



## Materiale di formazione IO1

### PREVENZIONE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

#### Indice

OBIETTIVI.....	2
1. Descrizione generale delle malattie sessualmente trasmissibili .....	3
1.1. Contesto. Descrizione/definizione dell'argomento.....	3
1.2. L'impatto delle malattie sessualmente trasmissibili sulla salute della gravidanza/madre/bambino è stato dimostrato.....	6
1.3. La radice del comportamento negativo - come inizia il comportamento in generale Le malattie sessualmente trasmissibili .....	7
2. Principali ricerche/studi sulle malattie sessualmente trasmissibili.....	9
2.1. Conclusioni sugli aspetti negativi dei comportamenti dei futuri genitori riguardo alle malattie sessualmente trasmissibili e l'impatto sulla salute dei bambini.....	9
2.2. Conclusioni sui comportamenti positivi riguardanti le malattie sessualmente trasmissibili e l'impatto sulla salute dei bambini.....	11
3. Raccomandazioni (OMS) Esempi di interventi basati sull'evidenza.....	11
4. Come il comportamento può cambiare - il ruolo dei professionisti .....	13
5. Educazione per i futuri genitori/popolazione per uno stile di vita sano riguardo alle malattie sessualmente trasmissibili e in generale - il ruolo dei programmi educativi, il ruolo della comunità, le scuole. Come le informazioni possono essere diffuse .....	18
6. Bibliografia.....	21



## OBIETTIVI

Alla fine del modulo, i partecipanti saranno in grado di:

1. Definire e descrivere le malattie sessualmente trasmissibili più frequenti;
2. Descrivere gli aspetti più importanti relativi al comportamento sessuale degli adolescenti e dei giovani;
3. Descrivere gli interventi più importanti volti a contribuire al cambiamento di comportamento degli adolescenti e dei giovani per prevenire le malattie sessualmente trasmissibili;
4. Descrivere come il comportamento può cambiare e il ruolo dei professionisti nel cambiamento del comportamento.

### Abbreviazioni

Nel corso del documento i termini Malattie Sessualmente Trasmesse (in seguito abbreviato come MST) e Infezioni Sessualmente Trasmesse (in seguito abbreviato come STI) sono usati in modo intercambiabile e gli autori sono partiti dalla premessa che, ai fini di questo materiale, questi termini hanno lo stesso significato e hanno lo stesso peso.



## 1. Descrizione generale delle malattie sessualmente trasmissibili

### 1.1. Contesto. Descrizione/definizione dell'argomento

Secondo l'OMS, le infezioni sessualmente trasmissibili (STI) in generale, e tra gli adolescenti in particolare, sono di fondamentale importanza per tutte le persone che lavorano al miglioramento dello stato di salute delle popolazioni. In tutto il mondo, i tassi più alti di STI si trovano tra le persone tra i 15 e i 24 anni; fino al 60% delle nuove infezioni e la metà di tutte le persone che vivono con l'HIV a livello globale sono in questo gruppo di età. Le MST sono ancora ampiamente legate alla stigmatizzazione, all'imbarazzo e alla negazione sia tra gli operatori sanitari che tra i pazienti. La sessualità, e i rischi per la salute associati, sono ancora un grande tabù in molte società. Questo è particolarmente vero per i giovani. Mentre i loro diritti e bisogni possono essere riconosciuti in teoria, in pratica si trovano ancora di fronte a molte barriere quando si tratta di ottenere il supporto pratico di cui hanno bisogno per evitare problemi. (OMS, 2005)

Le STI non sono distribuite in modo uniforme tra i molti giovani che praticano attività sessuali. Il sesso, la frequenza e il tipo di rapporti sessuali praticati, il numero e le caratteristiche dei partner sessuali, l'estensione dell'uso del preservativo, il rischio di violenza e l'epidemiologia delle STI a livello locale sono tutti fattori che influenzano il rischio di STI. L'importanza relativa di ciascuno di questi fattori di rischio è determinata dallo specifico contesto socioculturale ed economico in cui i giovani vivono. Gli adolescenti a più alto rischio di MST tendono a essere gli adolescenti lavoratori del sesso e i loro clienti, i ragazzi adolescenti che fanno sesso con uomini o altri ragazzi, i bambini di strada e i bambini nelle case di correzione. In generale, le STI sono probabilmente più comuni tra coloro che non vanno a scuola che tra gli adolescenti che vanno a scuola. Tuttavia, nelle regioni ad alta prevalenza di MST, come l'Africa, i Caraibi e, dagli anni '90, alcune parti dell'Europa dell'Est, la maggior parte degli adolescenti - compresi quelli rurali che vanno a scuola - sono a rischio di contrarre le MST, anche se le differenze rimangono. Le ragazze sono biologicamente più vulnerabili alle STI rispetto ai ragazzi e, in molti contesti, sono più a rischio perché hanno partner più grandi (Oringanje *et al.*, 2016).

Gli interventi comunitari per promuovere l'uso del preservativo sono considerati un valido strumento per ridurre la trasmissione del virus dell'immunodeficienza umana (HIV) e di altre infezioni sessualmente trasmissibili (STI). In particolare, un'enfasi speciale è stata posta sull'implementazione di tali interventi attraverso cambiamenti strutturali, un concetto che implica azioni di salute pubblica che mirano a migliorare la salute della società attraverso modifiche nel contesto in cui hanno luogo i comportamenti a rischio legati alla salute. Questa strategia cerca di aumentare l'uso del preservativo e, a sua volta, di ridurre la trasmissione dell'HIV e di altre STI. (Moreno *et al.*, 2014)

Le malattie sessualmente trasmissibili sono un termine usato per descrivere più di 20 diverse infezioni che si trasmettono attraverso lo scambio di sperma, sangue e altri fluidi corporei o attraverso il contatto diretto con le zone del corpo colpite di persone affette da STI. Le malattie sessualmente trasmissibili sono anche chiamate malattie veneree.



Alcune delle STD/STI più comuni e potenzialmente gravi includono:

- **Clamidia.** Questa malattia venerea è causata dal batterio *Chlamydia trachomatis*, un organismo microscopico che vive come parassita all'interno delle cellule umane. Il CDC stima che quasi tre milioni di casi si verificano ogni anno perché il 75% delle donne e il 50% degli uomini non mostrano sintomi della malattia dopo l'infezione. Circa il 40% delle donne svilupperà una malattia infiammatoria pelvica (PID) come risultato dell'infezione da clamidia, una delle principali cause di infertilità. La clamidia è la malattia sessualmente trasmissibile più comune negli Stati Uniti. Nel 2017, i tassi di casi segnalati di clamidia sono stati più alti tra gli AYA, rappresentando il 62,6% di tutti i casi negli Stati Uniti. Tra le femmine, i tassi specifici per età più alti sono stati tra quelli di età compresa tra 15 e 19 anni (3266 casi per 100.000) e tra 20 e 24 anni (3986 casi per 100.000). Tra i maschi, i tassi specifici per età erano più alti tra i 20-24 anni (1705 casi per 100.000). (Setaccio *et al.*, 2019)
- **Papillomavirus umano (HPV).** L'HPV causa verruche genitali ed è il singolo fattore di rischio più importante per il cancro cervicale nelle donne. Esistono più di 100 tipi di HPV, ma solo circa 30 di essi possono causare verruche genitali e si diffondono attraverso il contatto sessuale. In alcuni casi, le verruche vengono passate dalla madre al bambino durante il parto, portando a una condizione potenzialmente pericolosa per la vita dei neonati in cui le verruche si sviluppano nella gola (papillomatosi laringea).
- **Herpes genitale.** L'herpes è un'infezione virale incurabile che si pensa sia una delle STD più comuni negli USA. È causato da uno dei due tipi di virus herpes simplex: HSV-1 (che comunemente causa l'herpes orale) o HSV-2 (che di solito causa l'herpes genitale). Il CDC stima che 45 milioni di americani (uno su cinque individui di 12 anni o più) sono infettati da HSV-2; questo numero è aumentato del 30% dagli anni '70. L'infezione da HSV-2 è più comune nelle donne (una donna su quattro) che negli uomini (uno su cinque) e negli afroamericani (45,9%) che nei caucasici (17,6%).
- **Gonorrea.** Il batterio *Neisseria gonorrhoeae* è l'agente causale della gonorrea e può essere diffuso tramite contatto vaginale, orale o anale. Il CDC riferisce che circa 650.000 individui sono infettati dalla gonorrea ogni anno negli Stati Uniti, con 132,2 infezioni per 100.000 individui nel 1999. Circa il 75% delle infezioni americane di gonorrea si verificano in persone di età compresa tra 15 e 29 anni. Nel 1999, il 75% dei casi di gonorrea riportati si è verificato tra gli afroamericani. Nel 2017, i casi segnalati di gonorrea erano più alti tra gli adolescenti e i giovani adulti, rappresentando il 44,7% di tutti i casi negli Stati Uniti. Tra le femmine, i tassi più alti, specifici per età, si sono verificati tra coloro che avevano da 15 a 19 anni (557 casi per 100.000) e da 20 a 24 anni (685 casi per 100.000). Tra i maschi, i tassi specifici per età erano più alti tra quelli di età compresa tra 20 e 24 anni (705 casi per 100.000) (Sieving *et al.*, 2019)
- **Sifilide.** La sifilide è un'infezione potenzialmente pericolosa per la vita che aumenta la probabilità di acquisire o trasmettere l'HIV. Nel 2018, negli Stati Uniti, secondo il CDC, il numero totale di casi di sifilide segnalati (tutte le fasi combinate: primaria e secondaria, precoce non primaria non secondaria, durata sconosciuta o tardiva, e congenita) è stato il più alto registrato dal 1991. Il numero totale di casi segnalati di sifilide (tutti gli stadi) è aumentato del 13,3% durante il 2017-2018 (da 101.584 casi a 115.045 casi). La sifilide congenita causa problemi di salute irreversibili o la morte in ben il 40% di tutti i bambini vivi nati da donne



con sifilide non trattata. A differenza della clamidia e della gonorrea, i tassi di sifilide primaria e secondaria sono sostanzialmente più alti tra i maschi statunitensi rispetto alle femmine (Sieving *et al.*, 2019).

- **Infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV).** Nel 2000, il CDC ha riferito che 120.223 persone negli Stati Uniti sono HIV-positivi e 426.350 vivono con l'AIDS. Inoltre, circa 1.000-2.000 bambini nascono ogni anno con l'infezione da HIV. Si stima anche che 33 milioni di adulti e 1,3 milioni di bambini in tutto il mondo vivevano con l'HIV/AIDS nel 1999, con 5,4 milioni di nuove infezioni nello stesso anno. Gli adolescenti e i giovani adulti statunitensi rappresentano un numero sostanziale di infezioni da HIV. Nel 2016, il tasso di diagnosi di HIV era di 5,8 per 100.000 tra gli adolescenti dai 13 ai 19 anni e 30,5 per 100.000 tra i giovani adulti dai 20 ai 24 anni. La maggior parte delle nuove infezioni sono state attribuite a contatti sessuali da uomo a uomo, compreso il 92% tra gli adolescenti maschi e il 91% tra i giovani adulti maschi. Per le donne, la maggior parte delle nuove infezioni sono state attribuite a contatti eterosessuali, compreso l'85% tra gli adolescenti e l'88% tra i giovani adulti. Dal 2011 al 2016, il tasso di infezioni diagnosticate è diminuito tra gli adolescenti ed è rimasto stabile tra i giovani dai 20 ai 24 anni. (Setaccio *et al.*, 2019)
- **Epatite B e C.** Tra gli adulti, la trasmissione dell'epatite B avviene principalmente tra gli adulti non vaccinati con comportamenti a rischio per la trasmissione dell'epatite B, tra cui avere più partner sessuali e partner sessuali di persone con infezione cronica da epatite B. L'epatite B si trasmette facilmente attraverso l'attività sessuale. Il contatto sessuale è il modo più comune di diffusione dell'epatite B negli USA. Tra gli adulti che cercano un trattamento nelle cliniche STD, fino al 10%-40% hanno prove di un'infezione passata o attuale del virus dell'epatite B. Anche se non è comune, l'epatite C può essere trasmessa attraverso l'attività sessuale. Avere una malattia sessualmente trasmissibile o l'HIV, il sesso con più partner o il sesso violento sembra aumentare il rischio di epatite C. Studi caso-controllo hanno riportato un'associazione tra l'acquisizione dell'infezione da epatite C e l'esposizione a un contatto sessuale con infezione da epatite C o l'esposizione a più partner sessuali. Una nuova ricerca mostra che gli uomini gay che sono HIV-positivi e hanno più partner sessuali possono aumentare il loro rischio di epatite C. Non esiste un vaccino per l'epatite C. Il modo migliore per prevenire l'epatite C è quello di evitare comportamenti che possono diffondere la malattia, in particolare la condivisione di aghi o altre attrezzature per iniettare droghe. Il CDC ora raccomanda il test dell'epatite C una tantum a tutti gli adulti (dai 18 anni in su) e a tutte le donne incinte durante ogni gravidanza. Il CDC continua a raccomandare alle persone con fattori di rischio, comprese le persone che si iniettano droghe, di fare il test regolarmente.
- La **tricomoniassi** è una malattia a trasmissione sessuale molto comune. È causata dall'infezione di un parassita protozoo chiamato *Trichomonas vaginalis*. Anche se i sintomi della malattia variano, la maggior parte delle persone che hanno il parassita non può dire di essere infetta. La



tricomoniasi è la più comune MST curabile. Negli Stati Uniti, si stima che 3,7 milioni di persone abbiano l'infezione. Tuttavia, solo il 30% circa sviluppa dei sintomi di tricomoniasi. L'infezione è più comune nelle donne che negli uomini. Le donne anziane hanno più probabilità delle giovani di essere state infettate dalla tricomoniasi.

Nel 2000, Panchaud C *et al.*, hanno dimostrato in uno studio eseguito in 14 paesi in Europa, Stati Uniti e Canada che i dati di incidenza calcolati per 100.000 per gli adolescenti, per i giovani adulti e per la popolazione totale è generalmente diminuita tra il 1990 e il 2000, sia nella popolazione generale che tra gli adolescenti, su tre comuni STD batteriche - sifilide, gonorrea e clamidia. I dati di incidenza sono stati ottenuti da statistiche ufficiali, fonti nazionali pubblicate o articoli scientifici, e dati governativi non pubblicati. Tuttavia, lo studio ha mostrato che la Federazione Russa è un'importante eccezione: La sifilide è aumentata drammaticamente negli anni '90. Ad eccezione della Federazione Russa e della Romania, il tasso di sifilide a metà degli anni '90 era piuttosto basso, con tassi di meno di sette casi segnalati per 100.000 adolescenti nella maggior parte dei paesi sviluppati. Lo studio ha mostrato anche che l'incidenza della gonorrea è molte volte superiore a quella della sifilide in diversi paesi, e questa malattia colpisce in modo sproporzionato gli adolescenti e i giovani adulti. I tassi di gonorrea tra gli adolescenti possono raggiungere il 600 per 100.000 (nella Federazione Russa e negli Stati Uniti), anche se in molti paesi il tasso riportato tra gli adolescenti è inferiore al 10 per 100.000. In tutti i paesi con una buona segnalazione, l'incidenza della clamidia è estremamente alta tra gli adolescenti (tra 563 e 1.081 casi per 100.000). Una spiegazione di questi risultati potrebbe essere che nel caso della clamidia, le strategie di screening sono rivolte principalmente alle donne, quindi i maschi hanno meno possibilità di essere sottoposti a screening o test. L'incidenza riportata di tutte e tre le MST è generalmente più alta tra le adolescenti donne che tra i maschi della stessa età; questo è particolarmente vero per la clamidia. La conclusione dello studio è che i programmi di prevenzione, le strategie di screening attivo e un migliore accesso ai servizi di diagnosi e trattamento delle malattie sessualmente trasmissibili, soprattutto per gli adolescenti e i giovani adulti, sono necessari per ridurre l'incidenza e il peso delle malattie sessualmente trasmissibili tra i giovani.

## **1.2. L'impatto delle malattie sessualmente trasmissibili sulla salute della gravidanza/madre/bambino ha dimostrato**

Le infezioni trasmesse per via sessuale colpiscono le donne di tutto il mondo a diverse età. Le più frequenti sono la sifilide, 6 milioni di nuovi casi nel 2012, per esempio. Nello stesso anno sono stati registrati 78 milioni di casi di *Neisseria gonorrhoeae* (NG), 131 milioni di casi di *Chlamydia trachomatis* (CT) e 143 milioni di casi di infezioni da *Trichomonas vaginalis* (TV)! I paesi più colpiti nel mondo erano in Africa, Asia e America Latina.

Le statistiche mostrano che le STI curabili sono associate a diversi esiti avversi della gravidanza e del neonato: morbilità materna, nascita prematura, basso peso alla nascita o morte. La prematurità causa diverse complicazioni, che portano alla morbilità e alla mortalità dei bambini. Circa il 50% delle infezioni materne TG e CT non trattate vengono trasmesse al bambino, durante il processo di nascita, causando infezioni agli occhi e alle vie respiratorie inferiori. La gonorrea in gravidanza può essere associata per la madre a bartholinitis postpartum (infezione e infiammazione delle principali ghiandole vestibolari chiamate anche ghiandole di Bartolini),



peri-epatite, artrite, endocardite ed endometrite, e febbre durante il puerperio. Per il bambino c'è un rischio maggiore di prematurità, rottura prematura delle membrane, perdite fetali e crescita intrauterina ritardata. L'infezione oculare da gonococco potrebbe produrre danni alla cornea e cecità se non trattata, e l'infezione infantile da clamidia potrebbe produrre polmonite interstiziale atipica, bronchite e otite media. Circa il 25% delle donne con gonorrea o clamidia diventano sterili.

La causa principale dell'incidenza delle MST nelle donne incinte a livello globale è la mancanza di test prenatali di routine per le infezioni da CT, NG e TV.

La sifilide in gravidanza può portare ad aborto, prematurità, morte neonatale o sviluppo della malattia nel neonato (sifilide congenita precoce e tardiva). La gravità della sifilide congenita è dovuta al fatto che l'infezione transplacentare è massiccia.

Anche se il test per la sifilide prenatale è raccomandato dall'OMS e disponibile nella maggior parte dei paesi, ci sono ancora sfide legate all'applicazione di queste raccomandazioni.

Per l'herpes genitale, ci sono casi in cui l'infezione materna primaria può provocare aborto, microcefalia, crescita intrauterina ritardata, herpes congenito, herpes neonatale e morte fetale. Quando può verificarsi la trasmissione transplacentare (1:3500 gravidanze), gli studi hanno dimostrato che con le nascite naturali, il 50% delle infezioni neonatali si verifica quando c'è una lesione vaginale attiva. La contaminazione fetale si produce più frequentemente attraverso il canale del parto portando all'herpes neonatale, una malattia ad alta morbilità.

### **1.3. La radice del comportamento negativo - come inizia il comportamento in generale Le malattie sessualmente trasmissibili**

In questo capitolo ci si concentrerà sul comportamento degli adolescenti e dei giovani adulti e sulle STI. Anche se oggi in molti paesi c'è un concetto notevolmente uniforme di adolescenza in termini di marcatori biologici, come la coorte di età e la maturazione, il significato dell'essere adolescente deve tener conto delle differenze socioeconomiche e delle divisioni rurali-urbane. L'urbanizzazione ha giocato un ruolo importante nell'emergere dell'adolescenza. Le circostanze in cui vivono i giovani nelle zone rurali possono essere caratterizzate dalla mancanza di accesso a un'istruzione adeguata, a un lavoro formale, a un reddito in denaro o al tempo libero. Al contrario, l'esodo dei giovani verso le aree urbane, sia a causa della povertà che, sempre più spesso, a causa della guerra civile, ha aggiunto ancora nuovi elementi, come il lavoro informale e la vita in strada. Il gran numero di bambini di strada e di adolescenti impiegati informalmente, compresi quelli impiegati come lavoratori del sesso nei centri urbani, non vanno a scuola quasi per definizione. I bambini e i giovani che lavorano in città sono spesso costretti ad accettare condizioni mal pagate o non pagate e pericolose per la loro salute. L'Ufficio Internazionale del Lavoro e l'UNICEF hanno pubblicato descrizioni dello sfruttamento economico, come il lavoro forzato e lo sfruttamento sessuale commerciale, in particolare delle ragazze (GTZ, 1997).

Così, per esempio, nelle città indiane di Nuova Delhi, Mumbai e Calcutta circa 100.000 bambini fanno lavori "informali" come lavare auto, spingere carretti, pulire grondaie, o sopravvivono chiedendo l'elemosina o raccogliendo cibo dalle discariche (MOW, UNDP, UNICEF, WHO e NACO, 1996). In Thailandia, si stima che 800.000 ragazze sotto i 20 anni si guadagnino da vivere





come lavoratrici del sesso (International Clearinghouse on Adolescent Fertility, 1991). In molti paesi dell'Europa dell'Est, si ritiene che decine di migliaia di giovani non frequentino la scuola o non abbiano un impiego formale. Sono invece impegnati nel traffico (e nel consumo) di droga, nella prostituzione o in una serie di attività criminali che sono associate a un maggior rischio di MST e HIV (UNICEF, 1999). In Africa, molti adolescenti sono colpiti da guerre, disordini civili e migrazioni forzate, con ragazzi attirati o costretti a entrare nell'esercito e ragazze soggette a violenze e abusi sessuali (UNICEF, 1996; OMS, 2005).

L'emergere di un distinto stile di vita adolescenziale è stato costantemente associato al graduale crollo della vita familiare tradizionale, alla diminuzione del ruolo dei genitori e dell'unità familiare più ampia, e a un ruolo crescente dei coetanei. La famiglia sta diventando molto meno importante nello sviluppo individuale dei giovani, mentre i coetanei e i media sono diventati più influenti. *"I genitori stanno trovando sempre più difficile adempiere al loro ruolo di fornire consigli e nutrire i giovani nella società.* (Mkandawire, 1994)

Le strade e i rifugi temporanei sono diventati la "casa" di circa 100-200 milioni di bambini e adolescenti in tutto il mondo, molti dei quali tagliati fuori dai loro genitori e dalle loro famiglie allargate (OMS, 2000). Lasciati a contare sulle proprie risorse, questi giovani sviluppano i propri mezzi di sopravvivenza, valori, reti e strutture, spesso come reazione alla minaccia della violenza (GTZ, 1997).

La sessualità adolescenziale oggi è vista con molta ambiguità in gran parte del mondo. Nei paesi sviluppati, la sociologia e la psicologia spesso collocano la sessualità adolescenziale all'interno di un quadro di comportamento deviante, e la discussione pubblica sulla sessualità adolescenziale e l'educazione dei figli descrive di conseguenza l'adolescenza come carica di problemi (McCauley *et al.*, 1995).

Sebbene il raggiungimento dell'età adulta stia diventando più tardivo nella maggior parte del mondo, l'età del primo rapporto sessuale continua ad essere precoce. In alcune parti del mondo, per esempio nei paesi musulmani del Nord Africa e in alcune parti dell'Asia, la maggior parte dell'attività sessuale riportata anche un decennio fa tra i giovani avveniva ancora all'interno del matrimonio (Singh e Wulf, 1990). In generale, comunque, l'età al matrimonio sembra essere aumentata più rapidamente dell'età alla prima esperienza sessuale, aumentando così significativamente il numero di giovani che fanno sesso prima del matrimonio. Solo in quattro dei 27 paesi studiati in tutte le regioni, il divario tra la percentuale di donne sessualmente attive e quelle sposate entro i 18 anni è diminuito (Blanc e Way, 1998).

Tra le ragazze di alcune parti dell'Africa e dell'Asia meridionale, per esempio, la prima esperienza sessuale avviene di solito a 15-16 anni. In Sudafrica, tra un ampio campione di ragazze del KwaZulu Natal, quasi la metà aveva già avuto il primo rapporto sessuale a 16 anni (Manzini, 2001). Allo stesso modo, in uno studio più piccolo a Maputo in Mozambico, l'età media del primo rapporto sessuale per le ragazze sia di livello socioeconomico medio che povero era di 15 anni (Machel, 2001). In alcuni sottogruppi di popolazione, per esempio i giovani nelle aree periurbane dello Zambia (CARE International, 1997) o dello Zimbabwe (UNAIDS, 1999), il primo rapporto sessuale per ragazzi e ragazze può avvenire già all'età di nove anni. Al contrario, in altre parti





dell'Africa (per esempio in Ruanda e Burundi) e in America Latina, in parte a causa dell'influenza della Chiesa Cattolica Romana, l'età media del primo sesso per le ragazze è più alta, a 18-20 anni. Tuttavia, alcuni segmenti della popolazione giovane possono essere sessualmente attivi anche in età più giovane. Per esempio, in un piccolo campione di giovani in Cile, il 32% aveva già fatto sesso all'età di 15 anni (UNAIDS, 1999). Allo stesso modo, in molti paesi asiatici, per esempio in Indonesia, nelle Filippine e in Thailandia, sebbene l'età mediana del primo rapporto sessuale tra le giovani donne fosse intorno ai 20 anni, una minoranza sostanziale iniziava i rapporti sessuali molto prima, compreso un gran numero di adolescenti che lavorano nella prostituzione (McCauley e Salter, 1995). In uno studio tra i giovani non sposati di età compresa tra i 15 e i 22 anni a Shanghai, Cina, il 31% delle ragazze e il 44% dei ragazzi erano sessualmente attivi, con un'età media di debutto sessuale di poco inferiore ai 20 anni per i ragazzi e di poco inferiore ai 19 per le ragazze, con l'età più precoce di 12 anni (Cui N *et al.*, 2001). In alcuni paesi africani, come la Liberia e il Botswana, più del 60% delle ragazze adolescenti non sposate riferiscono di aver avuto rapporti sessuali, mentre nella maggior parte dei paesi dell'America Latina, questa proporzione era molto più piccola, sotto il 10%, e nelle Filippine, era meno dell'1% (McCauley e Salter, 1995). Un'altra serie di indagini sembrava suggerire che queste proporzioni fossero più alte, con tra il 10 e il 20% di ragazze adolescenti non sposate in America Centrale, e proporzioni ancora più alte in Brasile e nei Caraibi (ad esempio il 59% in Giamaica) (Morris, 1995).

Si sa molto poco sulla frequenza dei rapporti sessuali tra gli adolescenti sessualmente attivi, sul numero di partner sessuali che hanno avuto o sulle loro pratiche sessuali, compreso il fatto che abbiano rapporti protetti dall'uso del preservativo. I modelli di attività sessuale sembrano variare in base a:

- religione,
- classe sociale,
- scolarizzazione,
- gruppo etnico,
- situazione familiare
- circostanze individuali.

Ci sono alcune prove che i giovani delle aree urbane sono più attivi sessualmente rispetto a quelli delle aree rurali. Alcuni studi qualitativi e quantitativi sembrano suggerire che le ragazze fuori dalla scuola possono essere sessualmente più attive, avere rapporti sessuali più frequentemente e con un numero maggiore di partner rispetto alle ragazze che vanno a scuola.

## **2. Principali ricerche/studi sulle malattie sessualmente trasmissibili**

### **2.1. Conclusioni sugli aspetti negativi dei comportamenti dei futuri genitori riguardo alle malattie sessualmente trasmissibili e l'impatto sulla salute dei bambini**

I comportamenti sessuali a rischio (CSR), come i rapporti sessuali non sicuri e la molteplicità di partner sono più frequenti tra gli adolescenti e i giovani adulti (tra i 15 e i 24 anni). I fattori associati all'ammissione all'università possono aumentare il verificarsi di CSR, poiché implicano una serie



di cambiamenti sociali nella vita dell'individuo. I comportamenti sessuali a rischio possono provocare delle malattie sessualmente trasmissibili e una gravidanza non pianificata. Le MST sono tra le condizioni acute più diffuse nel mondo, con circa un milione di nuovi casi al giorno 4. Uno studio condotto in Brasile nel 2020 ha mostrato che il paese sta vivendo una recrudescenza delle MST, soprattutto del virus dell'immunodeficienza umana (HIV) e della sifilide, con un aumento significativo tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Le principali conseguenze delle STI sono l'infertilità, la gravidanza ectopica, i nati morti, le malattie infiammatorie pelviche e le implicazioni neurologiche e cardiovascolari negli adulti. D'altra parte, la gravidanza non pianificata è particolarmente problematica nei gruppi di età più giovani, poiché compromette il completamento della vita scolastica e accademica, oltre ad aumentare il rischio di complicazioni nella gravidanza stessa. In Brasile, la valutazione di un campione rappresentativo di studenti delle scuole superiori ha indicato che il 32% degli studenti non ha usato il preservativo nei rapporti sessuali avvenuti nel mese precedente l'indagine.

Tra gli studenti universitari, il non uso del preservativo nell'ultimo rapporto sessuale variava dall'85,7% al 38,6%. La frequenza degli studenti che hanno avuto da uno a tre partner sessuali nei tre mesi precedenti l'indagine era del 95% nelle donne e dell'89% negli uomini. L'uso di sostanze psicoattive tra gli studenti universitari brasiliani prima dell'ultimo rapporto sessuale era di circa il 15% 2. Nella municipalità di Pelotas, un'indagine su adolescenti tra i 15 e i 18 anni ha indicato che il 10,7% ha ingerito bevande alcoliche prima dell'ultimo rapporto e solo il 56% degli adolescenti ha usato il preservativo negli ultimi tre rapporti sessuali. Il non uso del preservativo sia negli studenti delle scuole superiori che in quelli universitari era positivamente associato ai maschi, all'assunzione di alcol e alla molteplicità dei partner 1,14 e inversamente associato all'età dell'individuo e al livello socioeconomico. Gli studi che hanno valutato i comportamenti sessuali a rischio in Brasile erano prevalentemente tra gli adolescenti in età scolare e avevano un approccio descrittivo incentrato sulla valutazione dei risultati relativi al comportamento sessuale, come il livello di conoscenza delle STI. Inoltre, l'impatto delle caratteristiche psicosociali degli studenti universitari, come l'orientamento sessuale e l'identità di genere, la variabilità tra le aree di conoscenza e il ruolo della tecnologia sui comportamenti sessuali è stato poco affrontato. Lo studio ha identificato le principali caratteristiche del comportamento sessuale delle matricole secondo il genere e ha verificato la prevalenza di comportamenti sessuali a rischio, così come i principali fattori sociodemografici e comportamentali associati, in un censimento di studenti matricole dell'Universidade Federal de Pelotas (UFPel), nel Brasile meridionale (Gräf DD *et al.*, 2020).

Gli studi degli Stati Uniti hanno mostrato che il 48% degli studenti universitari ha usato il preservativo nell'ultimo rapporto sessuale, e la prevalenza di comportamenti sessuali a rischio era del 14%, considerando coloro che hanno riferito di non aver usato il preservativo nell'ultimo rapporto e di aver avuto più di un partner negli ultimi 12 mesi prima del sondaggio. Uno studio condotto in 31 istituti di istruzione superiore degli Stati Uniti ha indicato che il 44% degli studenti ha avuto più di un partner nei tre mesi precedenti l'indagine, e il 16% ha usato sostanze psicoattive (alcol o droghe illecite) prima dell'ultimo rapporto sessuale.



## 2.2. Conclusioni sui comportamenti positivi riguardanti le malattie sessualmente trasmissibili e l'impatto sulla salute dei bambini

### 3. Raccomandazioni (OMS) Esempi di interventi basati sull'evidenza

I giovani accedono alle informazioni sulla salute sessuale da una varietà di fonti, compresi gli operatori sanitari, i genitori, le scuole, le organizzazioni della comunità e i media digitali. I genitori hanno un'influenza sostanziale sui valori e sulle convinzioni sessuali degli adolescenti e dei giovani adulti. La ricerca mostra che una comunicazione di qualità tra genitori e giovani sulla salute sessuale può portare a pratiche sessuali più sicure tra i giovani (Widman L *et al.*, 2016). Tuttavia, quasi un quarto dei giovani riferisce di non discutere di argomenti sessuali con un genitore (Widman L *et al.*, 2016). Nel contesto della fornitura di servizi confidenziali, i clinici possono facilitare la comunicazione genitori-giovani sulla salute sessuale. Per esempio, i clinici possono aiutare i loro pazienti adolescenti e giovani adulti a vedere i potenziali vantaggi di comunicare con i loro genitori e offrire di iniziare le discussioni genitori-giovani in modi che supportano il giovane. I clinici possono anche fornire ai genitori una guida anticipata generale sulla comunicazione genitori-giovani e sui temi della salute sessuale dei giovani senza rivelare specificamente informazioni riservate dai loro pazienti adolescenti e giovani adulti (Ford CA *et al.*, 2011).

I risultati di più di 3 decenni di valutazione dei programmi di educazione sessuale in una varietà di ambienti scolastici e comunitari sono notevolmente solidi. Diversi studi indicano che la partecipazione a un'educazione sessuale completa è collegata a una diminuzione dei comportamenti a rischio di MST, tra cui ritardi nel primo rapporto sessuale, riduzioni del numero di partner sessuali e diminuzione dei rapporti sessuali non protetti. (Chin *et al.*, 2012)

I programmi di educazione sessuale completa enfatizzano l'astinenza come il comportamento più sicuro e promuovono anche l'uso di preservativi e altre forme di contraccezione per i giovani che fanno sesso. Prove considerevoli dimostrano anche che l'educazione sessuale basata sulla sola astinenza non è associata alla prevenzione dei comportamenti a rischio di malattie sessualmente trasmissibili. Le indagini sulla pratica dell'educazione sanitaria negli Stati Uniti documentano recenti cali nella ricezione da parte degli adolescenti di un'educazione sessuale formale (Lindberg *et al.*, 2016).

La tecnologia digitale, compresi Internet e i social media, rappresenta un nuovo importante luogo per l'educazione alla sessualità. Il possesso di uno smartphone è diventato quasi universale per i giovani, con il 95% degli adolescenti negli Stati Uniti che dichiarano di avere accesso a uno smartphone. L'anonimato offerto dalla tecnologia digitale nella ricerca di argomenti sensibili la rende una probabile fonte di informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva. Anche se le risorse sessuali e riproduttive online sono spesso imprecise, siti come [Bedsider.org](http://Bedsider.org), [StayTeen.org](http://StayTeen.org) e [Scarleteen.com](http://Scarleteen.com) forniscono informazioni complete e accurate dal punto di vista medico sulla salute sessuale, adattate al pubblico di adolescenti e giovani adulti.

In definitiva, per invertire i recenti aumenti delle malattie sessualmente trasmissibili e migliorare i risultati della salute sessuale e riproduttiva per gli adolescenti e i giovani adulti negli Stati Uniti, sono necessari approcci estesi, integrati e multilivello. Tali approcci devono andare oltre le cliniche



e le aule scolastiche; capitalizzare su tecnologie all'avanguardia e adatte ai giovani; e cambiare i contesti sociali in modi che incoraggino i giovani a prendere decisioni sessuali sane.

Ci sono sempre più prove che la riduzione dell'incidenza dell'HIV in alcuni Paesi può essere collegata a cambiamenti comportamentali che sono il risultato di programmi di intervento comportamentale (UNAIDS 2001b; Darbes 2009). Ci sono molte teorie e modelli su come avviene il cambiamento comportamentale. I modelli e le teorie più comuni su cui sono costruiti gli interventi comportamentali includono il modello Information-Motivation-Behavioral skills (IMB) (Fisher 2009), la Social Cognitive Theory (Bandura 2001) e la Theory of Reasoned action (Ajzen 2007). Anche se i dettagli delle teorie sono diversi, hanno idee simili. Esse mirano a cambiare i fattori ritenuti predittori del comportamento, come le convinzioni sulla salute (il rischio di contrarre l'HIV è trascurabile), le cognizioni (l'HIV non è un rischio importante per me), gli atteggiamenti (non c'è niente di male ad avere più partner), le norme sociali (niente sesso prima del matrimonio) o le abilità (negoziare per il sesso sicuro). Questo implica la trasmissione di informazioni ai gruppi target attraverso l'istruzione, la formazione e la consulenza che potrebbe essere fatta a livello individuale o di gruppo. Allo stesso modo, gli interventi comportamentali per prevenire l'HIV mirano a cambiare questi fattori per ridurre i comportamenti sessuali a rischio. Inoltre, sulla base della teoria economica, gli incentivi come gli stimoli monetari o non monetari possono essere utilizzati per influenzare il comportamento, come i preservativi gratuiti. Nel 2011, è stata eseguita una revisione riguardante i comportamenti sessuali a rischio come il sesso non protetto con un partner il cui stato è sconosciuto, le relazioni sessuali multiple, il bere alcolici prima di fare sesso e il sesso a pagamento (ILO 2002). Questa revisione si è concentrata sugli interventi comportamentali per ridurre i comportamenti sessuali a rischio dei lavoratori per ridurre la trasmissione eterosessuale dell'infezione da HIV. Una delle conclusioni era che c'erano prove di bassa qualità che gli interventi educativi, quando basati sul modello IMB, riducevano le malattie sessualmente trasmissibili, il sesso non protetto e il sesso con i lavoratori del sesso a pagamento, ma non c'era una diminuzione significativa nel sesso con più partner sessuali né nell'uso di alcol prima del sesso (Ojo\_O., *et al.*, 2011).

In un'altra revisione effettuata da Morenoi *et al.*, nel 2014, gli autori hanno valutato nove studi, coinvolgendo 75.891 partecipanti con una durata che andava da uno a nove anni. Sette di questi studi sono stati condotti nell'Africa subsahariana, uno in Perù e uno in una località multietnica. La promozione del preservativo è stata implementata in tutti gli studi. I risultati non hanno fornito prove chiare che la promozione del preservativo in questi contesti specifici abbia portato a una diminuzione della trasmissione dell'HIV e di altre MST. Tuttavia, le conoscenze sull'HIV e sulle altre MST sono aumentate, così come l'uso del preservativo. Una probabile ragione per i risultati negativi in questa revisione è che i comportamenti sessuali sono difficili da cambiare. Lo studio non ha trovato alcuna differenza nel numero di partner sessuali dove l'intervento è stato implementato. Inoltre, se non c'è un uso coerente del preservativo, il rischio di trasmissione dell'HIV e di altre MST rimane. La qualità delle prove è stata considerata moderata. Questi risultati devono essere interpretati con cautela poiché la maggior parte degli studi della revisione sono stati



condotti nell'Africa sub-sahariana, una regione molto diversificata, le cui caratteristiche sociali e culturali sono diverse da quelle di altre nazioni in via di sviluppo.

Mason-Jones *et al.* (2016) hanno valutato gli effetti dei programmi scolastici di salute sessuale e riproduttiva sulle infezioni sessualmente trasmesse (come l'HIV, l'herpes simplex e la sifilide) e la gravidanza tra gli adolescenti. Sono stati inclusi otto cluster-RCT che hanno arruolato 55.157 partecipanti. Cinque studi sono stati condotti nell'Africa sub-sahariana (Malawi, Sud Africa, Tanzania, Zimbabwe e Kenya), uno in America Latina (Cile) e due in Europa (Inghilterra e Scozia). Gli autori hanno concluso che attualmente ci sono poche prove che i programmi educativi da soli siano efficaci nel ridurre le MST o la gravidanza delle adolescenti. Gli interventi basati sugli incentivi che si concentrano sul mantenimento dei giovani, specialmente delle ragazze, nella scuola secondaria possono ridurre la gravidanza adolescenziale, ma sono necessari ulteriori studi di alta qualità per confermarlo.

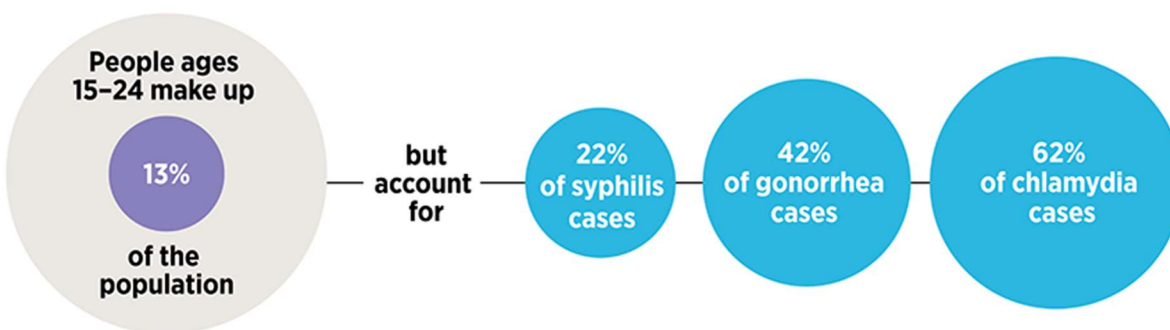
#### 4. Come il comportamento può cambiare - il ruolo dei professionisti

L'adolescenza è un concetto storicamente piuttosto nuovo, che comprende un lungo periodo di transizione dall'infanzia all'età adulta, associato a una consapevolezza emergente della sessualità e a una spinta specifica dell'età a sperimentare il sesso. (OMS, 2005).

L'adolescenza è comunemente associata ai cambiamenti fisiologici che avvengono con la progressione dalla comparsa delle caratteristiche sessuali secondarie (pubertà) alla maturità sessuale e riproduttiva (OMS, 1995).

Gli adolescenti sono vulnerabili alle MST; i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) degli Stati Uniti hanno mostrato che nel 2018, le persone tra i 15 e i 24 anni hanno rappresentato una parte sostanziale di tutte le persone con clamidia (62%), gonorrea (43%) e sifilide (22%).

#### 2 Young people are disproportionately burdened by STIs



Sources: Centers for Disease Control and Prevention and U.S. Census Bureau.

[www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)

Le principali direzioni che i professionisti possono prendere per prevenire le MST e ridurre l'incidenza delle infezioni tra i giovani sono:



- Fornire informazioni sulla salute sessuale da un lato con programmi che offrono informazioni accurate sulla prevenzione, la trasmissione, i principali sintomi e il trattamento delle MST, e dall'altro promuovendo un comportamento sano e una relazione sana, concentrandosi sull'autonomia sessuale degli adolescenti, sulla comprensione del consenso e sulla capacità di difendere l'uso del preservativo;
- Adattare i programmi di educazione sessuale in modo che siano appropriati all'età, rispettosi dei diversi contesti e specificità culturali e che rispondano ai reali bisogni educativi dei giovani. Concentrarsi solo sui programmi di astinenza non offre una soluzione agli adolescenti che diventeranno sessualmente attivi indipendentemente da questi programmi;
- Garantire la consulenza nelle scuole o in servizi speciali per gli adolescenti per aiutarli a fare la scelta più sana e sicura riguardo ai loro comportamenti sessuali;
- Rendere disponibili e accessibili test e trattamenti per le MST, adattati all'orario scolastico o lavorativo dei giovani, compresi i giovani emarginati che hanno abbandonato la scuola, nel rispetto della riservatezza e senza discriminazione;
- Offrire cure preventive prevenendo le MST e la loro diffusione. Gli operatori sanitari delle scuole, collaborando con il personale educativo, dovrebbero promuovere l'uso del preservativo e il trattamento del partner

Per capire come cambiare il comportamento degli adolescenti in relazione alle MST, bisogna capire cosa è importante dal punto di vista del comportamento umano, cioè cos'è il condizionamento classico e il condizionamento operante.

Il **condizionamento classico** fu spiegato per la prima volta da Ivan Pavlov che studiò la salivazione nei cani come parte del suo progetto di ricerca sulla digestione.

Il condizionamento classico è efficace quando uno stimolo condizionato precede lo stimolo incondizionato. Negli studi di Pavlov, per esempio, un campanello o un cicalino era un segnale che la carne stava arrivando e la salivazione del cane era la preparazione per digerire il cibo. A partire dagli esperimenti di Pavlov, fu John B. Watson a credere che l'intera gamma di emozioni e comportamenti umani potesse essere spiegata dai principi del condizionamento. Sembra che, secondo Watson, il condizionamento classico influenzi le nostre preferenze, emozioni, comportamento e giochi un ruolo importante nelle nostre risposte emotive a oggetti, simboli, eventi e luoghi. Il condizionamento classico può spiegare le emozioni positive e negative. Abbiamo imparato le emozioni positive o negative perché, in passato, alcuni oggetti, eventi, situazioni sono stati associati a sentimenti positivi o negativi (Tavris C *et al.*, 2001).

La **teoria del condizionamento operante** spiega che il comportamento diventa più o meno probabile, a seconda delle sue conseguenze. Nel condizionamento operante, la risposta dell'organismo opera o produce gli effetti sull'ambiente che, a loro volta, influenzano il fatto che la risposta si ripeta.

La modificazione del comportamento rappresenta l'uso di tecniche operanti per aiutare le persone a cambiare abitudini indesiderate, pericolose o autodistruttive nel mondo reale.





Alcuni dei successi attribuiti alla modifica del comportamento includono:

- Insegnare ai genitori ad addestrare i loro figli alla toilette
- Insegnare agli insegnanti ad essere "agenti di cambiamento comportamentale".
- Addestramento di adulti con disturbi e deficit dello sviluppo cognitivo a comunicare, vestirsi, mescolarsi socialmente con gli altri e guadagnarsi da vivere
- Insegnare ai pazienti con danni cerebrali a controllare i comportamenti inappropriati, a focalizzare l'attenzione e a migliorare le loro capacità linguistiche
- Aiutare le persone ad eliminare le abitudini indesiderate, come fumare e mangiarsi le unghie, o ad acquisire quelle desiderate, come esercitarsi al pianoforte o studiare.

Un professionista con una formazione comportamentale dovrebbe iniziare studiando sistematicamente il comportamento dell'adolescente e i rinforzi che sembrano mantenerlo, come l'attenzione o la stimolazione sensoriale. È anche importante considerare le tecniche di rinforzo e punizione che possono essere positive e negative, per esempio nel rinforzo positivo qualcosa di piacevole segue una risposta; nel rinforzo negativo, qualcosa di spiacevole viene rimosso. Nella punizione positiva, qualcosa di spiacevole segue la risposta; nella punizione negativa, qualcosa di piacevole viene rimosso (Tavris *C et al.*, 2001).

Il **rinforzo nel Condizionamento Operante** è qualsiasi evento che rafforza o aumenta il comportamento che segue. Ci sono due tipi di rinforzi. In entrambi i casi di rinforzo, il comportamento aumenta.

1. I **rinforzi positivi** sono eventi o risultati favorevoli che vengono presentati dopo il comportamento. In situazioni di rinforzo positivo, una risposta o un comportamento è rafforzato dall'aggiunta di una lode o di una ricompensa diretta. Se fai un buon lavoro a scuola e il tuo insegnante ti dà una nota più alta, quella nota è un rinforzo positivo.
2. I **rinforzi negativi** comportano la rimozione di un evento o di un risultato sfavorevole dopo la manifestazione di un comportamento. In queste situazioni, una risposta è rafforzata dalla rimozione di qualcosa considerato sgradevole. Per esempio, se vostro figlio inizia a urlare nel bel mezzo di un ristorante, ma si ferma una volta che gli date un regalo, la vostra azione ha portato alla rimozione della condizione spiacevole, rinforzando negativamente il vostro comportamento (non quello di vostro figlio).

Nel **condizionamento operante**, gli orari di rinforzo sono una componente importante del processo di apprendimento. Quando e quanto spesso rinforziamo un comportamento può avere un impatto drammatico sulla forza e sul tasso della risposta.

Un **programma di rinforzo** è fondamentalmente una regola che stabilisce quali casi di comportamento saranno rinforzati. In alcuni casi, un comportamento potrebbe essere rinforzato ogni volta che si verifica. A volte, un comportamento potrebbe non essere rinforzato affatto.

Sia il rinforzo positivo che il rinforzo negativo possono essere usati come parte del condizionamento operante. In entrambi i casi, l'obiettivo del rinforzo è quello di rafforzare un comportamento in modo che probabilmente si ripeterà.



I programmi di rinforzo hanno luogo sia in situazioni di apprendimento naturale che in situazioni di addestramento più strutturate. Nelle situazioni del mondo reale, i comportamenti probabilmente non saranno rinforzati ogni volta che si verificano. In situazioni in cui si cerca intenzionalmente di rinforzare un'azione specifica (come a scuola, nello sport o nell'addestramento degli animali), si segue un programma di rinforzo specifico.

Alcuni orari sono più adatti a certi tipi di situazioni di addestramento. In alcuni casi, l'addestramento potrebbe richiedere un programma e poi passare a un altro una volta che il comportamento desiderato è stato insegnato.

Le due forme fondamentali di programmi di rinforzo sono indicate come rinforzo continuo e rinforzo parziale.

**Rinforzo continuo.** Nel rinforzo continuo, il comportamento desiderato viene rinforzato ogni volta che si verifica. 1 Questo programma è meglio usato durante le fasi iniziali dell'apprendimento per creare una forte associazione tra il comportamento e la risposta.

Immaginate, per esempio, che state cercando di insegnare a un cane a stringervi la mano. Durante le fasi iniziali dell'apprendimento, ci si attiene ad un programma di rinforzo continuo per insegnare e stabilire il comportamento. Questo potrebbe comportare afferrare la zampa del cane, scuoterla, dire "scuoti" e poi offrire una ricompensa ogni volta che si eseguono questi passi. Alla fine, il cane inizierà ad eseguire l'azione da solo.

I programmi di rinforzo continuo sono più efficaci quando si cerca di insegnare un nuovo comportamento. Denota un modello in cui ogni risposta strettamente definita è seguita da una conseguenza strettamente definita.

**Rinforzo parziale.** Una volta che la risposta è saldamente stabilita, un programma di rinforzo continuo viene solitamente cambiato in un programma di rinforzo parziale. 1 Nel rinforzo parziale (o intermittente), la risposta viene rinforzata solo una parte del tempo. I comportamenti appresi vengono acquisiti più lentamente con il rinforzo parziale, ma la risposta è più resistente all'estinzione. (<https://www.verywellmind.com/what-is-a-schedule-of-reinforcement>)

La punizione, se usata correttamente, può essere efficace per scoraggiare il comportamento indesiderato, ma è spesso usata male e ha conseguenze non volute e può produrre paura e rabbia. L'estinzione del comportamento indesiderato, combinata con il rinforzo del comportamento desiderato, è generalmente preferibile all'uso della punizione (Tavris C *et al.*, 2001).

### **La punizione nel condizionamento operativo**

La punizione è la presentazione di un evento o risultato avverso che provoca una diminuzione del comportamento che segue. Ci sono due tipi di punizione. In entrambi i casi, il comportamento diminuisce.



1. La punizione **positiva**, a volte indicata come punizione per applicazione, presenta un evento o un risultato sfavorevole al fine di indebolire la risposta che segue. La sculacciata per un cattivo comportamento è un esempio di punizione per applicazione.
2. La punizione **negativa**, conosciuta anche come punizione per rimozione, si verifica quando un evento o un risultato favorevole viene rimosso dopo che si verifica un comportamento. Togliere il videogioco a un bambino dopo un comportamento scorretto è un esempio di punizione negativa.

In conclusione, il condizionamento operante si basa su una premessa abbastanza semplice: le azioni che sono seguite da un rinforzo saranno rafforzate e avranno più probabilità di ripetersi in futuro. Se raccontate una storia divertente in classe e tutti ridono, probabilmente avrete più probabilità di raccontarla di nuovo in futuro.

Se alzi la mano per fare una domanda e il tuo insegnante loda il tuo comportamento educato, sarai più propenso ad alzare la mano la prossima volta che avrai una domanda o un commento. Poiché il comportamento è stato seguito da un rinforzo, o da un risultato desiderabile, l'azione precedente viene rafforzata.

3. Al contrario, le azioni che comportano una punizione o conseguenze indesiderate saranno indebolite e meno probabili da ripetere in futuro. Se raccontate di nuovo la stessa storia in un'altra classe, ma questa volta nessuno ride, sarà meno probabile che ripetiate di nuovo la storia in futuro. Se urla una risposta in classe e il tuo insegnante ti rimprovera, allora sarà meno probabile che tu interrompa di nuovo la lezione.  
(<https://www.verywellmind.com/operant-conditioning>)

Nel 2011 è stata eseguita una revisione sistematica per determinare la consapevolezza e la conoscenza degli adolescenti maschi e femmine in età scolare in Europa sulle MST e, se possibile, come percepiscono il proprio rischio di contrarre una MST. Un totale di 15 studi sono stati inclusi nella revisione. Tutti erano indagini trasversali condotte tra adolescenti di età compresa tra i 13 e i 20 anni che frequentano la scuola. In generale, la consapevolezza e la conoscenza variavano tra gli adolescenti a seconda del sesso. Sei malattie sessualmente trasmissibili sono state oggetto degli studi inclusi nella revisione, con la consapevolezza e le conoscenze valutate in profondità principalmente per l'HIV/AIDS e l'HPV, e in una certa misura per la clamidia. Per la sifilide, la gonorrea e l'herpes è stata valutata solo la consapevolezza. La consapevolezza era generalmente alta per l'HIV/AIDS (oltre il 90%) e bassa per l'HPV (range 5,4%-66%). Nonostante la consapevolezza che l'uso del preservativo aiuti a proteggere dal contrarre una malattia sessualmente trasmissibile, alcuni adolescenti considerano ancora il preservativo principalmente come un metodo contraccettivo provvisorio prima di usare la pillola. In generale, gli studi hanno riportato bassi livelli di consapevolezza e conoscenza delle malattie sessualmente trasmissibili, ad eccezione dell'HIV/AIDS. Anche se, come dimostrato da alcuni risultati sull'uso del preservativo, la conoscenza non sempre si traduce in un cambiamento di comportamento, l'educazione sessuale degli adolescenti è importante per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, e l'ambiente scolastico gioca un ruolo importante. Oltre all'HIV/AIDS, si dovrebbe prestare attenzione a infezioni come la clamidia, la gonorrea e la sifilide. (Samkange-Zeeb *et al.*, 2011)



#### **4. Educazione per i futuri genitori/popolazione per uno stile di vita sano riguardo alle malattie sessualmente trasmissibili e in generale - il ruolo dei programmi educativi, il ruolo della comunità, le scuole. Come può essere diffusa l'informazione**

Gli adolescenti imparano a conoscere il sesso, la riproduzione, la contraccezione e le MST da una serie di fonti: genitori, fratelli e sorelle, coetanei, radio, televisione, stampa, pettegolezzi e osservazione degli altri. In molte culture e ambienti, i genitori e altri parenti adulti, per esempio gli zii, non parlano di questi argomenti ai loro figli, e molti non si sentono informati o a proprio agio nel dare consigli (Görge 1994). Hughes e McCauley (1998) sottolineano le indagini che mostrano che sia i genitori che i giovani spesso preferiscono che i genitori siano la principale fonte di informazioni per gli adolescenti sulla sessualità e la salute riproduttiva (Castillo, 1993; Hawkins e Ojaka, 1992; Kumah *et al.*, 1992). Questi studi hanno dimostrato che i genitori si sentono troppo imbarazzati, confusi o male informati su questi argomenti per essere una fonte efficace di informazione e sostegno (Kumah *et al.*, 1992, UNFPA, 1993).

I coetanei e, in alcuni casi, i mass media sembrano essere diventati le principali fonti di informazione sulle MST per la maggior parte degli adolescenti, per esempio in Burkina Faso (Population Council, 1998). Allo stesso modo, in Zimbabwe e Tanzania, i giovani hanno ricevuto la maggior parte delle informazioni sulle MST dai coetanei e/o dai media (CRHCS, senza data a,b). In Tanzania, i giovani avrebbero comunque preferito ricevere più informazioni dai genitori che dai media (CRHCS, senza data b).

Insegnanti, altro personale scolastico e operatori sanitari hanno il potenziale per diventare una fonte importante di informazioni sulle MST. A Nairobi, in Kenya, i media sono stati la principale fonte di informazioni sulle MST come la gonorrea e la sifilide, seguiti da insegnanti, amici e parenti (Lema e Hassan, 1994). In Colombia, gli insegnanti di scuola erano la fonte più comune di informazioni sulle MST, e le ragazze citavano spesso anche le loro madri; i servizi sanitari erano descritti come una fonte importante di informazioni solo dal 5% dei giovani (Profamilia, 1996). In Sudafrica, gli amici sono stati considerati una valida fonte di informazione, ma quasi tre quarti dei giovani hanno indicato che preferivano parlare di sessualità con un adulto. Le cliniche sarebbero state la loro fonte preferita di informazioni, servizi e prodotti per la salute riproduttiva, ma purtroppo la maggior parte delle cliniche non aveva un ambiente in cui i giovani si sentissero a proprio agio nel cercare i consigli e i servizi di cui avevano bisogno e che desideravano (Transgrud, 1998).

Gli adolescenti spesso provano sentimenti di colpa e vergogna quando si rendono conto di aver contratto una MST, e molti potrebbero non aver acquisito le competenze necessarie per dire a qualcuno che hanno un problema di salute sessuale (Brabin, 1998).

Per le ragazze adolescenti contrarre una MST è talvolta associato alla prostituzione (CRHCS, senza data b). Di conseguenza, anche se hanno perdite insolite o una piaga, possono non confidare a nessuno che c'è un problema. Quando le adolescenti si presentano in una clinica, le loro descrizioni sono spesso vaghe, specialmente se si tratta di sesso indesiderato o abuso sessuale.

**Fattori che impediscono agli adolescenti con MST di ricevere un trattamento efficace**  
(adattato da Brabin 1998)**Natura delle MST e dei metodi diagnostici**

- Infezione spesso asintomatica
- Mancanza di test di screening accessibili
- Valutazioni del rischio imprecise

**Conoscenze, atteggiamenti e abilità degli adolescenti riguardo alle MST e alla ricerca di cure**

- Mancanza di conoscenza dei sintomi
- Trattamento delle MST a bassa priorità
- Non sa dove andare per il trattamento
- Non hanno le competenze necessarie per esprimere un problema di salute sessuale
- Paura degli esami
- Paura che i genitori e altri adulti lo scoprano

**Accesso ai servizi**

- Lunghe distanze dalle cliniche o mancanza di (soldi per) il trasporto
- Orari di apertura scomodi per gli adolescenti (es. clinica chiusa dopo la scuola)
- Restrizioni legali/politiche (es. consenso dei genitori; necessità di portare il partner)
- Professionisti poco amichevoli/giudicanti
- Costo elevato del trattamento

**Scarsa gestione del caso**

- Carenza di farmaci
- Farmaci inefficaci o dosi subottimali utilizzate
- Mancata educazione, promozione e offerta di preservativi da parte di fornitori informali e mancata notifica ai partner

Le raccomandazioni sulle migliori pratiche per la prevenzione delle MST con adolescenti e giovani adulti includono:

- l'uso corretto e coerente del preservativo;
- terapia di coppia accelerata per la gonorrea e la clamidia;
- profilassi pre-esposizione per la prevenzione dell'HIV;
- Approcci di prevenzione basati sull'evidenza in contesti comunitari
- Brevi interventi di consulenza con piani di riduzione del rischio personalizzati.

Peterman TA ha menzionato nel suo editoriale pubblicato nel 2016 che gli interventi sulle MST includono sia approcci tradizionali che interventi più ampi. Gli approcci tradizionali includono: la notifica del partner e i programmi di screening in ambienti clinici, scuole e ambienti esterni, mentre



gli interventi più ampi includono il marketing sociale, la consulenza comportamentale, il collegamento e il rinvio alle cure e gli interventi politici.

I programmi di screening funzionano incredibilmente bene se sono fatti automaticamente, come lo screening di routine della sifilide degli MSM infetti da HIV quando si fanno prelevare il sangue per la conta dei CD4 o la carica virale. Convincere i professionisti ad implementare tali cambiamenti sistematici sarebbe probabilmente un intervento a basso costo e altamente efficace per la prevenzione della sifilide. Altri approcci allo screening della sifilide, come alcuni test, sono molto più costosi e meno produttivi.

La notifica del partner rimane un metodo efficace per trovare casi importanti, ma il costo è alto, e spesso non è il metodo più efficiente per trovare persone infette. Una sfida per i servizi per i partner è come assicurare che i partner di persone con gonorrea o clamidia siano trattati ad un costo ragionevole. È stato dimostrato che dare ai pazienti dei farmaci da portare ai loro partner aiuta a ridurre i tassi di reinfezione. Approcci più recenti, come l'invio di messaggi di testo, hanno un grande potenziale, ma non sono stati valutati appieno.

I cambiamenti delle politiche possono avere un impatto duraturo, ma cambiare una politica non cambia immediatamente la pratica. Le leggi che permettono ai pazienti di portare le medicine ai loro partner sono un passo importante nel trattamento dei partner, ma il calo a diversi livelli della cascata del trattamento dimostra che è necessario più lavoro a vari livelli.

Una breve consulenza comportamentale spesso funziona, soprattutto per i giovani uomini e donne eterosessuali moderatamente a rischio. È stato dimostrato che è efficace sia all'interno che all'esterno delle cliniche MST, ma richiede di andare oltre l'istruzione didattica.

Fornire assistenza alle persone con MST si estende oltre il trattamento delle 35 infezioni sessualmente trasmissibili e comprende l'affrontare altre condizioni che sono comunemente viste tra le persone con MST, tenendo conto che il rinvio passivo dei pazienti con MST ai servizi medici o sociali è improbabile che sia efficace. (Peterman T.A., 2016).





## 6. Bibliografia

1. Chin HB, Sipe TA, Elder R, The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the guide to community preventive services. *Am J Prev Med* 2012;42(3):272-94.
2. Dehne, K. L. Infezioni sessualmente trasmesse tra gli adolescenti: la necessità di servizi sanitari adeguati / Karl L. Dehne, Gabriele Riedner; a cura di Marge Berer. ISBN 92 4 156288 9 (classificazione NLM: WA 330), OMS 2005.
3. Ford CA, Davenport AF, Meier A, Partnership tra genitori e operatori sanitari per migliorare la salute degli adolescenti. *J Adolesc Health* 2011;49(1): 53-7.
4. Gräf DD, Mesenburg MA, Fassa AG. Comportamento sessuale a rischio e fattori associati in studenti universitari in una città del Brasile meridionale. *Rev Saude Publica*. 2020 Apr 17;54:41. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001709. PMID: 32321057; PMCID: PMC7135094.
5. Kamb ML, Fishbein M, Douglas, Jr JM, et al. Efficacia della consulenza sulla riduzione del rischio per prevenire il virus dell'immunodeficienza umana e le malattie sessualmente trasmissibili: Uno studio controllato randomizzato. *JAMA*. 1998;280(13):1161-1167. doi:10.1001/jama.280.13.1161.
6. Lindberg LD, Maddow-Zimet I, Boonstra H. Changes in adolescents' receipt of sex education, 2006-2013. *J Adolesc Health* 2016;58(6):621-7.
7. Mason-Jones\_AJ, Sinclair\_D, Mathews\_C, Kagee\_A, Hillman\_A, Lombard\_C. Interventi basati sulla scuola per prevenire l'HIV, le infezioni sessualmente trasmesse e la gravidanza negli adolescenti. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.:CD006417. DOI: 10.1002/14651858.CD006417.pub3.
8. Moreno\_R, Nababan\_HY, Ota\_E, Wariki\_WMV, Ezoe\_S, Gilmour\_S, Shibuya\_K. Interventi strutturali e a livello di comunità per aumentare l'uso del preservativo per prevenire la trasmissione dell'HIV e di altre infezioni a trasmissione sessuale. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 7. Art. No.: CD003363. DOI: 10.1002/14651858.CD003363.pub3.
9. Ojo\_O, Verbeek\_JH, Rasanen\_K, Heikkinen\_J, Isotalo\_LK, Mngoma\_N, Ruotsalainen\_E. Interventi per ridurre i comportamenti sessuali a rischio per prevenire l'infezione da HIV nei lavoratori in contesti professionali. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD005274. DOI: 10.1002/14651858.CD005274.pub3.
10. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventi per prevenire gravidanze indesiderate tra gli adolescenti. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD005215. DOI:10.1002/14651858.CD005215.pub3.
11. Peterman T.A., Interventi efficaci per ridurre le malattie sessualmente trasmissibili: Introduzione al numero speciale Sexually Transmitted Diseases, Volume 43, Supplemento 1, Febbraio 2016.
12. Samkange-Zeeb FN, Spallek L, Zeeb H. Consapevolezza e conoscenza delle malattie sessualmente trasmissibili (STD) tra gli adolescenti in età scolare in Europa: una revisione



- sistematica della letteratura pubblicata. BMC Public Health. 2011 Sep 25;11:727. doi: 10.1186/1471-2458-11-727. PMID: 21943100; PMCID: PMC3189891.
13. Travis C, Wade C. Psicologia in prospettiva. Terza edizione. Prentice-Hall. 2001
  14. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: a meta-analysis. JAMA Pediatr 2016; 170(1):52-61.
  15. Wynn, Adriane PhD, MPP; Bristow, Claire C. PhD, MPH, MSc; Cristillo, Anthony D. PhD, et al, Sexually Transmitted Infections in Pregnancy and Reproductive Health: Proceedings of the STAR Sexually Transmitted Infection Clinical Trial Group Programmatic Meeting Sexually Transmitted Diseases: Gennaio 2020 - Volume 47 - Numero 1 - p 5-11
  16. Panchaud C, Singh S, Feivelson D e Darroch J. E.Family Sexually Transmitted Diseases Among Adolescents in Developed Countries. Family Planning Perspectives, Volume 32, Numero 1, Gennaio/Febbraio 2000.