscono un nodo essenziale nella trasmissione efficace di informazioni, così come un ruolo cruciale svolgono gli operatori di quei servizi che sono esplicitamente rivolti alla fascia di età adolescenziale.

Le pagine che seguono sviluppano la prospettiva costruttivista qui delineata basandosi sui risultati di ricerca emersi dalla letteratura internazionale e sui dati raccolti a partire da specifiche rilevazioni sul campo (1). La prima parte si occupa del rapporto tra informazione e prevenzione attraverso una rassegna dei contributi significativi sul tema. La seconda parte affronta il caso degli adolescenti come un esempio rilevante del processo di costruzione sociale della malattia, sulla base di ricerche empiriche da me condotte: in particolare viene messo a fuoco il livello della relazione dei ragazzi con adulti significativi, come gli insegnanti e gli operatori socio-sanitari (medicina scolastica, consultori, centri di ascolto). La terza parte si occupa specificamente dei processi di informazione-formazione rivolti ad insegnanti ed operatori socio-sanitari, sempre facendo riferimento a risultati di ricerca.

Attraverso l'analisi di questi diversi livelli di osservazione que-

sto Quaderno intende mostrare sia l'importanza dei processi di costruzione nella definizione di un fenomeno sociale così grave e minaccioso come l'Aids, sia la necessità di modificare il punto di vista, e dunque i metodi di osservazione: si tratta di spostare lo sguardo dalla *registrazione di eventi fattuali* alla *osservazione di processi di attribuzione di senso* che gli attori sempre realizzano nella loro azione. In un caso come quello dell'Aids, in cui il livello di allarme prodotto dal semplice trattamento e diffusione dell'informazione ha già contribuito in modo drammatico a modellare orientamenti e comportamenti, e non certo solo nel senso di ridurre il potenziale di contagio, questa prospettiva risulta vitale: sia per modificare in modo efficace atteggiamenti e forme d'azione, sia soprattutto per ricordare che anche di fronte alle circostanze più tragiche e incerte dell'esperienza umana individui e gruppi non cessano di cercare un significato per ciò che fanno.



## 1. AIDS: INFORMAZIONE E PREVENZIONE

### 1.1. La prevenzione come risorsa

Molte ricerche svolte negli ultimi anni nel panorama internazionale esplorano il rapporto tra informazione e Aids. Che si tratti di ricerche mirate a valutare la conoscenza del rischio e rivolte all'universo della popolazione (Singer, Rogers, Corcoran 1987, Makowa, Wilkie 1987), o invece di lavori condotti su popolazioni specifiche già toccate dall'infezione o dai suoi prodromi, ivi compresi i gruppi adiacenti per prossimità familiare, affettiva e più in generale di appartenenza, l'intento delle ricerche qui considerate è quello di dare conto del livello di informazione acquisito da diverse aree del sistema sociale. In assenza di presidi farmacologici risolutivi, l'intervento si organizza e si intensifica sul versante della prevenzione, soprattutto quella primaria, che consiste nella individuazione dei fattori di rischio e nella messa in atto di strategie mirate alla loro riduzione o eliminazione.

Quando si applica a fasce di popolazione già colpite dalla malattia, il concetto di prevenzione viene inteso invece sia come competenza di diagnosi precoce che come processo riabilitativo (prevenzione secondaria e terziaria). Se è vero infatti che ancora oggi non sono disponibili trattamenti risolutivi si è però affermata, dopo l'eccesso di drammatizzazione iniziale, la tendenza a considerare l'Aids e le sindromi correlate come patologie curabili, benché inguaribili.

Nell'immaginario delle stesse persone colpite l'atteggiamento attendista del farmaco o del vaccino risolutivo ha progressivamente lasciato il posto ad una serie di terapie di contenimento desti-

nate a trasformare l'Aids e le sindromi correlate più in forme croniche, con ricadute e riprese, piuttosto che in una malattia dalla prognosi irrimediabilmente infausta.

Non è solo l'esperienza sempre più frequente dei *long term survivors* che autorizza questa trasformazione, ma anche quella più diffusa dei protagonisti della *grey zone*, le persone cioè contaminate dal virus Hiv, che hanno reagito all'infezione elaborando strategie e metodi per mantenersi in buona salute. Emblematica a questo proposito è l'esperienza dello *Shanti Project* di San Francisco: fondato nel 1974 con l'intento di fornire un supporto alle persone affette da malattie incurabili e al loro entourage, ha avviato il primo gruppo di supporto fra ammalati di Aids fin dal 1981 e contemporaneamente ha iniziato a costruire una rete di volontari gay sensibili a questa problematica. Dal 1983 lo *Shanti Project* ha indirizzato quasi totalmente i suoi interventi a favore dell'Aids. La rete di circa 300 volontari ha prestato il suo servizio all'83% delle persone con diagnosi di Aids/Arc nella città di San Francisco. Il progetto prevede una serie di interventi a seconda delle necessità: dall'aiuto pratico nella gestione della casa, all'appoggio emotivo e alla consulenza presso la struttura ospedaliera, monche programmi di sostegno psicologico individuale e di gruppo per persone malate e per i loro collaterali. All'interno del progetto sono riservati ruoli attivi alle persone colpite, proprio perché il tentativo di non ridurre i soggetti in condizione passiva e di evitare la medicalizzazione del problema sono i criteri di base dell'intervento. Una attenzione particolare è rivolta al reclutamento e alla selezione dei volontari, destinati di volta in volta o al rapporto diretto con le persone malate o a funzioni organizzative (Altman 1986).

Questa tendenza alla mobilitazione diretta ha un preciso riscontro anche in altre aree geografiche e soprattutto presso culture diverse da quella statunitense; a questi stessi principi sono ispirate infatti associazioni quali la AIDS/HILFE tedesca e svizzera,

e la francese AIDES, che lavorano sia sul versante della informazione e della sensibilizzazione che su quello della assistenza e della cura. Esperienze analoghe si ritrovano in Gran Bretagna, Olanda e nei paesi scandinavi (Bayer 1991). Anche in Italia si sono diffuse negli ultimi cinque anni forme associative volontarie che intervengono nella stessa direzione (AA.VV. 1989). In questo senso la prevenzione è da intendersi ad ampio spettro: è simultaneamente prevenzione della diffusione epidemica e prevenzione del disastro psicologico delle persone coinvolte. I processi di prevenzione passano sempre più attraverso la diretta implicazione delle persone colpite dall'infezione e attraverso la mobilitazione di organizzazioni di volontariato, venute a costituirsi in ragione della appartenenza e implicazione degli individui in gruppi e in comportamenti considerati a rischio. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha auspicato l'inserimento di persone positive al virus Hiv nelle commissioni ministeriali che si occupano della lotta contro la diffusione dell'Aids.

## 1.2. Approccio socio-culturale e approccio clinico

Dal panorama delle ricerche in tema di Aids sembrano emergere due direzioni parallele e apparentemente senza punti di contatto. E' possibile immaginarle come due flussi informativi di direzione opposta: da una parte si dirigono dall'universo della popolazione verso un pool di agenzie (O.M.S./Università/Istituti di ricerca) pacchetti di informazioni attestanti il grado di conoscenza e più in generale gli orientamenti della popolazione verso il fenomeno Aids; dall'altra si utilizza l'informazione ottenuta per rendere più efficace e mirato l'approccio preventivo. Indagando sul rapporto fra conoscenza medico-scientifica e percezione soggettiva dello stato di salute e di malattia, una parte delle ricerche han-

no analizzato in particolare come i destinatari delle campagne preventive percepiscono ed organizzano le informazioni veicolate e divulgate dalle istituzioni sanitarie in merito all'Aids e all'Hiv. Si è cercato così di verificare il grado di comprensione e di assimilazione dei messaggi per rendere gli interventi istituzionali più pertinenti ed efficaci.

Per esempio sono stati analizzati i diversi atteggiamenti nei confronti dell'Aids secondo l'identità sessuale, su campioni di giovani di età compresa fra i 16 e 25 anni, appartenenti a clubs e associazioni urbane e suddivisi in appartenenti a gruppi omosessuali, di lesbiche e di eterosessuali (Warwick, Aggleton, Homans 1988). Attraverso interviste in profondità e interviste semi strutturate si è indagato sulle credenze diffuse in tema di Aids in rapporto alla più generale percezione dei concetti di salute e di malattia, focalizzando in particolare tre ordini di questioni: la natura della malattia; le cause di trasmissione dell'epidemia e le sue origini.

Per quanto riguarda la prima questione i risultati rivelano una certa difficoltà a distinguere tra la malattia come tale e il virus Hiv, in particolare nei giovani eterosessuali (Di Clemente, Zorn, Themoshok 1987). Questa confusione sarebbe da attribuire alla casualità con cui i media parlano di "virus dell'AIDS" e di "test dell'AIDS", inducendo così una sorta di determinismo automatico tra l'infezione e il suo decorso più grave in forma di malattia conclamata. I giovani omosessuali per contro dimostrano una maggiore conoscenza dei processi che possono portare allo sviluppo dell'Aids, testimoniando con ciò il ruolo delle reti interattive e associative attraverso cui l'informazione è stata filtrata.

Circa le cause di trasmissione della malattia, nei giovani eterosessuali tende a prevalere la convinzione che l'Aids sia un virus infettivo e contagioso che può propagarsi anche casualmente. E' stata inoltre riscontrata la tendenza ad associare la possibilità di ammalarsi a caratteristiche sociali dell'individuo: gli eterosessuali

tendono quindi ad individuare categorie di persone a rischio, cioè gli omosessuali, i tossicodipendenti, le prostitute ed altri gruppi promiscui. Per contro i membri dei gruppi di omosessuali e di lesbiche hanno una maggiore consapevolezza del fatto che il virus non si trasmette casualmente e tendono ad associare la possibilità di contagio a specifici comportamenti sessuali piuttosto che a categorie di persone. Essi dimostrano inoltre una conoscenza più precisa dei metodi volti a ridurre i rischi del contagio, consistenti in pratiche di *safe sex*. Nel caso particolare delle lesbiche i dati rivelano una certa quota di ansia legata alla mancanza di informazioni specifiche destinate a questa categoria in particolare.

Nel complesso sembra dunque che le informazioni mediche divulgate su Aids e Hiv siano insufficienti a placare l'ansia derivata dalla paura della malattia e a creare una realistica percezione dei rischi ad essa connessi. Tra gli eterosessuali che sono stati, almeno inizialmente, il target più indifferenziato delle campagne informative sembrano riflettersi in modo più diretto gli stereotipi e le deformazioni più allarmistiche, mentre tra le categorie che più rapidamente hanno reagito all'informazione attraverso filtri collettivi si stabilizzano immagini più realistiche e comportamenti più consapevoli.

Anche altre ricerche hanno esplorato la ricaduta delle campagne preventive, con l'intento di produrre interventi più mirati sia nella direzione del destinatario che nella qualità del messaggio: attraverso il monitoraggio delle cognizioni via via conseguite può essere meglio individuato il destinatario, la sua appartenenza, la sua cultura, nonché il messaggio più capace di veicolare il significato. Per esempio una analisi longitudinale condotta su un gruppo di omosessuali considerati a rischio, ha preso in considerazione la relazione esistente tra la percezione del rischio soggettivo ed una serie di conseguenze comportamentali, sociali e psicologiche: in particolare si è inteso verificare se la percezione di una situazione di rischio induca o meno modifiche del comportamen-

to. Per questa via si è realizzata anche una valutazione indiretta dei danni o dei benefici associati al carattere minaccioso delle campagne sanitarie preventive.

Il questionario sottoposto dal giugno 1984 all'agosto 1985 a un campione di 637 omosessuali di Chicago ha permesso di costruire una misura della percezione soggettiva del rischio e di valutare i mutamenti di comportamento in un intervallo temporale di sei mesi. Dai dati emerge che coloro che si attribuiscono un livello maggiore di rischio sono anche i meno propensi ad attuare modifiche del comportamento: l'aumento della percezione del rischio sembra diminuire la tendenza a cambiare i propri comportamenti ed appare associata a maggiori livelli di stress psicologico e/o sociale (Joseph et al. 1987).

Questi risultati sembrano indicare che la percezione del rischio, se stimolata in modo indifferenziato, non conduce come tale a conseguenti modificazioni del comportamento volte a diminuire l'estensione del contagio. Al contrario, coloro che si reputano ad alti livelli di rischio tendono ad opporre una specifica resistenza a comportamenti di riduzione del medesimo: e ciò anche se sperimentano un grado crescente di stress psicologico e sociale, a cui contribuiscono i toni drammatici dell'informazione preventiva. Gli studi sulla popolazione tossicodipendente sembrano confermare in modo drammatico queste tendenze e mettono a fuoco un nodo critico di tutte le strategie preventive.

I tossicodipendenti rappresentano sicuramente la prima causa della diffusione dell'Aids fra gli eterosessuali e i bambini. Le ricerche che si sono occupate delle attività di prevenzione rivolte specificamente ai tossicodipendenti (Des Jarlais, Friedman 1987) hanno messo a fuoco le principali caratteristiche del gruppo in quanto specifica subcultura, di cui le politiche preventive non possono non tener conto. I tratti particolari della subcultura dei tossicodipendenti rivelano infatti la priorità delle forme orali di comunicazione rispetto a quelle scritte, l'uso di gerghi settoriali

che ostacolano la comunicazione con il resto della società, la condivisione di aghi e siringhe usati, come comportamento con forte valore di legame simbolico. Queste caratteristiche, insieme alle pesanti restrizioni legali alla vendita di siringhe sterili, creano seri vincoli agli interventi di prevenzione e di informazione. Inoltre la convinzione diffusa che i tossicodipendenti siano individui con un atteggiamento "distruttivo", inibisce il tentativo di attuare campagne di prevenzione dell'Aids rivolte specificamente a questa popolazione.

Recenti studi però dimostrano che la maggioranza dei tossicodipendenti è disposta ad attuare cambiamenti del comportamento volti ad evitare i rischi del contagio; tali mutamenti (maggiore uso di siringhe sterili, riduzione dello scambio di siringhe, pulizia di aghi già usati) si sono verificati anche in assenza di programmi sistematici di prevenzione rivolti a questo gruppo e suggeriscono che una più intensa politica in questa direzione produrrebbe risultati senza dubbio positivi. Gli interventi di prevenzione dovrebbero in ogni caso tener conto del fatto che i tossicodipendenti non costituiscono un gruppo omogeneo, particolarmente per il diverso grado di fedeltà e di impegno nei confronti dei valori della subcultura; le iniziative dovrebbero quindi differenziarsi a seconda delle peculiari caratteristiche di ciascun sottogruppo (Brette 1991).

Inoltre appare sempre più necessario indirizzare specifiche attività di prevenzione verso coloro che non hanno ancora iniziato l'uso di droghe, e che sono "a rischio" in tal senso, oltre che verso i partners eterosessuali dei tossicodipendenti. Un rilevante scoglio su cui si è arenato il dibattito sulla prevenzione dell'Aids fra i tossicodipendenti sembra rappresentato dalla convinzione, condivisa da molti, che gli interventi volti a diminuire i rischi di contagio, come la distribuzione di siringhe sterili, finirebbero con l'incentivare il consumo di sostanze stupefacenti. Allo stato attuale mancano però studi empirici che possano fornire una risposta si-

cura al problema.

Più aderenti alla pratica dell'accompagnamento, del sostegno psicologico e più in generale dell'aiuto basato sul lavoro di comunità, alcuni contributi hanno documentato l'opportunità di sostenere, accompagnare e re-informare le persone che per circostanze soggettive, familiari o di appartenenza, si trovano a fare i conti con l'Aids e i suoi contesti (Simonelli, Solano 1988). Per esempio un'iniziativa sperimentale messa in atto da psicologi appartenenti alla Bexar County Psychological Association (Texas) ha realizzato uno dei primi programmi di azione volontaria volto ad impedire la diffusione del virus Hiv fra gli individui ad alto rischio. Il programma prevedeva l'offerta gratuita del test anti-Hiv, con un'informazione distribuita nei locali e nei night-club frequentati da persone ad alto rischio, e un servizio di consulenza (Gaines 1988). Nell'ambito dell'iniziativa sperimentale il test fu effettuato da 711 persone, il 22,5% delle quali risultò sieropositiva. La conseguente attività di consulenza fu basata sull'offerta di sostegno emotivo, di informazioni relative alla malattia e alle misure di prevenzione, sull'indicazione dei servizi medici e sociali esistenti e sulla attuazione di strategie per affrontare in maniera adeguata il risultato positivo del test.

Sotteso a questo tipo di interventi, di cui si hanno oggi diversi esempi, sta l'assunto di base che l'impatto con l'universo dell'Aids genera nei soggetti una forma di squilibrio cognitivo ed emozionale che inibisce la facoltà di valutazione e giudizio. Questo impedimento mette le persone nella condizione di affrontare in modo inadeguato il disagio e la condizione di svantaggio che sono il risultato della malattia. Sia nel caso dei soggetti direttamente colpiti che nel caso dei familiari o dei partners, i rischi più consistenti sono costituiti dalla sottovalutazione o dalla sopravvalutazione degli eventi. Esito di un atteggiamento di negazione o di drammatizzazione, le risposte si situano frequentemente agli estremi di un asse i cui poli sono la rimozione o la disperazione.

Suscitare comportamenti adattivi che tengano conto delle modificazioni intervenute significa mettere le persone in grado di far fronte con maggiori risorse all'esperienza quotidiana dell'incertezza. Qui la prevenzione passa attraverso la via della re-informazione e la creazione di una rete di solidarietà: la condivisione di un comune statuto sierologico è solo il punto di partenza per attivare nuove energie e la possibilità di reggere insieme l'esperienza della malattia mobilita la forza latente degli individui. All'impatto di una diagnosi vissuta come un certificato di morte senza data viene opposta una capacità di tenuta che diventa essa stessa una risorsa di resistenza e di crescita, una sfida all'infezione capace di mantenersi nel tempo.

Alcuni autori hanno indagato sulla ricaduta delle varie forme di sostegno sociale in individui malati di Aids o affetti dai suoi prodromi. Per esempio è stata analizzata in particolare la relazione esistente fra i diversi tipi di sostegno e i problemi psicologici e sociali associati all'Aids (Zich, Temoshok 1987). Effettuata con individui omosessuali e bisessuali ai quali era stata recentemente comunicata una diagnosi di Aids o Arc, la ricerca ha raggruppato le possibili forme di sostegno sociale in quattro categorie: 1) comportamenti di sostegno emotivo (qualcuno con cui parlare); 2) comportamenti per la risoluzione di problemi (qualcuno che offra un consiglio, un'indicazione); 3) influenza personale indiretta (qualcuno che dimostri una propensione ad offrire aiuto); 4) azione ambientale (qualcuno che intervenga sull'ambiente per ridurre lo stress). Le forme di sostegno sociale sono state analizzate in termini di desiderabilità, effettiva disponibilità, frequenza d'uso, e in questo caso, utilità dell'uso stesso e sono state correlate ad indici comportamentali, cognitivi, affettivi e medici. Se si considera per esempio la relazione fra i disturbi fisici di cui gli individui soffrono e la percezione/valutazione delle forme di sostegno sociale, mentre nel caso di malati di Arc non emerge una relazione significativa fra le due variabili, nel caso dei malati di Aids si ri-

scontra una forte correlazione negativa. Sembra quindi che nel caso dell'Aids maggiore è la presenza e l'intensità dei sintomi fisici che la persona avverte, minore è la percezione positiva circa la disponibilità ed utilità di un aiuto.

La stessa ricerca ha anche effettuato un confronto fra le diverse forme di sostegno sociale nell'ipotesi che alcune potessero essere preferite ad altre: tra forme di supporto emotivo e comportamenti di sostegno diretti alla soluzione di problemi, le prime appaiono più desiderabili, vengono maggiormente utilizzate e sono ritenute più utili dei secondi. Inoltre la relazione fra sostegno sociale e varie forme di disturbo psicologico (ansia, depressione, stress, senso di impotenza) mostra che, sia nel caso dell'Aids che dell'Arc, la percezione di una maggiore disponibilità di forme di sostegno corrisponde a un grado più basso di logoramento psicologico e di depressione.

E' evidente dunque che i fattori strettamente fisici e biologici sono solo una parte del problema e che la struttura emotiva e motivazionale dell'individuo e le condizioni sociali e culturali che sostengono la sua esperienza sono fondamentali per il decorso della sindrome e per i suoi esiti.

### 1.3. Il fattore tempo e la re-informazione

Fin dalla sua prima comparsa il fenomeno Aids è stato oggetto di attenzioni molto speciali da parte dei media: l'informazione sia specializzata che divulgativa, si è gettata sulla nuova patologia con un interesse giustificato certo dalla gravità della sindrome ma soprattutto dal fatto che si trovavano riunite all'interno dello stesso individuo sia la dimensione della colpa che quella della malattia. In termini di risposta sociale, la medicalizzazione della devianza autorizzava il passaggio dalla punizione al trattamento. L'accento

posto più sul carattere deviante delle vittime che sugli aspetti problematici della malattia trova riscontro nell'analisi della stampa: soprattutto nella prima fase emerge una netta prevalenza degli interventi centrati sugli stili di vita piuttosto che su aspetti medico-scientifici.

Una analisi del contenuto condotta su articoli comparsi fra il 1982 e il 1984 su riviste americane a diffusione nazionale mostra, per esempio, che il trattamento dell'Aids nel sistema dei media può essere compreso come il riflesso dell'ambiguità esistente nella società contemporanea circa la relazione fra malattia e devianza (Albert 1986a, 1986b). L'Aids riunisce nello stesso individuo sia gli aspetti di peccato che quelli di malattia e nella rappresentazione dei media, soprattutto nella iniziale diffusione dell'informazione, i malati sono stati tendenzialmente colpevolizzati per la loro condizione. Gli articoli orientati agli aspetti scientifici della malattia sono assai meno estesi, frequenti ed efficaci rispetto a quelli dedicati alla descrizione degli stili di vita delle vittime: il tema centrale è stato la minaccia del contagio, soprattutto attraverso il sensazionalismo dei titoli e delle immagini fotografiche. Accentuando il carattere deviante degli stili di vita dei malati, e sottolineando le differenze fra i gruppi a rischio e quelli non a rischio, i media hanno contribuito ad isolare simbolicamente una categoria sociale dal resto della società. Anche se in tempi successivi questa enfasi è stata notevolmente smorzata e sono avvenute importanti correzioni di tiro, l'effetto di costruzione della prima ondata informativa è molto difficile da cancellare.

Che questa sia stata una tendenza generale del sistema dei media è confermato da diverse ricerche (Grube, Boehme-Duerr, 1988). L'analisi degli articoli apparsi sui principali quotidiani francesi tra il 1982 e il 1986 (Herzlich, Pierret 1988) mostra che il clima di sensazionalismo e di gigantismo ("la peste del 2000") ha mantenuto in secondo piano l'informazione efficace, sopravanzata da un impatto emotivo di indubbia presa. Quanto queste immagi-

ni emotivamente molto cariche si siano radicate negli strati profondi della cultura diffusa e abbiano contribuito a strutturare i comportamenti è oggi difficile valutare: certamente la sostituzione con percezioni più sfumate e positive e la modificazione di atteggiamenti e comportamenti deve oggi fare i conti con sentimenti molto arcaici come la paura, che sono stati attivati in modo molto intenso nella prima fase di diffusione dell'informazione.

Sul tema della paura esistono ricerche che hanno cercato di valutare il ruolo di questa disposizione emozionale rispetto ai comportamenti verso la malattia (Bouton et al. 1987). L'analisi delle reazioni alla paura presso i gruppi a rischio (Chodoff 1987) mette in luce una varietà di risposte che possono essere classificate come patologiche, di totale disadattamento, oppure appropriate. Il tipo di reazione non dipende unicamente dall'entità della paura della malattia; esistono infatti sempre variabili intervenienti tra l'intensità della paura e la risposta individuale. Nel caso dell'Aids la variabile più importante sembra essere il grado di tolleranza dell'incertezza da parte dell'individuo esposto al rischio di infezione. La capacità di sopportare una situazione di incertezza è una componente fondamentale della maturità emotiva e sotto questo profilo le possibili reazioni alla paura dell'Aids rivelano tratti comuni tra gli appartenenti a gruppi diversi di omosessuali: sia presso i membri della cosiddetta *grey zone* (Hiv positivi) che presso i *worried well* (stili di vita a rischio in assenza di infezione), si incontrano forme analoghe di paura e analoghe strategie per tenerla a bada.

La paura dell'Aids si è distribuita in modo anomalo catalizzando altre paure e altre incertezze: infatti mentre per un verso fasce esposte hanno continuato ad ignorare il rischio di determinati comportamenti, altre persone, psicologicamente vulnerabili, hanno potuto sviluppare in assenza di infezione sindromi di pseudo-Aids. E' questo il caso dei già citati *worried well* che coniugando senso di colpa e rischio pregresso (non necessariamente reale, ma

anche semplicemente supposto) coltivano fantasie di devastazione accompagnate da ansia acuta o cronica, attacchi di panico e depressione (Miller, Weber, Green 1986). Allo stesso modo, e contrariamente ad ogni previsione, una ricerca condotta a New York su un campione di omosessuali ha messo in luce come anche in situazioni di buona informazione esista uno scarto fra la percezione soggettiva di pericolosità e pericolosità reale (Bauman, Siegel 1987).

La stessa escalation esponenziale del contagio, paventata negli ultimi anni, si alimenta di quel sensazionalismo che accompagna fin dal suo esordio l'informazione sull'Aids: in realtà tale crescita non è avvenuta nei termini previsti, e pur essendosi verificata una certa diffusione anche tra la popolazione eterosessuale, tale incremento è molto lontano dalle aspettative. E' stato anche suggerito che l'evocazione della crescita esponenziale sarebbe funzionale all'aumento degli stanziamenti di fondi per la ricerca e sarebbe reso statisticamente possibile da una indebita generalizzazione del modello africano di trasmissione (Fumento 1987). E' comunque indubbio che il sensazionalismo, talvolta apocalittico, ha ceduto il passo negli ultimi anni ad un atteggiamento diverso, perfino nella stampa di tipo più divulgativo.

Probabilmente questa inversione di tendenza, che nulla toglie alla problematicità e alla difficoltà che l'Aids ha introdotto sulla scena di questo scorcio di secolo, rappresenta una delle modificazioni più significative del rapporto tempo/informazione: la transitorietà costituisce un postulato basilare di ogni informazione, che è sempre sottoposta sia alle trasformazioni strutturali del dato, sia alla mutazione dell'atteggiamento dei riceventi. In questo senso una informazione non è data per sempre né per sempre mantiene validi i suoi elementi costitutivi. Va inoltre ricordato che il modificarsi di atteggiamenti e comportamenti collettivi nei confronti della salute e della malattia è governato da variabili esterne alla natura della patologia e agli eventi che la riguardano direttamen-

te. Una patologia continua ad essere più o meno grave indipendentemente da ciò che su di essa viene detto. Ma va da sé che i mutamenti degli atteggiamenti e delle culture modificano il contesto di accoglimento del dato informativo e più che mai di quella informazione emotivamente pregnante che è la diagnosi.

Tenendo poi conto della multifattorialità di una malattia come l'Aids, per la quale sono state avanzate ipotesi significative di stretta relazione fra sistema nervoso centrale e sistema immunitario, non è senza peso l'influenza che il campo dell'informazione esercita sulla sfera psicologica e sulla stessa risposta fisica. L'informazione può diventare allora uno degli elementi stressori, e non certo l'ultimo, in grado di imprimere al vissuto della malattia una direzione fatale, orientandola verso un esito senza possibilità di remissione (Solomon, Temoshok 1987).

Certamente, al di là del vissuto della malattia, l'enfaticizzazione della gravità ha contribuito per un certo tempo a mantenere desto l'interesse della popolazione rispetto al problema Aids. Per un certo tempo si può infatti ritenere valida l'equazione maggiore gravità = maggiore attenzione, e dunque maggiore risonanza collettiva. Ma in questa progressione esiste un punto di svolta, un cambiamento di rotta per cui ciò che fino ad un certo punto è stato elemento focale dell'attenzione cessa di esserlo. Raggiunto un apice, la dimensione ribadita, cioè la gravità, comincia a perdere la propria efficacia rispetto alla vendibilità della notizia. Nel caso dell'Aids, altri aspetti del fenomeno sono lentamente emersi e hanno smorzato l'accesa eco allarmistica a favore di soluzioni operative in cui l'approccio clinico, assistenziale, solidaristico hanno preso il sopravvento. Questa nuova tendenza può rappresentare anche un tentativo di contenere il livello di ansia e di disagio che la precedente ondata informativa aveva innescato, secondo un ciclo che fa seguire a un livello estremo di allarme (tutte le persone contaminate prima o poi moriranno) un atteggiamento di riduzione/contenimento del danno procurato.

E' questa la ragione per cui oggi sembra affermarsi la tendenza a fare di ogni intervento (anche nella pratica del trattamento o della consultazione) una occasione di re-informazione per smantellare gli effetti devastanti che le prime campagne anti-Aids avevano prodotto. La cancellazione di ogni capacità di ascolto di sé e di ogni responsabilità rispetto al proprio stato di salute da parte degli individui sembrano essere infatti i risultati più frequenti di campagne preventive che ponevano unicamente l'accento sulla gravità e sulla irreversibilità della malattia. Restituire oggi fiducia e responsabilità ad ogni individuo, malato, a rischio o sano, sembra essere la via per contrastare la malattia.

A conferma della necessità e utilità di questa direzione stanno anche risultati di ricerca. Infatti tra le strategie per fare fronte alla diagnosi di Aids risulta che quelle capaci di mobilitare e rilanciare le risorse attive del paziente sono proprio quelle in grado di tenere sotto controllo livelli elevati di stress, ansia e disistima. Una ricerca effettuata su un campione di individui omosessuali e bisessuali dell'area di Los Angeles e da poco diagnosticati come affetti da Aids, ha analizzato la reazione dei soggetti alla diagnosi (Namir et al. 1987). Delle tre risposte rilevate (negazione, mobilitazione di energie e richiesta di aiuto, accettazione) la seconda è associata ad una minore depressione e a livelli più elevati di autostima. Là dove i soggetti percepiscono una disponibilità all'aiuto e al sostegno, all'interno di una rete di solidarietà, depressione e senso di impotenza si manifestano in grado assai minore. Ciò depone a favore di interventi sanitari volti ad incoraggiare strategie che coinvolgano attivamente il soggetto e lo inseriscano in un contesto capace di mobilitare fiducia e responsabilità.

Se questa direzione appare così rilevante per i malati e gli individui a rischio, essa è tuttavia importante anche per orientare gli interventi informativi/formativi rivolti alla popolazione sana e in particolare a quella parte più esposta, per età, all'incertezza e al rischio connessi alla sessualità. Gli adolescenti appaiono dunque



in questa prospettiva come un enorme serbatoio potenziale di rischio sociale, ma anche come l'area in cui orientamenti positivi ed efficaci possono produrre i frutti più significativi. La seconda parte del Quaderno è dedicata al caso degli adolescenti come situazione esemplare dei processi di costruzione sociale in tema di Aids.

## 2. ADOLESCENTI, SESSUALITÀ E AIDS

### 2.1. Transizione all'età adulta e cultura sessuale

Nella cultura contemporanea la sessualità ha perso la sua stretta relazione con la necessità di procreare e con i vincoli riproduttivi. Con la diffusione dei metodi contraccettivi e l'avvento di una morale più tollerante, la pratica sessuale assume per i ragazzi un posto normale nel contesto delle relazioni interpersonali, acquista il valore di canale di espressività e di comunicazione, è dono di sé e fruizione del piacere fisico.

La pratica sessuale, collocata così nello spazio di una scelta più libera, per essere vissuta positivamente deve contare su una capacità di incontro e di relazione con l'altro. Questa esigenza si esprime con molte differenze tra i maschi e le femmine che hanno, come è noto, modi diversi di mettersi in rapporto e di attribuire significato ai legami. Negli anni '60 le ricerche sul comportamento sessuale degli adolescenti mostravano che i maschi erano inclini a non aver rapporti sessuali nelle relazioni molto strette, nelle quali invece le ragazze si dimostravano molto più attive. L'opposto accadeva nelle relazioni occasionali che incontravano la reticenza delle femmine e la più grande disponibilità dei maschi. Le ragazze preferivano le relazioni stabili come contesto per l'espressione della loro sessualità, mentre per i ragazzi era vero l'opposto e prevaleva l'avventura con partner occasionali.

Negli anni successivi, le tendenze si sono livellate. Maschi e femmine hanno elaborato comportamenti più simili, più liberi dai modelli tradizionali del genere. Restano però forti differenze di valutazione sul significato del legame entro il quale la sessualità si

esprime: per le ragazze le dimensioni del sentimento e dell'attaccamento rimangono centrali ed inscindibili dal comportamento sessuale. Oggi che la sessualità è vissuta con più disinvoltura, c'è comunque una tendenza comune a creare un vincolo, non più costruito attorno al tabù, al divieto e alla colpa, bensì fondato sul reinvestimento positivo della sessualità come scelta interna alla relazione. Diversamente dal passato, oggi le scelte sessuali vengono poste al di fuori del campo dei dilemmi morali ed entrano in quello delle scelte personali, sostenute dunque dalle stesse norme e valori che regolano la relazione. Recenti ricerche condotte negli Stati Uniti sullo sviluppo del senso morale negli adolescenti (Gilligan 1990), hanno messo in evidenza la comune e diffusa tendenza a vedere il sesso come espressione dell'amore e a ritenere che in questo campo siano importanti i valori di vicinanza, legame, interdipendenza, affetto ed impegno nel rapporto. In assenza di punti di riferimento esterni che facciano da modello, la maggior parte delle norme comportamentali alle quali le coppie di adolescenti si attengono, sono autogenerate, nascono cioè all'interno della relazione stessa. Il desiderio fisico è prevalentemente vissuto e descritto dai ragazzi in termini di attaccamento al partner.

La cultura del movement degli anni Settanta, che ha rappresentato per molti giovani un riferimento e ha portato al rinnovamento dei costumi sessuali e a un sentimento di libertà nei rapporti, non trova più riscontro nella situazione attuale. La tendenza più diffusa è quella di formare coppie stabili, gli adolescenti di oggi sono tendenzialmente monogami, sono sicuri del loro partner perché è il compagno/a di scuola o l'amico/a di sempre ed anche se si riscontra un abbassamento dell'età del primo rapporto, questo non avviene più in un contesto di promiscuità. Le scelte appaiono più responsabili e più mature rispetto a qualche anno fa. Inoltre la messa in discussione del ruolo maschile da parte del movimento femminista ha influito sull'atteggiamento dei ragazzi che sono più propensi a parlare con le loro compagne anche dei

problemi che possono insorgere durante il rapporto e si dimostrano più interessati alla qualità piuttosto che alla quantità dei rapporti. In generale sembra anche che l'amicizia fra i sessi conti di più.

Se ci si attiene a quello che i ragazzi dicono, a ciò che esprimono a livello verbale, sembra che i desideri, le preoccupazioni e i timori siano gli stessi di sempre, pur nella sdrammatizzazione del sesso. Il primo rapporto sessuale resta legato a una immagine idealizzata dove tutto avviene spontaneamente e niente può essere programmabile, tanto meno l'uso di un contraccettivo. Non scompaiono dunque i rischi di gravidanze indesiderate. Il parlare della sessualità per buona parte degli adolescenti è ancora molto imbarazzante. La famiglia è raramente presa in considerazione come interlocutore primario e desiderabile, mentre agli amici ed eventualmente agli operatori dei servizi i ragazzi si rivolgono più facilmente. Alla abituale difficoltà si aggiunge un imbarazzo supplementare se hanno qualche preoccupazione relativa ad esempio ad un rapporto sessuale a rischio. Sicuramente la presenza di una amica o del partner durante la conversazione con l'adulto, può facilitare le cose. A volte è l'amica stessa che parla al posto dell'interessata, a volte usano il 'noi' e tendono ad identificarsi con il gruppetto con cui si presentano a un consultorio.

Gli adolescenti hanno bisogno di essere capiti e di potersi fidare. E' importante che si sentano riconosciuti nel loro aspetto di persone in crescita, visto che in genere la famiglia tende a privilegiare le dimensioni dipendenti e infantili; occorre per questo non prenderli alla leggera, aiutarli ad affrontare quello che per loro talvolta è un dramma. Hanno la necessità di avere una restituzione di quello che dicono, questo li fa sentire capiti e spesso si sorprendono di riuscire ad aprirsi con un adulto su qualcosa di cui di solito non si parla. Solo il rispetto e la garanzia della riservatezza e del segreto consente uno spazio di fiducia tra i ragazzi e gli

operatori. Che i genitori non lo vengano a sapere, quasi sempre viene richiesto esplicitamente. In realtà in questa necessità di nascondere è anche presente la necessità di essere scoperti; in questo sta una delle ambivalenze dell'adolescente teso tra il desiderio di autonomia e il bisogno di dipendenza. Ed è in perenne contraddizione anche per quanto riguarda la conoscenza del suo corpo: è difficile integrare quello che sta succedendo nell'apparato genitale con l'immagine globale di sé e con la costruzione di un nucleo solido dell'identità.

Quando l'adolescente porta altre domande oltre a quella contraccettiva, si avvicina cautamente, non si fida subito, non è facile per lui scegliere di incontrare un adulto e riuscire a stargli davanti. Esiste una differenza profonda fra gli adolescenti condotti a un servizio dai genitori, tra i quali si verificano tante fughe e che sono disponibili solo per un rapporto distaccato e superficiale, e quelli che invece vi si recano con una richiesta propria, anche se spesso si tratta di contatti intermittenti.

L'incostanza, l'imprevedibilità, le fluttuazioni, la variazione molto elevata dei progetti sono legate alla dinamica di questa fase di età. C'è anche una alternanza nella continuità del loro impegno: quando sono nella fase acuta di malessere i ragazzi frequentano più regolarmente i luoghi dell'aiuto, quando stanno un po' meglio tendono a diradare i contatti anche se però mantengono una certa continuità. Con gli adolescenti sembra particolarmente importante l'attenzione alla dimensione temporale, la necessità di impegni aperti e non rigidi (per esempio cicli brevi di consultazione, incontri di durata adeguata, elasticità degli appuntamenti) per creare una continuità di rapporto che è più facile quando si sentono rispettati nelle loro esigenze. Per i ragazzi è comunque importante sapere che ci sono dei luoghi accessibili dove possono parlare dei loro problemi sessuali ed affettivi, luoghi che consentono margini personali di mobilità.

## 2.2. L'educazione sessuale: non basta sapere

Per quanto riguarda l'educazione sessuale, c'è oggi una tendenza dei servizi a fornire informazioni con una prevalente impronta medica. Scissa così dall'immaginario e neutralizzata dal linguaggio medico, la sessualità è ricondotta alla funzione procreativa e privata delle dimensioni esperienziali legate al piacere e alle emozioni. Spesso genera smarrimento negli adolescenti il fatto di misurare la distanza tra l'informazione, apparentemente chiara e contenibile, e l'effettivo vissuto esperienziale carico di mistero e di emozione. Dal punto di vista personale la possibilità di trovare un equilibrio tra questi due mondi oscilla tra la confusione e la scissione. Spesso, in nome di una presunta libertà o desiderio di non interferire sugli orientamenti personali, le informazioni sessuali vengono fornite nel modo più neutro possibile, evitando anche il dibattito, il confronto ed il commento personale. Dove la libertà diventa vuoto, le informazioni non sono collocabili per i ragazzi in un orizzonte di senso che li aiuti a farle proprie. Le nozioni rischiano così di diventare oggetti bizzarri che vagano nello spazio mentale senza confini e senza codici.

Quando la sessualità è privata di un punto di vista che la situi nella relazione, si presenta, oltre al rischio di una sua fondamentale incomprendenza, anche il pericolo che si mantenga nella tradizionale dimensione di uso e controllo dell'altro. Riferirsi ad una morale sessuale adeguata al tempo attuale significa, in questo contesto, aiutare i ragazzi a comprendere la sessualità nell'orizzonte complessivo del rapporto con se stessi e con l'altro: un orizzonte che include l'espressività del corpo, il valore della cura di sé, l'uso della propria immagine, il rispetto dell'altro. Significa inoltre riconoscere e dare senso alla dimensione esperienziale della sessualità che nessuna neutralità scientifica può eliminare. Gli adolescenti vivono per esempio intensi sentimenti di riservatezza e di pudore per tutto ciò che riguarda la sfera ses-

suale. Queste dimensioni vengono spesso semplicemente repressate più che superate, contribuendo in tal modo a costruire atteggiamenti di finta disinvoltura e finta libertà, fondati sulla neutralizzazione dei moti più sani e spontanei del sentire individuale.

Negli scambi con gli operatori dei consultori o con i medici della scuola che sono interlocutori privilegiati sui problemi di natura sessuale e possono essere considerati un osservatorio significativo sui problemi sessuali degli adolescenti, i ragazzi manifestano ancora molta reticenza ad esprimersi. Tendono a non affrontare mai direttamente le questioni, ma preferiscono farlo in modo indiretto. Le ragazze si limitano a chiedere precisazioni sull'uso della pillola o esprimono preoccupazioni su ritardi del ciclo. Se nell'incontro personale l'occasione per aprire un discorso sulla sessualità può essere quella di un malessere fisico, negli incontri collettivi è frequente che le domande vengano raccolte in forma anonima o vengano formulate in termini impersonali: "Ma se uno fosse così, se facesse questo, cosa succederebbe". La richiesta prevalente è quindi quella di informazioni e i temi più frequenti sono quelli della contraccezione e della omosessualità. La forma della richiesta sembra procedere in modo diversificato rispetto al sesso: mentre le ragazze chiedono informazioni precise a partire da esigenze individuali, i maschi tendono ad affrontare i loro problemi sessuali utilizzando lo scherzo o l'ironia come modo per tacitare l'impaccio.

Spesso si riscontra nei ragazzi una conoscenza piuttosto scarsa di aspetti sessuali e perfino genitali, che non corrisponde all'apparente disinvoltura con cui gli adolescenti si riferiscono alla loro esperienza. Disinvoltura e disinformazione, sicurezza ostentata e dubbi latenti, ironia che copre timidezze inconfessabili, sono le due facce di un rapporto con la sessualità che resta problematico anche quando apparentemente questo tema è uscito dall'area dell'inibizione e dell'imbarazzo. La circolazione di informazioni e di

linguaggi che permettono un trattamento aperto di questa area dell'esperienza giovanile non elimina le implicazioni affettive e lascia talvolta i ragazzi ancora smarriti di fronte a ciò che provano e ciò che riescono a nominare. Anche là dove esiste una apertura dei ragazzi rispetto ai problemi della sessualità, quando cioè raccontano direttamente delle loro 'prime volte, lo fanno con accenti poco sereni, con sensi di colpa, con perplessità relative al senso dell'esperienza.

### 2.3. La presenza dell'Aids

Il problema dell'Aids si è inserito negli ultimi anni nella sfera dell'informazione e dell'educazione alla sessualità, introducendo elementi di allarme e di incertezza, oltre che la necessità di nuove indicazioni riguardo al comportamento sessuale (Pietropolli Charmet et al. 1989, Costanzi, Lesmo 1991). L'interesse degli adolescenti verso tale problema sembra seguire l'andamento delle campagne di informazione. Le fonti principali a cui i ragazzi attingono sono la televisione e i giornali e più raramente la famiglia. Difficilmente fanno domande dirette e il loro interesse si accende più facilmente nel momento del boom informativo, quando sia i mass-media che l'istituzione scolastica discutono il problema. Le richieste di informazione avvengono quasi sempre a scuola, durante i corsi di educazione sessuale o nell'incontro con qualche esperto: le domande sono generali e riguardano le vie di trasmissione, le forme di contagio e i possibili mezzi di prevenzione. Raramente vengono in primo piano le paure più personali, le fantasie, l'immaginario. Gli interrogativi che i ragazzi presentano sembrano caratterizzati da una tendenza a depersonalizzare la questione: non quesiti relativi alla propria esperienza e alle proprie paure, ma domande impersonali finalizzate alla rimozione della

preoccupazione e del fantasma del rischio. I ragazzi chiedono spiegazioni teoriche, interrogano in via del tutto ipotetica ("ma se uno facesse così?"), come se fossero estranei alla domanda avanzata, come se questa potesse al massimo riguardare qualche oscuro e lontano conoscente. Si tratta di un chiedere esplorativo, sempre opportunamente trincerato dietro lo scudo di una cancellazione della persona reale.

Soprattutto per i più giovani, l'Aids è comunque legato a comportamenti 'cattivi' o devianti con cui non hanno niente a che fare. E' del resto nella stessa linea che molti adolescenti hanno rapporti sessuali completamente a rischio prima di ricorrere ad un contraccettivo, a conferma del perdurare di atteggiamenti onnipotenti anche in questa sfera del comportamento.

Dunque sembra che per i ragazzi l'Aids sia un problema lontano e che comunque non li riguarda. Non è facile oggi trovare un modo efficace di informarli che eviti allarmismo e non induca la negazione, ma che tuteli la loro salute. Essi iniziano infatti la propria vita sessuale all'ombra di questa minaccia e sembra importante aiutarli a capire i rischi e le vie di prevenzione. La trasmissione della malattia avviene proprio nell'ambito di quei rapporti casuali e occasionali, che possono eventualmente costituire il terreno sul quale gli adolescenti fanno le loro sperimentazioni e compiono le prime trasgressioni.

Il tema dell'Aids ha certamente aggiunto una nuova e inquietante variabile al panorama della sessualità adolescenziale, con cui non è facile interagire. Le iniziative che si realizzano nelle scuole in tema di prevenzione spesso si rivelano fallimentari perché le assemblee plenarie non permettono di affrontare un problema così delicato e lasciano i ragazzi nella loro confusione. Gli adolescenti mostrano un atteggiamento di disinteresse o di distanza, accompagnato da una disinformazione sostanziale o dalla raccolta casuale e distratta di informazioni approssimative, distorte o bizzarre. Dove vengono effettuate delle verifiche, spesso non si

riscontra una conoscenza sufficiente del problema. Succede così che anche nei servizi predisposti a fornire l'informazione gli operatori non ricevano nessuna richiesta. E' diffusa certamente nei ragazzi una tendenza a rimuovere il problema che viene considerato come qualcosa che riguarda comunque altri. Spesso i ragazzi esprimono paura di fronte a campagne di stampa allarmanti, seguite poi dal silenzio totale sull'argomento. La paura, a volte addirittura il terrore, e la negazione del problema sono i sentimenti che più frequentemente si riscontrano nella comunicazione individuale. C'è una fondamentale ambivalenza tra il volere sapere e il rifiuto di conoscere. Il timore non sembra comunque indurre una variazione di comportamenti perché è diffusa tra gli adolescenti l'idea che i guai possano capitare sempre e solo agli altri.

Che cosa chiedono dunque agli adulti gli adolescenti che affrontano la scoperta della propria sessualità nell'epoca dell'Aids? Le domande più esplicite sono quelle delle ragazze e riguardano la contraccezione, la difficoltà di inserire le pratiche contraccettive nella loro vita quotidiana e la paura di gravidanze. Sono domande vicine all'area del corpo, della sessualità consumata più o meno velocemente, o più o meno fantasticata. Attraverso tutto questo, le ragazze parlano in realtà della fatica a mettersi in relazione con l'altro sesso e mostrano un disorientamento rispetto ai modelli culturali e a quelli familiari. Le più giovani chiedono informazioni sulla contraccezione anche quando non hanno ancora rapporti sessuali. Talvolta la richiesta di una visita ginecologica esprime il bisogno di sapere come sono fatte, di avere una conferma sulla loro normalità, sulla regolarità o meno del ciclo mestruale. Rispetto ai cambiamenti del corpo sono molto ambivalenti, divise tra la fierezza di crescere e la preoccupazione che ciò comporta. Sull'apparato genitale e sul ciclo mestruale le adolescenti hanno spesso fantasie facilitate dal fatto che tutto avviene all'interno del corpo. Quello che si vede fuori non può dare una spie-

gazione alle domande che si affollano alla mente e l'inizio delle mestruazioni, di qualcosa che si vede, crea ulteriori quesiti. Su questi argomenti c'è spesso anche una cattiva informazione, frutto di scambi fra coetanei e di notizie raccolte casualmente: per gli adulti diventa difficile sradicare queste deformazioni se non sono in grado di conquistare la fiducia dei ragazzi.

La richiesta del contraccettivo ai consultori, stimolata anche dalle campagne anti-Aids, è la più semplice da fare, ma talvolta veicola altre richieste, in genere dubbi, paure, incertezze sul rapporto sessuale, che riguardano il come si fa, se è normale come lo fanno. Spesso le ragazze parlano ancora di esperienze sessuali vissute senza piacere, di un orgasmo di cui non si sa bene 'il come' e 'il quando'. Al venir meno dei tabù rispetto all'atto sessuale non sembra corrispondere una effettiva evoluzione del significato psicologico, affettivo, relazionale che l'esperienza comporta. L'amore si fa più facilmente ma non necessariamente meglio.

La maggior parte delle ragazze hanno il problema di nascondere alla famiglia il fatto di recarsi ad un consultorio e debbono mantenere segreto l'uso del contraccettivo a genitori che non sempre riconoscono la crescita in corso. I ragazzi accompagnano talvolta le loro compagne al consultorio per informazioni di carattere generale, ma più spesso per la contraccezione di emergenza o per chiedere una interruzione volontaria di gravidanza. I maschi presentano in genere un minor coinvolgimento nei problemi contraccettivi, ma spesso sono le stesse ragazze a non coinvolgere direttamente i loro compagni, più per un bisogno di salvaguardare l'intimità verso il partner che per un atteggiamento di rifiuto della presenza maschile in generale. In alcuni casi il ragazzo si fa portavoce di una situazione di coppia, ma allora è più facile che assuma il ruolo stereotipato del maschio che sa e che protegge, mentre in realtà è spesso il più imbarazzato e il meno informato dei due. Ragazzi e ragazze avanzano richieste legate a problemi di identità sessuale oppure portano l'ansia scaturita dal disastro dei

primi rapporti. Spesso parlano della difficoltà a coniugare affetto e sessualità.

L'informazione sessuale resta dunque per i ragazzi prevalentemente confinata nell'area medica. Questa limitazione funziona più come mezzo per arginare il disagio che come strumento per acquisire una effettiva competenza. In quest'area del resto anche gli adulti si muovono con maggiore facilità. Contemporaneamente però la sessualità degli adolescenti tende ad essere sempre più distanziata dalle preoccupazioni circa le funzioni procreative e diventa un campo di riflessione e di apprendimento per quanto riguarda le relazioni interpersonali, il loro significato, i criteri etici che possono guidarle.

Il rapporto con il problema dell'Aids, con le paure che la presenza della malattia suscita e le scelte che essa richiede, si situa in questo contesto e non può essere in alcun modo sradicato da esso. La complessità dei fattori di carattere culturale ed emozionale in gioco nell'esperienza dei ragazzi rende inefficace qualunque intervento informativo in tema di Aids che non tenga conto del delicato rapporto con la sessualità adolescenziale.

#### 2.4. Adolescenti, prevenzione e salute

Rispetto alla problematica della sessualità e più in generale in tema di prevenzione, il rapporto dei ragazzi con l'istituzione medico-sanitaria ha un punto di contatto particolare e privilegiato nel servizio di medicina scolastica. L'attuale organizzazione del servizio medico nelle scuole (realizzato in maniera estensiva solo nella metropoli milanese) è il risultato della legge sul Servizio Sanitario Nazionale e di leggi regionali che, tra l'altro, sanciscono l'impegno della Unità Sanitaria a provvedere in particolare all'educazione sanitaria, all'igiene e alla medicina scolastica negli Istituti

tuti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado.

Il quadro normativo indica come compito precipuo della medicina scolastica quello di far acquisire ad una popolazione in età evolutiva il valore fondamentale della salute. La realizzazione di alcuni programmi di educazione sanitaria e di medicina preventiva può essere svolta con una certa autonomia di intervento in base alle esigenze della singola scuola e in accordo con i responsabili di Istituto. Per le scuole superiori sono previsti interventi che coprono l'area più informativa della educazione sanitaria, che va dalla lotta al tabagismo all'educazione alimentare e all'informazione sull'Aids, e l'area più direttamente medica con la realizzazione degli screening e del servizio ambulatoriale.

La figura del medico scolastico risulta dunque caratterizzata da una forte accentuazione dei compiti preventivi ed educativi e pur non rinunciando alle sue funzioni e competenze sanitarie, si configura come un consulente della salute. La potenzialità e l'elasticità dell'intervento costituiscono perciò gli elementi che rendono tale servizio un punto di osservazione strategico in tema di prevenzione e quindi anche in tema di costruzione collettiva del fenomeno Aids. La potenzialità è legata a una definizione dei compiti che sottolinea dimensioni centrali nell'esperienza dei ragazzi, quale la trasmissione di informazioni, l'attenzione alla salute psicofisica e all'apprendimento della cura di sé. La presenza di un quadro normativo aperto rende inoltre molto elastica la possibilità di utilizzo del servizio e lascia agli operatori un margine di iniziativa e lo spazio per la sperimentazione, entro i limiti dei loro doveri istituzionali. A queste si aggiunge la caratteristica di capillarità e continuità del servizio. La sua distribuzione in tutte le scuole ne fa un punto di osservazione privilegiato per l'analisi del rapporto tra ragazzi e sistema socio-sanitario. Nessun servizio per gli adolescenti si trova infatti già inserito in un territorio "naturale" di esperienze, qual'è la vita scolastica per i ragazzi, e nessun servizio è investito di un flusso "naturale" di do-

manda da parte degli adolescenti, come quello che si indirizza al medico scolastico attraverso i sintomi e i disagi ordinari del quotidiano.

Per questa natura che la differenzia da altri servizi, la medicina scolastica è uno dei canali attraverso cui si esprime il bisogno dei ragazzi di parlare di sé e di essere ascoltati da figure adulte competenti, sui problemi chiave del loro sviluppo psico-fisico e sessuale. Il servizio di medicina scolastica si trova indirettamente legittimato a svolgere questo ruolo, dalla sua appartenenza ad un altro sistema, quello sanitario, che rappresenta una forma di *extra-territorialità* riconosciuta all'interno della scuola, una fessura attraverso la quale filtrano le domande estranee o inavese dalla istituzione scolastica. Si trova allora incanalato qui un campionario molto vasto di domande, che vanno dall'ordinario malessere al bisogno di "staccare", di trovare un luogo in cui sia possibile una libera espressione e un ascolto esterno al campo delle relazioni scolastiche. L'operatore sanitario diventa così un sensore dello stato di salute fisica, che per il suo statuto di neutralità rispetto alle regole dell'istituzione scolastica e di quella familiare, incontra altre dimensioni dell'esperienza dei ragazzi, in primo luogo i bisogni personali e relazionali dei ragazzi in tema di sessualità, salute e malattia. E' in questo contesto che si inserisce anche il problema dell'Aids.

La domanda dell'adolescente al medico può essere assunta allora come *metafora del modo di rapportarsi alla salute e alla malattia*. Per i ragazzi il disturbo fisico è sempre inatteso e il suo decorso è vissuto come una incursione da arginare con interventi straordinari di emergenza. La malattia con le sue molteplici manifestazioni non è mai ricondotta ai comportamenti ordinari della vita quotidiana, alle abitudini malsane o alle circostanze sfavorevoli; è piuttosto l'accidente inspiegabile cui non è possibile concedere uno statuto di legittimità, che non può essere fronteggiato data la scarsità delle proprie risorse.

E' a questo proposito importante considerare il particolare periodo che gli adolescenti vivono, soprattutto nella scuola media superiore: si trovano cioè nelle condizioni di essere fuori dall'età pediatrica, privati di quell'apporto di tutela e di orientamento che la famiglia poteva garantire, senza avere ancora trovato una via autonoma per un rapporto diretto con il medico. Si tratta di una fascia di utenti che vive la delicata fase di *passaggio dal pediatra al medico di fiducia*, e che non è ancora in grado di assumersi la responsabilità del controllo di sé, e dell'individuazione del proprio stato di salute o malattia.

L'intervento medico, sia che si sviluppi come risposta all'emergenza, sia che operi per fornire stimoli e informazioni, incontra l'adolescente solo all'interno di una relazione di fiducia: nel primo caso, il malessere che i ragazzi vivono come elemento esterno e minaccioso deve essere individuato, nominato e ricondotto ad una comprensione; nel secondo, si tratta di verificare la ricaduta di una informazione che ha già prodotto effetti e talvolta ha modificato i comportamenti, non sempre necessariamente nella direzione attesa.

Se la disposizione dei ragazzi verso la salute e la malattia è così carica di ambivalenze, si capisce come essa possa facilmente venire esasperata di fronte ad un immaginario catastrofico e minaccioso come quello dell'Aids. La rimozione che si riscontra anche in altre fasce di età è tanto più facile in questo periodo della vita in cui il rapporto già problematico col proprio corpo si carica di vissuti incerti e mutevoli. L'Aids, percepita come malattia incombente e poco controllabile e associata alla minaccia del degrado corporeo, rappresenta allora una realtà da tenere lontana e, se possibile, da ignorare. Ciò spiega anche perché le richieste rispetto al problema Aids, presentate dai ragazzi sia al medico che nell'ambito delle iniziative di informazione, tendono ad essere impersonali e non cercano necessariamente risposta: il loro scopo latente è di esorcizzare i fantasmi distruttivi che l'immagine della

malattia evoca. Sono dunque scarse le domande di aiuto e di chiarificazione di carattere personale e assumono più facilmente il tono esplorativo e indiretto.

Parlare di prevenzione a proposito dell'Aids significa in questo caso tenere conto della complessità dell'orizzonte culturale ed affettivo dei ragazzi in cui ogni intervento da parte del mondo adulto va a collocarsi. La figura del medico scolastico, malgrado carenze strutturali, limiti culturali e personali, può costituire per i ragazzi un punto di riferimento potenziale, qualificato dal suo ruolo adulto e dalla sua competenza. Un consulente della salute che opera in uno spazio quotidiano che gli adolescenti abitano già. Ci si può solo rammaricare del fatto che questo potenziale rimanga sotto-utilizzato per oggettive limitazioni del servizio e per l'incapacità di molti medici di indirizzare ai ragazzi un messaggio adeguato. A questo spreco o sotto-utilizzo di potenzialità contribuiscono da parte dei medici anche la mancanza di una formazione alle dimensioni relazionali e comunicative, la tendenza ad adagiarsi nella routine burocratica ed una interpretazione minimalista del proprio ruolo che tende a scaricare sulle carenze e disfunzioni istituzionali tutta la responsabilità del disservizio. Ma accanto a queste tendenze esistono anche tra i medici spinte ad utilizzare il proprio ruolo in senso realmente preventivo, come capacità di accompagnare i ragazzi attraverso i dubbi e le paure che l'impatto dell'Aids produce nella sessualità adolescenziale.

L'esempio della medicina scolastica apre il tema più generale del ruolo degli operatori nella costruzione sociale del fenomeno Aids. Nella relazione con gli utenti e nei processi di informazione-formazione di cui sono essi stessi destinatari, gli operatori del sistema educativo e socio-sanitario sono attori centrali nella strutturazione di quel campo culturale di cui il fenomeno Aids è il risultato. La terza parte del Quaderno considererà il modo in cui i processi di informazione-formazione di cui gli insegnanti e gli



operatori socio-sanitari sono destinatari contribuiscono a modellare il ruolo di canali che queste figure svolgono rispetto agli adolescenti da un lato e alla popolazione degli utenti più in generale dall'altro.

### 3. GLI OPERATORI COME CANALI: INFORMAZIONE E FORMAZIONE

#### 3.1. Insegnanti e mediazione relazionale

Si è già detto come nello scenario delle ordinarie difficoltà che riguardano per l'adolescente il proprio presente confuso ed il proprio futuro incerto, la comparsa di fenomeni inquietanti che non trovano precedenti come l'Aids e la sieropositività producano smarrimento, spesso paura, a volte indifferenza che nega magicamente il problema: atteggiamenti inadeguati che possono invece, incontrando un aiuto, trasformarsi in consapevolezza e maggiore senso di responsabilità.

L'idea ingenua che una informazione corretta e capillare produca come conseguenza la modifica dei comportamenti nei destinatari dell'informazione stessa è già stata smentita dai risultati delle prime campagne. E' dunque importante informare, ma con la consapevolezza che comunque non basta "sapere" per "fare". Per creare influenza e per orientare i comportamenti in modo appropriato è necessario intervenire sulle motivazioni, coinvolgere e sensibilizzare le persone e i gruppi nella loro diversità. Ciò è particolarmente vero nell'ambito scolastico, dove le relazioni tra insegnanti e adolescenti sono cariche di connotati affettivi e dove i messaggi educativi non passano mai unicamente per il loro contenuto. La capacità di stabilire buone relazioni è determinante per l'efficacia della comunicazione. I ragazzi, toccati direttamente dal problema dell'Aids nella loro vita quotidiana, sia perché si trovano a convivere con coetanei sieropositivi, sia perché si interrogano sull'orientamento delle proprie scelte esistenziali, della sessua-

lità, della vita affettiva, cercano spesso dagli insegnanti risposte ai loro dubbi e alle loro incertezze.

Per evitare forme di razzismo e di emarginazione, per produrre responsabilità e consapevolezza, sembra oggi sempre più necessario, oltre che informare, porre specifica attenzione alla relazione tra adulti e ragazzi. Gli insegnanti sono stati essi stessi investiti da consistenti e specifici flussi informativi, circa il fenomeno Aids, ma ben poco è stato fatto per accrescere la loro capacità di mediatori relazionali. Accanto ed oltre l'informazione, la relazione interpersonale è infatti il canale privilegiato per migliorare i rapporti e le reti comunicative che contano, quelle che contribuiscono a creare la cultura reale dei giovani e a orientare i loro comportamenti.

I processi di formazione rivolti agli insegnanti sul tema dell'Aids si sono concentrato prevalentemente sulla diffusione di informazioni tecnico-scientifiche, ma salvo rare eccezioni non sono stati forniti strumenti di conoscenza e di consapevolezza sulle dinamiche della relazione adulto/adolescente con particolare riguardo agli aspetti che sono attivati dalla presenza dell'Aids e della sieropositività: rappresentazioni personali della malattia, problematiche relative al corpo, alla sessualità, al contatto interpersonale, stereotipi culturali e orientamenti del proprio agire.

Dalla ricerca condotta su un intervento formativo realizzato dalla Provincia di Milano, che si è mosso invece proprio in tale direzione, emergono importanti indicazioni. Infatti in questo percorso formativo il lavoro nel piccolo gruppo condotto con tecniche interattive e il riferimento all'esperienza personale e professionale degli insegnanti ha permesso di combinare la trasmissione di informazioni e l'acquisizione di capacità comunicative e relazionali. Il metodo autoriflessivo con forti connotati esperienziali si è rivelato un efficace strumento di intervento, capace di fissare gli apprendimenti e di mantenerli nel tempo attraverso la modificazione degli atteggiamenti e delle motivazioni degli insegnanti

stessi. In particolare si è osservato il cambiamento degli assunti di partenza, che condividevano la linearità causa-effetto tra informazione e comportamento. Attraverso la riflessione sulla loro esperienza professionale gli insegnanti hanno messo in evidenza il ruolo che la cultura di gruppo degli adolescenti, i vissuti soggettivi e l'immaginario individuale svolgono nel filtrare i messaggi e hanno potuto riconoscere l'importanza di una relazione significativa nel determinare l'efficacia delle comunicazioni rivolte ai ragazzi.

Attraverso l'analisi di casi e di concrete esperienze di relazione coi ragazzi emerge chiaramente che i messaggi in tema di Aids non passano mai unicamente per il loro contenuto e che la capacità di stabilire buone relazioni è determinante per l'efficacia della comunicazione. E' inoltre evidente che il vissuto di allarme o di minaccia da parte dell'insegnante contribuisce a distorcere i messaggi informativi. Alla reticenza, ignoranza o apparente indifferenza dei ragazzi rispetto al problema Aids fa riscontro in realtà una profonda inquietudine che riguarda i rapporti sessuali e i comportamenti quotidiani. Si rende così necessaria da parte degli insegnanti la capacità di intervenire sulle reti comunicative esistenti tra i ragazzi e l'acquisizione di qualità relazionali utili a depurare i propri messaggi da vissuti soggettivi che possono deviarne l'efficacia. L'acquisizione di tali capacità accresce la probabilità di interventi in grado di orientare efficacemente i comportamenti dei ragazzi.

Dal quadro fin qui delineato appare sempre più chiara la funzione di mediazione relazionale che gli insegnanti svolgono quotidianamente e si possono ricavare alcune indicazioni in termini di politiche preventive nella scuola in tema di Aids. Permane certamente l'esigenza di una informazione chiara, completa e dettagliata che via via tenga conto degli sviluppi scientifici, epidemiologici, medico-sanitari e normativi, ma anche delle indicazioni che provengono dalle campagne informative già realizzate, circa i contenuti dei messaggi e la loro efficacia. Tuttavia poiché il rap-

porto col corpo e con la sessualità sono per i ragazzi temi inscindibilmente legati al problema Aids essi debbono fare oggetto di interventi pertinenti che richiedono da parte degli insegnanti la capacità di interagire coi ragazzi in modo adeguato, in una discussione libera, scevra da pregiudizi e da ansie. Le informazioni sugli aspetti medico-sanitari, del resto già rese disponibili attraverso numerose iniziative da parte degli stessi Istituti scolastici o di altre agenzie, andrebbero dunque considerate solo come la fase iniziale di un processo di prevenzione primaria, destinata a restare inefficace se non viene seguita da adeguati interventi sulle reti relazionali.

Occorre cioè facilitare e promuovere tutte quelle iniziative di educazione alla salute, secondo quanto indicato dalle organizzazioni internazionali, in una prospettiva che coinvolga la persona nel suo complesso e non soltanto le sue facoltà cognitive. Poiché gli insegnanti costituiscono il tramite primario di processi di educazione alla salute, dovrebbero come tali essere i primi destinatari di iniziative formative capaci di inserire il problema dell'Aids in un quadro di tutela e di promozione dell'equilibrio psico-fisico dei ragazzi. In questa direzione diventa necessario che gli insegnanti siano essi stessi formati a muoversi in una prospettiva che non privilegi solo le dimensioni cognitive. Si tratta piuttosto di acquisire capacità di interazione con la cultura adolescenziale, nella quale i vissuti emozionali legati alla sessualità si sommano a vissuti di minaccia o di negazione rispetto al problema Aids. L'utilizzazione delle competenze specifiche legate alle materie di insegnamento vanno cioè sostenute da una costante attenzione ai canali, ai codici, e alle relazioni entro cui l'informazione viene trasmessa.

### 3.2. Aids ed usura del lavoro di servizio

Un ulteriore livello di osservazione che integra quanto detto fin qui riguarda il modo in cui la cultura particolare degli operatori dei servizi socio-sanitari filtra i messaggi relativi all'Aids, incontrandosi con condizioni organizzative come quelle che caratterizzano il lavoro di servizio nei moderni sistemi di welfare. Coloro che operano in contatto con la malattia, con la sofferenza, con il disagio di altri sono esposti al rischio della "contaminazione": sul piano psicologico e talvolta su quello fisico il rapporto col dolore altrui e il tentativo di alleviarlo non sono situazioni asettiche e si accompagnano a un carico emozionale difficilmente evitabile (Natoli 1986, Melucci 1991). Nella situazione odierna, professionalizzata e desacralizzata, per chi opera nelle professioni di aiuto oltre ai problemi del rapporto diretto e personale con la sofferenza e il disagio altrui, si verifica anche un sovraccarico di natura organizzativa. Infatti le funzioni terapeutiche o di assistenza e sostegno si svolgono all'interno di organizzazioni complesse e attraverso l'intervento coordinato di più operatori. Il disagio di questi ultimi dipende spesso da variabili di tipo organizzativo.

L'incertezza e il carico emozionale legati al rapporto con l'utente sono dunque solo una parte dei fattori di stress lavorativo a cui gli operatori sono esposti. Vi si aggiungono, in modo pesante, i rapporti all'interno dei gruppi di lavoro, con tutti i problemi di comunicazione, competizione e conflitto ad essi inerenti; e i rapporti con l'organizzazione nel suo complesso, gravata spesso da inefficienze e pesanti vincoli burocratici. Nascono qui problemi di definizione del ruolo, squilibri tra bisogni e risorse, relazioni di potere e di subordinazione.

La comparsa dell'Aids introduce in questo quadro il carico di minaccia simbolica che la malattia contiene, ma anche un concreto afflusso di nuova domanda creata dall'estendersi di un'utenza di persone malate o di sieropositivi che si rivolgono ai servizi, ol-

tre che di persone sane che portano dubbi, richieste di informazioni, paure. Nel loro lavoro gli operatori tendono a concentrare l'attenzione sul rapporto diretto con l'utente, con una scelta di opportunità che non implica tuttavia una priorità di questo livello di analisi. L'incontro quotidiano degli operatori con i problemi degli utenti continua comunque, sia quando le dinamiche istituzionali si stanno modificando positivamente nel senso di ridurre i fattori di stress, sia quando esse sono irrimediabilmente bloccate e non lasciano prevedere ai singoli grandi possibilità di mutamento nelle condizioni esterne del loro lavoro. La continuità del rapporto diretto con gli utenti, dato ineliminabile della routine quotidiana dei servizi, si presta assai meno di altri livelli a mediazioni ed elaborazioni mentali, che favoriscono una più facile presa di distanza.

Nei confronti del potere organizzativo o delle dinamiche di un'équipe di lavoro, per quanto capaci di produrre stress, il singolo operatore può disporre di strumenti cognitivi, motivazionali o perfino ideologici, capaci di favorire qualche forma di elaborazione (razionalizzazione, calcolo costi-benefici, rinvio delle aspettative). Nel rapporto quotidiano con la sofferenza e le richieste che gli utenti gli presentano si trova invece affettivamente più indifferente: spesso né il mestiere, né l'abitudine, sono garanzie sufficienti verso la capacità del dolore di toccare le corde emozionali più profonde, soprattutto quando alla sofferenza vengono associati i connotati drammatici di una malattia come l'Aids. Anche l'informazione trasmessa alle persone sane si carica allora di queste caratteristiche ansiogene, e talvolta tanto più quanto più l'operatore si sforza di ridurre il contenuto minaccioso del messaggio.

Nelle politiche formative degli enti, centrate ancora una volta prevalentemente sulla trasmissione di informazioni, questi aspetti sembrano notevolmente sottovalutati e si tiene raramente conto dell'usura degli operatori e della loro funzione di canali nella tra-

smissione dei messaggi. La qualità del lavoro di servizio non riguarda soltanto il "che cosa si fa", ma contemporaneamente il "come si fa". Infatti in attività in cui si ha a che fare con i bisogni umani più intimi la dimensione della relazione personale è centrale. Ciò che gli operatori mettono in atto per rispondere ai bisogni degli utenti raggiunge il suo scopo non soltanto per l'effettiva prestazione erogata, ma anche e soprattutto per il modo in cui il "servizio" viene realizzato, cioè per il tipo di relazioni all'interno delle quali il lavoro si sviluppa (cfr. tra gli altri Quaglino 1988).

Occorre qui ricordare che esiste una correlazione elevata tra le motivazioni personali profonde e la scelta di un lavoro di servizio. Occuparsi dei bisogni e delle sofferenze altrui corrisponde spesso non soltanto ad una vocazione sociale o a scelte ideologiche o politiche, ma anche ad una struttura personale e a bisogni interni orientati in tal senso. Coloro che si avviano alle professioni di aiuto fondano spesso la loro attività su una forte motivazione affettiva ad essere utili agli altri, su un desiderio di risolverne i problemi e alleviarne le sofferenze, talvolta su una spinta a "salvare il mondo". Questi orientamenti hanno radici nella struttura personale profonda e motivano logiche d'azione di tipo altruistico, raramente riducibili al mero calcolo costi-benefici.

Questo forte desiderio iniziale di aiutare gli altri e in ultima analisi di favorirne il cambiamento, amplifica, come è stato notato (Olivetti Manoukian 1988), la tendenza all'attivismo e rafforza le rappresentazioni culturali che spingono verso il sentimento di onnipotenza, verso l'idea cioè che si possa e si debba prendere in carico la totalità dei problemi e dei bisogni proposti dagli utenti.

A questo slancio iniziale, spesso molto generoso, corrisponde un progressivo percorso di frustrazione, dovuto al quotidiano logoramento nell'esperienza del servizio e al divario, sempre più grande, tra le aspettative e le realizzazioni. Nel caso dell'Aids questo ciclo sembra rafforzato dalla natura della malattia e dalla forte associazione con la morte, che ha riferimenti reali, ma anche

soprattutto simbolici. Si produce così il sentimento di impotenza a cui si accompagna spesso la percezione di un crescente sovraccarico psico-fisico. Questo andamento assume le caratteristiche di una sindrome maniaco-depressiva, con fasi di euforia elevata a cui succedono fasi di profonda depressione, delineando un vero e proprio "ciclo del lavoro di servizio", in particolare in materia di Aids.

Lo spostamento crescente della domanda dai problemi creati dalla povertà e dalla emarginazione (che non cessano evidentemente di essere presenti), verso nuovi bisogni legati ai modelli di vita propri di una società affluente, di cui l'Aids è espressione, tende a far emergere come utenti privilegiati figure sociali che sono partecipi della cultura e dei patterns di consumo propri di una società urbana ad alta differenziazione (si pensi in particolare ai giovani, alle donne che lavorano, ecc.). Le difficoltà di rapporto con questo tipo di utenti dipendono dal fatto che essi fanno riferimento a una cultura dell'abbondanza connotata dall'eccesso di possibilità simboliche rispetto alle dimensioni reali dell'esperienza. "Cultura dell'abbondanza" non significa necessariamente effettivo godimento di beni, ma piuttosto apertura culturale sui possibili a cui spesso corrisponde l'esperienza reale della deprivazione e della frustrazione.

Questo tipo di cultura crea due nuovi ordini di problemi. L'eccesso di possibilità apre in primo luogo una contraddizione continua tra l'universo rappresentativo e simbolico in cui tutto sembra accessibile, e l'esperienza del limite, della mancanza, della perdita, di cui la malattia o la sua minaccia sono l'espressione estrema. In secondo luogo crea profondi effetti sulle strutture di personalità e sulle dinamiche affettive, favorendo un elevato senso di onnipotenza a cui corrisponde il correlato senso di impotenza. E' come se si estendessero e si "fissassero" a livello sociale alcuni caratteri propri dell'adolescenza come fase evolutiva.

Questa nuova fascia di utenza, che negli Stati Uniti è stata già

identificata come quella dei *young adult patients* oppure delle giovani donne di classe media, non può essere affrontata con gli strumenti tradizionali. Un atteggiamento genericamente assistenziale, anche guidato dalle migliori intenzioni, non è in grado di dare risposta a questo tipo di bisogni. Strumenti cognitivi e tecniche di intervento elaborati per far fronte a problemi che nascono dalla scarsità, dalla rigidità delle strutture di autorità, dall'esclusione, non possono essere facilmente trasferiti a difficoltà e sofferenze che maturano in un contesto affluente, permissivo, inclusivo, ma non per questo meno capace di produrre disagio.

Non si tratta infatti di "dare" o di "liberare", ma più spesso di "togliere" e di "contenere", di aiutare a creare lo spazio interiore e sociale per l'esperienza del limite e della relazione, quando per esempio l'infezione come catastrofe personale riduce in modo drastico ed imprevedibile il campo delle possibilità. Oppure quando vissuti di paura o di minaccia obbligano a un confronto più realistico con i limiti delle scelte in campo affettivo e sessuale. O quando la negazione del rischio mette di fronte a comportamenti del tutto irresponsabili. Nella sua difficoltà di rinunciare a concepire l'aiuto come un "dare", la cultura ancora fortemente "assistenziale" dei servizi finisce allora per condividere con i suoi utenti il ciclo onnipotenza-impotenza e si scarica principalmente sugli operatori come logoramento e perdita di motivazione.

In termini relazionali i poli onnipotenza-impotenza implicano la tendenza all'identificazione da un lato e alla separazione dall'altro. Nella fase alta del ciclo esiste la tendenza a mettersi al posto dell'altro, nella fase bassa prevale la spinta a creare una distanza totale. La ricerca della "giusta distanza" affettiva e relazionale costituisce allora per gli operatori una abilità professionale necessaria, soprattutto in tema di Aids, sia che si tratti di affrontare persone malate che di trasmettere informazioni a persone sane. La giusta distanza permette agli operatori di situarsi di fronte agli utenti salvaguardando le proprie energie e contribuendo

do, oltre che alla propria salute personale ad una certa efficacia degli interventi.

Questa ricerca della giusta distanza richiede un continuo aggiustamento di posizione e non può essere concepito che come un processo dinamico, che include ed esige un grado elevato di autoriflessività. La valutazione delle risorse e dei limiti in base a cui stabilire la propria posizione non può utilizzare criteri statici, ma si configura come una strategia variabile. Di fronte ad ogni singolo utente e di fronte ai contesti istituzionali che mutano, l'operatore deve essere in grado di ridefinire la propria vicinanza-distanza, sia rispetto alle risorse e limiti personali che alle possibilità e ai vincoli dell'ambiente. I processi di apprendimento caratteristici della formazione, in particolare in tema di Aids, devono allora favorire proprio l'abilità ad apprendere, la capacità cioè di "stare nei processi", di riconoscerli, di innescarli, di guidarli, mettendo l'accento sulla "forma" oltre che sui contenuti.

Questa prospettiva spinge a ridefinire la figura dell'operatore ben oltre il modello assistenziale, ma mette anche in questione una concezione unicamente tecnica del lavoro di servizio. La cultura necessaria ad operatori che si trovano ad affrontare problemi drammatici come quelli posti dall'Aids non può essere soltanto tecnica, ma si configura come un percorso di coinvolgimento personale; che non significa però identificazione coi bisogni degli utenti, quanto piuttosto capacità di trovare ogni volta la propria posizione di canale, cioè di scegliere e decidere consapevolmente circa le possibilità e i limiti dell'aiuto.

## NOTE

- 1 - Le ricerche a cui mi riferisco sono state condotte con fondi MURST e CNR presso il Dipartimento di Politica Sociale dell'Università di Trento e con fondi MURST 40% in collaborazione con Gustavo Guizzardi dell'Università di Padova. Ho poi utilizzato i dati raccolti nelle ricerche-intervento affidate al Centro Alia dal Comune di Milano, dalla Provincia di Milano e da una USSL del territorio milanese, rispettivamente sui servizi per l'adolescenza, gli insegnanti e gli operatori di consultorio: ringrazio qui Anna Fabbrini e Pietro Cocchetti per la preziosa collaborazione. Sul tema dell'adolescenza una prima presentazione dei risultati di ricerca si trova in Melucci, Fabbrini 1991 e più in generale in Fabbrini, Melucci 1992.

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV.(1989), "Aids e sieropositività: i diritti civili alla prova", *Prospettive sociali e sanitarie*, 6.
- Aggleton P., Hart G., Davies P. (Eds.) (1989), *AIDS: Social Representations, Social Practices*, Falmer Press, New York.
- Albert E.H. (1986a), "Acquired Immunodeficiency Syndrome: The Victim and the Press", *Studies in Communication*, 3.
- (1986b)"Illness and Deviance: the Response of the Press to Aids" in Feldman, Thomas (1986).
- Altman D. (1986), *Aids and the new puritanism*, Pluto Press, London.
- Altman D. (1987), *Aids in the Mind of America: The Social, Political and Psychological Impact of a New Epidemic*, Anchor Press, New York.
- Bauman L.J., Siegel K. (1987), "Misperception Among Gay Men of the Risk of Aids Associated with their Sexual Behavior", *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 3.
- Bayer R., *Private Acts, Social Consequences: Aids and the Politics of Public Health*, Rutgers U. P., New Brunswick.
- Bennet F.J., "Aids as a Social Phenomenon", *Social Science and Medicine*, 25, 6.
- Berk R.A. (1987), "Anticipating the Social Consequences of Aids: A Position Paper", *The American Sociologist*, 18, 3.
- Bouton R.A. et al. (1987), "Scales for Measuring Fear of Aids and Homophobia", *Journal of Personality Assesment*, 51, 4.

- Brettle R.P., "Hiv and Human reduction for Injection Drug Users, in *Aids 1991*, vol. 5.
- Cattorini P. (1987), "Strategie contro l'Aids: Considerazioni etiche", *Aggiornamenti Sociali*, 4.
- Cattorini P., Gualdi G. (a cura di) (1991), *Aids. Diritti e doveri del personale delle istituzionali di assistenza sanitaria*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano.
- Chodoff P. (1987), "Fear of Aids", *Psychiatry*, 50, 2.
- Costanzi C., Lesmo C. (a cura di) (1991), *Adolescenti e prevenzione dell'Aids*, Angeli, Milano.
- Dal'Orto G., Ferracini R. (a cura di) (1985), *Aids*, Ed. Gruppo Abele, Torino.
- Des Jarlais D.C., Friedman S.R. (1987), "Target Groups for Preventing Aids Among Intravenous Drug Users", *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 3.
- Di Clemente R.J., Zorn J., Temoshok L. (1987) "The Association of Gender Ethnicity and Length of Residence in the Bay Area to Adolescents Knowledge and Attitudes about Aids", *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 3.
- Fabbrini A., Melucci A. (1992), *L'età dell'oro. Adolescenti tra sogno ed esperienza*, Feltrinelli, Milano.
- Feldman D.A., Thomas M.J. (1986), *The Social Dimensions of Aids: Method and Theory*, Praeger, New York.
- Fineberg H.V. (1988), "Education to Prevent Aids; Prospects and Obstacles", *Science*, 239.
- Fumento M.A. (1987), "Aids: Are Heterosexuals at Risk?", *Commentary*, 84, 5.

- Gaines T. (1988), "Counseling in Hiv Testing", *Professional Psychology Research and Practice*, 19, 6.
- Gamson W.A., *The changing Culture of Affirmative Action*, Working Paper, Boston College, Boston.
- Gilligan C. (1990), *Making Connections. The Relational World of Adolescent Girls*, Harvard U.P., Cambridge Ma.
- Green J., McCreaner A. (1989), *Counselling in Hiv Infection and Aids*, Blackwell, Oxford.
- Grmek M.K. (1989), *Aids. Storia di una epidemia attuale*, Laterza, Bari.
- Grube A., Boehme-Duerr K. (1988), "Aids in International News Magazines", *Journalism Quarterly*, 65, 3.
- Guizzardi G. (1989a), "Il fenomeno Aids tra catastrofe informativa ed esorcismo tramite comunicazione", in F. Crespi (a cura di), *Sociologia e cultura*, Angeli, Milano.
- (1989b), "Analisi epidemiologica e costruzione collettiva di un evento, il caso Aids", *Per la Salute Mentale, For Mental Health*, n. 4.
- Herzlich C., Pierret J. (1988), "A Disease in the Public Realm: Aids in Six French Daily Newspapers", *Annales*, 43, 5.
- Joseph J.G. et al. (1987), "Perceived Risk of Aids: Assessing the Behavioral and Psychological Consequences in a Cohort of Gay Males", *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 3.
- Kaplan et al. (1987), "The Sociological Study of Aids: A Critical Review of the Literature and Suggested Research Agenda" *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 2.
- Makova I., Wilkie P. (1987), "Representations, Concepts and Social Change: The Phenomenon of Aids", *Journal for the Theory of Social Behavior*, 17, 4.



- Melucci A. (1984), *Altri codici*, Il Mulino, Bologna.
- Melucci A. (1991), *Il gioco dell'io*, Feltrinelli, Milano.
- Melucci A., Fabbrini A. (1991), *I luoghi dell'ascolto. Adolescenti e servizi di consultazione*, Guerini, Milano.
- Miller D., Weber J., Green J. (Eds.) (1986), *The Management of Aids Patients*, MacMillan, London.
- Miller D. (1987), *Living with Aids and Hiv*, McMillan Press, Houndmills.
- Namir S. et al. (1987), "Coping with Aids: Psychological and Health Implications", *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 3.
- Natoli S. (1986), *L'esperienza del dolore*, Feltrinelli, Milano.
- Naylor W. (1985), "Aids and the Press", *Medicine in Society*, 11, 3.
- O'Donnell L. et al. (1987), "Psychosocial Responses of Hospital Workers to Aids", *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 3.
- Olivetti Manoukian F. (1988), *Stato dei servizi*, Il Mulino, Bologna.
- Pietropoli Charmet G. et al. (1989), "Gli adolescenti nella scuola media superiore e la prevenzione dell'Aids", *Marginalità e Società*, 11.
- Pollak M. (1988), *Les homosexuels et le Sida*, Métailié, Paris.
- Quaglino G.P. (1988), "La gestione della risorsa umana nei servizi sociali", *Giornale Italiano di Psicologia*, 15, 4.
- Queen C. (1987), "The Politics of Aids. A Review Essay", *The Insurgent Sociologist*, 2.

- Rondanelli E.G. (1987), *Aids. La sindrome da immunodeficienza acquisita*, Piccin, Padova.
- Scientific American (1988), *The Science of Aids*, Freeman, New York.
- Simonelli C, Solano L. (1988), *Psicologia e Aids*, NIS, Roma.
- Singer E., Rogers T.F., Corcoran M. (1987), "Aids", *Public Opinion Quarterly*, 51, 4.
- Snow D.A et al. (1986), "Frame Alignment Processes, Micro-mobilization and Movement Participation" *American Sociological Review*, 51.
- Solomon G.F., Temoshok L. (1987), "A Psychoneuroimmunological Perspective on Aids Research", *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 3.
- Sontag S. (1989), *L'Aids e le sue metafore*, Einaudi, Torino.
- Stella R. (1987), "Il contagio da Aids come disastro culturale", *Inchiesta*, 75-76.
- Velimirovic B. (1987), "Aids as a Social Phenomenon", *Social Science and Medicine*, 25, 6.
- Warwick I., Aggleton P., Homans H., (1988), "Constructing Commonsense. Young People's Beliefs about Aids", *Sociology of Health and Illness*, 10, 3.
- Watney S. (1987), *Policing Desire: Pornography, Aids and the Media*, Methuen, London.
- Zich J., Temoshok L. (1987), "Perception of Social Support in Men with Aids and Arc: Relationship with Distress and Hardiness", *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 3.

