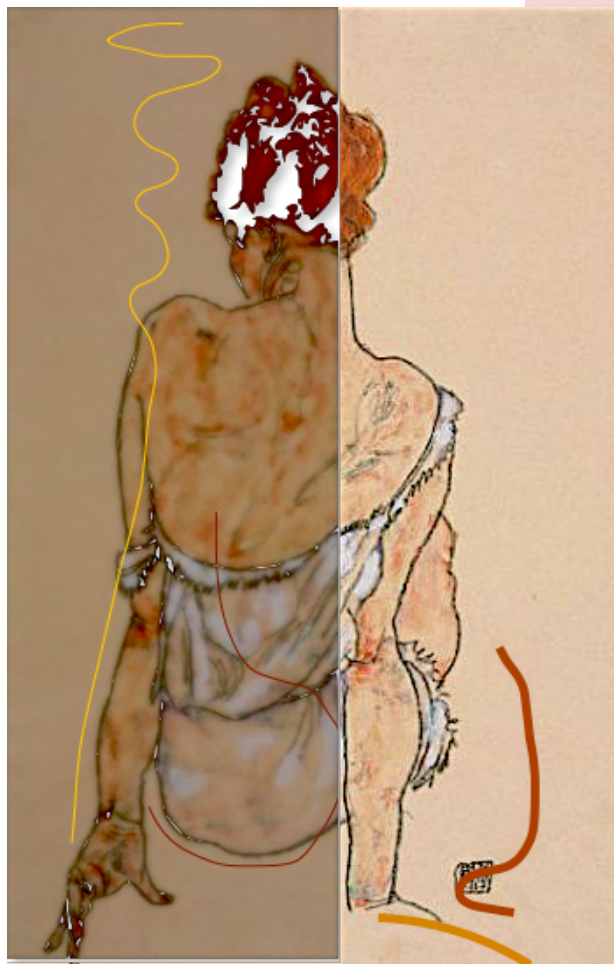




ELEMENTI di SESSUOLOGIA

| 2016/1



Rivista Telematica

Istituto Italiano di Sessuologia Scientifica

La Rivista si propone di raccogliere materiale scientifico e culturale ospitando in una prospettiva multidisciplinare contributi di carattere clinico, psicoeducativo, della sexual medicine e della ricerca psicosessuale.

Inoltre uno spazio sarà riservato ad interventi storico-socio-antropologici così da favorire una visione integrata delle tematiche sessuologiche

Organo Ufficiale

dell'**Istituto Italiano di Sessuologia Scientifica**

Direttore Responsabile. **Fabrizio Quattrini**

Comitato di Redazione. Ilaria Consolo, Michele Spaccarotella, Giovanna Frezza, Antonella Sciancalepore, Linda Cocuzzi, Loris Patella, Rossana Gabrielli, Claudia Petrilli, Silvia Matta, Paola Tomasello.

Aree della Rivista

PSICOEDUCAZIONE *responsabile* Rossana Gabrielli e Silvia Matta

PSICOCORPOREO *responsabile* Fabrizio Quattrini

TRASGRESSIONI vs PARAFILIE *responsabile* Fabrizio Quattrini, Loris Patella e Antonella Sciancalepore

PSICO-SOCIO-ANTROPOLOGIA *responsabile* M. Spaccarotella e G. Frezza

MEDICINA SESSUALE *responsabile* Linda Cocuzzi

INTERVENTI CLINICI *responsabile* Ilaria Consolo e Fabrizio Quattrini e Silvia Matta

Istituto Italiano di Sessuologia Scientifica

Largo dei Colli Albani, 14 – 00179 ROMA

06 7887720

info@iissweb.it rivista@iissweb.it

Sommario

PSICO-SOCIO-ANTROPOLOGIA

Gli affanni di Eros: antropologia dell'amore nell'età tecnologica
Fabio Gabrielli, Andrea Carta, Dialma Guida... 4

PSICOEDUCAZIONE

La sessualità in gravidanza: un progetto di educazione
 sessuale per coppie in attesa
Francesca Coluccini..... 11

I Comportamenti sessuali dei giovani universitari
Giorgia Marsella..... 22

MEDICINA SESSUALE

L'accesso alla contraccezione nelle donne immigrate:
 case report di dispositivo intrauterino improprio
 Nuzzi FM, Tanini, M, Buaggini C, Gonfiantini S, Goglia L, Genuini F,
 Florio P..... 36

TRASGRESSIONI vs PARAFILIE

Il sesso in rete. Il rischio reale dell'era virtuale
 Michele Spaccarotella e Fabrizio Quattrini..... 41

Recensione

*Parafilie e Devianza. Psicologia e Psicopatologia
 del Comportamento Sessuale Atipico di F. Quattrini (2015)
 Giunti Editore*
di Loris Patella..... 51

Agenda..... 54

Gli affanni di Eros: antropologia dell'amore nell'età tecnologica

Gabrielli F.* Carta A.** e Guida D.°

* Filosofo, Preside Facoltà Scienze Umane Uni. L.U.de.S. Lugano Switzerland

** Psicologo Psicoterapeuta, Ricercatore Scienze Umane - Uni. L.U.de.S. Lugano, Switzerland

° Ostetrica, Docente Facoltà Scienze Mediche - Uni. L.U.de.S. Lugano, Switzerland

ABSTRACT

La tecnica, come potenza che continuamente eccede sé stessa, ha radicato, attraverso forme di biopotere e contropotere, una società tutta centrata sul *positivo*, sull'*Uguale*, uniformando le coscienze e anestetizzando i vissuti. Anche l'eros ne risulta marcatamente condizionato, con il primato della prestazione autocentrata, vincolata alle regole tecnologiche, sull'accoglimento dell'Altro come negativo (altro da me, irriducibile). Il recupero del desiderio come mancanza strutturale, della relazione come *soglia* o terra di confine, dell'amore come abbandono o morte dell'io ipertrofico, potrebbero costituire fecondi spiragli antropologici.

KEY WORD. antropologia, eros, tecnologia, relazione

Contesti antropologici dell'età della tecnica

Da Pirandello a Bauman, il Novecento è attraversato dall'acqua come metafora viva: non più il *nomos* solido e rassicurante della terra, ma la fluidità dei progetti, delle visioni del mondo, dei legami.

Come aveva profeticamente intuito Pirandello (1960): «*In certi momenti tempestosi, investite dal flusso, tutte quelle nostre forme fittizie crollano miseramente; e anche quello che non scorre gli argini e oltre i limiti, ma che si scopre a noi distinto e che noi abbiamo con cura incanalato nei nostri affetti, nei doveri che ci siamo imposti, nelle abitudini che ci siamo tracciate, in certi momenti di piena straripa e sconvolge tutto*». Infatti, la dissipazione, la disgregazione, la liquidità del lavoro, della comunità, delle

relazioni sociali, la fine dei sistemi, con le loro parti ben correlate, determinate, in interazione gestita con l'ambiente esterno, la frenesia con cui si modella e rimodella la propria biografia, il venir meno della simbolica sottesa al "viaggiatore" e al "pellegrino", a favore del "vagabondo", del "turista" (Luhmann, 1979) o del "soggetto" che è "in tutti i luoghi e da nessuna parte" (Natoli, 2010), connotato da un "tempo puntinista" in spazi "antropoemici" e "antropofagici" (Bauman, 2008) rendono estremamente complessa la nostra epoca. Contrassegnata dall'espressione "età della tecnica", il nostro tempo vive con disorientante ambiguità e profonda contraddizione le straordinarie conquiste tecnologiche e i loro contraccolpi esistenziali (Cocchi, Gabrielli et al, 2013; Gabrielli, 2012).

In altri termini, la tecnica è una modalità d'essere, con opportunità e, come le definirebbe Natoli (2010), "controfinalità" o, al contrario, è pura "Volontà di potenza", il cui scopo è l'indefinito incremento di sé, senza "Limiti inviolabili", contro ogni pretesa della "Tradizione" (Severino, 1998, 2002, 2012, 2013; Ferguson, 2013; Meadows et al. 2006)?

E ancora, la tecnica offre spazi di libertà sostanziale o immaginaria? Per esempio, Magatti (2009) ritiene che la nostra libertà sia messa a repentaglio dall'apparato tecnocapitalista, nella misura in cui tra *teukein* (abilità, potere, capacità di fare, potere d'azione accresciuto a dismisura) e *legein* ("prender parola", articolare un discorso di senso) c'è una crescente divaricazione che si traduce nell'intraducibilità dei fatti tecnologici in narrazioni collettive, significazioni responsabili e condivise.

La tecnica come *Macht*, potenza indeterminata, che continuamente eccede sé stessa, non trova nel "potere legittimo" (*Herrschaft*) il Limite che ne imbriglia la sovrabbondanza fattuale, il potere che la istituzionalizza e la controlla.

Nell'età del massimo dispiegamento della tecnica, non mancano altre autorevoli posizioni critiche.

Per esempio, Bauman (2000) evidenzia come sia venuta meno la freudiana *Sicherheit*:

- A. Perdita della sicurezza esistenziale (*Security*);
- B. Perdita della certezza (*Certainty*);
- C. Perdita della sicurezza personale, dell'incolumità (*Safety*)

Lasch (1985), a sua volta, rimarca alcuni aspetti umbratili della nostra epoca: vittimismo diffuso, indifferenza emotiva, amplificazioni narcisistiche dell'io narcisistico, strutturazione di legami affettivi a corto raggio, fascino per le situazioni estreme.

Sennett (1999), infine, nota come l'identità si frantumi di fronte alla precarietà del lavoro e a un capitalismo frenetico, mutevole.

Ebbene, in questo contesto antropologico, ridotto per necessarie ragioni di sintesi ad alcuni fuochi esemplificativi, qual è il destino di Eros?

L'eros narcisistico

«La cultura contemporanea del continuo assimilare non ammette alcuna negatività dell'atopos.

Tutto viene perennemente assimilato a tutto, livelliamo ogni cosa nell'Uguale, perché è andata persa proprio la nostra esperienza dell'atopia (Atopie) dell'Altro. La negatività dell'Altro atopico si sottrae al consumo. La società consumistica si sforza, così, di eliminare all'alterità atopica a vantaggio di differenze consumabili, eterotopiche.

La differenza è una positività, in opposizione all'alterità. Oggi la negatività sparisce ovunque. Tutto viene livellato come oggetto di consumo» Chul-Han (2013).

Chul-Han (2012) coglie la cifra della "società della stanchezza" nel diffuso senso di impotenza che inibisce l'azione, svuota l'ideazione della sua vitalità, anestetizza le coscienze, uniforma vissuti e agiti. In particolare, Chul-Han rimarca come lo smarrimento del *negativo* e l'eccesso del *positivo*, ovvero il primato dell'Uguale sull'Altro, della strutturale incapacità di reperire l'alterità nel "senza luogo" (*atopos*), ma di occultarla nell'identità *positiva*, abbia finito per fare della soggettività, unica e irripetibile, una sbiadita fotocopia dell'Uguale. L'io, affogato nelle acque immote dell'indistinzione, si è talmente sfibrato, da addomesticare le passioni, renderle evanescenti, quando non meccanicamente riproducibili, pregne di *mestizia del finito*. Il "tempo puntinista", in cui l'io postmoderno si rappresenta, espressivo di "istanti eterni", privi di coesione e continuità tra loro, non può radicare dinamiche antropologiche legate alla riproduzione sessuale, tanto meno all'amore, bensì all'eroticismo, alla mera esperienza vissuta, al piacere momentaneo (Bauman, 2013), alla mesta riproducibilità di un piacere ripiegato su se stesso, autocentrato.

L'Eros, da tensione vitale all'alterità, è divenuto autoreferenzialità narcisistico-depressiva: «*Eros e depressione sono contrapposti tra loro: l'Eros strappa il soggetto da se stesso e lo volge verso l'Altro. La depressione, al contrario, lo precipita in sé stesso. L'odierno soggetto di prestazione narcisistico è teso soprattutto verso il risultato (Erfolg)*» (Chul-Han 2013).

L'Altro è divenuto mero rispecchiamento dell'io che, facendo di sé un *autorisultato*, ivi sprofonda, poiché procede, nel dialogo con l'alterità, solo per progressivi adombramenti di se stesso, confondendo le soglie relazionali, obliterando le dinamiche originarie del dono: *autonegazione* e *autosvuotamento* (indebolisco, *disarmo* l'io, per potenziarlo con il dono dell'Altro).

Il mimetismo esistenziale, la gestione manageriale dei sentimenti, l'occultamento emotivo (Zamperini, 2007), svelano l'ipertrofia dell'io, che, proprio perché *armato fino ai denti*, non vede nell'abbandono un possibile spiraglio antropologico.

Nella società efficientistico-produttivistica, tutta centrata sulla prestazione (*Leitungsgesellschaft*), l'io ha sostituito il *potere al dovere*, divenendo, però, volontario sfruttatore di se stesso: si badi, non perché libero (libertà di essere libero), qui si appunta la critica di Chul-Han a Foucault, bensì perché *violentemente* libero, cioè libero solo in apparenza, obbediente, in ultima analisi, al "*sii libero, tu puoi*", con cui la società tecnologico-impositiva chiama l'io ad essere carnefice e vittima di se stesso ("*puoi ad oltranza, quindi non fermarti mai*", fino, appunto, allo *spegnimento* di te stesso, là ove il narcisismo iperalimentato implode nella depressione, in cui ogni *conatus* biografico diviene narrazione interrotta, senza tempo, senza storia).

Dunque, l'io sovrano di se stesso, *violentemente* libero, è sì artefice della

propria affermazione ma anche dei suoi scacchi, senza possibilità di perdono e di gratificazione; un io che senza la presenza forte dell'Altro, diventa *tutta* colpa verso se stesso, o, peggio, disistima per quello che non riesce, *colpevolmente*, a realizzare: da qui il tracimare della vergogna nella depressione.

L'io narcisistico postmoderno è caratterizzato dallo sconfinamento, dal gioco non solo simbolico ma anche biografico con l'illimitato, dalla radicalizzazione/assolutizzazione della tensione esistenziale, dall'eccesso, dalla voracità con cui sono consumate le occasioni della vita in un continuo rimescolamento di progetti esistenziali, sovente senza un'autentica direzione di marcia, senza un centro informatore, in cui, per usare le categorie heideggeriane, alberga la noia del tempo sospeso o del tempo retroattivo, non la noia profonda (Heidegger, 1999) che ci dà l'esatta misura delle cose, il loro peso sempre fragile e, quindi, da abitare autenticamente.

Il desiderio abita la soglia

Il soggetto narcisistico-depresso, pregno di *positività*, incapace di veder nell'Altro il *negativo* per eccellenza, colui che interpellandoci ci inquieta, ci fa diventare elargitori di spazio, vive nel segno del *logos* che tutto misura e calcola, che fa del desiderio non un fantasma sempre presente, ma un oggetto, un bisogno. Ma il desiderio non è un bisogno, una presenza, *un vuoto da riempire* (Kojève, 1990), bensì, come dice Lacan (2003), espressione dell'umano come "apparato lacunare".

In altri termini, il soggetto è un vuoto, un'interruzione permanente, mai colmato dalla mera oggettivazione del desiderio, sempre abitato da un'assenza erotica che proprio perché tale, è in realtà presenza costante e ineludibile, che inquieta e lacera,

accompagna e ossessiona, lambisce e incombe. E' il desiderio-fantasma che non dimora nell'oggetto, bensì in quella voragine incompiuta, senza respiro, mai colma e colmatile che è il soggetto, sconcertante testimonianza di un *non ancora* che è sempre un *giammai*.

Al contrario, l'uomo del *tutto* –*presenza*, che *bisognifica* il desiderio, non è in grado di abitarlo come mancanza, come luogo, per dirla con Jankélévitch (1987, 2007), del *non so che* e del *quasi niente*, di quello *charme*, quell'incantesimo che, germinando dall'insolito e radicandosi nell'atopico, rinvia ad un altrove mai colmato e colmabile, goduto e godibile, *presenziato* e *presenziabile*. Un altrove in cui l'Altro non si risolve nell'identico, pura reazione all'interrogativo del tu che sempre ci interpella, ma sia colto come *ospite* e *padrone* della *soglia*, terra di incontro tra *interno* ed *esterno*, coabitazione di fragilità irriducibili e, proprio per questo, colloquio ininterrotto. Non linguaggio (*Sprache*), ma colloquio (*Gespräch*), dialettica di ascolto e parola, consustanziale al nostro essere storicamente, cioè da quando siamo tempo, impastati di passato, presente, futuro (“*da quando il tempo che travolge* (reissende Zeit) *è svolto* (aufgerissen) *in presente, passato e futuro*”) [Heidegger, 1988].

La *soglia*, framezzo che sorregge la porta, è luogo autentico del colloquio tra soggetti desideranti che nell'incantesimo erotico non trasformano l'Altro nel bisogno, in un *tutto presente*, un identico meramente fruibile, bensì in un volto che, proprio perché atopico, non può esaurirsi nella prestazione, ma essere colto come narrazione, corpo distante e quindi pregno di tensione.

Il principio dell'esser uomo si fonda, infatti, per Buber (2012) nella coscienza della “distanza originaria”, là ove l'Altro si colloca come Altro, come trascendente il mio

io che, cogliendo la distanza, *esita*, si interroga, si apre a quella *tensione* necessaria a non oggettivare il volto che lo interpella, ma a farne segno fragile di quella stessa carne di cui anche noi siamo impastati.

Dove c'è pura prossimità, l'Altro diventa godimento erotico, bisogno da soddisfare, oggetto esposto da sessualizzare, campo non vivificato di prestazioni: «La vicinanza è una negatività finché le è associata una lontananza. Attualmente ha luogo, invece, una totale dissoluzione della lontananza che però non produce la vicinanza ma, anzi, la elimina. Al posto della vicinanza emerge l'assenza di distanza. La vicinanza è una negatività, per questo possiede una tensione. L'assenza di distanza, invece, è una positività. La forza della negatività consiste nel fatto che le cose sono animate proprio dal loro contrario; alla mera positività manca questa potenza vivificante. L'amore viene positivizzato, oggi, in una formula per il godimento. Esso deve produrre soprattutto sentimenti piacevoli. Non è più una trama, una narrazione, un dramma, bensì emozione ed eccitazione prive di conseguenze» (Chul-Han, 2013).

Dunque, là ove la distanza è abolita, la tensione dell'incontro non fiorisce e l'Altro, da animata negatività – l'Altro da me - , diviene adombramento di me, un *positivo* in fotocopia con il mio *positivo*, pura emanazione della mia iniziativa, possibilità di cui io dispongo in funzione del mio potere di erogare prestazioni, secondo regole stabilite, prassi di biopotere consolidate da meccanismi di sorveglianza che ci impongono come fare sesso, come alimentarci correttamente, come fare vita sana e sportiva. Le stesse alternative non sono forme rivoluzionarie di trasgressione, ma dinamiche di contropotere che abitano lo stesso sistema e innescano le stesse procedure *positivizzanti*: l'*acrobazia sessuale/prestazionale* e la carezza non si

distinguono più nell'accostamento al corpo, se non presuppongono un'ontologia della distanza. Solo se la carezza e il tatto divengono luogo dell'invisibile (Irigaray, 2013), "*gioco con qualcosa che si sottrae*" (Lévinas, 2005), cioè con un Altro che è sempre distante da noi, è possibile l'eros come dono mai compiuto, mancanza mai colmata, desiderio mai oggettivabile, differenza mai consumabile.

Nella distanza, si sperimenta il nucleo ontologico dell'*esser uomo*, che risponde al *principio di fragilità*: l'uomo, quale desiderio mancante, abita la soglia originaria, terra di confine tra esterno e interno, che divide e solidifica, disgiunge e pietrifica, spezza e raduna, una "connessione dello strappo" (*der Riß des Unterschiedes*) [Heidegger, 1984]. In altri termini, la fragilità come tratto distintivo dell'umano, riconoscendo la distanza-trascendenza dell'Altro, ne fa non un *prope* ma un *proximus*, in intensità e in estensione. La simbolica della carezza erotica, in questo senso, si erge a tocco lieve, pressione accennata su una carne che non potrà mai essere *presso di me*, se non come negatività, alterità che, proprio nel sottrarsi, conferma la reciprocità/differenza della relazione. È lo stupore (*thaûma*) dell'incontro in quanto rottura, lacerazione, ferita (*thraûma*, connesso con *thraûlos*, fragile; verbo *thrauō*, rompo, stritolo): «L'amore non è una possibilità, non si deve alla nostra iniziativa, è senza fondamento, ci coglie di sorpresa e ci ferisce» (Lévinas, 2005). Ogni incontro è scoperta dell'Altro come ciò che è inusuale, insolito, un *negativo* che sporge sempre sulla pretesa di iniziativa del mio io scuotendo

Conclusioni su Eros, il dio dell'abbandono

Il morire del mio io nell'Altro, come sottolinea opportunamente Chul Han (2013),

consiste in un consumare, dimenticare se stessi per ospitare l'Altro; è un *disarmare* l'io, renderlo debole, in modo che, nella relazione, l'Altro non sia opposizione su cui esercitare il dominio, la *misura esattissima* del mio *pensiero calcolante*, ma il luogo sacrale cui posso affidare la mia debolezza per riguadagnare la mia *elevazione*. Eros, dunque, "*il più vecchio tra gli dei secondo Parmenide*", è il dio dell'abbandono che incontriamo nella *soglia mistica*, là ove l'Altro è colto nella sua atopia e l'Uguale cede il posto al *Negativo*. Si tratta, in ultima analisi, di un processo di migrazione.

Nella capacità dell'io di migrare da sé stesso, si misura il distacco come radicale presa di coscienza della finitezza di ogni determinazione, a partire dalla propria volontà; una sorta di smaterializzazione dell'ego, secondo la mistica, per guadagnare un punto di vista *abissale* sull'Assoluto.

Opportunamente ricontestualizzato, il messaggio mistico, in particolare quello di Meister Eckhart e Angelo Silesio, ci apre a quella *morte dell'anima*, ovvero del "piccolo io", tutta frenesia, produttività, consumo, volizione ad oltranza, che sembra connotare vieppiù l'uomo d'oggi, in cui l'io si declina come *Eigenschaft*: un io che afferra le cose per appropriarsene (*eignen*), per sigillarle nel *proprio* (*das Eigene*), scambiando l'inquietudine come ricerca con l'inquietudine come frenesia manipolatrice (Vannini, 2003)

Occorre, in questo senso, un riorientamento antropologico del tempo: sostituire al "tempo puntinista" il tempo sospeso. Il "tempo puntinista" (Bauman, 2003), proprio della società tecnologica, è abitato dall'incoerenza, è privo di coesione, frazionato in istanti eterni scollegati tra loro, vincolato all'ideologia del presente, della fruizione immediata, del godimento *prestazionale*, dell'eccesso, dello sconfinamento biochimico.

Di contro, il tempo sospeso è il tempo dell'inquietudine: «Sei tu a fare il tempo! Son i sensi le sfere dell'orologio: Arresta il bilanciere, e il tempo non c'è più». (Silesio, 1989) Il gioco di parole che si evince dal termine tedesco *Unruh*, "bilanciere", ma anche "inquietudine", è paradigmatico e così ricontestualizzabile: sospendi il tuo tempo, abbandona il tuo fare, il tempo della tua volontà di potenza e renditi inquieto all'Altro, quell'Assoluto che, nell'atto erotico, svuotandoti ti riempie, impoverendoti ti arricchisce, annunciandoti la tua morte, ti offre la sua vita.

Eros, dunque, implica la capacità di vedere nell'Altro una *conclusione*, nel segno della irriducibilità del suo volto, della sua compiutezza, non, come nella società tecnologica *positivizzante e ugualizzante*, mera carne espressiva di un continuo scorrere, evaporare, su cui non si testimonia mai una decisione conclusiva che ci farebbe, finalmente, esclamare: "Il tuo volto è Assoluto, concluso, non potrà mai essere qualcosa di indecidibile".

Le parole di Byung-Chul Han (2013), ancora una volta, ci pare suggellino in modo superbo questo percorso: «La coscienza del servo hegeliano è limitata, non è capace di una conclusione assoluta, perché il servo non è in grado di rinunciare alla coscienza di sé stesso, ovvero non è in grado di morire. L'amore come conclusione assoluta passa attraverso la morte: il soggetto, cioè, muore nell'Altro ma a questa morte segue un ritorno a sé. Tuttavia, il ritorno riconciliato a sé a partire dall'Altro non è affatto un'appropriazione violenta dell'Altro [...]. Essa è, piuttosto, il dono dell'Altro, che presuppone l'abbandono, la rinuncia a sé stessi.».

Bibliografia

Bauman Z. (2003). *Consumo, dunque sono*, cit.; M. Maffesoli, *L'istante eterno. Ritorno del tragico nel postmoderno*, tr. it. Sossella, Roma; N. Aubert, *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*, Flammarion, Paris 2003.

Bauman Z. (2013). *Gli usi postmoderni del sesso*, Il Mulino, Bologna.

Bauman Z. (2000). *La solitudine del cittadino globale*, tr. it., Feltrinelli, Milano.

Bauman Z. (2006) *Modernità liquida*, tr.it. Laterza, Roma-Bari; Z. Bauman, *Consumo, dunque sono*, tr. it. Laterza, Roma-Bari 2008.

Buber M. (2012). *Il principio dialogico e altri saggi*, tr. it San Paolo, Cinisello Balsamo.

Chul-Han B. (2013). *Eros in agonia*, Nottetempo, Roma.

Chul-Han B. (2012). *La società della stanchezza*, Nottetempo, Roma.

Cocchi M., Gabrielli F., Tonello L., Guaracino V. (2013). *La vita stanca. Sguardi multidisciplinari sulla depressione*, Manni, Lecce.

Ferguson N. (2013). *Il grande declino. Come crollano le istituzioni e muoiono le economie*, tr. it. Mondadori, Milano.

Gabrielli F. (2012). *Philosophy and Psychiatry. The violated body in the era of the invisible man*. *NeuroQuantology*, vol 10, Issue 2, 1-28: 19-20

- Heidegger M. "Mein liebes Seelchen!". Briefe Martin Heideggers an seine Frau Elfride 1915-1970, hrsg., ausgew. Und kommentiert von G. Heidegger, DVA, München 2005.
- Heidegger M. Concetti fondamentali della metafisica, tr. it. il Nuovo Melangolo, Genova 1999.
- Heidegger M. La poesia di Hölderlin, tr. it. Adelphi, Milano 1988.
- Irigaray L. (2013). Elogio del toccare, tr. it. il Melangolo, Genova.
- Jankélévitch V. (1987). Il non-so-che e il quasi niente, tr. it. Marietti, Genova.
- Jankélévitch V. (2007). La musica e l'ineffabile, tr. it. Bompiani, Milano.
- Kojève A. (1990). Linee di una fenomenologia del diritto, tr. it. Jaca Book, Milano.
- Lacan J. (2003). Il seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi, tr. it. Einaudi, Torino.
- Lasch C. (1985). L'io minimo. La mentalità della sopravvivenza in un'epoca di turbamenti, tr. it., Feltrinelli, Milano.
- Lévinas D. (2005). Il tempo e l'altro, tr. it. il Nuovo Melangolo, Genova.
- Luhmann N. (1979). Note lessicali, in Potere e complessità sociale, tr. it. Il Saggiatore, Milano.
- Magatti M. (2009). Libertà immaginaria. Le illusioni del capitalismo techno-nichilista, Feltrinelli, Milano.
- Meadows D.H., (2006). Meadows D.L., Randers J. I nuovi limiti dello sviluppo. La salute del pianeta nel terzo millennio, tr. it. Mondadori, Milano.
- Natoli S., (2010). Il buon uso del mondo, Agire nell'età del rischio, Mondadori, Milano.
- Pirandello L. (1960). L'umorismo, in Saggi, poesie e scritti vari, Mondadori. Milano.
- Sennett R. (1999). L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale, tr. it. Feltrinelli, Milano.
- Severino E. (2002). Téchne. Le radici della violenza, Rizzoli, Milano.
- Severino E. (1988). La tendenza fondamentale del nostro tempo, Adelphi, Milano.
- Severino E. (2012). Capitalismo senza futuro, Rizzoli, Milano.
- Severino E. (2013). "Oltre il profitto: il capitalismo domani", "Corriere della sera", 20 agosto.
- Silesio A. (1989). Il pellegrino cherubico, tr. it.. San Paolo, Cinisello Balsamo.
- Vannini M. (2003). La morte dell'anima. Dalla mistica alla psicologia, Le Lettere, Firenze.
- Zambrano, M. (1996). Verso un sapere dell'anima, tr. it. R. Cortina, Milano.
- Zamperini A. (2007). L'indifferenza. Conformismo del sentire e dissenso emozionale, Einaudi, Torino.

La sessualità in gravidanza: un progetto di educazione sessuale per coppie in attesa

di Francesca Coluccini

Psicologo, psicoterapeuta, sessuologo

ABSTRACT

La gravidanza è un evento multidimensionale e complesso che non riguarda solo la donna e che è stato desessualizzato per motivazioni fisiologiche, socioculturali e psicologiche. Eppure una buona vita sessuale in gravidanza è indispensabile a preservare il benessere della coppia e del figlio in arrivo. È necessario ripensare l'intervento pubblico e privato, attivando percorsi di educazione sessuale "affermativa".

KEY WORD: Sessualità, coppia, gravidanza, educazione sessuale

Introduzione

Tradizionalmente la gravidanza è associata al disagio e al dolore. Quanto di più lontano dal piacere e dalla sessualità. L'attivista inglese della nascita alternativa Sheila Kitzinger affermò che la nascita, nella società moderna, è simile ad uno stupro, un rituale medicalizzato atto a rinforzare il sistema esistente, che vede i corpi delle donne come un corridoio nella trama in cui il bambino è il passeggero e l'ostetrica il pilota (Regan et al, 2003). Molte cose sono cambiate dalle affermazioni provocatorie della Kitzinger: i reparti maternità dedicano più attenzione alle madri ed esiste una legge che tutela il benessere ed i diritti della partoriente e, in alcune regioni italiane, rimborsa le spese mediche a chi sfugge al contesto ospedaliero, preferendo il parto in casa (legge regionale 27 luglio 1998, n.22). Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle donne in gravidanza dei corsi di preparazione al parto, in cui vengono trattate esaustivamente le fasi della gravidanza, le problematiche mediche, il parto, il puerperio, l'allattamento.

Ma la sessualità? Sembra che l'evento nascita sia totalmente desessualizzato, così come la donna incinta. Chi lavora come

psicosessuologo, tuttavia, non può ignorare che gravidanza e sessualità sono due fenomeni ricchi di significati profondi per una coppia. La sessualità è gioco, comunicazione, scambio di piacere fisico ed affettivo. Nonostante ciò, l'immaginario fantasticato del cambiamento induce una negazione nel vivere serenamente l'esperienza sessuale da un lato e la maternità dall'altro, sia nella donna che nell'uomo (Moretti, Monti, 2003) e l'aspetto più prettamente sessuologico della coppia risulta poco trattato. Una ricerca di Brtnicka (2009) evidenzia che molti ginecologi dichiarano di discutere di problematiche sessuali con le donne in gravidanza e nel post partum, tuttavia i due terzi delle donne non ne ha memoria. Il 76% delle donne incinta gradirebbe avere informazioni sulla sessualità nei consultori familiari e circa la metà delle donne in gravidanza valuta le informazioni ricevute in proposito dal personale sanitario come insufficienti. Inoltre l'8-10% delle donne che si sono astenute dai rapporti sessuali in gravidanza dichiara di averlo fatto su raccomandazione del personale sanitario. Anche l'assistenza nel post partum è più concentrata sul bambino che sulla coppia: ai controlli di routine dopo il parto l'argomento

maggiormente trattato dal personale sanitario è la contraccezione; problemi perineali, dolore, insufficiente lubrificazione e calo del desiderio non sono trattati e rimangono nascosti nella maggioranza delle donne (Brtnicka et al., 2009). Pochi medici parlano di posizioni differenti o della masturbazione come possibile alternativa ai rapporti completi. Inoltre difficilmente si menziona la possibilità che la sessualità possa migliorare in gravidanza.

Tuttavia le informazioni che le coppie riescono ad avere dai libri, dai corsi di preparazione alla nascita o dagli amici hanno un effetto positivo sull'interesse sessuale e sul godimento (Jannini, Lenzi, Maggi, 2007). In una ricerca di Yum&Alicesteen (2005) si è riscontrato che la comunicazione è una delle abilità maggiormente identificate come predittiva del successo in una relazione di coppia. Inoltre, è stata riscontrata una forte correlazione tra comunicazione e piacere sessuale. Le coppie che parlano di sessualità sono più predisposte ad avere rapporti in gravidanza: infatti è necessario comunicare per rinegoziare la frequenza dei rapporti e per adattarsi ai cambiamenti del corpo della donna, dei bisogni e dei desideri. Inoltre parlare di sessualità con il partner durante la gestazione può essere utile a ridurre i livelli di ansia: le donne che sono più gratificate dalla loro relazione di coppia riferiscono anche una maggior soddisfazione sessuale, sono più ottimiste nei confronti della imminente maternità, si sentono meno affaticate e manifestano in misura minore sintomi depressivi (De Judicibus, Mc Cabe, 2002). Dato che la preoccupazione di nuocere al feto è stata identificata come uno dei fattori che inibisce la sessualità in gravidanza, sarebbe interessante studiare come la comunicazione di coppia possa

intervenire favorevolmente nel ridurre l'ansia, in modo che gli addetti ai lavori possano acquisire competenza nell'aiutare le coppie ad affrontare con successo la transizione verso la genitorialità (Yum, Alicesteen, 2005).

Eziologia

Una molteplicità di cause sono state suggerite per motivare il declino del desiderio sessuale durante la gravidanza. La fisiologia della donna in gravidanza

Il primo vero studio scientifico sulla sessualità umana, ovvero il lavoro pionieristico di Masters e Johnson, racchiuso nel trattato "L'atto sessuale nell'uomo e nelle donne", oltre ad esaminare il ciclo della risposta sessuale si occupò di studiare la sessualità delle donne in gravidanza e nel puerperio (Masters, Johnson, 1967). La ricerca evidenziò forti cambiamenti sia negli organi bersaglio (mammelle ed organi genitali), più "irritabili" a causa dell'aumentata vasocongestione, che nel ciclo della risposta sessuale. Alcune ricerche recenti si sono occupate del calo del desiderio sessuale in gravidanza in relazione alle modificazioni fisiologiche ed ormonali. Su un campione di 150 gestanti Gokyildiz e Beji (2005) riscontrarono una progressiva riduzione della frequenza dei rapporti con l'aumento dell'età gestazionale. Questa riduzione era associata anche ad una progressiva diminuzione della stimolazione sessuale, della durata dei singoli rapporti sessuali, ad una progressiva incapacità a raggiungere l'orgasmo in confronto allo stato pregravidico, ad un progressivo aumento della sensazione di dolore durante il coito e ad una diminuzione della soddisfazione sessuale.

Brtnicka, Weiss e Zverina (2009) hanno

riscontrato che solo il 12-14% delle coppie riferisce di non avere problemi sessuali dopo il parto. Più della metà delle donne lamenta dolore nel primo rapporto sessuale dopo il parto; il 41% indica una dispareunia significativa anche tre mesi dopo il parto, il 22% dopo sei mesi ed il 19% dopo un anno. Inoltre 57% delle donne è preoccupata di non dare un'adeguata soddisfazione sessuale al partner.

La ricerca di Regan et al. (2003) suggerisce che i cambiamenti ormonali in gravidanza sono strettamente associati con le variazioni del desiderio sessuale di molte donne. Ovviamente una gravidanza normale non è condizionata soltanto dai livelli di progesterone ed estrogeni, ma anche da una molteplicità di cambiamenti somatici e psicologici che possono sensibilmente alterare il desiderio sessuale: la nausea, la stanchezza, il mal di schiena, la dolorabilità delle mammelle (Reamy, White, 1987). Inoltre le infezioni genitali, urinarie ed altre patologie associate alla gravidanza possono contribuire all'ipoattività del desiderio sessuale della coppia (Jannini, Lenzi, Maggi, 2007). Durante il puerperio si può presentare, in corrispondenza di un danno perineale, una ridotta capacità di raggiungere l'orgasmo e dispareunia. Pertanto una maggiore attenzione dovrebbe essere dedicata alla riabilitazione del pavimento pelvico nel post-partum secondo il metodo di Kegel.

Aspetti socio-culturali: la desessualizzazione della nascita

La gravidanza viene considerata ancora troppo spesso come un fenomeno puramente biologico, che riguarda solo la donna ed il suo corpo che si modifica. Tuttavia la gravidanza è anche un evento complesso che, nelle varie epoche, ha assunto significati legati ai mutamenti di

pensiero relativi ai principi della libertà, alla minor censura morale e religiosa, alla maggior consapevolezza portata dal progresso scientifico. La sessualità femminile è stata vittima di numerosi tabù e la donna incinta di numerosi condizionamenti, derivanti per lo più da credenze popolari. Bydwloski, nel suo trattato sull'esperienza interiore della maternità, nota come aspetti legati alla religione possano condizionare la sessualità in gravidanza. "Inter faeces et urinam nascimur": ciò che pesa sulla donna che sta dando alla luce un figlio non è forse l'emergere inaspettato del divieto ancestrale di legare passione e procreazione? Dunque la tradizione si mette al servizio della rimozione psichica: la rappresentazione sessuale del parto deve restare inconscia ed i riti associati alla nascita assicurano questa funzione difensiva, tanto che, partorire nel letto e nei luoghi della sessualità e del concepimento può sembrare ad alcuni un atto improprio (Bydwloski, 2000). Pertanto fino a poco tempo fa l'associazione maternità-sessualità non interessava, ma era quasi oscena e spaventosa. Nel 1988 Cafaro, in un'indagine su educazione e comportamento sessuale nei giovani in Italia, sottolinea la presenza di luoghi comuni da dover sfatare per evitare la eventuale crisi nella coppia. Queste false credenze, unite spesso alla mancanza di informazioni corrette, possono influenzare pesantemente le coppie durante la gestazione ed impedire una sessualità sana per il benessere della coppia. In realtà le indicazioni all'astensione dai rapporti sessuali in gravidanza sono limitate ai casi in cui sono presenti gravi patologie o rischi di aborto (Jannini, Lenzi, Maggi, 2007).

Aspetti psicologici: dall'individuo alla coppia

Già Winnicott aveva parlato della necessità di "studiare la madre indipendentemente dall'aspetto puramente biologico", per una comprensione più profonda della relazione di questa con il bambino (Winnicott, 1965). Tuttavia il contesto di osservazione, di studio e dunque di intervento, nel momento in cui ci si avvicina al fenomeno gravidanza, dovrebbe essere ulteriormente esteso e comprendere, oltre gli aspetti biologici e ambientali, che possono influenzare la modalità della madre di vivere la sessualità, anche le dinamiche interne a ciascuno dei due partner e le dinamiche di coppia.

La generatività condiziona così profondamente la psicologia femminile da costituirne un elemento cardine: lo psicoanalista Fajrajzen afferma che il fattore discriminante e costitutivo della psicologia femminile risiede nella tendenza della donna a restare più simbiotica dell'uomo, ovvero a stabilire con gli oggetti d'amore un rapporto di completa identificazione e fusione psicofisica, paragonabile a quello che si realizza nella vita endouterina, e che solo la donna può riattualizzare nell'età adulta durante la gravidanza (Fajrajzen, 1973). Tuttavia la gravidanza, come del resto la pubertà e la menopausa, si configura come una fase di crisi nella vita di una donna, una fase decisiva in cui ella si ritrova ad affrontare nuovi compiti evolutivi e che costituisce il confine tra salute e malattia, tra normalità e patologia, tra maturazione e fissazione regressiva (Bibring, 1961). Cambiano i rapporti della donna con il proprio schema corporeo e possono riattivarsi antiche dinamiche psicologiche nei confronti della propria madre. Del resto, come afferma la Deutsch (1971), in molte donne "è lo svincolamento psicologico, più o meno

forte dalla propria madre, che decide il destino della loro maternità". Esistono anche problemi nel rapporto con il figlio: l'ambivalenza nei confronti del feto è un aspetto piuttosto consueto nel vissuto della gravidanza.

Un'area molto importante è il rapporto con il padre del nascituro e quindi la sessualità (Codispoti Battacchi, De Aloysio, 1981). Un dato costante della letteratura sulla psicologia della gravidanza è il riconoscimento che l'evento gravidico stigmatizza nelle donne una dissociazione tra femminilità e maternità (Pasini, 1975) o tra codice genitale e codice materno (Fornari, 1976) o tra sessualità e maternità (Racamier, 1967) e che il conflitto conseguente è spesso risolto rinunciando alle esigenze della prima a discapito della seconda. Poco si parla in letteratura del ruolo del padre, che sembra non trovare spazio. Il messaggio che arriva spesso ai padri è che la gravidanza non è affar loro: è un evento squisitamente femminile, rispetto al quale è opportuno che si mettano da parte. Già in gravidanza dunque si configurano le prime avvisaglie della sindrome del padre assente, di cui molto si parla in letteratura (Cardinali, Guidi, 1992).

In altri casi, quando i meccanismi di identificazione del partner con la donna in gravidanza sono particolarmente intensi, può verificarsi invece un coinvolgimento molto forte: l'uomo prova delle emozioni, ma non possiede un codice maschile per esprimerle. Anche in sala parto il padre trova difficilmente una collocazione ed è più tollerato che accolto: alcuni si identificano con la partoriente, alcuni si armano di telecamera per sostenere la tensione emotiva, altri, infine, prodigano cure alla compagna in un ruolo quasi materno. Difficilmente la commozione del padre, proporzionale all'intensità del suo desiderio di paternità, viene accolta e

sostenuta per quella che è. Eppure gli uomini che intraprendono il cammino verso la paternità, sebbene non siano fisiologicamente gravidi, subiscono una profonda trasformazione sia per quanto riguarda gli aspetti puramente psicologici (la loro personalità, identità, ruolo) sia per quanto concerne gli enormi cambiamenti di vita. Esiste una serie di responsabilità e pensieri che preoccupa l'uomo durante la gravidanza: finanziarie, emotive, sul benessere fisico della compagna e del bambino, sull'autostima, sull'aspetto organizzativo, sul cambiamento dello stile di vita e della relazione di coppia.

La nascita del primo figlio e la sua attesa costituiscono un'importante fase di passaggio nel ciclo vitale di una famiglia: l'arrivo del figlio trasforma la situazione di coppia in una situazione triangolare e la gravidanza è un momento di crisi, sia per la coppia che per i singoli partner, che se da una parte offre potenzialità di crescita e di sviluppo, dall'altra può favorire aree di incomprensioni e di rottura. I processi di crescita individuali e di coppia subiscono un'accelerazione e la presenza del bambino, anche già durante la gravidanza, impone "la defusione di certi livelli nella coppia, nuovi investimenti libidici e lo spostamento di cariche dal sé o dal partner al nuovo nato che viene così a rappresentare, per ciascuno dei membri, una parte del loro sé, una parte del partner, una parte dei genitori (di origine)", ma contemporaneamente anche "un elemento nuovo e imprevedibile che nessuno sa quanto si adatterà allo spazio e alle aspettative che gli sono state preparate e predeterminate" (Nicolò Corigliano, Giannotti, 1982). Quando in una coppia i due partner hanno un rapporto soddisfacente, basato su un sufficiente grado di differenziazione del sé, la loro relazione permetterà al bambino un

inserimento nel nucleo familiare sufficientemente buono. Tuttavia molte coppie nel momento di cominciare il lavoro di genitori (e quindi già in gravidanza) dimenticano di costruire e alimentare con pari intensità lo spazio dei coniugi: mandano i partner in panchina o in pensione e non li fanno più giocare. Il modello appreso nelle famiglie d'origine e i messaggi culturali, secondo cui tutto va fatto per i figli, rischiano di far dimenticare che, se la coppia dei coniugi muore, la coppia dei soli genitori non può costruire una famiglia sana (Cardinali, Guidi, 1992).

Nelle donne, che hanno il vantaggio di un corpo che muta, solitamente c'è una sincronia fra i cambiamenti del corpo ed il proprio Sé. L'uomo invece, non percepisce fisicamente il bambino e prende consapevolezza della sua nuova condizione esistenziale di padre in ritardo rispetto alla madre. Nel tentativo di respingere i propri sentimenti spesso il futuro papà si allontana fisicamente ed emotivamente dalla propria compagna che, sentendosi abbandonata e non avendo modo di capire cosa prova il partner, è propensa a scambiare la difficoltà per un calo di interesse.

Le reazioni psicologiche che condizionano la sessualità di coppia dovrebbero mettere in allerta entrambi i partner e la protezione eccessiva della gravidanza da parte della madre dovrebbe porre apertamente il problema del ruolo e del posto del padre nella coppia. Alcune donne sono infatti così affascinate e interamente assorbite dall'esperienza della gravidanza da preferire la rottura e l'isolamento. Non è infrequente, infine, che durante la gravidanza della compagna gli uomini adottino una sessualità masturbatoria. Nelle coppie nelle quali la donna vive la gravidanza in modo

eccessivamente personale (divieto dei rapporti sessuali per paura di far male o di non proteggere sufficientemente il bambino), la sessualità extraconiugale può irrompere, sotto forma di infedeltà maschile (Simonelli, 2002). Tra il 4 ed il 28% degli uomini hanno relazioni extraconiugali durante la gravidanza ed il puerperio della compagna, evento che mette le coppie a rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili, incluso l'HIV (Brtnicka et al., 2009).

Per un'educazione sessuale in gravidanza

Nella prospettiva evolutiva e narrativa di Veglia, l'educazione sessuale prende in considerazione almeno cinque dimensioni della sessualità umana:

- Dimensione riproduttiva (conservare la specie e far prevalere il proprio genoma);
- Dimensione ludica (fare sesso);
- Dimensione sociale (stare insieme);
- Dimensione semantica (fare l'amore);
- Dimensione narrativa (avere una storia);
- Dimensione procreativa (fare un bambino).

Le persone, ovviamente, hanno facoltà di vivere esperienze sessuali escludendo la dimensione riproduttiva, ma non possono eluderla quando cercano di attribuire un significato alle loro azioni (Veglia, 2004).

Risulta quindi piuttosto bizzarro il fatto che, generalmente, i corsi di educazione sessuale si rivolgano solo a bambini e adolescenti e che prendano in considerazione la dimensione procreativa in senso "negativo" (come NON fare un bambino, e quindi la contraccezione).

Educare alla sessualità quando invece il concepimento è già avvenuto può sembrare anacronistico. L'obiettivo di questo lavoro è proporre un percorso di educazione alla sessualità per le coppie in gravidanza che possa rispondere alle

esigenze di prendersi cura della dimensione procreativa in senso "positivo": come aiutare le coppie che stanno per avere un figlio a conservare ed a proteggere anche la dimensione ludica, sociale, semantica e narrativa della loro relazione? L'attenzione alla multidimensionalità della gravidanza pone gli addetti ai lavori nella necessità di ridefinire l'intervento, per offrire un servizio che si configuri come luogo di contenimento dei bisogni delle coppie in attesa. Uno spostamento dell'attenzione sulla nascita come processo ci costringe a ipotizzare un intervento che si ponga come luogo di contenimento alla complessità dinamica del fenomeno. Il soggetto dell'intervento non è più la donna, isolata dal contesto, ma la coppia. Se la 'crisi di gravidanza' investe ambedue i membri di una coppia, non possiamo far finta che essa sia un fatto solo della donna. Di seguito esporrò la sintesi di un progetto di educazione sessuale ed affettiva per coppie in gravidanza.

Un progetto di educazione sessuale per le coppie in gravidanza

Introduzione: la sfera emozionale, affettiva e sessuale riveste una notevole importanza per le coppie in una fase così delicata come la gravidanza, in cui i partner sono chiamati a ridefinire la propria identità e a ricontrattare le modalità relazionali del loro rapporto. Il ruolo che l'educazione sessuale può svolgere è quello di facilitare le coppie ad acquisire conoscenza e consapevolezza del cambiamento che stanno affrontando, valorizzando le proprie risorse di gestione della situazione e riattivando eventuali canali comunicativi bloccati.

Struttura del progetto: questo progetto rientra nel quadro generale degli interventi di promozione della salute. Il progetto generale risulta onnicomprensivo dei vari

aspetti della sessualità (fisiologico, psicologico, culturale e sociale) ed è strutturato in tre moduli, che rappresentano i filoni principali degli argomenti da trattare.

Obiettivi dell'intervento:

- informare le coppie sulle modificazioni fisiche e psicologiche la gravidanza comporta;
- portare alla luce i pregiudizi, gli stereotipi e i falsi miti che circondano la sessualità in gravidanza;
- incoraggiare le coppie a comunicare per rinegoziare le modalità della loro relazione affettiva e sessuale;
- prevenire i disagi che un'eventuale crisi della coppia in gravidanza potrebbe comportare.

Metodologia generale: le metodologie didattiche attive (come attivazioni, simulate, giochi di ruolo) saranno centrali nella conduzione del lavoro. Verrà favorita una gestione efficace della comunicazione, valorizzata dall'ascolto attivo. Il lavoro in gruppo e con le suddette metodiche attive favorirà la promozione di un atteggiamento rilassato e positivo nei confronti dei temi della sessualità.

Pianificazione dell'intervento: prima di cominciare il lavoro con le coppie, il consulente attuerà un'accurata analisi della domanda e dei bisogni. Se l'intervento si svolge all'interno di un Consultorio, l'incontro preliminare con l'équipe (ostetrico, ginecologo, psicologo) che segue le coppie nella preparazione alla nascita fornirà la chiave di lettura per analizzare la domanda di formazione posta all'operatore. Inoltre, attraverso i dati che emergeranno dai questionari di entrata, l'operatore potrà individuare i bisogni delle coppie e quindi "tarare" l'intervento su quella base. A completamento di quanto sopra, sarà fondamentale tenere in considerazione le caratteristiche specifiche

del contesto ambientale in cui l'intervento si colloca e su quelle del gruppo di coppie, sia dal punto di vista sociale che psicologico.

Tecniche: il coinvolgimento e la partecipazione possono essere stimolati utilizzando tecniche di attivazione (Schede di lavoro per il confronto delle opinioni, Scale di valutazione, Gioco di ruoli, Storie di vita, Carte stimolo, disegno, collage, l'utilizzo di foto, immagini, vignette, brain storming).

I modulo: le modificazioni fisiche e psicologiche in gravidanza

Cornice teorica: le modificazioni fisiche e psicologiche in gravidanza possono provocare confusione nella coppia, che può avere difficoltà nel gestire i cambiamenti.

Area di lavoro: la finalità è favorire l'aumento di consapevolezza dei cambiamenti. In questo senso, la conoscenza del corpo e delle sue funzioni, unita alle implicazioni emozionali ad esso connesse è fondamentale per la comprensione di sé e delle proprie potenzialità.

Obiettivi: gli obiettivi sono la familiarizzazione con i temi e il linguaggio della sessualità in gravidanza; la conoscenza degli aspetti biologici e psicologici della sessualità in gravidanza.

Contenuti: il primo obiettivo viene ottenuto con una trattazione che, pur essendo adeguata al linguaggio del gruppo, utilizzi una terminologia corretta, chiara e condivisa. Inoltre, deve essere fornita a tutti la possibilità di esprimersi spontaneamente. Lavorare con il gruppo per creare un buon clima sarà fondamentale per il raggiungimento dell'obiettivo prefissato; le modificazioni psico-sessuali verranno trattate mettendo in rilievo, oltre agli aspetti biologici, quelli psicologici e affettivi.

Modalità di realizzazione: le esercitazioni consentiranno di integrare l'aspetto biologico con quello sensoriale ed emozionale. Il conduttore solleciterà la discussione attraverso giochi di attivazione ed anche con l'ausilio della formulazione anonima di domande scritte, al fine di rispettare la riservatezza e la resistenza nell'esporsi sui temi della sessualità. Drammatizzazioni e giochi di ruolo potranno inoltre essere usate al fine di facilitare l'espressione di atteggiamenti e opinioni sui cambiamenti corporei e psicologici che le coppie stanno preavvertendo o vivendo già.

II modulo: pregiudizi, stereotipi e falsi miti sulla sessualità in gravidanza

Cornice teorica: l'influenza di stereotipi e credenze relative alla sessualità in gravidanza possono influenzare negativamente le modalità della coppia di vivere la propria relazione emozionale, affettiva e sessuale.

Area di lavoro: la finalità di questo modulo è quella di prendere consapevolezza che informazioni errate possono condizionare negativamente la vita di coppia, ma anche di informare le coppie relativamente alla naturalità della sessualità in gravidanza come fonte di benessere.

Obiettivi: gli obiettivi che questo modulo si prefigge sono il confronto su aspettative, paure e dubbi rispetto alla vita sessuale in gravidanza; la consapevolezza della naturalità della sessualità in gravidanza.

Contenuti: il primo obiettivo viene ottenuto facendo parlare liberamente il gruppo delle proprie esperienze e aspettative riguardo la vita sessuale in gravidanza, portando alla luce eventuali stereotipi e tabù e poi fornendo informazioni corrette. La trattazione del corpo come strumento di conoscenza,

messaggero di emozioni e strumento di relazione è fondamentale per trasmettere la spontaneità e la genuinità della sessualità in gravidanza (sarà importante trasmettere un messaggio chiaro sul piacere affettivo e sessuale come elemento fondamentale per l'individuo in tutte le fasi del ciclo vitale).

Modalità di realizzazione: il conduttore cercherà attivare il confronto delle opinioni con delle schede di lavoro sugli stereotipi e di sollecitare la discussione aperta attraverso le carte stimolo. Potrà essere utilizzato il disegno di coppia, per rappresentare graficamente, e poi discutere in coppia, le concezioni sulla sessualità in gravidanza.

III modulo: la comunicazione in gravidanza

Cornice teorica: la comunicazione è un elemento fondamentale per il benessere della coppia: le coppie che comunicano sono più soddisfatte della loro vita affettiva e sperimentano una maggior gratificazione sessuale.

Area di lavoro: la finalità di questo modulo è quella di informare le coppie sui principi che alimentano una sana comunicazione nella coppia e di attivare la riflessione su come migliorare le interazioni con il partner relativamente alla relazione affettiva e sessuale.

Obiettivi: gli obiettivi che questo modulo si prefigge sono rendere consapevoli le coppie dell'importanza di una sana comunicazione come fonte di benessere ed implementare le conoscenze necessarie a vivere positivamente la relazione amorosa.

Contenuti: elementi di comunicazione (come si comunica in maniera efficace, quali sono le distorsioni che inducono disagio nella relazione affettiva e sessuale); affrontare l'argomento della relazione di coppia e dei suoi mutamenti nelle varie fasi del ciclo vitale.

Modalità di realizzazione: il conduttore utilizzerà le storie di vita o stimoli visivi per attivare il gruppo sugli argomenti proposti, e successivamente il brain storming ed il role playing per attivare il confronto costruttivo. Potranno essere proposti infine degli esercizi (corporei e/o verbali) di comunicazione di coppia.

Destinatari: il percorso è indirizzato a coppie in gravidanza che stanno svolgendo un corso di preparazione alla nascita presso un Consultorio pubblico o un servizio privato. Si tratta generalmente di coppie al settimo mese di gestazione.

Durata: per ogni gruppo sono previsti 4 incontri (un incontro preliminare della durata di un'ora per illustrare il progetto e somministrare al gruppo il questionario di entrata; tre incontri di due ore per sviluppare il progetto vero e proprio; al termine del terzo incontro verrà somministrato il questionario di uscita). Per ogni servizio è previsto un incontro preliminare di 2 ore con l'équipe che segue le coppie nella preparazione alla nascita.

Conduttore: conduttore del corso è uno psicologo, psicoterapeuta, psicosessuologo, che realizza l'intervento in linea con la propria formazione specifica ed in considerazione delle linee guida del progetto.

Strumenti di valutazione e verifica: una prima valutazione dell'intervento può essere effettuata dal conduttore attraverso l'osservazione del gruppo rispetto ai temi che hanno interessato maggiormente le coppie e stimolato una partecipazione attiva. A lungo termine gli strumenti di verifica possono prevedere la raccolta di indicatori di tipo sanitario, come l'accesso alle strutture consultoriali per problematiche affettive, relazionali e sessuali nel post partum.

Questionario di ingresso: verrà predisposto un questionario di entrata, che

consentirà al conduttore di cogliere le caratteristiche e le esigenze del gruppo, oltre che del contesto territoriale locale in cui si svolgerà l'intervento.

Questionario di uscita: al termine del ciclo di incontri con il gruppo, il consulente potrà somministrare un questionario per valutare l'apprendimento di nozioni e informazioni, oltre che il livello di soddisfazione del gruppo. L'équipe potrà invece compilare una scheda finalizzata a raccogliere le proprie opinioni sui punti di forza e debolezza del progetto.

Conclusioni

L'esperienza sessuale umana è costellata di emozioni, motivazioni e bisogni psicologici: avere rapporti sessuali in gravidanza può portare nuove preoccupazioni, complicazioni ed esperienze. Di conseguenza, un calo del desiderio sessuale in gravidanza è comune, soprattutto nel terzo trimestre: tuttavia sono stati riscontrati molti benefici nel continuare l'attività sessuale. Alcune ricerche hanno evidenziato che una sana attività sessuale in gravidanza può avere un'influenza positiva sul parto: le donne che hanno orgasmi in gravidanza hanno un tasso più basso di parti prematuri; inoltre le prostaglandine contenute nello sperma aumentano la contrattilità uterine e possono aiutare nell'induzione del travaglio (Righetti, 2010).

L'astensione dai rapporti sessuali in gravidanza può avere molti effetti negativi sulla relazione di coppia: la sessualità è considerata una componente chiave per il successo di una relazione a lungo termine. Spesso l'assenza di una gratificante intimità sessuale costituisce un fattore di rischio per il benessere e la salute delle coppie, che si trovano a non essere in grado di affrontare adeguatamente questa

tappa del processo evolutivo con le energie di cui dispongono. Dare sostegno alle coppie in crisi di gravidanza costituisce dunque un investimento per il futuro della coppia e del bambino: perché non pensare ad un lavoro di prevenzione almeno con quelle persone che si rivolgono ai servizi in uno stato di 'salute' e non di 'malattia'? Infine comunicare con gli addetti ai lavori a proposito di eventuali disagi legati alla sessualità in gravidanza può essere utile a ridurre i livelli di ansia associati al calo del desiderio. Di conseguenza è importante riconoscere alcuni elementi :

1. i cambiamenti nella risposta sessuale in gravidanza sono comuni;
2. questi cambiamenti sono in larga parte il risultato degli eventi fisici e psicologici associati alla gravidanza, e quindi non necessariamente sono il riflesso di problematiche relazionali o sessuali della coppia;
3. i cambiamenti nella sessualità della coppia in gravidanza non sono permanenti. Le coppie con una sana e soddisfacente vita sessuale prima della gravidanza solitamente ritornano a quel livello di benessere dopo il parto (Regan et al. 2003).

Bibliografia

Bibring G. (1961). A study of the psychological processes of pregnancy and of the earliest mother-child relationship, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16: 9-45.

Brtnicka H., Weiss P., Zverina J. (2009). Human sexuality during pregnancy and the post partum period, *Bratisl Lek Listy*, 110(7): 427-31.

Bydlowski M. (2000). *Je reve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité.* Odile Jacob. (Trad. it) *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità.* Edizioni Pendragon Bologna, 2004.

Cafaro C. (1988). *Sessualità in Gravidanza. I Rapporto ASPER, Educazione e Comportamento Sessuale dei Giovani in Italia.* Asper-age, Città di Castella.

Cardinali F., Guidi G.(1992). *La coppia in crisi di gravidanza, Terapia Familiare*, 38:31-40.

Codispoti Battacchi O., De Aloysio D. (1981). *Gravidanza e Sessualità.* Piccin Editore Padova.

Deutsch H. (1944-45). *The psychology of women. A psychoanalytic interpretation (Vols. 1-2).* New York, Greener and Stratton. (Trad. It.) *Psicologia della donna.* Torino, Boringhieri, 1971.

De Judicibus M.A., McCabe M. P. (2002). *Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women - Statistical Data Included,* *Journal Of Sex Research*, 39 (2): 94-103.

Fajrajzen S. (1973). *Aspetti differenziali della simbiosi umana nei due sessi.* *Rivista di Psicoanalisi*, 19:19-41.

Fornari F. (1976). *Codice materno e disturbi della femminilità.* *Atti del I Congresso Congiunto della Soc. Ital. e Franc. di Psicoprofilassi ostetrica,* Padova, Piccin, 3-25.

Gokyildiz S, Beji NK. (2005). *The effects of pregnancy on sexual life.* *Journal of Sexual Marital Therapy*, 31(3): 201-215.

- Jannini E., Lenzi A., Maggi M. (2007). *Sessuologia medica*. Elsevier Masson Editore, Milano.
- Kitzinger S. (1990). The desexing of birth; some effects of professionalization of care; the god-sibs; what matters to women -- their words. Paper presented at Innovations in Perinatal care: assessing Benefits and Risks, 9th conference presented by Brith, San Francisco.
- Masters W.H., Johnson V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston, Little, Brown & Co. (Trad. it) *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*. Milano, Feltrinelli Editore, 1967.
- Moretti S., Monti M. (2003). *Sessualità in Gravidanza e puerperio*. Rivista telematica *Sessualità e Ostetricia on-line*, www.ginecolink.net.
- Nicolò Corigliano A.M., Giannotti A. (1982). *Psicopatologia della coppia e gravidanza*. Atti del Convegno In tema di capacità gestionale della donna, Cagliari.
- Pasini W. (1975). *La vita sessuale durante la gravidanza*. *Sessualità e ginecologia psicosomatica*. Padova, Piccin.
- Quattrini, F. *Gravidanza e sessualità*. In www.iissweb.it.
- Racamier P.C. (1967). *Troubles de la sexualité féminine et du sens maternel*. Bulletin Officiel de la Société Internationale de Psycho-Prophylaxie obstetricale, 32:3-41.
- Reamy K. J., White S. E. (1987). *Sexuality in the puerperium*. A review. *Archives of Sexual Behavior*, 16(2): 65-186.
- Regan, P. C. et al (2003). *Pregnancy and changes in female sexual desire: a review*. *Social behaviour and personality*, 31:603-612.
- Righetti P. L., (a cura di). (2010). *Gravidanza e contesti psicopatologici*. Dalla teoria agli strumenti di intervento. Milano, Franco Angeli Editore.
- Simonelli C. (2002). *Psicologia dello sviluppo sessuale ed affettivo*. Roma, Carocci Editore.
- Veglia F. (2004). *Manuale di educazione sessuale (Vol.1. Teoria e metodologia)*. Trento, Erickson editore.
- Yum Y., Alicesteen R. (2005). *The effect of sex and sex talk during pregnancy on close relationships*. Paper presented at the meeting of the International Communication Association, New York.
- Winnicott D.W. (1965). *The Family and Individual Development*. London, Tavistock Publications. (Trad. it.) *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Roma, Armando Editore, 1992.

I comportamenti sessuali dei giovani universitari

di Giorgia Marsella

Ostetrica

ABSTRACT

I giovani in età universitaria rappresentano la popolazione maggiormente esposta ai rischi di una sessualità inconsapevole e promiscua.

Nel presente studio si indagano i comportamenti sessuali del target, la consapevolezza dei pericoli connessi alle Infezioni Sessualmente Trasmesse e si prospettano azioni preventive volte ad educare e consapevolizzare la popolazione in esame.

KEY WORD: IST, HPV, Comportamenti Sessuali, Popolazione Giovanile

Introduzione

Secondo i dati della World Health Organization nel mondo ogni anno più di 340 milioni di persone contraggono una infezione sessualmente trasmessa di tipo batterico, e milioni di individui contraggono infezioni a trasmissione sessuale di tipo virale.

Oggi si preferisce parlare di "infezioni sessualmente trasmesse" (IST) anziché di "malattie sessualmente trasmesse" (MST) per indicare il frequente decorso asintomatico delle stesse.

L'Oms sottolinea come la strategia da adottare per fronteggiare le IST debba basarsi soprattutto sulla prevenzione, con la promozione di campagne informative e sulle attività di educazione alla salute sessuale; una risposta effettiva all'aumento delle Infezioni Sessualmente Trasmesse non dovrebbe prescindere quindi da una prevenzione che prenda avvio da una accurata ed esplicita informazione sul sesso sicuro.

Nel presente lavoro di ricerca si è posto l'accento sulle Infezioni Sessualmente Trasmesse e, in particolare, su HPV, che è stato preso a "modello" di infezione per il grosso impatto che ha sulla popolazione; per l'ampia incidenza (si stima che oltre il 75%

delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della vita con un virus HPV, con un picco di prevalenza nelle giovani donne fino a 25 anni di età (Frazer IH et al., 2006), per il grosso impatto sociale dello screening, ed in quanto responsabile del carcinoma cervicale: il primo cancro a essere riconosciuto dall'organizzazione mondiale della sanità come totalmente riconducibile a un'infezione (IARC 1995). Si stima che il 75% delle nuove infezioni da HPV, circa 4,6 milioni di casi annui, colpisca uomini e donne giovani (Weinstock et Al., 2004).

Si è scelto di indirizzare la ricerca alla fascia di età dei giovani universitari in quanto la popolazione giovane presenta un rischio aumentato di contrarre IST per una varietà di fattori fisiologici, comportamentali e psicologici (CDC 2007; Linnehan e Groce, 1999) tra cui l'immaturità cervicale delle donne dell'età descritta (Fraser et Al., 2006), l'utilizzo di che porterebbe i giovani ad assumere comportamenti a rischio (Cooper, 2002), o semplicemente il fatto che tendenzialmente il target selezionato viva, proprio nel periodo degli studi universitari, la prima esperienza fuori dal controllo parentale, e che per tale motivo sia maggiormente esposta a mettere in atto comportamenti sessuali a rischio (ACHA, 2010).

La popolazione studentesca essendo spesso lontana dal proprio ambiente di vita risulta essere poco connessa alle strutture sanitarie cui abitualmente si rivolge, e, nello specifico, spesso distante dai programmi di screening e vaccinazione in atto nella regione di appartenenza; a questa ultima considerazione si aggiunge il fatto che l'adesione spontanea al PAP test ed alla vaccinazione rimane insufficiente per la scarsità di informazioni circa la prevenzione di HPV ed i comportamenti sessuali a rischio (Jain et Al., 2009).

Lo scopo del presente lavoro è quello di voler indagare lo stato di conoscenza della popolazione studentesca rispetto ad HPV attraverso la conduzione di una indagine sulle abitudini sessuali, le informazioni in possesso degli intervistati e le personali esperienze di prevenzione e diagnosi precoce, utilizzando come strumento un questionario, selezionato in quanto strumento di comunicazione finalizzato a facilitare l'interazione fra il ricercatore, il rilevatore e il rispondente (Fortini M., 2000).

Materiali e Metodi

L'indagine ha coinvolto 1600 studenti, i quali hanno compilato spontaneamente il questionario che, dal 3 Giugno 2013 al 30 Settembre 2013, è stato posto in rilievo nel sito web dell'Università degli Studi G. D'Annunzio di Chieti-Pescara.

Tra i 1600 partecipanti ci sono state 1261 femmine (78,81%) e 337 maschi (21,06%), 2 partecipanti (0,12%) non hanno indicato il sesso. Nell'analisi sono stati presi in esame solamente i questionari compilati da studenti aventi un'età compresa nel range stabilito di 18/35 anni, ed è risultata una età mediana di 22 anni ed una media di 22,9 anni. Più del 98% degli studenti intervistati ha dichiarato di essere italiano (prevalentemente sono stati

intervistati studenti provenienti dal centro e dal Sud Italia).

E' stato strutturato un questionario formato da 44 quesiti suddivisi in 4 macro aree in cui si sono richieste agli utenti informazioni anagrafiche, orientamento sessuale, facoltà frequentata, orientamento religioso, età del primo rapporto, tipologia di rapporti intercorsi, contraccettivo utilizzato, conoscenze specifiche su HPV, contraccezione, percezione del rischio di contagio legato alle diverse pratiche sessuali, conoscenza dei test mirati ad accertare la presenza di HPV, e, in ultimo, l'eventuale esigenza di possedere più strumenti atti ad una conoscenza maggiore del problema delle Infezioni Sessualmente Trasmesse, e le modalità con cui desidererebbero accedervi.

I dati sono stati raccolti nel rispetto dell'anonimato del singolo studente per la salvaguardia della privacy (Ex L. 675/96) e, per strutturare il questionario, si è scelto di utilizzare la suddivisione in macro aree proposta da J. Waler et Al. attraverso la metanalisi di 56 studi condotti da vari autori, tra il 1992 ed il 2009, ed aventi come oggetto "Conoscenze e percezioni sulle infezioni HPV-relate".

Risultati e Discussione

Sebbene il campione preso in esame non potesse rappresentare in assoluto tutta la popolazione studentesca, e le risposte siano state fornite dagli intervistati senza alcuna possibilità di verifica, la ricerca condotta ha consentito di studiare la conoscenza e la condotta della popolazione studentesca intervistata rispetto all'infezione da Papillomavirus, di percepire l'esigenza di counseling e sostegno della popolazione intervistata rispetto ai temi proposti e di ipotizzare strategie di intervento mirate a convertire i risultati delle valutazioni in azioni pratiche mirate alla prevenzione dei

comportamenti sessuali a rischio, all'erogazione di informazioni corrette ed al contenimento delle IST.

Un dato di grossa importanza è risultato essere quello dell'età del primo rapporto sessuale, che nel presente studio ha rilevato un range compreso tra i e i 12 ed i 28 anni di età, una media di 17,5 anni ed una mediana di 17 anni; le statistiche tra studenti di sesso maschile e femminile non hanno presentato particolari variazioni, infatti per i Maschi la media è di 17,1 anni e per le femmine di 17,5 anni. E' stato rilevato che tra le donne il 30,8% (389 su 1261) ha avuto il primo contatto sessuale tra i 12 ed i 16 anni e tra gli uomini la percentuale è risultata inferiore (24,6%, 83 uomini su 337 intervistati). I dati rilevati mostrano, rispetto alle statistiche internazionali WHO (Currie C et Al. 2008/2011) relative ai nati tra il 1983 ed il 1995, una tendenza ad un maggior abbassamento dell'età del coitarca, specialmente per la popolazione di sesso femminile.

Diversi studi sono concordi nell'affermare che una diminuzione dell'età del coitarca sia connessa ad un maggiore sviluppo di Infezioni Sessualmente Trasmesse (Kahn JA et Al., 2009, Kaestle C. et Al, 2005), negli uomini come nelle donne, senza variazioni nelle diverse etnie, e che, oltre a dover mettere in atto campagne per rimandare negli adolescenti il momento del coitarca, verso il target dei giovani adulti il personale sanitario dovrebbe impegnarsi sempre maggiormente nella promozione della salute e nell'informazione sulla contraccezione e sui comportamenti a rischio (Kaestle C. et Al., 2004).

Nello specifico, rispetto ad HPV numerosi studi (Baseman et al, 2005; Trottier et al, 2006) concordano nel ritenere il numero dei partner sessuali e la giovane età al primo rapporto sessuale i fattori di rischio più

rilevanti per l'acquisizione dell'infezione da HPV.

Anche l'analisi italiana PreGio (S. Donati et Al., 2010) ha rilevato un'associazione tra positività del test HPV ed abitudini sessuali delle partecipanti; infatti è emersa una correlazione tra la positività al test HPV e il numero di partner avuti nel corso della vita e negli ultimi 6 mesi; inoltre l'età media del primo rapporto sessuale è risultata inferiore nelle donne HPV positive, sebbene lievemente. Questi dati concordano con uno studio italiano condotto a Torino su circa 1000 donne (Ronco et al, 2005), che ha mostrato una prevalenza di infezioni da HPV maggiore nelle nubili e nelle nullipare rispetto alle sposate e a chi aveva avuto almeno una gravidanza, dimostrando ancora una volta l'importanza cruciale di intervenire sulla popolazione giovane con programmi mirati di prevenzione.

La gran parte degli studenti intervistati è risultata essere sessualmente attiva, infatti l'82% degli studenti ha dichiarato di avere rapporti sessuali; in oltre la maggioranza degli studenti (73,3%) intercorre rapporti di tipo orale ed il 20,31% ha rapporti anali. Tra gli studenti che hanno rapporti di tipo orale solo il 58% sa che tramite tale tipologia di rapporto è possibile contrarre HPV, e tra coloro che hanno rapporti di tipo anale la percentuale dei ben-informati sulla trasmissione di HPV è del 63 %. Sul totale degli intervistati invece il 55% degli studenti conosce il rischio di contrarre HPV dai rapporti orali, ed il 59% risponde correttamente a proposito dei rapporti anali.

Dall'analisi dei dati descritti si percepisce come una grossa fetta della popolazione giovanile metta in atto tipologie di rapporto sessuale extra-genitale senza conoscere in realtà il rischio di poter contrarre IST; inoltre tra coloro che mettono in atto rapporti anali il 10,4% (34 studenti, tra cui 2 omosessuali di sesso maschile, quindi ad altissimo rischio di

contrarre una IST) ha dichiarato di non aver fatto mai uso del profilattico durante i rapporti.

Il sesso orale ed anale rappresentano un'espressione normale della sessualità, e spesso vengono messi in atto per evitare rischio di gravidanza, tuttavia tale tipologia di rapporto non preserva affatto dalle Infezioni Sessualmente Trasmesse, a questo proposito il personale sanitario deve impegnarsi informando i pazienti del rischio esistente e provvedendo ad un counseling per la riduzione del rischio nella popolazione che mette in atto le attività sessuali non-coltali (ACOG 2008).

Relativamente al tema della contraccezione diversi studi hanno dimostrato come l'utilizzo dei metodi contraccettivi moderni (CO, IUD) in Italia sia leggermente inferiore a quello degli altri paesi d'Europa (Censis, 2000), mentre metodi "virtuali" come il coito interrotto registrano ancora oggi un largo utilizzo (Arisi E. et Al., 2005 ISS).

Nel presente studio è risultato un buon utilizzo del preservativo, al disopra della media individuata dal Censis nel 2000 (28.4%); infatti il 33% degli intervistati lo utilizza sempre, e circa il 10% spesso o qualche volta.

Rispetto al coito interrotto è stato denotato un utilizzo aumentato rispetto ai dati Censis (31,6%) , infatti risulta che il 15% degli studenti lo utilizza sempre, l'11% spesso e il 17% qualche volta, quindi complessivamente il 43% della popolazione intervistata lo utilizza.

Questo dato risulta essere allarmante ove considerato in rapporto al target interpellato, ossia quello giovanile/studentesco in cui sono maggiormente frequenti cambiamenti di partner, promiscuità e comportamenti a rischio, e risulta determinante porre l'accento su tali considerazioni nell'ottica di voler mettere in atto strategie di informazione, counseling e responsabilizzazione degli

studenti da parte del personale sanitario, che ha il dovere di individuare le criticità emergenti per affrontarle.

Per quanto concerne l'utilizzo degli estrogeni la rilevazione ottenuta nel presente studio appare in linea con la tendenza italiana all'utilizzo scarso della pillola, che viene utilizzata sempre dall'11% degli intervistati.

Il calcolo dei giorni fertili è utilizzato complessivamente dal 17% degli intervistati.

I dati rilevati sul preservativo per quanto concerne l'utilizzo sono importanti, ma purtroppo anche rispetto a tale metodo contraccettivo la consapevolezza rimane errata; infatti sulla totalità degli studenti solamente il 15% è a conoscenza del fatto che il condom non protegge da HPV, e, tra coloro che pensano che protegga da HPV più della metà utilizza proprio il profilattico quale mezzo contraccettivo.

Per quanto concerne invece l'utilizzo della pillola estrogenica tra i 187 studenti che ne fanno uso in maniera costante nessuno pensa che questa sia protettiva nei confronti di HPV e 13 studenti (il 7% di coloro che ne fanno uso) non sanno rispondere; sul totale invece il 2% pensa che la pillola sia protettiva ed il 13% non sa rispondere.

Ancora una volta il dato, in particolare per quanto concerne l'utilizzo del profilattico, e la scarsità di informazioni corrette a questo connesse, appare essere particolarmente significativo ai fini della programmazione di un intervento sulla popolazione giovanile, nella quale si dovrebbe intervenire, alla luce delle considerazioni poste, non solo promuovendo la tipologia di contraccezione più adatta al singolo individuo, ma mettendone in luce i limiti ed i vantaggi, con il fine di ottenere una sempre maggiore consapevolezza e percezione del rischio, e, di conseguenza, ridurre anche le ansie immotivate.

A proposito della conoscenza di HPV, delle

delle informazioni in possesso circa le IST e nei confronti delle tecniche di diagnosi precoce e del vaccino diversi studi, anche italiani, hanno affrontato indagini sulla popolazione giovanile, orientandosi soprattutto verso quella di sesso femminile. Il progetto nazionale PreGio (Prevenzione Giovani, S. Donati et Al., 2010) indirizzato a donne italiane di 18-26 anni, condotto nel periodo 2007- 2009 dall'ISS ha concluso, a proposito dei temi suddetti, che la quasi totalità delle intervistate lamenta una carenza di informazioni di qualità sulla prevenzione del cervicocarcinoma e richiede che le informazioni vengano veicolate da professionisti sanitari e non da amici, parenti e media che rappresentano la principale fonte informativa; poco più della metà delle intervistate riferisce di aver ricevuto informazioni su HPV e vaccino come registrato anche in altre indagini condotte a livello internazionale (Klug et al, 2008; Mc Clelland et al, 2006; Lenselink et al, 2008; Allen et al, 2009). Sono state rintracciate altre due pubblicazioni relative ad indagini effettuate in Italia: la prima su un campione di 1348 studentesse di 14-24 anni residenti in Campania (Di Giuseppe et al 2008) e la seconda su un campione di 212 donne afferenti ai servizi screening di Pordenone (Sopracordevole et al, 2009), entrambe hanno rilevato bassi livelli di conoscenza e consapevolezza sull'HPV e sulla sua relazione con il carcinoma della cervice uterina, e unanime richiesta di informazioni da parte dei professionisti sanitari il cui parere è ritenuto cruciale nel processo decisionale (Di Giuseppe et al 2008; Sopracordevole et al, 2009).

Nella presente ricerca, a proposito della conoscenza di HPV, ha risposto in maniera affermativa alla domanda "Hai mai sentito parlare di HPV?" il 90% degli intervistati: L'80% dei maschi ed il 93% delle donne; tuttavia il livello di conoscenza "reale" rilevato attraverso quesiti specifici ha dimostrato quanto spesso la popolazione giovanile pensi di

conoscere e di padroneggiare i temi riguardanti la sessualità senza però coglierne gli aspetti cruciali; in quest'ottica l'informazione e soprattutto la qualità dell'informazione, finalizzata ad indirizzare i giovani verso scelte consapevoli, emergono come aree bisognose di attenzione ed intervento da parte dei professionisti sanitari.

Per quanto concerne invece la fetta di popolazione intervistata che ha riferito di non aver mai sentito parlare di HPV o di non ricordare se ne avesse mai sentito parlare la conoscenza dei problemi connessi alle IST ed ad HPV è risultata ancora inferiore rispetto alla tendenza, già poco elevata, mostrata dalla totalità degli intervistati, dimostrando come vi siano di fatto giovani che non vengono affatto raggiunti da informazioni che li veicolino verso una sessualità senza rischi, e fornendo una misura (ottenuta confrontando i dati del suddetto gruppo con quelli totali) di quanto la ricezione di informazioni sia determinante in questo.

Rispetto all'analisi delle conoscenze e delle misconoscenze degli intervistati è stato osservato che, nel quesito multiresposta relativo alla trasmissione di HPV, la quasi totalità dei giovani ha saputo indicare i rapporti sessuali quali veicolo di infezione (96%).

Tuttavia il 31% dei giovani che hanno indicato i rapporti sessuali quali fonte d'infezione ha indicato anche la piscina, i bagni pubblici e lo scambio di biancheria, fornendo una chiara idea dello stato di conoscenza confusionale e lacunosa di cui gli studenti sono preda.

Rispetto alle patologie maligne HPV-relate si è potuto considerare come circa tre quarti dei giovani adulti intervistati abbiano coscienza del fatto che HPV possa causare una neoplasia, inferiore è invece il numero di coloro che sanno che questo possa causare lesioni benigne; questo dato è importante, perché mostra indirettamente la tipologia di informazione veicolata; un'informazione volta ad allertare la popolazione a proposito della patologia

tumorale ed invece molto poco diretta ad informare, ed anche a rassicurare, circa le patologie benigne HPV-relate, che, come già considerato, sono in piena crescita e quindi vanno necessariamente prevenute, fornendo all'utenza la capacità di riconoscerne i segni e di prevenirne la diffusione la diffusione tramite contagio. A tal proposito è importante anche considerare come, tra gli intervistati, un terzo non possiede informazioni circa i segni evidenti di HPV, negando quindi che questi non siano sempre presenti; è di focale importanza intervenire sulla fetta di popolazione appena descritta, che può correre il rischio di evitare misure di diagnosi precoce e di screening perché "rassicurata" dall'assenza di sintomatologia.

A proposito della diagnostica è stata proposta agli studenti una domanda del tipo "multiresponse", nella quale solo la metà ha indicato il "Prelievo dalla sede" come metodica per la rilevazione della presenza di HPV (spesso unitamente ad altre risposte). Il 24% degli studenti ha indicato il prelievo di sangue, il 57% la visita, tradendo una conoscenza lacunosa anche rispetto alla semplice metodica del PAP test.

Proprio rispetto al PAP test si è potuto osservare come su 1261 donne solo 432 abbiano eseguito almeno un PAP test nella propria vita (34%); è interessante denotare come l'8,3% di queste sia vaccinata e l'81% sappia dell'esistenza del vaccino, in percentuale quindi sensibilmente più alta rispetto al totale (sul totale il 67% sa dell'esistenza del vaccino ed il 13% l'ha eseguito). Confrontando i dati relativi all'adesione al PAP test da parte delle intervistate con l'età delle stesse è risultato come le donne in età di screening siano in proporzione maggiore nel suddetto gruppo, e che quindi il ricorso spontaneo al PAP test prima dei 25 anni di età sia ancora scarso; tale rilievo assume significato specialmente ove rapportato all'età media dell'esordio sessuale

rilevata all'interno della presente indagine, e suggerisce un'implementazione nel counseling riferita alle donne sotto i 25 anni di età, per le quali è raccomandato un PAP test ogni 3 anni dall'inizio dell'attività sessuale (AIRC).

In quanto al dato descritto è doveroso considerare che tra le donne che hanno dichiarato di non aver eseguito il PAP test 120 non hanno attività sessuale.

Diversi studi hanno descritto come lo scarso ricorso al PAP test ed al vaccino siano connessi alla carente consapevolezza di poter contrarre HPV e di essere quindi a rischio rispetto alle patologie per le quali si va ad attuare prevenzione (Bynum et Al. 2009, Conroy et Al. 2009, Licht et Al. 2010, Roberts et Al. 2010), a questo proposito una eventuale campagna di sensibilizzazione e reclutamento rispetto al PAP test potrebbe essere programmata a partire dalla stessa percezione del rischio, in modo che questa sia acquisita in da ogni utente, anche da quelli che, per la scarsità di informazioni in possesso, sentono di non dover essere coinvolti dalle attività di prevenzione.

In vista di un counseling diretto anche alle giovani coppie si è ritenuto necessario indagare circa la consapevolezza che il Papillomavirus sia un problema tanto femminile quanto maschile; a questo proposito è stato domandato di indicare se HPV fosse un problema esclusivamente femminile; risposta positiva è giunta solo dal 5% degli uomini e dal 15% delle donne, mostrando come a proposito del tema descritto le meno informate siano proprio le giovani di sesso femminile. Ancora oggi la conoscenza della storia naturale di HPV per quanto riguarda l'uomo è poco studiata, tuttavia diversi studi hanno confermato che i comportamenti sessuali dell'uomo possono contribuire allo sviluppo di un cancro nelle sue partners sessuali, e come, di conseguenza, le strategie per limitare l'infezione da HPV nel sesso maschile producano un miglioramento

non solo per gli uomini, ma anche per le donne. (Dunne EF. et Al., 2006; Partridge JM et Al., 2006 Giuliano AR et Al., 2008 De Lima Rocha MG et Al., 2008). A proposito dell'esistenza di uno screening mirato ad identificare le patologie HPV-relate si è visto che solo la metà degli studenti ne conosce l'esistenza; è doveroso per quanto riguarda il dato descritto operare un distinguo tra gli uomini, non direttamente coinvolti dallo screening, e le donne; rispetto a ciò è emerso che il 76% delle risposte negative sono state fornite proprio dalla popolazione femminile, quindi tra le sole donne intervistate quasi la metà delle stesse non è a conoscenza nemmeno dell'opportunità di partecipare allo screening.

Confrontando i dati relativi agli studenti che non conoscono i programmi di screening con quelli sulla provenienza regionale è emerso che la consapevolezza dei programmi di prevenzione è più elevata tra gli studenti provenienti da regioni in cui lo screening è ben organizzato, allo stesso modo in cui anche la conoscenza ed il ricorso al vaccino ed al PAP test sono maggiori nelle regioni in cui tali metodiche sono ben avviate.

Anche nello studio PreGio è stata riscontrata ampia variabilità regionale, che ha dimostrato come nelle regioni in cui lo screening è meno organizzato la risposta allo studio sia stata meno imponente e meno numerosi siano stati i riscontri di donne vaccinate o che avessero eseguito un PAP test.

Nello specifico nel presente studio è stato denotato come le studentesse meno informate sullo screening siano le Calabresi (64%), seguite dalle campane (58%); per quanto concerne invece l'esecuzione del PAP test la regione in cui è stata rilevata un'adesione inferiore è stata la Basilicata (14%), seguita dalla Calabria (27%).

Le rilevazioni della presente ricerca sono risultate in linea con le rilevazioni degli studi precedenti e con il rapporto nazionale Passi

2012 in cui la distribuzione geografica della copertura dello screening cervicale ha disegnato un gradiente geografico a svantaggio delle Regioni meridionali: la percentuale di donne che effettua lo screening cervicale a scopo preventivo è pari all'84% fra le residenti nel nord Italia (nella P.A. di Bolzano raggiunge il 90%),

è significativamente più bassa al centro 83%, e soprattutto nel sud e nelle isole in cui coinvolge solo il 62% della popolazione target (la percentuale più bassa si registra in Calabria con il 56%).

Tale considerazione riflette l'importanza cruciale dell'intensificazione dello screening e delle campagne informative, indicando come tali attività siano fondamentali al fine di diffondere una cultura della prevenzione che abbia indirizzi e finalità univoche nel paese.

Un'ulteriore conferma della considerazione tenuta è data dalla peculiare esperienza lucana nella vaccinazione; infatti la Basilicata ha avviato negli ultimi anni una importante campagna vaccinale, attivando la vaccinazione in 4 coorti di nascita e raggiungendo il numero più alto di adesioni in Italia già dal primo anno di campagna (ISS Giambi C. et Al., 2010).

Nel presente studio la tendenza descritta appare evidente sia per quanto concerne le informazioni in possesso rispetto al vaccino (non informato solo il 26% delle donne lucane), sia per quanto riguarda l'adesione al vaccino, che nelle lucane è risultata essere la più alta. Su 50 donne

infatti 31 si sono dette vaccinate (il 62%); a questo proposito le donne meno vaccinate sono risultate le campane, con una percentuale del 3%.

Rispetto al totale degli intervistati il 67% conosce l'esistenza del vaccino, tuttavia solo il 13% l'ha eseguito. Tra coloro che non hanno eseguito il vaccino (965 studenti) 667 si direbbero disposti a farne uno (69%); tra coloro che invece non hanno eseguito il

vaccino e non ne farebbero uso (116 studenti) la motivazione scoraggiante maggiormente indicata risulta essere la pericolosità dello stesso (35%), seguita dalla motivazione di aver già contratto il virus (23%); altri studi hanno individuato motivazioni differenti quali costo elevato, effetti collaterali, scarso effetto, e mancata attività sessuale in corso (Burke et Al. 2010., Bynum et Al., 2009., Caskey et Al., 2009).

Anche il dato appena descritto fornisce uno spaccato importante della popolazione a cui ci si è rivolti. Spesso gli studenti non vengono raggiunti dalle informazioni, anche quando sarebbero ben disposti ad averne ed a proteggersi almeno teoricamente in maniera attiva tramite la vaccinazione, o, peggio, vengono raggiunti da informazioni devianti ed errate che li veicolano verso scelte spesso pericolose che non vanno a tutelare il loro stato di salute.

Due studi condotti in differenti università hanno osservato come lo stato vaccinale sia significativamente correlato con la conoscenza (Allen et Al., 2009, Roberts et Al., 2010), e come la percezione dell'importanza della vaccinazione e del valore protettivo della stessa siano più elevate nei vaccinati (Rosenthal et Al., 2011), probabilmente per la possibilità, da parte dei vaccinati, di avere, o di aver avuto, un contatto diretto con il personale sanitario e con le strutture sanitarie atte alle misure preventive nei confronti di HPV.

Rispetto a ciò anche l'ISS si esprime ritenendo importante monitorare regolarmente i dati di copertura vaccinale in modo da identificare tempestivamente aree di bassa copertura e, considerando la sensibilità della tematica e il messaggio complesso da trasmettere al target, curare gli aspetti comunicativi delle campagne, formando a questo fine personale sanitario atto alla promozione dell'attività di vaccinazione ed al counseling e capace di fornire a tutta la popolazione i mezzi adatti

per comprendere le finalità e le modalità di vaccinazione attraverso una comunicazione univoca e chiara. In ultimo bisogna considerare che anche nel presente studio vi sono stati studenti che hanno specificato nelle motivazioni di mancata adesione al vaccino (Nella categoria di risposta "Altro: Specificare") la presenza di un costo elevato, che come già osservato è stata rilevata anche in altri lavori, e che spinge ad una rivalutazione anche in termini di accessibilità e di costo del vaccino.

Un altro ambito su cui ci si è orientati è stato anche quello delle emozioni e della comunicazione al partner, in quanto molti studi hanno dimostrato quanto spesso HPV sia foriero di ansie e preoccupazioni (Anhang R. et al, 2004), e come una risposta positiva ad un test-HPV porti a sentimenti di vergogna, paura del cancro, paura di essere giudicati, timore e spesso rifiuto rispetto alla comunicazione al partner (Kahn et Al., Maissi et Al., McCaffery et Al., 2004).

A tal proposito il 46% degli studenti sarebbe in imbarazzo se sapesse di aver contratto HPV, ed il 20% non sa se sarebbe in imbarazzo; a proposito della comunicazione invece il 91% degli intervistati è certo che comunicherebbe al proprio partner l'esito positivo di un test HPV.

Operando un confronto tra la popolazione che si direbbe imbarazzata e quella che non lo sarebbe è stato osservato che gli studenti "imbarazzati" sarebbero meno portati a comunicare al partner l'esito positivo del test HPV, con una percentuale di 9,6% contro quella del 6,7% riscontrata sul totale degli studenti.

Tale osservazione appare cruciale ove si voglia prospettare una tipologia di informazione e counseling diretta alla popolazione presa in esame. L'assistenza, in questo caso, dovrebbe essere mirata all'apertura dei giovani utenti verso la conoscenza libera e senza filtro del proprio

corpo e delle criticità connesse alla sfera sessuale, per cercare di interpretare in maniera diretta ed immediata la loro esigenza di sapere, magari in un contesto ed in un ambiente che possano porre gli utenti a proprio agio e privarli di immotivati timori. Per quanto concerne l'aspetto comunicativo anche nel presente studio viene confermata la tendenza dei giovani ad aver acquisito le informazioni in possesso tramite mass media (42%), già osservata dagli studi presi in esame, o da parte di personale qualificato (45%), e, soprattutto, la volontà ed il desiderio di apprendere informazioni qualitativamente e quantitativamente migliori soprattutto dal personale sanitario, indicato quale fonte di informazione desiderata dal 70% dei giovani.

A proposito delle strategie atte alla sensibilizzazione ed alla diffusione dei comportamenti e delle informazioni corrette rispetto ad HPV ed alle IST, indagate in un quesito multiresponse, il 41% degli studenti indica gli eventi formativi organizzati dall'Università come la metodica maggiormente desiderabile, ed il 28% riconosce in un ambulatorio all'interno dedicato ad Hpv ed alle IST la strategia migliore. Il dato descritto fornisce un indirizzo su cui poter basare eventi futuri che siano mirati, proiettati, plasmati sulla popolazione giovanile e sulle esigenze palesate dalla stessa.

A tal proposito è stato domandato agli studenti se fossero disposti a frequentare un ambulatorio dedicato ai temi illustrati all'interno dell'ateneo, e rispetto a questa proposta la maggioranza degli studenti ha fornito una risposta positiva, che alla luce delle considerazioni operate nella discussione dei dati sulla conoscenza e sull'esperienza sessuale degli intervistati non fa che suffragare la già ampiamente percepita necessità di aiuto e counseling. Confrontando, inoltre, i dati del numeroso gruppo che frequenterebbe una struttura di ateneo con

quelli relativi alla via favorita di informazione ed alle metodiche ritenute maggiormente adatte alla sensibilizzazione, è emerso che gli studenti desidererebbero frequentare una struttura in cui fossero impegnati professionisti sanitari, soprattutto se impiegati nella messa in atto di attività di tipo ambulatoriale e nell'organizzazione di eventi. Il dato descritto assume grande significato, perché indica la tipologia di strategia da attivare nei confronti della popolazione presa in esame, che ha quindi dichiarato di preferire un contatto con il personale sanitario piuttosto che essere informata tramite stampa o altro e di desiderare che l'informazione venga divulgata all'interno di ambulatori universitari o addirittura di eventi interattivi e partecipati piuttosto che in un contatto vis a vis con un professionista, fornendo a questo proposito un importante input, una base su cui poter costruire esperienze future dotate di forza comunicativa e capaci di giungere alla popolazione giovanile, consapevolizzandola e determinando, in tal modo, un miglioramento a lungo termine dello stato di salute e dello stile di vita.

Conclusioni

I dati emersi dal presente studio descrivono una popolazione studentesca attiva sessualmente sin dall'adolescenza, che mette in atto una contraccezione mirata al controllo delle nascite piuttosto che alla limitazione del contagio, che pratica con frequenza rapporti di tipo genitale ed extragenitale con difetto di consapevolezza rispetto alla trasmissibilità dell'infezione da HPV.

Gli intervistati dichiarano di conoscere il Papillomavirus ma danno maggiore rilevanza al ruolo di esso nell'eziopatogenesi delle patologie neoplastiche piuttosto che alle manifestazioni benigne; ciononostante la popolazione femminile intervistata dimostra una scarsa adesione ai programmi di

di prevenzione per il cervicocarcinoma ed un basso ricorso all'adesione spontanea nelle giovani donne sotto i 25 anni, nonostante il debutto sessuale precoce.

E' emerso che la maggioranza degli studenti conosce il vaccino, pochi lo hanno assunto e la maggioranza dei non vaccinati aderirebbe alla vaccinazione.

La non chiara conoscenza relativa alla diffusione, alle modalità di trasmissione e alla possibilità di protezione osservata è risultata correlata a sentimenti di vergogna, paura del cancro, paura di essere giudicati e timore, spesso associati a difficoltà nella comunicazione al partner.

la popolazione presa in esame ha espresso la ferma convinzione di voler acquisire conoscenze in merito ad HPV, e di desiderare che queste vengano erogate da professionisti sanitari.

Gli intervistati vorrebbero che le informazioni fossero erogate preferibilmente in situazioni lontane dal rigore del colloquio face-to-face, forse associato maggiormente alla cura di una patologia piuttosto che alla richiesta di counseling ed alla diagnosi precoce, ed indicano come metodologie favorite eventi formativi ed ambulatori all'interno dell'ateneo. Se ne conclude che, dalla presente ricerca, potranno essere desunti importanti spunti per interventi di organizzazione sanitaria volti all'implementazione di servizi di prevenzione ed informazione, alla riduzione della diffusione delle IST ed alla promozione di una sessualità sana e consapevole.

Bibliografia

ACOG (The American Congress of Obstetricians and Gynecologists) Committee Opinion Number 417, September 2008 Addressing Health Risks of Noncoital Sexual Activity.

AIRT Working Group. Registri tumori in Italia: il rapporto 2006. *Epid Prev* 2006; (1) S: 64-65.

AIRT Working Group. I Tumori in Italia, Rapporto 2010. La prevalenza dei tumori in Italia. *Epidemiologia & Prevenzione*. Anno 34 (5-6) settembre-dicembre 2010

Allen, J. D., Mohllajee, A. P., Shelton, R. C., Othus, M. K., Fontenot, H. B., & Hanna, R. (2009). Stage of adoption of the Human Papillomavirus vaccine among college women. *Preventive Medicine*, 48, 420-425.

American College Health Association. (2010). National college health assessment: Spring 2010 reference group data report.

Anhang R, Goodman A, Goldie SJ. HPV communication: review of existing research and recommendations for patient education. *Ca Cancer J Clin* 2004 248-259

Arisi E., Volpe A., Abbate R., Parazzini F. "Epidemiologia prescrittiva dei diversi tipi di estroprogestinici (EP) nella realtà italiana e differenze rispetto ad altri paesi; indicazioni, modalità di utilizzo e profilo beneficio/rischio" ISS www.snlg-iss.it

Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. *J Clin Virol* 2005; 32S: S16-S24.

Burke, S. C., Vail-Smith, K., White, D. M., Baker, E., Mitchell, T. (2010). Getting vaccinated against HPV: Attitudes, intentions, and perceived barriers of female undergraduates. *College Student Journal*, 44(1), 55-64.

- Bynum, S. A., Wright, M. S., Brandt, H. M., Burgis, J. T., & Bacon, J. L. (2009). Knowledge, beliefs, and attitudes related to Human Papillomavirus infection and vaccination, pap tests, and cervical intraepithelial neoplasia among adolescent girls and young women. *Journal of the South Carolina Medical Association*, 105(7), 267-272.
- Censis. I comportamenti sessuali degli italiani: falsi miti e nuove normalità – Considerazioni di sintesi. Censis, Roma, luglio 2000
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Morbidity and mortality weekly report (MMWR) youth risk behavior surveillance: National college health risk behavior survey—United States, 1995, 46(55-6), 1-54.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). Report to congress: Prevention of genital Human Papillomavirus infection.
- Centers of Disease Control and Prevention. (2007). HPV information for clinicians.
- Conroy, K., Rosenthal, S. L., Zimet, G. D., Jin, Y., Bernstein, D. I., Glynn, S., Kahn, J. A. (2009). Human Papillomavirus vaccine uptake, predictors of vaccination, and self-reported barriers to vaccination. *Journal of Women's Health*, 18(10), 1679-168
- Cooper. M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: Evaluating the evidence. *Journal of Students on Alcohol Supplement*, 14, 101-117.
- Polymerase Chain Reaction. *Cancer*. 2008;114:489-493
- Crapolicchio A, Simone G, Caponio MA. Detection of human papilloma virus in women attending the IRCCS, Ospedale oncologico Bari, Southern Italy: preliminary data. *New Microbiol* 2006; 29: 69-73.
- Crosbie EJ. Einstein MH. Franceschi S. Kitchener HC. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 2013 Sep 7;382(9895): 889-99. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60022-7. Epub 2013 Apr 23.
- Currie C et Al. (2008) Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey. *Health Policy for Children and Adolescents No. 5*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- Currie C et Al. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2009/2010 survey. Edinburgh, CAHRU, 2011
- Di Giuseppe G., Abbate R., Liguori G, Albano L and Angelillo I.F. Human Papillomavirus and vaccination: knowledge, attitudes and behavioural intention in adolescents and young women in Italy. *British Journal of Cancer* (2008) 99, 225-229.
- De Lima Rocha MG, Faria FL, Souza MCM, Vago AR, Fernandes APSM, et al. Detection of Human Papillomavirus Infection in Penile Samples Through Liquid-based Cytology and Polymerase Chain Reaction. *Cancer*. 2008;114:489-493
- De Mei B. La comunicazione sulla vaccinazione contro il papilloma virus (HPV), Centro Nazionale di Epidemiologia sorveglianza e promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità. <http://www.epicentro.iss.it/>
- Donati S, Bella A, Declich P, Salmaso S, Filia A, Ranghiasi A, Giambi C, Gruppo di lavoro PreGio Roma. Istituto Superiore di Sanità; 2010. (Rapporti ISTISAN 10/25).

Dunne EF, Nielson CM, Stone KM, Markowitz LE, Giuliano AR. Prevalence of HPV infection among men: A systematic review of the literature. *J Infect Dis.* 2006;194:1044–1057

Fortini Marco- 2000 Linee guida metodologiche per rilevazioni statistiche Nozioni metodologiche di base e pratiche consigliate per rilevazioni statistiche dirette o basate su fonti amministrative, ISTAT Roma.

Frazer IH, Cox JT, Mayeaux EJ, Franco EL, et al. Advances in prevention of cervical cancer and other Human Papillomavirus-related diseases. *Ped Infect Dis J* 2006; 25:S65-81

Ginsberg GM, Edejer TT, Lauer JA and Sepulveda C. Screening, prevention and treatment of cervical cancer—A global and regional generalized cost-effectiveness analysis. *Vaccine* 2009; 27(43): 6060- 6079.

Giuliano AR, Tortolero-Luna G, Ferrer E, Burchell AN, Sanjose S, et al. Epidemiology of Human Papillomavirus Infection in Men, Cancers other than Cervical and Benign Conditions. *Vaccine.* 2008;26:K17–K28

Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections: 2006-2015: Breaking the chain of transmission. WHO Press, Geneva (2007)

IARC Working Group. Human Papillomaviruses. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, vol. 64. Lyon. International Agency for Research on Cancer; 1995.

IARC Working Group. IARC handbooks of cancer prevention: Cervix cancer screening, vol.10. Lyon. IARC Press; 2005.

ISS-epicentro Strategie vaccinali nazionali e regionali per la vaccinazione anti-HPV e primi dati di copertura vaccinale: a che punto siamo (Novembre 2010) Cristina Giambi, Silvia Declich, Alba Carola Finarelli, Maria Grazia Pascucci, Stefania Salmaso.

ISS-Epicentro Aree di Azione e proposte per migliorare l'adesione al programma di immunizzazione per l'HPV20 Luglio 2013 Progetto VALORE: VALutazione LOcale e Regionale della campagne di vaccinazione contro l'HPV.

Jain, N., Euler, G. L., Shefer, A., Lu, P., Yankey, D., & Markowitz, L. (2009). Human Papillomavirus (HPV) awareness and vaccination initiation among women in the United States, National immunization survey-adult 2007. *Preventive Medicine*, 48, 426-431.

Kaestle CE, Halpern CT, Miller WC, Ford CA. Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *American Journal of Epidemiology.* 2005;161:774–780

Kahn JA. HPV vaccination for the prevention of Cervical Intraepithelial Neoplasia. *N Eng J Med* 2009;361:271-278.

Klug SJ, Hukelmann M, Blettner M. Knowledge about infection with human papillomavirus: A systematic review. *Preventive Medicine* 46 (2008) 87-98.

Licht, .A. S, Murphy, J. M., Hyland, A. J. Fix, B. V., Hawk, L. W., & Mahoney, M. C. (2010). Is use of the Human Papillomavirus vaccine among female college students related to Human Papillomavirus knowledge and risk perception? *Sexually Transmitted Infection*, 86(1), 74-78.

- Lenselink C.H., Schmeink C.E., Melchers W.J.G., et al Young adults and acceptance of the human papillomavirus vaccine. *Public Health* (2008) 122, 1295-1301.
- Linnehan, M. J., & Groce, N. E. (1999). Psychosocial and educational services for female college students with genital Human Papillomavirus infection. *Family Planning Perspectives*, 31(3), 137-141.
- Maissi E et al. Psychological impact of human Papillomavirus testing in women with borderline or mildly dyskaryotic cervical smear test results: cross sectional questionnaire study. *BMJ* 2004; 328: 1293.
- McCaffery, K., Waller, J., Forrest, S., Cadman, L., Szarewski, A., Wardle, J. (2004). Testing positive for Human Papillomavirus in routine cervical screening: Examination of psychosocial impact. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 111, 1437-1443.
- Mc Clelland A and Liamputtong P. Knowledge and acceptance of human papillomavirus vaccination: perspectives of young Australians living in Melbourne, Australia. *Sexual Health*, 2006,3, 95-101.
- NSFG (National Survey Of Family Growth) Sexual Behavior and Selected Health Measures Men and Women 15-44 Years of Age, United States, 2002. Mosher WD, Chandra A, Jone J. Advance data from vital and health statistics, Num. 362.
- PASSI: il Sistema di Sorveglianza sui Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Rapporto nazionale 2012. Disponibile su: <http://www.epicentro.iss.it/passi>
- Partridge JM & Koutsky LA. 2006. Genital human papillomavirus infection in men. *Lancet*.
- Roberts, M. E., Gerrand, M., Reimer, R., & Gibbons, .F. X. (2010). Mother-daughter communication and Human Papillomavirus vaccine update by college students. *Pediatrics*, 125(5), 982-989.
- Rosenthal, S. L., Weiss, T. W., Zimet, G. D., Ma, L., Good, M. B., & Vichnin, M. D. (2011). Predictors of HPV vaccine uptake among women aged 19-26: Importance of a physician's recommendation. *Vaccine*, 29(5), 890-895.
- Ronco G, Ghisetti V, Segnan N et al. Prevalnce of human papillomavirus infection in women in Turin, Italy. *Eur J Cancer* 2005;297-305.
- Ronco G, Giubilato P, Naldoni C et al. Extension of organized cervical cancer screening programmes in Italy and their process indicators: 2007 activity. *Epidemiol Prev* 2009;33(3) Suppl.2:41-56.
- Ronco G, Dillner j, Elfström M, Tunesi S, Snijders PJF, Arbyn M, Kitchener H, Segnan N, Gilham C, Rossi, PG, Berkhof J, Peto J, Meijer CJLM, and the International HPV screening working group, Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *The Lancet*, Early Online Publication, 3 November 2013 doi:10.1016/S0140-6736(13)62218-7.
- Ronco G, Biggeri A, Confortini M, Rossi PG, Naldoni C, Segnan N, Sideri N, Zappa M, Zorzi, M. Ricerca del DNA di papillomavirus umano (HPV) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino HPV DNA based primary screening

for cervical cancer precursors. Anno 36 (3)
2012 Epidemiologia & Prevenzione.

Sopracordevole F, Cigolot F, Lucia E,
Marchesoni D. Conoscenze delle patologie
genitali HPV-correlate e sul vaccino anti HPV
in una popolazione femminile del nord-est
italiano. Minerva Ginecol, 2009;61:81- 7.

Trottier H, Franco EL. The epidemiology of
genital human papillomavirus infection.
Vaccine 2006; 24(S1): S4-S15.

Weinstock H, Berman S, Caces W Jr. STI
Review Anno 1 Numero 1 Settembre 2008
Sexually transmitted diseases among
American youth: incidence and prevalence
estimates, 2000. Perspect Sex Reprod Health
2004; 36: 6-10. www.simast.it

L'accesso alla contraccezione nelle donne immigrate. Dispositivo Intrauterino Improprio: Case Report

di Nuzzi FM*, Tanini M**, Buaggini C**, Gonfianti S**, Goglia L**, Genuini F°, Florio P**

* U.O Ostetricia e Ginecologia sl Lucca

** U.O. Ostetricia e Ginecologia Asl 3 Pistoia

° Genetica Medica, Dipartimento Scienze Biomediche Sperimentali e Cliniche, Università di Firenze, AOU Careggi

ABSTRACT

La necessità di poter contenere le nascite ha determinato lo sviluppo di varie metodiche contraccettive il cui accesso è spesso limitato a donne e/o coppie che risiedono stabilmente in Paesi dove vi è una buona possibilità di accedere a servizi sanitari di comunità.

In mancanza dell'offerta di servizi sanitari che possano farsi carico della tematica contraccettiva, le donne possono ricorrere a metodiche arcaiche di contraccezione.

Le donne migranti possono trovare difficoltà ad accedere ai servizi sanitari anche nel nostro paese, pertanto possono ricorrere a forme anomale di contraccezione.

Riportiamo il caso clinico in cui è stato riscontrato un cordoncino di filamento in cavità uterina, introdotto verosimilmente per creare una flogosi cronica a carico dell'endometrio a scopo contraccettivo.

KEY WORD: Contraccezione, Isteroscopia, IUD, Flogosi uterina, Donne immigranti

L'esigenza di ricorrere a pratiche contraccettive è stata attestata da testi cinesi e da papiri egiziani di 4000 anni fa. Il testo più antico di medicina occidentale conosciuto, il Papiro di Kahen o di Kahun, (1900 a.C.), fa riferimento ad alcune tecniche contraccettive basate sull'utilizzo di un tampone vaginale imbevuto con miele ed escrementi di coccodrillo: un curioso precursore del moderno diaframma. In India e nel mondo islamico fino al tredicesimo secolo è stato consigliato come contraccettivo lo sterco di elefante, più acido e dunque più efficace di quello di coccodrillo. Il Papiro di Ebers, trecento anni dopo, suggeriva, invece, l'uso di un tampone di garza imbevuto di un composto a base di miele, punte di acacia e patron (carbonato di sodio): questo metodo era efficace in quanto le punte di acacia producono acido lattico che, come il sale, è uno spermicida, entrambi rappresentano il principio attivo di molte creme e gelatine spermicide moderne; mentre il miele rallenta la mobilità degli

spermatozoi. Nel mondo romano, anche se più frequentemente si ricorreva all'aborto e all'infanticidio, esistevano forme arcaiche di preservativi (1) fatti con intestini essiccati di pecora. In realtà, il suo uso era finalizzato soprattutto ad evitare che si formassero epidemie di malattie veneree durante le campagne militari.

Ricordiamo poi che durante il Medioevo i metodi anticoncezionali furono messi al bando e il loro sviluppo riprese a partire dal XVIII secolo.

Intorno al 1560, però, il medico modenese Gabriele Falloppio riporta in auge l'uso del preservativo per combattere la sifilide: una fodera di lino bagnata in una soluzione di erbe e sale. Solo nel 1840, con la scoperta della vulcanizzazione, poté iniziare la produzione di un tipo sottile di gomma che portò, con continui miglioramenti, alla produzione del preservativo come oggi lo conosciamo.

Il diaframma fu inventato nel 1883 dal medico olandese Wilhelm Mesinga mentre solo nel 1960 ci fu la scoperta della pillola anticoncezionale e la sua divulgazione (1) che è continuata, dopo aver apportato molti miglioramenti alla sua composizione e dosaggio, fino ai nostri giorni.

L'accesso alla contraccezione, oggi, risulta essere abbastanza agevole per la popolazione italiana, ma al contrario, sussistono ancora varie difficoltà per le donne immigrate.

Negli ultimi anni si è potuto osservare il rafforzamento del processo di femminilizzazione dei flussi migratori che, anche in Europa ed in Italia, ha comportato un progressivo aumento della componente femminile della popolazione straniera.

Attraverso i dati annuali del Dossier Statistico Caritas/Migrantes del 2012 (2) è possibile apprezzare la rilevanza di questa situazione: mentre all'inizio degli anni '90 le donne straniere presenti in Italia non raggiungevano le 300 mila unità, all'inizio del secondo millennio avevano superato il milione di unità. Alla fine del 2010, le donne residenti con nazionalità estera sono oltre 2 milioni e 300 mila e costituiscono il 51,8% del totale degli stranieri (nel 2011 la presenza femminile tra i soli soggiornanti non comunitari è del 49,5%) (3).

A fronte di questa situazione aumenta sempre più l'attenzione per la tutela della maternità tra le immigrate che partoriscono in Italia.

Si osserva, infatti, una loro maggiore difficoltà nella fruizione dei servizi a disposizione: nel campo della "contraccezione" l'analisi del maggior ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) tra le donne immigrate mette in luce, infatti, la necessità di promuovere informazioni e servizi che siano loro di

supporto nelle scelte di procreazione consapevole, date le difficoltà che le straniere incontrano nell'orientarsi e nell'utilizzare correttamente la contraccezione (4). I servizi e le politiche sono quindi chiamati a impegnarsi a rafforzare l'intero ambito della salute riproduttiva e della prevenzione, attraverso strategie di empowerment e offerta attiva per una reale inclusione sociale delle donne immigrate (2). Va anche considerato che in molte culture straniere la contraccezione viene considerata come un'alterazione della fisiologia della donna che la rende, sia pur provvisoriamente, sterile, privando l'uomo sia della possibilità di procreare che di esercitare un controllo diretto su di lei; in molti casi quindi l'aborto è l'unico metodo che viene considerato "accettabile" per il controllo delle nascite (5) (6).

Di fatti la contraccezione, come sappiamo da numerose ricerche, non è solamente un problema di informazione o di tecnica ginecologica, ma impatta con problematiche legate ai comportamenti, alle rappresentazioni della relazione, della sessualità e della maternità, correlandosi anche con le diverse fasi della vita, con la rappresentazione di sé e del proprio corpo, con la religione e con le aspettative di ruolo e dell'ambiente allargato al quale si appartiene (7). Se per alcune donne la maternità è la realizzazione della femminilità, si può comprendere perché vivano la contraccezione come antinaturale, nonostante sia stata scelta e accettata razionalmente. Allo stesso modo, certe difficoltà sessuali che sorgono con l'uso della contraccezione, si spiegano con le

ambivalenti nei confronti del desiderio di procreare e la necessità di esercitare un controllo sulla propria fecondità. La contraccezione e in particolare alcuni metodi gestiti più direttamente (pillola, cerotto, anello) danno alla donna la responsabilità del controllo della propria fertilità-sessualità e la costringono a riconoscere il proprio desiderio sessuale, ponendola di fronte a un tipo di libertà alla quale spesso non è preparata o che non è facilmente accettabile, specialmente nelle donne extracomunitarie.

Accanto a questi temi di fondo, esistono anche difficoltà, per le donne straniere, legate alla loro situazione di migranti: molte non conoscono a sufficienza l'italiano per accedere a una consultazione preventiva, oppure non sanno quali servizi siano a loro disposizione in questo settore. Vivono con un adattamento linguistico e una conoscenza dei luoghi sufficiente per la vita quotidiana, ma non hanno informazioni di base sulle risorse delle quali possono disporre e che spesso sono diverse da quelle del loro paese. Molto spesso al loro paese hanno utilizzato contraccettivi diversi sia come tipologia che come modalità di accesso e di assunzione e il cambiamento è percepito o come una difficoltà aggiuntiva o con diffidenza.

Tutto ciò porta sia ad un maggior ricorso a metodi contraccettivi non tradizionali, spesso rischiosi per la salute della donna, che all'aborto, il quale può essere sia clandestino che legale.

Infatti l'analisi delle caratteristiche delle donne che ricorrono all'IVG, riferita ai dati definitivi dell'anno 2010, conferma che nel corso degli anni è andata crescendo la quota di IVG richiesta da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2010 il 34,2% del totale delle

IVG, mentre, nel 1998, tale percentuale era del 10,1%. Questo fenomeno influisce sull'andamento generale dell'IVG in Italia determinando un rallentamento della diminuzione del numero totale degli interventi. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane il dato è pari a 130.546 nel 1996, 124.448 nel 1998, 113.656 nel 2000, 106.918 nel 2001, 104.403 nel 2002, 99.081 nel 2003, 101.392 nel 2004, 94.095 nel 2005, 90.587 nel 2006, 86.014 nel 2007, 81.756 nel 2008, 79.535 nel 2009, 76.948 nel 2010 con una riduzione del 3,3% rispetto al 2009 e del 41% rispetto al 1996, e tali riduzioni risultano essere maggiori di quelle che si osservano se si considerano tutte le donne che hanno abortito in Italia (4).

CASE REPORT

Il giorno 16/4/2013 giunge all'osservazione clinica presso il pronto soccorso dell'ospedale di Lucca la signora P.J. di anni 38, di nazionalità rumena, inviata con diagnosi ecografica di ispessimento endometriale-poliposi. Note anamnestiche prossime di frequenti menometrorragie nel corso degli ultimi tre anni con episodi febbrili nel corso dell'ultimo semestre, accompagnati da leucoxantorrea ed algie pelviche. Riferisce parità (1/0/2/1) (un intervento di parto cesareo eseguito nel 2003 in Romania).

Viene inviata in consulenza presso l'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dove viene sottoposta a visita ginecologica nel corso della quale si riscontra leucoxantorrea e, all'esplorazione bimanuale, corpo uterino aumentato di volume.

All'ecografia pelvica la cavità uterina mostra immagini riferibili a verosimili neoformazioni vegetanti.

La paziente viene ricoverata e si procede a programmare un esame isteroscopico per il giorno seguente.

All' esame isteroscopio l'introduzione dell'ottica risulta agevole e subito dopo il passaggio attraverso l'orifizio uterino interno si evidenzia un'immagine come di sostanza bianca convoluta, successivamente indicata come da riferirsi a verosimile cordoncino di filamento. (fig. 1)

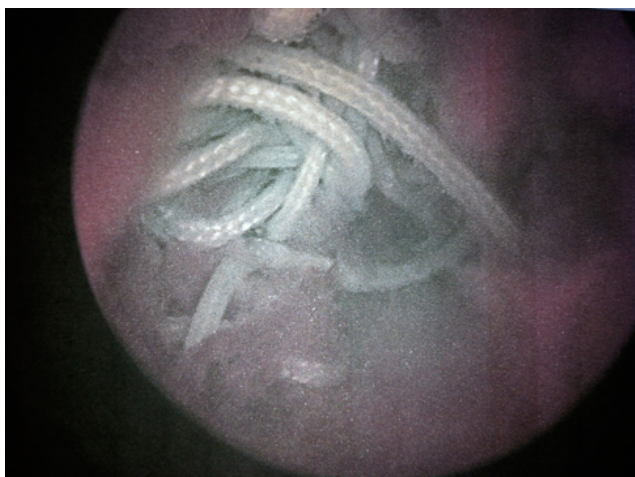


Fig 1: Immagine isteroscopica di cavità uterina occupata da filamento bianco.

Dopo aver trasferito la paziente in blocco operatorio, si effettua anestesia generale e si procede ad estrazione per via vaginale di grossolano frammento di corda sintetica lungo circa 300 cm. (fig. 2).



Fig. 2: immagine del materiale estratto.

L'esame istologico del suddetto frammento risulta compatibile con corpo estraneo composto di materiale sintetico (poliestere). Si prescrive terapia uterotonica ed antibiotica.

Successivamente si procede a consulto con la paziente, la quale dapprima nega di essere a conoscenza della presenza del corpo estraneo, poi imputa tale situazione all'esito del progresso parto cesareo riferito all'anamnesi, ed infine ammette l'utilizzo a scopo contraccettivo di tale dispositivo, avente verosimilmente come meccanismo d'azione un'effetto di flogosi cronica dell'endometrio indotta da corpo estraneo.

CONCLUSIONI

La prevenzione delle gravidanze indesiderate è frutto di un percorso complesso che coinvolge vari aspetti della vita. I professionisti che sono chiamati ad occuparsene dovrebbero avere una specifica preparazione interdisciplinare; in particolare dovrebbero essere in grado di aiutare la donna nella scelta della metodica contraccettiva più adatta alle esigenze della propria persona, sia con conoscenze tecniche che con una particolare attenzione alle caratteristiche individuali delle donne, al loro vissuto culturale, alla visione del ruolo della donna all'interno della comunità di origine, al rapporto che hanno con il sistema sanitario di origine ed alle loro risorse e alle preferenze che possono interferire con la capacità di aderire alla terapia, che sarà di lunga durata (8).

Il ruolo della donna all'interno della società di origine, ed il vissuto sanitario, sono in grado di condizionare pesantemente il rapporto che la donna avrà, con il sistema sanitario, del paese di emigrazione.

Anche in un sistema sanitario di tipo "universalistico" come tipicamente è quello italiano, permane il rischio che le donne si orientino verso forme di contraccezione arcaiche e/o tradizionali, o ricorrano all'aborto, spesso anche clandestino, come metodica contraccettiva.

A tal fine diventano quindi estremamente importanti il ruolo della mediazione culturale e la collaborazione delle mediatrici, non tanto come semplici traduttrici, ma come persone in grado di individuare la strategia più adatta per quella donna, in relazione alla pianificazione familiare e alla scelta consapevole della metodica contraccettiva più adatta per lei.

BIBLIOGRAFIA

1. Connell EB, Department of Gynecology and Obstetrics, Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia, USA, "Contraception in the prepill era". *Contraception*. 1999 Jan;59(1 Suppl):7S-10S, PMID: 10342089;
2. Caritas e Migrantes, "Dossier Statistico Immigrazione 2012", 22° Rapporto; consultabile presso: <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/DonneBambiniIntro.asp>;
3. Khan F, Mukhtar S, Dickinson IK, Sriprasad S, Department of Urology, Darent Valley Hospital, Darent Wood Road, Dartford, Kent DA2 8DA, UK, "The story of the condom". *Indian J Urol*. 2013 Jan;29(1):12-5. doi: 10.4103/0970-1591.109976, PMID: 23671357, PMCID: PMC3649591;
4. Ministero della Salute, Roma 8 Ottobre 2012 "Relazione del Ministero della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78)";
5. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned: Long-acting reversible contraception: the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception: the National Institute for Health and Clinical Excellence RCOG Press London 2005 <http://www.ncc-wch.org.uk/index.asp>;
6. Spinelli et al.: L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Rapporto ISTISAN 17/2006 <http://www.iss.it/binary/publ/cont/06-17.1153815368.pdf>;
7. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care: First Prescription of combined Oral Contraception. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2003; 29 (4): 209-223
8. Bischoff A. Caring for migrant and minority patients in European hospitals. Review of effective interventions. *Migrant Friendly Hospitals*, a European initiative to promote health and health literacy for migrant and ethnic minorities. Basel 2003.

Il sesso in Rete. Il rischio reale dell'era virtuale

di M Spaccarotella*, F Quattrini PhD**

* Psicologo Psicoterapeuta Istituto Italiano Sessuologia Scientifica Roma

** Psicologo Psicoterapeuta Università degli Studi dell'Aquila

KEY WORD: Internet, Virtuale, Sesso in Rete, New Addiction, Sexting

Introduzione

Pensare di unire la sessualità con il mondo virtuale fa emergere una forte dissonanza sia in termini cognitivi che emotivi. L'esperienza erotico-sessuale rimanda alla corporeità, all'unione e al contatto, l'esperienza virtuale invece alla lontananza, alla finzione e ad una grande immaginazione. Paradossalmente, la sessualità e il mondo virtuale si trovano ad essere in stretto contatto molto più di quanto pensiamo, specialmente in questi ultimi anni dove il consumo e la fruizione di materiale on-line (anche a sfondo sessuale) sta crescendo a dismisura, grazie alla possibilità di utilizzare pc, tablet e smartphone in ogni angolo delle nostre città, evenienza che può accadere sia in una condizione di attesa (autobus, studio medico), sia in uno stato di movimento (treno, aereo). Connettere, dal latino connexus, significa unire insieme, intrecciare, congiungere. Relazione invece, deriva dal latino relatio-onis, e ancor prima da relatus, racchiude i significati di riferire, portare all'indietro. Relazione riguarda quindi sia l'azione di riferire (in maniera orale o scritta) qualcosa a qualcuno (ad es. fare/presentare una relazione), ma anche e soprattutto la "connessione che intercorre tra due o più enti (oggetti e fatti, situazioni e

attività). Con riferimento a persone o a gruppi, come rapporto, legame o vincolo reciproco: avere una r. sentimentale, amorosa, intima, sessuale, adulterina con qualcuno o con qualcuna, avere una r. con un uomo, con una donna, avere rapporti abituali sessuali e sentimentali: da quella r. è nato un figlio" (Treccani.it). Appare dunque singolare come la parola connessione (sfera virtuale) rimandi ad un'idea di intimità (sfera affettiva/sessuale), mentre viceversa la parola relazione (sfera sesso-affettiva) abbia un'accezione più improntata al "collegamento" (sfera virtuale). In tal senso sembra appropriata l'annotazione di Bauman (2003), il quale afferma che, anziché riferire le proprie esperienze in termini di rapporti e relazioni, gli uomini e le donne parlano sempre più spesso di "connessioni, connettersi ed essere connessi" e che piuttosto che parlare di partner preferiscono parlare di "reti" (networks). Questo perché il concetto stesso di relazione implica un impegno, mentre la rete indica un contesto nel quale è possibile entrare ed uscire con la stessa facilità, "in una rete le connessioni avvengono su richiesta e possono essere interrotte a proprio piacimento. [...] A differenza delle relazioni vere, le relazioni virtuali sono facili da instaurare e altrettanto

facili da troncare. Appaiono frizzanti, allegre e leggere rispetto all'inerzia e alla pesantezza di quelle vere" (Bauman 2003, pp. XI-XII). L'Autore introduce quindi il concetto di una società "liquida", dove i rapporti tra le persone diventano mobili, flebili, impalpabili. Le reti intese come social networks vanno quindi a colmare "la mancanza del sistema di protezione che le reti reali di parentela, amicizia, fratellanza fornivano concretamente, con o senza i nostri sforzi. Le rubriche dei cellulari sostituiscono la comunità mancante e fanno le veci (o almeno si spera) dell'intimità mancante: portano un carico di aspettative che non hanno neanche la forza di sostenere, figuriamoci di mantenere" (Bauman 2003a, pag. 91). Una Rete quindi che viene utilizzata come strumento per attutire l'angoscia data dalla mancanza dei rapporti reali, ma nei cui nodi si rischia di rimanere completamente impigliati. In tal senso le potenzialità degli strumenti tecnologici si integrano perfettamente con le difficoltà individuali e con quelle di espressione degli stati emotivi che alcune persone possono manifestare, come accade ad esempio negli stati Alessitimici, nelle forme di compulsione e nei disturbi narcisistici ed evitanti di personalità (Zerbini, Zoccarato, 2014). La "trappola" della Rete può dunque scattare sia per i "nativi digitali" (Prensky, 2001; Parsi et al., 2009; Ferri, 2011), ovvero la generazione di chi è nato e cresciuto insieme alla diffusione delle nuove tecnologie, sia per gli "immigrati digitali" (Prensky, 2001), tutte le altre persone che, quando questi dispositivi si sono diffusi, erano già adulte e che quindi hanno mostrato una maggiore difficoltà ad integrare ed utilizzare il linguaggio introdotto dai nuovi mezzi di comunicazione.

Corpi sessuati tra reale e virtuale

La diffusione delle nuove tecnologie sta quindi portando a riconsiderare e delineare i confini che intercorrono tra uso ed abuso dei suddetti dispositivi. Già vent'anni fa nel contesto anglosassone si parlava di "dipendenze tecnologiche" (Griffiths, 1995), ovvero delle eccessive interazioni uomo-macchina, ma l'inarrestabile espansione dei mezzi tecnologici in tutto il mondo sta contribuendo alla creazione di modalità comportamentali simili anche all'interno di contesti culturali diversi tra loro. Una ricerca condotta in Kuwait (Sultan, 2014) mostra come possa essere messo in atto un uso smodato persino di Whatsapp, una delle applicazioni di messaggistica istantanea che può essere utilizzata gratuitamente anche quando ci si trova all'estero.

Il 33% degli intervistati ha infatti dichiarato di utilizzare l'applicazione fino a 12 volte in un'ora ed il 53% ha asserito di percepirsi dipendente o comunque non ha escluso di avere sviluppato una forma di "tecnodipendenza". I principali motivi riferiti dai 552 intervistati, sono stati la ricerca di contatti sociali, il divertimento e la ricezione di informazioni. È importante sottolineare come di recente sia stato coniato un nuovo vocabolo, la *nomophobia* (neologismo che lega i termini *no mobile*, senza telefono e *phobia*, paura), che descrive l'incontrollata ansia/preoccupazione di rimanere senza il cellulare (o senza batteria) e di sentirsi di conseguenza tagliati fuori dal mondo (descritta dall'acronimo FOMO, Fear Of Missing Out, il pensiero incessante che gli altri stiano facendo qualcosa di più

interessante di noi). Una paura così radicata da condurre alcuni studenti americani ad ammettere di aver inviato sms in momenti inopportuni, come durante lo svolgimento di funzioni religiose o della propria attività sessuale (Harrison, Gilmore, 2012; Harrison et al., 2015). Le dinamiche della dipendenza da smartphone sono del tutto simili a quelle che riguardano la dipendenza da sostanze. Si parla quindi di: craving, la “fame” di essere sempre connessi e la ricerca spasmodica del cellulare per controllare le notifiche; assuefazione, dove i momenti spesi con i dispositivi elettronici non sono mai abbastanza e si devono investire sempre maggiori quantità di tempo ed energie nel contatto con loro; infine astinenza, dove si iniziano a sviluppare nervosismo, stati di ansia e di agitazione se c'è una separazione forzata dallo smartphone. Non a caso la mobile addiction rientra nel novero delle new addictions, ovvero quelle dipendenze comportamentali nelle quali non viene assunta nessuna sostanza chimica ma l'oggetto della dipendenza è costituito da un comportamento o un'attività socialmente accettata. Nel corso degli ultimi anni “si è verificata la proliferazione delle dipendenze senza sostanze stupefacenti da oggetti o attività legali. La dipendenza legale non chimica è uno dei massimi rappresentanti della psicopatologia moderna e postmoderna. Il cibo, il sesso, gli acquisti, il gioco, il lavoro e la televisione in particolar modo sono elementi legalizzati dalla società che, talvolta, con una frequenza irregolare, smettono di svolgere il loro ruolo sociale per schiavizzare l'essere umano” (Alonso-Fernandez, 1996, p. 14). A sostegno dell'analogia tra dipendenze comportamentali e tossicodipendenze, si verificano non di rado fenomeni di poli-

dipendenza (compresenza di una o più dipendenze nella stessa persona) e di cross-dipendenza (passaggio nel corso dell'arco di vita da una dipendenza all'altra) (Griffiths, 2002; Couyoumdjian et al., 2006).

Questo accadrebbe perché l'innovazione tecnologica e la società generano da un lato stress, vuoto e noia, mentre dall'altro stimolano la tendenza all'immediata gratificazione (Alonso-Fernandez, 1996). In tal senso, dal recente rapporto del progetto europeo “Net Children Go Mobile” (Mascheroni, Ólafsson, 2014), che ha visto coinvolti 3500 ragazzi tra 9 e 16 anni di sette differenti paesi (Italia, Danimarca, Romania, Regno Unito, Belgio, Irlanda e Portogallo), emerge che i soggetti intervistati abbiano dichiarato di provare particolari sensazioni, tra cui: il sentirsi in dovere di essere sempre raggiungibili, il forte bisogno di controllare il cellulare e la presenza di disagio nell'eventualità in cui non sia possibile usufruire dello smartphone in caso di mancanza di campo o di batteria scarica. L'età di contatto con il mondo virtuale nel corso degli ultimi anni si sta abbassando sempre di più (Livingstone et al., 2011) ed è possibile vedere come mediamente i ragazzi usino Internet per la prima volta intorno agli 8.5 anni, possiedano un cellulare verso i 9.5 e ricevano lo smartphone a 12 (Mascheroni, Ólafsson, 2014). Questo dato permette di capire come un contatto precoce con la sfera virtuale contribuisca a far sì che le nuove e giovani generazioni utilizzino Internet per entrare in contatto e fare amicizie con coetanei del sesso opposto (Boniel-Nissim et al., 2015) ma anche come i dispositivi elettronici

divengano una parte importante delle loro interazioni e sperimentazioni sessuali (Lenhart, 2009; Livingstone et al., 2011). Un fenomeno che si sta ampiamente diffondendo a livello sociale è il sexting, neologismo comparso nel 2005 per descrivere l'unione tra sex (sesso) e texting (inviare sms) ed esprime quel connubio tra corporeità e virtualità che coinvolge immagini sessualmente suggestive e mobile media (Chalfen, 2009; Mitchell et al., 2012). Il sexting rappresenta quindi la pratica di inviare o postare messaggi di testo e immagini sessualmente espliciti, incluse fotografie di nudo o semi-nudo tramite telefoni cellulari o Internet (Levick, Moon, 2010). Nell'Indagine conoscitiva sulla condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia promossa da Telefono Azzurro ed Eurispes (2014) sono stati analizzati 1.100 questionari per l'infanzia (7-11 anni) e 1.523 per l'adolescenza (12-18 anni) ed è emerso che oltre un adolescente italiano su quattro (25,9%) afferma di aver ricevuto sms, mms o video a sfondo sessuale. I dati confermano che tra i giovanissimi l'esperienza del sexting non rappresenta un'eccezione, ma è invece piuttosto comune. In un anno (dal 2011 al 2012) si è passati già dal 10,2% al 25,9% e con l'aumentare dell'età anagrafica cresce anche la percentuale di ragazzi che hanno sperimentato il sexting come destinatari: dal 22,5% dei 12-15enni si passa al 30,3% dei 16-18enni, quasi un ragazzo su tre. La quota più alta degli adolescenti che riferisce di aver ricevuto messaggi, foto o video con contenuto sessuale indica come mittente un amico/a (38,6%), seguono un 27,1% che ha ricevuto questi messaggi dal proprio partner, un 22,7% che li ha ricevuti da una persona estranea, il 9,9%, infine, da un conoscente. I ragazzi

riferiscono di essere stati coinvolti nel sexting soprattutto da amiche/amici (44%); il 24,6% da parte del partner, il 19% da una persona estranea, il 10,7% da un/una conoscente. Le reazioni degli adolescenti intervistati alla ricezione di invio o filmati a sfondo pornografico sono prevalentemente positive. Il 30,1% dice che gli ha fatto piacere, il 29,1% che lo ha divertito. Le reazioni negative ammontano complessivamente al 23,1%, quindi poco meno di un caso su quattro: il 10,7% si è sentito infastidito, il 6,6% imbarazzato, il 2,9% spaventato ed il 2,9% angosciato. Il 16% è invece rimasto indifferente. Il 41,9% di chi ha messo in pratica il sexting riferisce di averlo fatto perché non vede cosa ci sia di male in questa azione. Più della restante metà del campione si divide su risposte eterogenee: il 16,1% dice di averlo fatto con il proprio partner, di cui si fida, l'11,1% dice di averlo fatto per fare uno scherzo, l'8,3% per emulazione rispetto ai propri amici, il 4,6% per provocare/mettere in imbarazzo. Solo l'1,8% rivela intenzioni più malevole, dicendo che voleva che la persona in foto o nel video fosse presa in giro da tutti, mentre pochissimi hanno cercato di far colpo in questo modo su una persona (0,9%). Un preoccupante 2,3% ammette di averlo fatto in cambio di soldi o di una ricarica telefonica, lo 0,9% perché sotto minaccia. In uno studio americano (Lenhart, 2009) sono stati identificati tre scenari di base rispetto al sexting, dove lo scambio di immagini sessuali può avvenire come 1) parte della sperimentazione dell'identità ed intimità sessuale degli adolescenti quando non sono ancora sessualmente attivi; 2) tra due

partner romantici, come parte di una relazione sessuale; 3) come un preludio di una attività sessuale, tra amici che non hanno ancora una relazione ufficiale ma nella quale almeno uno dei due spera di rimanere sentimentalmente coinvolto. Il sexting può avere anche delle conseguenze problematiche e può trasformarsi in una esperienza scioccante o problematica per alcuni adolescenti. Alcune ricerche hanno dimostrato che lo scambio di immagini, messaggi o inviti sessuali espliciti è collegato con molestie e prepotenze, fino a condurre a forme di “cyberbullismo sessuale” (Kofoed, Ringrose, 2012; Ringrose et al., 2012). Per le ragioni esposte finora, appare chiaro come il parlare di mobile addiction possa rappresentare un argomento scomodo. Questo perché la comunicazione tramite cellulari è diventata spesso una condizione data per scontata della nostra ecologia sociale (Ling, 2012): essere accessibili per i nostri amici e genitori non è solo parte delle aspettative sociali che ci formiamo l'uno dell'altro, ma ci informa anche del nostro senso di sicurezza personale. Come le ricerche sulla comunicazione hanno dimostrato, non presumiamo che il “contatto perenne” (Katz, Aakhus, 2002) sia di per sé positivo o poco problematico, piuttosto può condurre ad una dipendenza eccessiva e ad un sentimento di “intrappolamento” (Hall, Baym, 2012). L'esposizione di adolescenti prematuri a modelli pornografici facilmente accessibili attraverso Internet può condurre ad un comportamento eccessivo, che può avere un impatto nocivo sulla vita reale (Fabrizi, Simonelli, 2013), con difficoltà nella percezione della propria immagine corporea (Bailin et al., 2014; Doornwaard et al., 2014), fino a sviluppare, nei casi più gravi, comportamenti e

caratteristiche tipiche della dipendenza sessuale (Quattrini, Spaccarotella, 2009, 2010, 2013; Quattrini et al., 2012, 2014).

Conclusioni

Appare chiaro come l'elemento sacrificato sull'altare dell'era virtuale sia quindi il corpo. Dove non c'è relazione infatti, non c'è corporeità. La relazione “indiretta”, ovvero mediata dai supporti tecnologici, sottrae tempo alla relazione “corpo a corpo” (Zerbini, Zoccarato, 2014) e permette alla stessa persona di sentirsi connessa a più persone contemporaneamente, senza essere realmente in relazione con nessuna. Oggigiorno il corpo sembra diventato un ostacolo, un ingombro, un oggetto imbarazzante che può essere bypassato tramite la tecnologia. Pensiamo all'utilizzo dei social networks dove è possibile iniziare a conversare senza essere mai entrati in contatto con le foto o le immagini del nostro interlocutore, ma anche all'impiego della webcam durante una chat, dove il corpo dell'Altro è rappresentato e visualizzabile, ma senza che ci sia la possibilità di percepirne l'odore o il contatto epidermico. Il supporto tecnologico azzerava le distanze, facendo percepire “gli altri” molto vicini, ma in realtà tenendo tutti a distanza di sicurezza. Un corpo ridotto ad un'idea di presenza. Una diade dove gli attori in gioco sono visibili ma non presenti, connessi ma mai in relazione. L'essere simultaneamente “ovunque ma da nessuna parte” sta cambiando anche la modalità con cui le persone si percepiscono nella realtà, quelle o meccanismo che colpisce in particolar modo

quelle persone che si stanno costruendo un'identità o che ne possiedono una molto labile. Soprattutto in adolescenza la presenza di Internet e smartphone può avere delle ripercussioni importanti, dal momento che, in una fase fondamentale come quella della strutturazione del Sé, il soggetto può crearsi un'identità parallela (Oliverio Ferraris, Malavasi, 2001) o vivere uno sdoppiamento inquietante (Oliverio Ferraris, 2002). L'incontro virtuale rimpiazza dunque quello fisico-reale, con conseguenze molto dannose, infatti "lì dove era il corpo a dare con la sua materialità i segni per decifrare la qualità dei messaggi e degli intermediari, oggi nella maggior parte degli scambi la vastità delle possibili intenzioni comunicative subisce un forte livello di depauperamento. A testimoniarlo, per esempio, la pervasiva adozione del linguaggio iconico nei messaggi brevi (sms) e nei post: le emoticons sono ora i "volti" con cui interpretare la ricchezza e le sfumature che si celano dietro al nostro emittente, le sue interpunzioni e i suoi sospiri" (Zerbini, Zoccarato, 2014, p. 7). Parliamo quindi di un corpo che ha bisogno di sentirsi raggiungibile, accessibile, ma che allo stesso tempo teme l'Altro, che va tenuto a debita distanza di sicurezza, e che può essere allontanato da sé semplicemente disconnettendosi. Il corpo che viaggia sui binari sociali e mass-mediatici dell'immagine è quindi un corpo sotto pressione, costantemente sotto la lente d'ingrandimento del giudizio altrui. Uomini e donne sembrano essere sempre più impegnati nella ricerca o nell'ossessione di un corpo perfetto, di una bellezza senza sbavature, senza difetti. La piccola imperfezione cambia forma e passa da segno distintivo a segno da cancellare. L'ideale di perfezione tranquillizza,

appare come l'unico riparo dalla possibilità di essere criticati dagli altri. Ciò che viene perseguito attraverso la perfezione appare l'ottenimento dell'accettazione degli altri, ma il costo per la sua conquista è la standardizzazione della propria individualità, estetica e caratteriale. In un mondo dove si percepisce di non poter cambiare quasi nulla, il corpo assume la valenza di uno spazio di libertà, dove è possibile intervenire e trasformarsi. Il corpo che prima costituiva la nostra forma di contatto col mondo assume improvvisamente le vesti di biglietto da visita. Corpo che ora viene "narcisisticamente" fotografato e riproposto attraverso scatti pubblicati in continuazione su social networks come Twitter ed Instagram. Un corpo proposto intero o spesso parcellizzato (si pensi all'avvento di piattaforme fotografiche come Asstagram/Boobstagram o la moda degli scatti alle gambe o ai piedi in riva al mare) in foto che appaiono perlopiù tentativi di ricordare agli altri la propria presenza nel mondo. In una ricerca su studenti pakistani è stato sottolineato come la dipendenza da Facebook rappresenti un predittore significativo di una relazione tra comportamento narcisistico e bassi livelli di autostima (Malik, Khan, 2015). I "like" sembrano quindi rappresentare ed essere diventati la cartina tornasole del proprio valore personale. In tale contesto diventa quindi ancora più importante fare appello alle proprie risorse e alla capacità di "guardarsi" allo specchio in maniera equilibrata. Riflettere sul personale modo di vivere e vedere il proprio corpo, di

comprendere le origini delle proprie insicurezze, di colmare i propri vuoti, di valorizzare la propria diversità (ed individuazione) e di accettarsi per come si è fatti, costituisce sicuramente un buon viatico ed esercizio nella creazione di una salda autostima personale. Tale risorsa appare ancora più importante in questo periodo storico nel quale è in atto un fenomeno definibile come vetrinizzazione sociale (Codeluppi, 2007), nel quale tutto ciò che veniva considerato privato viene messo in vetrina. Si è dunque passati dall'intimità all'extimità (termine comparso in Lacan, 1969), ovvero quella ininterrotta esternazione dei propri sentimenti e della propria sessualità (Pasini, 2009), fino ad arrivare al "desiderio di extimità" (Tisseron 2001, 2008), il rendere pubblici aspetti personali e segreti di sé per farli conoscere e convalidare dal proprio gruppo di appartenenza tramite la condivisione on-line. L'avvento dei social networks ha dato sicuramente la possibilità di riflettere e ragionare sulla già complessa interazione tra sesso, erotismo ed amore (Paz, 1993), tre parenti stretti che "sono collegati e tuttavia separati" (Bauman, 2001, p. 22). I dispositivi elettronici sono diventati il fulcro di tutte le possibili interazioni da intrattenere durante l'arco della giornata. La relazione con lo smartphone ha sostituito quelle reali, il virtuale è divenuto il luogo delle relazioni verosimili: "l'avvento della prossimità virtuale rende le connessioni umane al contempo più frequenti e più superficiali, più intense e più brevi. Le connessioni tendono ad essere troppo superficiali e brevi per condensarsi in legami. [...] Occorre meno tempo e fatica tanto per creare contatti quanto per romperli. La distanza non è un ostacolo al

tenersi in contatto - ma il tenersi in contatto non è un ostacolo all'essere distanti. Gli spazi della prossimità virtuale terminano, idealmente, senza strascichi e residui permanenti. La prossimità virtuale può essere interrotta, sia concretamente che metaforicamente: basta premere un pulsante" (Bauman 2003, pag. 87). Si ha paura di essere soli senza la connessione per poi accorgersi che la vera solitudine è rappresentata dall'incapacità di intrattenere una vera relazione umana basata sul contatto, sull'interazione e sulla sana comunicazione a due.

Connessi con tutti, in relazione con nessuno.

Bibliografia

Alonso-Fernandez F., (1996). *Las otras drogas*. Ediciones Temas de Hoy. (trad. it.) (1999). *Le altre droghe*. *Cibo Sesso Televisione Acquisti Gioco Lavoro*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.

Bailin A., Milanaik R., Adesman A., (2014). "Health implications of new age technologies for adolescents: a review of the research", *Curr. Opin. Pediatr.*, 26(5): 605-619

Bauman Z., (2001). "On Postmodern Uses of Sex", in *The Individual Society*, Cambridge: Polity Press. (trad. it.) (2013) *Gli usi postmoderni del sesso*. Bologna: Il Mulino.

- Bauman Z., (2003). *Liquid Love. On the Frailty of Human Bonds*. Cambridge: Polity Press/Blackwell. (trad. it.) (2012) *Amore Liquido*. Roma-Bari: Editori Laterza.
- Bauman Z., (2003a). *Intervista sull'identità* (a cura di Vecchi B.). Roma-Bari: Editori Laterza.
- Boniell-Nissim M., Lenzi M., Zsiros E., de Matos M. G., Gommans R., Harel-Fisch Y., Djalovski A., van der Sluijs W., (2015). "International trends in electronic media communication among 11-to 15-year-olds in 30 countries from 2002 to 2010: association with ease of communication with friends of the opposite sex", *The European Journal of Public Health*, 25(suppl. 2), 41-45.
- Chalfen R., (2009). "It's only a picture: Sexting, "smutty" snapshots and felony charges", *Vis Stud*, 24, 258-268.
- Codeluppi V., (2007). *La vetrinizzazione sociale. Il processo di spettacolarizzazione degli individui e della società*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Couyoumdjian A., Baiocco R., Del Miglio C., (2006). *Adolescenti e nuove dipendenze. Le basi teoriche, i fattori di rischio, la prevenzione*. Roma-Bari: Edizioni Laterza.
- Doornwaard S.M., Bickham D.S., Rich M., Vanwesenbeeck I., van den Eijnden R.J., ter Bogt T.F., (2014). "Sex-related online behaviors and adolescents' body and sexual self-perceptions", *Pediatrics*, 134(6), 1103-1110.
- Fabrizi A., Simonelli C., (2013). "Mass Media and Sexuality", in Kirana P.S., Tripodi F., Reisman Y., Porst H., (a cura di) (2013). *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology. First Edition*. Amsterdam: Medix Publishers.
- Ferri P., (2011). *Nativi digitali*. Milano: Bruno Mondadori.
- Griffiths M.D., (1995). "Technological addiction", *Clinical Psychology Forum*, 76, 14-19.
- Griffiths M.D., (2002). *Gambling and Gaming in Adolescence*. London: Blackwell.
- Hall J.A., Baym N.K., (2012). "Calling and texting (too much): Mobile maintenance expectations (over) dependence, entrapment, and friendship satisfaction", *New Media & Society*, 14(2), 316-331.
- Harrison M.A., Gilmore A.L., (2012). "U txt WHEN? College students' social contexts of text messaging", *Social Science Journal*, 49(4), 513-518.
- Harrison, M., Bealing C., Salley J., (2015). "2 TXT or not 2 TXT: College students' reports of when text messaging is social breach", *The Social Science Journal*, 52(2), 188-194.
- Katz J.E., Aakhus M., (2002). *Perpetual contact: Mobile communication, private talk, public performance*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kofoed J., Ringrose J., (2012). "Travelling and sticky affects: Exploring teens and sexualized cyberbullying through a Butlerian-Deleuzian-Guattarian lens", *Politics of Education*, 33(1), 5-20.

Lacan J., (1969). *Le séminaire. Livre XVI, D'un autre à l'autre*. Paris : Éd. du Seuil (2006).

Lenhart A., (2009). *Teens and sexting: How and why minor teens are sending sexually suggestive nude or nearly nude images via text messaging*. Washington: Pew Research Center. <http://pewresearch.org/assets/pdf/teens-and-sexting.pdf>

Levick M., Moon K., (2010). "Prosecuting Sexting as Child Pornography: A Critique", *Valparaiso University Law Review*, 44(4), 1035-1054.

Ling R., (2012). *Taken for grantedness. The embedding of mobile communication into society*. Cambridge: MIT Press.

Livingstone S., Haddon L., Görzig A., Ólafsson K., (2011). *Risks and safety on the internet: The perspective of European children. Full findings*. London: LSE, EU Kids Online.

Malik S., Khan M., (2015). "Impact of facebook addiction on narcissistic behavior and self-esteem among students", *J. Pak. Med. Assoc.*, 65(3), 260-263.

Mascheroni G., Ólafsson K., (2014). *Net Children Go Mobile: risks and opportunities. Second Edition*. Milano: Educatt.

Mitchell K.J., Finkelhor D., Jones L.M., Wolak J., (2012). "Prevalence and Characteristics of Youth Sexting: A National Study", *Pediatrics*, 129, 13-20.

Oliverio Ferraris A., (2002). *La ricerca dell'identità. Come nasce, come cresce, come cambia l'idea di sé*. Firenze: Giunti.

Oliverio Ferraris A., Malavasi G., (2001). "La Maschera dei Desideri", *Psicologia Contemporanea*, 166, 30-37.

Parsi M.R., Cantelmi T., Orlando F., (2009). *L'immaginario prigioniero. Come educare i nostri a un uso creativo e responsabile delle nuove tecnologie*. Milano: Mondadori.

Pasini W., (2009). *La Riscoperta dell'Intimità. Tra sesso e computer la rivincita dei sentimenti*. Milano: Mondadori.

Paz O., (1993). *La llama doble. Amor y erotismo*. Barcelona: Seix Baral. (trad. it) (1994). *La duplice fiamma. Amore ed erotismo*. Milano: Garzanti.

Prensky M., (2001). "Digital Natives, Digital Immigrants", *On the Horizon* (MCB University Press), 9(5), 1-6.

Quattrini F., Spaccarotella M., (2009) "SAQ. Sexual Addiction Questionnaire. Pilot Study based on an Italian population sample", *Abstract Book 19th WAS World Congress for Sexual Health*, 116

Quattrini F., Spaccarotella M., (2010). "Pornografia: pornofilia, pornofobia e pornodipendenza", *Psicologia Clinica & Psicoterapia oggi*, 3, 14-20.

Quattrini F., Spaccarotella M., (2013). "Il ruolo del narcisismo nella personalità del dipendente sessuale", *Rivista di Sessuologia Clinica*, 2, 5-35.

Quattrini F., Spaccarotella M., Sarracino R., Palpini F., Calabrò R.S. (2012). "Sexual Addiction Questionnaire (SAQ) validation proofs: Confirm and Exploration of the "Sexual Addiction" construct", *Abstract Book 11th EFS Congress*, 73.

Quattrini F., Spaccarotella M., Sarracino R., Palpini F., (2014). "Sexual Addiction Questionnaire (SAQ): Proposal for a cut-off score", *Proceedings of the 16th Congress of the European Society for Sexual Medicine and the 12th Congress of the European Sexology Federation, The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 96.

Ringrose J., Gill R., Livingstone S., Harvey L., (2012). *A qualitative study of children, young people and 'sexting': A report prepared for the NSPCC. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children.*

Sultan A.J., (2014). "Addiction to mobile text messaging applications is nothing to "lol" about", *The Social Science Journal*, 51(1), 57-69.

Telefono Azzurro & Eurispes, (2014). *Indagine conoscitiva sulla condizione dell'Infanzia e dell'*

Adolescenza in Italia 2012 <http://www.azzurro.it/sites/default/files/Materiali/InfoConsigli/Ricerche%20e%20indagini/SintesiIndagineConoscitivaInfanziaAdolescenza2012.pdf>

Tisseron S., (2001). *L'intimité surexposée. Paris : Editions Ramsay.*

Tisseron S., (2008). *Virtuel, mon amour. Penser, aimer, souffrir, à l'ère des nouvelles technologies, Paris : Alain Michel.*

Zerbini A., Zoccarato A., (2014). *Il rischio virtuale nell'era di Facebook. L'assenza della corporeità, l'evanescenza dell'Altro. Psicologia Psicosomatica*, 27.

Recensione

Parafilie e Devianza. Psicologia e Psicopatologia del Comportamento Sessuale Atipico di F. Quattrini (2015) Giunti Firenze

di Loris Patella

Il termine perversione sembra essere ancora oggi un termine di frequente utilizzo, seppure sia stato sostituito dalla fine degli anni '80 dal termine parafilia che indica l'attrazione o il sentimento verso tutto quello che non è normativo, verso tutto quello che può effettivamente essere diverso, discostandosi dal concetto di norma nel senso medico-statistico-giuridico. Dunque, Parafilie e Devianza si pone trasversalmente al tentativo di comprendere perché il tema delle parafilie o delle vecchie perversioni sessuali assume ancora molta rilevanza, sottolineando come all'interno della sfera sessuale, la sessuologia e la criminologia, talvolta e per certi aspetti, s'intreccino. La sessualità atipica deve iniziare ad essere inquadrata all'interno di quello che Quattrini chiama continuum degli aspetti della vita sessuale dell'individuo, dove ad un estremo esistono sicuramente gli aspetti normativi e all'estremo opposto gli aspetti criminali come quelli, ad esempio, legati ai sex offenders. Proseguendo su tale continuum, si riconoscono anche altri aspetti della sessualità: da quelli meramente più trasgressivi che vanno appena oltre la normatività, senza dover essere considerati necessariamente aspetti devianti o patologici della sessualità, avvicinandosi sempre più all'elemento centrale di tale continuum che è la parafilia, ovvero il punto di snodo per i disturbi parafilici. In tal caso la persona non vivrebbe in maniera serena gli aspetti della sua sessualità agita, vissuta nonché fantasticata, vivendo, da contro, tali aspetti in maniera egodistonica cioè con comportamenti disfunzionali

relativamente alla sfera sessuale, che inficiano il mondo personale e sociale, relazionale-affettivo e lavorativo dell'individuo.

Questa differenza è la vera e propria novità del Manuale Diagnostico dei Disturbi Psichiatrici, giunto alla 5a edizione (DSM, 2013), in cui si propone la differenza tra parafilia e disturbo parafilico. In particolare, a differenziare l'attrazione sessuale e il sentimento verso qualcosa che potremmo definire inconsueto da un comportamento disfunzionale verso tali "scopi" (umani e non umani) sono proprio i criteri A e B del DSM 5 (2013) che nella versione precedente erano co-presenti alla definizione di parafilia; adesso è proprio il criterio B a definire, invece, la presenza del disturbo. La parafilia, in questo caso diviene condizione "necessaria, ma non sufficiente" per la diagnosi di disturbo parafilico. Nella clinica il criterio A dovrebbe dunque indagare le preferenze sessuali di un soggetto e dei comportamenti sessuali agiti, mentre il criterio B sarebbe indicativo delle conseguenze negative della parafilia stessa, rispettando e definendo in modo più particolare quei concetti di egosintonicità ed egodistonicità del disturbo. Definito il quadro di riferimento, nel manuale si passa in rassegna alle teorizzazioni cliniche, dinamiche e cognitive relative ai disturbi parafilici, tra cui spiccano alcuni modelli: Freund, McDougall, Kaplan, Stoller, Finkelhor e Abel, Money che cercando di delineare uno sviluppo "tipico" di un comportamento sessuale tipico e sano, in cui i punti di arresto o di blocco temporaneo nelle varie fasi di vita, determinati da diversi

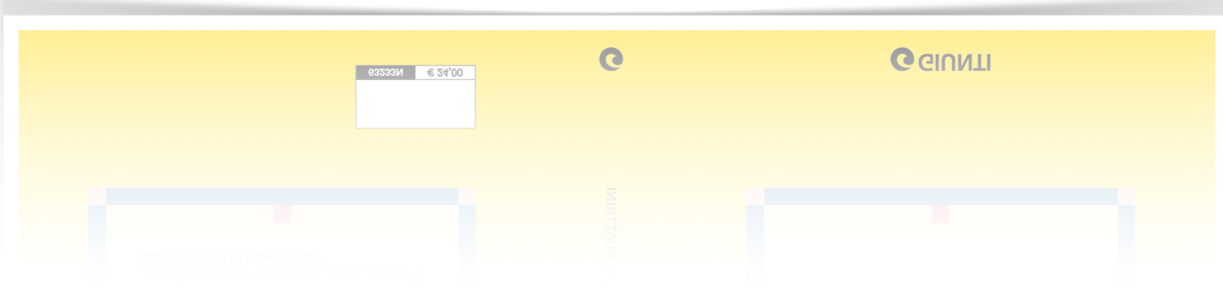
fattori di varia natura, potrebbero indurre un individuo a mettere in atto comportamenti sessuali di tipo disfunzionale. Dunque, la seconda parte del manuale viene suddivisa in due sezioni che seguono la predilezione per attività erotico-sessuali definite “inconsuete” ovvero i disturbi delle fasi del corteggiamento e i disturbi da dolore e umiliazione; mentre la sezione due è dedicata alla predilezione per l’atipicità dell’oggetto sessuale, per terminare con i disturbi parafilici con altra specificazione, ovvero tutti quei disturbi che non possono essere inquadrati nei disturbi più “classici”. Dunque vengono descritti ed esaminati in maniera accademica i disturbi frotteristico, esibizionistico, voyeuristico, il disturbo da masochismo sessuale e sadismo sessuale per quanto riguarda la prima sezione; il disturbo pedofilico, feticistico, da travestitismo e i Disturbo con altra Specificazione per la seconda, attraverso un’attenta raccolta dei dati e della letteratura scientifica in merito che evidenzia come tali tematiche attualissime abbiano bisogno di essere trasmesse e riportate all’attenzione per poter aggiornare dati che difficilmente emergono e che sono sempre più covert perché la sessualità ed in particolare la sessualità “altra” o “alternativa” rimane spesso silente, perché alcuni dati derivano soprattutto dal versante “legale-criminale” quindi diventa difficoltoso aggiornare molti dati raccolti maggiormente negli anni ’80.

Particolarmente attuale, invece, sembra essere il capitolo sul disturbo da travestitismo in quanto vengono presi in considerazione comportamenti quali cross-dressing e definizioni importanti sull’identità sessuale degli individui che potrebbero aiutare a fare chiarezza sui pregiudizi e sulle questioni più importanti riguardanti la omo-transfobia o semplicemente chiarire, ancora una volta, quali sono gli orientamenti sessuali e quali ruoli possano assumere donne e uomini all’interno della nostra società, a prescindere

dal gender che caratterizza l’uomo e la donna. Ma assumono particolare rilevanza anche i temi di sessualità alternativa come per il BDSM, la pornografia e la Sex Addiction: temi attualissimi che vengono trattati in chiave scientifico-accademica al fine di poter rompere dei pregiudizi e stereotipi a riguardo, chiarendo molti altri aspetti della sessualità che vengono tracciati, descritti e spiegati in maniera scientifico-divulgativa. L’esempio dell’esistenza di un continuum “normativo-parafilico” è reso particolarmente nella descrizione del BDSM o della pornografia. Chi può mettere in atto tutti quegli aspetti più sadici e masochistici o semplicemente essere legati o legare, attraverso nastri o corde tipici delle pratiche BDSM, non necessariamente farà parte di un’esperienza psicopatologica. Infatti proprio per quanto riguarda il BDSM vengono evidenziati i concetti di rispetto e di gioco che creano la cornice entro cui potersi muovere e giocare nel massimo rispetto dei partecipanti. Allo stesso modo l’utilizzo della pornografia può essere discussa sia nelle sue sfaccettature patologiche di dipendenza o in un’ottica quasi educativa, in cui si permetterebbe una comprensione molto più ampia di tutto ciò che è finzione all’interno del contesto pornografico, differenziandolo da ciò che è, invece, espressione di un sé corporeo e sessuale, al fine di riconoscere elementi salienti dell’esperienza erotico-sessuale attraverso quel canale. Per quanto riguarda il tema della Sex Addiction, invece, Parafilie e Devianza si pone come anticipatore di comportamenti che sembrerebbero essere di tipo disfunzionale, ma che ad oggi lo stesso DSM 5 (2013) non categorizza ancora come psicopatologico, quando tale forma di dipendenza, alla stregua delle altre, sembra poter compromettere negativamente il benessere psico-sessuale dell’individuo.

Tale manuale, dunque, si pone nell’ottica della comprensione, divenendo un manuale di

educazione sessuale per adulti, da uno dei tanti punti di vista che possono essere considerati nella sessualità umana, ovvero sessualità “altra” o semplicemente “alternativa”, tenendo attento il lettore e permettendogli di divenire curioso riguardo aspetti diversi e non troppo “normali” della sessualità, imparando che è proprio tale “normalità” a non esistere se non contestualizzata con il nostro interlocutore.



AGENDA

Congressi 2016 febbraio-marzo

4-6 FEBBRAIO 2016, MADRID, SPAIN

18° Congress of the European Society for Sexual Medicine

[essm-congress](http://essm-congress.com)



9 FEBBRAIO 2016, LUGANO, SWISS

Seminario "Volti profanati. La violenza sessuale sulle donne in una lettura multidisciplinare"

uniludes.ch



4-6 FEBBRAIO 2016, MADRID, SPAIN

18th Congress of the European Society for Sexual Medicine (ESSM)

[essm-congress](http://essm-congress.com)



8-12 FEBBRAIO 2016, ACCRA, GHANA

7th African Conference on Sexual Health and Rights

[africalsexuality](http://africalsexuality.org)



2-5 MARZO 2016, FIRENZE, ITALIA

The 17th World Congress of Gynecological Endocrinology

[isgesociety](http://isgesociety.com)



AGENDA

Congressi 2016
marzo-aprile

11-15 MARZO 2016, MUNICH, GERMANY

EAU 2016 – The 31st European Association of Urology Congress

[eaumunich2016](#)



16-19 MARZO 2016, MONTREAL, CANADA

63rd Annual Scientific Meeting Society for Reproductive Investigation

[sri](#)



21- 23 MARZO 2016, MELBOURNE, AUSTRALIA

The 23rd World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI)

[COGI](#)



2-5 APRILE 2016, NEW ORLEANS, LOUISIANA

ASA 41st Annual Conference

[andrologysociety](#)



AGENDA

Congressi 2016 aprile-maggio

21- 22 APRILE, BIRMINGHAM, UK

The 18th Annual British Maternal and Fetal Medicine Society Conference



[bmfms](http://bmfms.org)

6-10 MAGGIO 2016, SAN DIEGO, CA

AUA Annual Meeting

[aua](http://aua.org)



25-28 MAGGIO 2016, DUBROVNIK, CROATIA

13th Congress of the European Federation of Sexology

[EFS](http://efs.eu)



28-31 MAGGIO 2016, Stresa, Italia

XXXIII Congresso Nazionale SIA "40 anni di SIA: l'evoluzione dell'Andrologia"

[SIA](http://siam.it)



AGENDA

Congressi 2016 giugno-ottobre

26 GIUGNO 2016, MALMÖ, SWEDEN

2016 IASR Annual Meeting

[IASR](#)



7-10 SETTEMBRE 2016, COPENHAGEN, DENMARK

14th IATSO Conference

[IATSO](#)



28 SETTEMBRE – 1 OTTOBRE 2016, PRAGA, REPUBBLICA CECA

15 World Congress on Menopause

[IMS](#)



20-21 OTTOBRE, Chicago, USA

International Conference on Human Papillomavirus

[ICHP](#)

International conference on

Human Papillomavirus

October 20-21, 2016 Chicago, USA

AGENDA

Congressi 2016
novembre

17-20 NOVEMBRE 2016, PHOENIX, ARIZONA

2016 Annual Meeting



[SSSS](http://ssss.org)

EVENTI IISS 2016
marzo-novembre

Corso di Formazione “Tecniche di Consulenza ed Educazione Sessuale per ostetrici/che”

inizio corso giugno 2016

Corso di Formazione “Tecniche di Consulenza nelle dipendenze Patologiche”

inizio corso settembre 2016

SEMINARI “Gli incontri del mercoledì”

inizio marzo 2016

PROGRAMMA	STAFF IISS
<p>23 Marzo - Prof. Fabrizio Quattrini Il “No-Sense” dell’Ideologia Gender. L’importanza dell’educazione sessuale a scuola</p> <p>6 Aprile - Stefano La Forgia BDSM. Il piacere dell’erotismo estremo</p> <p>20 Aprile - Dott.ssa Flavia Chiricozzi Benessere psicossessuale e malattia oncologica: vivere la sessualità dopo la diagnosi di neoplasia</p> <p>4 Maggio - Dott. Michele Spaccarotella Sesso in un clic. Come le App e i Social network hanno cambiato la sessualità</p> <p>18 Maggio - Dott.ssa Iliaria Consolo “Pensavo fosse afrodisiaco e invece...” Quando l’alcol diventa un problema</p> <p>8 Giugno - Prof. Fabrizio Quattrini - Mauro Salmoni “Solletigliando”. L’esperienza della sessualità atipica tra piacere e dolore</p> <p>22 Giugno - Dott. Loris Patella - Dott.ssa Margherita Attanasio A sessualità e Poliamore: quando le relazioni sfidano le convenzioni sessuali</p>	<p>Prof. Fabrizio Quattrini, PhD - Presidente Psicologo, Psicoterapeuta, PsicoSessuologo</p> <p>Dott.ssa Iliaria Consolo - Vice-Presidente Psicologa, Psicoterapeuta, PsicoSessuologa, Specialista in Alcolologia</p> <p>Dott. Michele Spaccarotella - Responsabile Didattico Psicologo, Psicoterapeuta, PsicoSessuologo</p> <p>Dott.ssa Antonella Sciancalepore Psicologa, PsicoSessuologa, Psicologa Giuridico-Forense</p> <p>Dott.ssa Claudia Petrilli Psicologa, PsicoSessuologa</p> <p>Dott.ssa Silvia Matta Psicologa, PsicoSessuologa</p> <p>Dott.ssa Francesca Mamo Psicologa, PsicoSessuologa</p> <p>Dott.ssa Sara Negrosini Psicologa, PsicoSessuologa</p> <p>Dott.ssa Margherita Attanasio Dottoranda in Psicologia, PsicoSessuologa</p> <p>Dott. Loris Patella Psicologo, Consulente ed Educatore Sessuale</p> <p>Dott.ssa Flavia Chiricozzi Dottoranda in Psicologia clinica e della salute, Consulente ed Educatrice sessuale</p>
<p>6 Luglio - Dott.ssa Giovanna Frezza - Gloria Guru Sensorialità: Sex toys pleasure</p> <p>14 Settembre - Dott.ssa Claudia Petrilli - Dott.ssa Silvia Matta Disfunzioni sessuali: quando a soffrire è la coppia</p> <p>28 Settembre - Dott.ssa Antonella Sciancalepore Seduzione e infedeltà. Dal gioco di sguardi...al tradimento</p> <p>12 Ottobre - Prof. Fabrizio Quattrini Autoerotismo e mappe del piacere. Guida al contatto corporeo</p> <p>26 Ottobre - Dott. Daniele Mollaoli Contratti d’amore: Scambio di coppia ed evoluzione della non-mongamia consensuale</p> <p>9 Novembre - Dott.ssa Francesca Mamo - Dott.ssa Sara Negrosini “Non sta accadendo a me”. Racconti di donne vittime di stalking e violenza</p> <p>23 Novembre - Dott.ssa Iliaria Consolo Il piacere femminile</p> <p>14 Dicembre - Prof. Fabrizio Quattrini Tema scelto dai partecipanti ai seminari IISS 2016</p>	<p>COLLABORATORI ESTERNI</p> <p>Dott. Daniele Mollaoli Psicologo, PsicoSessuologo</p> <p>Gloria Guru “Sensual Guru”</p> <p>Stefano La Forgia Insegnante di Bondage</p> <p>Mauro Salmoni Esperto BDSM</p>

Corso di Formazione in Sessuologia Clinica (Biennale)

anno accademico 2017 (XI edizione)

Il **Corso Biennale in Psicosessuologia** ha come obiettivo quello di formare i partecipanti sui temi scientifici della sessuologia moderna (psicosessuologia e sexual medicine), in modo che siano acquisiti gli strumenti necessari per intervenire nei contesti istituzionali e privati da un punto di vista clinico-consulenziale, terapeutico ed educativo.

Alla fine del primo anno sarà rilasciato un attestato di **consulente ed educatore sessuale**. Alla fine del biennio sarà rilasciato un attestato di **psicosessuologo**.

L'Istituto Italiano di Sessuologia Scientifica ha istituito un albo interno dei consulenti e dei sessuologi al quale è possibile accedere solo dopo il rilascio degli attestati.

L'Istituto Italiano di Sessuologia Scientifica è affiliato alla Federazione Italiano di Sessuologia Scientifica (FISS)

DESTINATARI

Possono accedere al primo anno di consulenza i laureandi e laureati in psicologia, medicina, gli insegnanti e gli operatori socio-sanitari. Possono accedere alla formazione di sessuologo clinico esclusivamente i laureati in psicologia e medicina (il primo anno è propedeutico alla formazione di sessuologo clinico).

ORGANIZZAZIONE DEI CORSI

Ogni anno prevede 150 ore di attività formativa suddivisa in 120 ore di didattica e 30 ore di tirocinio. L'attività della didattica è organizzata in 10 week end (venerdì 14.00-18.00 e sabato 09.00-13.00/14.00-18.00). La metodologia dell'attività didattica prevede lezioni teoriche, gruppi esperienziali, role playing e discussione di casi clinici.

Ogni anno gli allievi dovranno sostenere una prova intermedia e un esame finale. La prova intermedia prevede un questionario a scelta multipla, mentre l'esame finale, la stesura di una tesina (max 30 pagine) su un argomento della sessuologia per il primo anno e la stesura di un caso clinico su una disfunzione sessuale per gli allievi del secondo anno. Le tesine saranno discusse di fronte ad una commissione esaminatrice.

TIROCINIO

Per il primo anno del Corso Biennale in Psicosessuologia il tirocinio prevede la partecipazione a tre workshop tenuti dal prof Fabrizio Quattrini, dalla dottoressa Ilaria Consolo e dal dott. Michele Spaccarotella per un totale di 30 ore. (Tali workshop saranno aperti anche ad esterni laureati o laureandi in psicologia, medicina, insegnanti ed operatori socio-sanitari).

Per il secondo anno del Corso Biennale in Psicosessuologia il tirocinio prevede la partecipazione al servizio di sportello a costo sociale di psicosessuologia attivo tutti i venerdì dalle 9:30 alle 13:30.

SUPERVISIONE CLINICA

Gli allievi del secondo anno sono tenuti ad effettuare una supervisione di almeno 20 ore con un didatta della scuola.

MODALITA' DI ISCRIZIONE

I candidati che intendono iscriversi ai corsi dovranno presentare una domanda alla Segreteria Scientifica dell'Istituto allegando:

curriculum formativo, scientifico e professionale;

ricevuta del versamento della quota d'iscrizione.

Le domande dovranno pervenire entro il 15 gennaio 2017

I candidati saranno selezionati in base al curriculum formativo e ad un colloquio personale.

Qualora il candidato non venisse ammesso verrà restituita la quota d'iscrizione.

COSTI

Il costo annuale è di € 2000,00 di cui € 500,00 da versare al momento dell'iscrizione e la restante parte da suddividere in tre rate da 500,00.

La quota annuale prevede l'iscrizione all'Associazione Istituto Italiano di Sessuologia Scientifica e l'abbonamento a tutti i contenuti della Rivista on-line Elementi di Sessuologia

Norme redazionali per gli AUTORI

La rivista telematica *Elementi di Sessuologia* pubblica contributi originali riguardanti argomenti di interesse sessuologico (Saggi, articoli, monografie, interviste, recensioni etc). Spetta al Comitato Redazionale della Rivista accettarli o meno, stabilirne la data di pubblicazione o suggerire modifiche ai testi.

Le aree d'interesse di *Elementi di Sessuologia* sono così organizzate:

- (1) SESSOEDUCAZIONE
- (2) PSICOCORPOREO
- (3) TRASGRESSIONI vs PARAFILIE
- (4) PSICO-SOCIO-ANTROPOLOGIA
- (5) MEDICINA SESSUALE
- (6) INTERVENTI CLINICI

La richiesta di pubblicazione, l'invio dei testi ed ogni ulteriore comunicazione vanno indirizzati a Redazione Elementi di Sessuologia indirizzo mail rivista@iissweb.it.

Il materiale ricevuto, indipendentemente dalla sua pubblicazione, non verrà restituito. I testi non devono di norma superare le 15 cartelle (impostazione pagina 2,5-2-2-2; carattere Times New Roman, corpo 12, interlinea 1,5; rientro prima riga 0,5) e devono essere inviati nella stesura definitiva. Non sono ammesse successive correzioni. I lavori redatti in modo difforme dalle presenti indicazioni non verranno presi in considerazione per la pubblicazione.

La prima pagina del testo sarà così impostata:

- a) nome puntato e cognome per esteso dell'Autore o degli Autori
- b) Titolo del lavoro
- c) Qualifica professionale ricoperta dall'Autore al momento della stesura del lavoro ed istituzione pubblica o privata di appartenenza (in caso di AA. di diversa appartenenza collegare con asterischi i nomi alle varie istituzioni)
- d) Indirizzo mail dell'Autore (o del referente tra più AA.)

Gli Autori sono tenuti a corredare il testo con un **abstract** (di non oltre 6 righe) e l'indicazione di non più di 5 parole chiave

L'articolazione del testo dovrebbe comprendere: Introduzione; Materiale e metodo; Risultati; Discussione; Conclusione e Riferimenti Bibliografici. La suddivisione in paragrafi ed eventuali sottotitoli nonché le eventuali variazioni di carattere tipografico (corsivo-sottolineatura, maiuscolo etc.) devono essere indicati dagli AA. In mancanza di indicazioni, il tutto sarà curato dalla Redazione della Rivista. Non saranno inviate agli AA: nozze di stampa alla cui correzione provvederà la Redazione.

Norme redazionali per gli AUTORI

Tabelle, grafici e figure devono essere inviati contestualmente al testo, aggiunti separatamente come allegati. Nel testo deve essere chiaramente indicato il punto in cui tabelle, grafici e figure vanno inseriti. Figure e grafici saranno numerati progressivamente con numeri arabi ed a seguito del numero riporteranno titolo o una breve didascalia; le tabelle saranno numerate progressivamente con numeri romani. Per le fotografie e disegni va specificata l'orientazione su pagina.

Riferimenti Bibliografici. Dovranno essere riportate le voci citate nel testo in ordine alfabetico secondo le regole qui esemplificate che gli AA. sono tenuti a rispettare scrupolosamente:

- 1) *Citazione di libri.* Dettore D. (2001). *Psicologia e Psicopatologia del Comportamento Sessuale*. Milano, McGraw-Hill.
- 2) *Citazione di libro tradotto in italiano.* Kaplan HS. (1974). *The New Sex Therapy*. New York, Bruner/Mazel. (Trad. it) *Nuove Terapie Sessuali*. Milano, Bompiani, 1976.
- 3) *Citazione di capitolo da un libro pluriautori.* Grisolaghi J., Quattrini F., Calabrò R.S. (2010). "Psychological Aspects of human sexuality", in Calabrò, R.S., (a cura di) *Male Sexual Dysfunctions in Neurological Diseases: from Pathophysiology to Rehabilitation*, Nova Science Publishers, Inc.
- 4) *Citazione di un articolo da rivista.* Quattrini F., Ciccarone MV., Tatoni F., Vittori G., (2010). Psychological and Sexological Evaluation of the Infertility Couples, *Sexologies. European Journal of Sexology*, 19: 15-19.

Ove necessario aggiungere all'anno tra parentesi che segue al nome lettere minuscole progressive (a, b, c...) per lavori del medesimo A. non altrimenti distinguibili.

Nel testo le citazioni riporteranno tra parentesi il cognome dell'A. citato, seguito dall'anno di riferimento.

Tutti i diritti riservati.

È obbligatoria la citazione della fonte.