SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena



HIV & AGEING
la tua voce conta

QUESTIONARIO ANONIMO NAZIONALE

ANALISI DEI QUESTIONARI

Sommario

Caratteristiche del campione 4

Età 4

Genere 4

Orientamento sessuale 5

Stato civile 6

Nazionalità 7

Regione di residenza 7

Titolo di studio 8

Condizione professionale e/o fonte di reddito 9

Religione 11

HIV e terapie 13

Diagnosi 13

Terapia antiretrovirale 13

Carica virale e conoscenza di U=U 14

Vissuti legati alla terapia antiretrovirale 14

Polifarmacoterapia e gestione complessiva della cura 16

Farmaci aggiuntivi a quelli per l'HIV 16

Statine 16

Ricordare i farmaci 17

Visite specialistiche 18

Figure sanitarie di riferimento per l'invecchiamento 18

Soddisfazione per i servizi e le figure di riferimento 19

Età e ritiro farmaci 21

Cambiamento del centro di cura per l'HIV e motivazioni 21

Percezione di disabilità e certificazioni formali 24

Sessualità e relazioni 26

Livello di soddisfazione 26

Evitamento dei rapporti sessuali e delle relazioni affettive 28

Vivere l'invecchiamento 32

Parole associate a "invecchiare con HIV" 32

Percepire l'invecchiamento 33

Atteggiamento verso l'invecchiamento 35

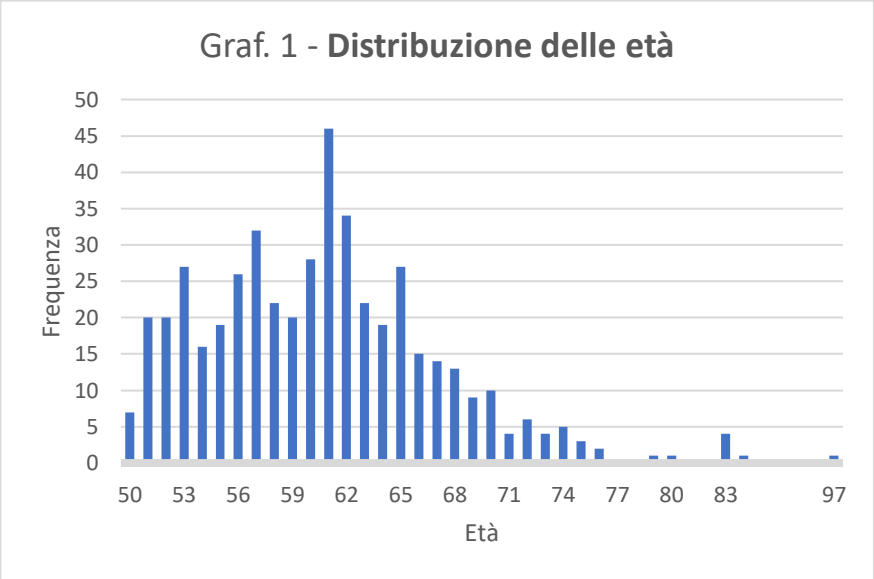
Salute fisica e psicologica 35

Solitudine 36
Caregiver 37
Presenza e tipologia di caregiver 37
Bisogno di assistenza tra le persone senza caregiver 38
Motivi del ricorso al caregiver 39
Rapporto con le associazioni 41
Attività di volontariato e/o attivismo 41
Esperienza come utente 41
Aspettative 42
Bisogni e servizi 45
Condizione abitativa 49
Canali di diffusione del questionario 51

Caratteristiche del campione

Età

Le persone che hanno partecipato al questionario sono state 502, di cui 24 under 50. Abbiamo dunque condotto l'analisi sui **478** questionari compilati da persone over 50: 385 con un'età compresa tra i 50 e i 65 anni (80,5%) e 93 over 65 (19,5%). L'età media è di 60,7 anni.



Range: 50–97 anni
Ampiezza: 47 anni
Media: 60,7 anni
Mediana: 61 anni
Moda: 61 anni

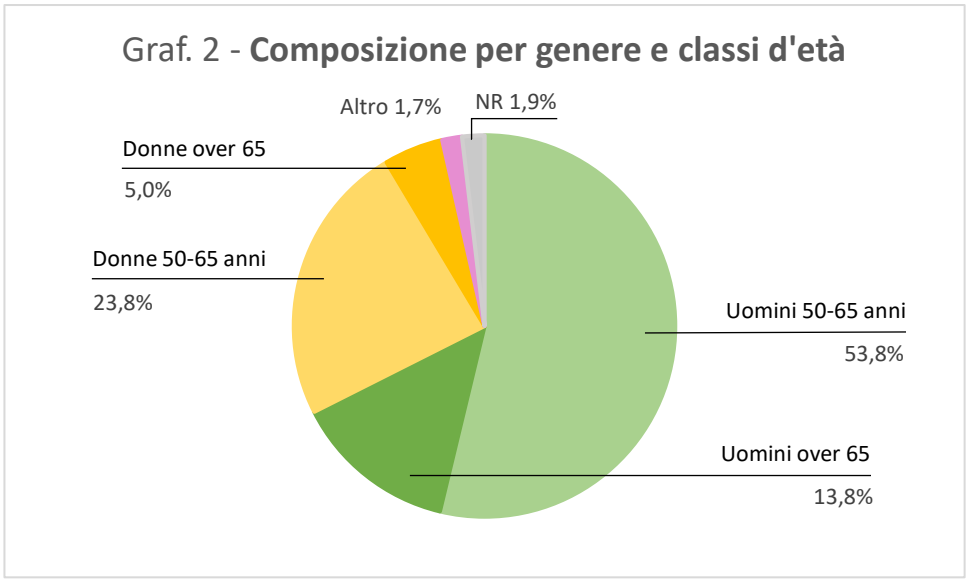
50-65 anni: 385 (80,5%)
Over 65: 93 (19,5%)

Genere

La maggior parte delle persone (67.6%) si identifica come uomo: 320 cisgender e 3 transgender. Il 28,9% si identifica come donna: 134 cisgender e 4 transgender. Una quota molto ridotta si identifica come non binaria (0,4%, n=2) o ha selezionato la categoria "altro" (1,2%, n=6). Hanno scelto di non rispondere 9 persone.
L'età **media** è identica per uomini e donne (60,6 anni), mentre risulta più alta tra le persone non binarie (65 anni) e tra chi si identifica in un altro genere (69,8 anni). Chi non risponde presenta invece un'età media più bassa (56,4 anni).

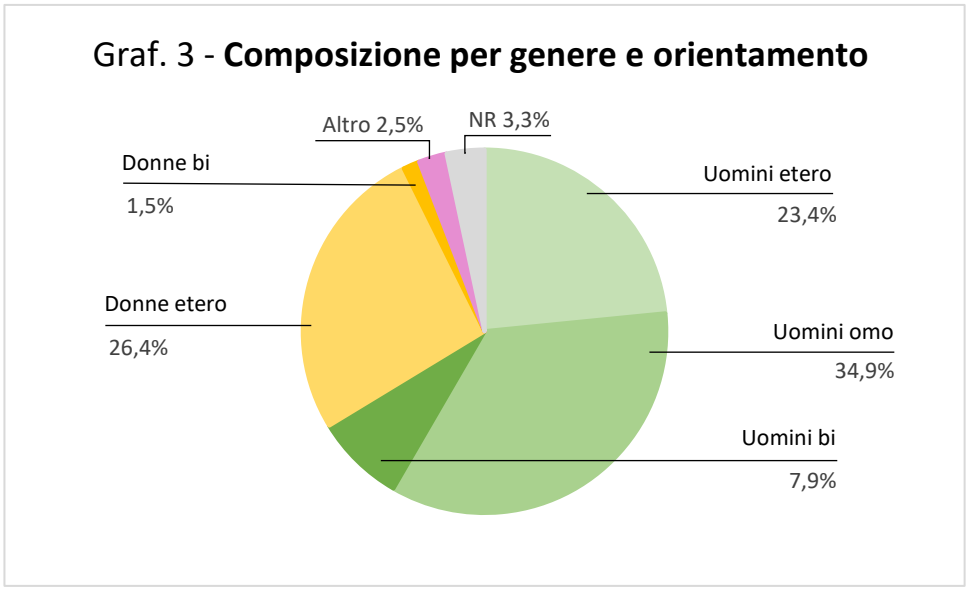
Tabella 1 – Distribuzione per genere ed età

	Donna	Uomo	Non binario	Altro	Non risponde
N. - %	**138 – 28,9%**	**323 – 67,6%**	**2 – 0,4%**	**6 – 1,2%**	**9 - 1,9%**
Range	51-83 anni	50-84 anni	57-73	60-97	51-63
Ampiezza	32 anni	34 anni			
Media	60,6 anni	60,6 anni	65,0 anni	69,8 anni	56,4 anni
Mediana	61 anni	61 anni	65,0 anni	62 anni	58 anni
Moda	61 anni	61 anni		62 anni	58 anni
50-65 anni	114	257	1	4	9
Over 65	24	66	1	2	



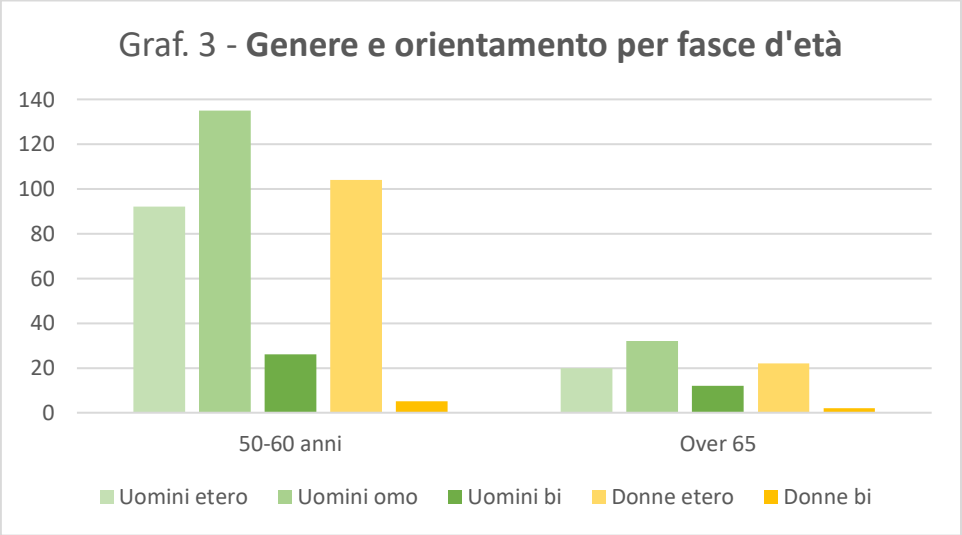
Orientamento sessuale

Oltre la metà del campione si identifica come eterosessuale (50,2%, n=240), mentre il 35,4% si definisce lesbica, gay o omosessuale (n=169). Una quota più contenuta si riconosce come bisessuale o pansessuale (9,6%, n=46), e percentuali molto ridotte si dichiarano asessuali o aromantiche (0,4%, n=2) oppure selezionano la voce "altro" (1,0%, n=5). Hanno scelto di non rispondere 16 persone (3,3%).
Dall'analisi congiunta di genere e orientamento sessuale emerge che il gruppo "lesbica/gay/omosessuale" è composto quasi esclusivamente da uomini. Di conseguenza, **gli uomini omosessuali rappresentano il gruppo più numeroso** dell'intero campione (34,9%, n=167). Seguono, per numerosità, le donne eterosessuali (26,4%, n=126) e gli uomini eterosessuali (23,4%, n=112).



Nello spicchio "Altro" del grafico, che raccoglie le combinazioni di genere e orientamento sessuale numericamente troppo ridotte per essere rappresentate separatamente, rientrano anche le due persone

non binarie, una con orientamento bi+ e una omosessuale. Lo stesso spicchio comprende inoltre 4 persone che hanno indicato il genere "altro", con orientamenti eterosessuale, omosessuale o non specificato, e un piccolo numero di uomini e donne che hanno selezionato categorie di orientamento non riconducibili ai gruppi principali. Si tratta di sottogruppi molto contenuti, che non consentono analisi comparative ma permettono di rappresentare la varietà delle identità presenti nel campione.



Stato civile

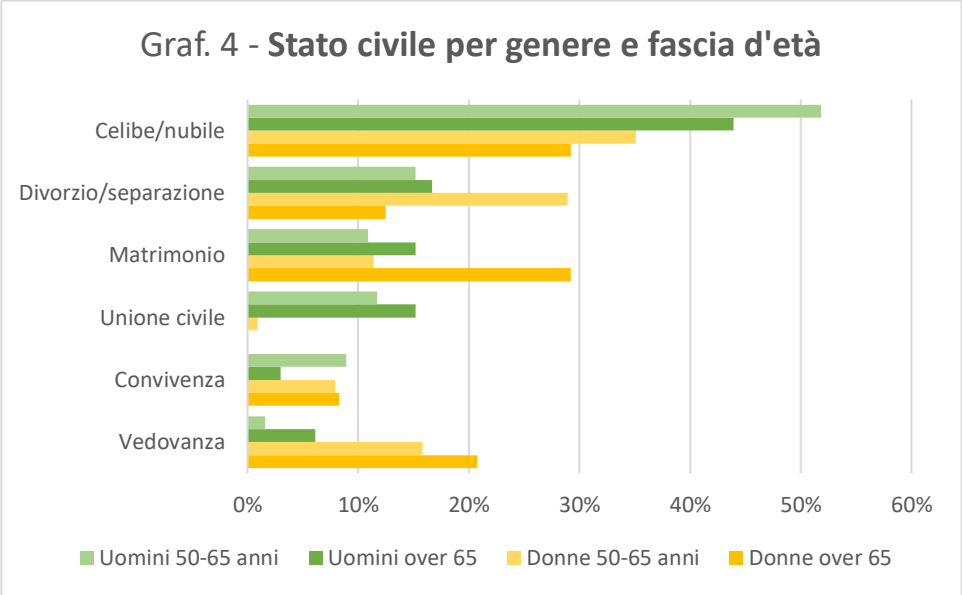
La maggior parte del campione si dichiara celibe/nubile (210 persone, 43,9%), mentre **quasi una persona su cinque è divorziata o separata** (18,4%). Le forme familiari formalizzate — matrimonio e unione civile — rappresentano insieme poco più di un quinto del campione (21,1%), mentre la convivenza di fatto riguarda l'8,2%. La vedovanza, pur minoritaria, interessa comunque il 6,5% delle persone. Nove persone non hanno fornito alcuna risposta e sono le stesse che non hanno indicato il genere.

Tabella 2 – Stato civile

	Totale (N. 478)		**50-65 anni** (N. 385)		**Over 65** (N. 93)		**Donna** (N. 138)		**Uomo** (N. 323)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Celibe/Nubile	210	43,9%	174	45,2%	36	38,7%	47	34,1%	162	50,2%
Divorzio/ separazione	88	18,4%	72	18,7%	16	17,2%	36	26,1%	50	15,5%
Matrimonio	58	12,1%	41	10,6%	17	18,3%	20	14,5%	38	11,8%
Unione civile	43	9,0%	32	8,3%	11	11,8%	1	0,7%	40	12,4%
Convivenza	39	8,2%	35	9,1%	4	4,3%	11	8,0%	25	7,7%
Vedovanza	31	6,5%	22	5,7%	9	9,7%	23	16,7%	8	2,5%
NR	9	1,9%	9	2,3%						

L'analisi per **fasce d'età** evidenzia alcune differenze nella distribuzione: nella fascia 50–65 anni la quota di persone celibi/nubili e quella delle convivenze risultano più elevate (rispettivamente +6,5 e +4,8 punti percentuali), mentre nel gruppo over 65 aumentano matrimoni e unioni civili (rispettivamente +7,7 e +3,5) e la vedovanza diventa più frequente (+4).

Più marcate le differenze tra **uomini e donne**: la condizione di celibe prevale a quella di nubile (50,2% contro 34,1%); le unioni civili risultano più comuni tra gli uomini (12,4%) mentre c'è un solo caso tra le donne; tra queste emergono con maggiore frequenza situazioni di separazione/divorzio (26,1% contro 15,5%) e soprattutto di vedovanza (16,7% contro 2,5%).



L'incrocio tra genere e fasce d'età conferma pienamente i pattern già osservati separatamente, ma permette di cogliere con maggiore nitidezza alcune dinamiche. La rappresentazione grafica con l'uso delle percentuali consente di osservare la distribuzione relativa degli stati civili all'interno di ciascun sottogruppo, senza che le differenze di ampiezza influenzino la lettura.
Il celibato rimane la condizione più diffusa tra gli uomini in entrambe le fasce d'età. Separazioni e divorzi sono più presenti tra le donne nella fascia 50–65 anni; nel gruppo over 65 le separazioni sono invece più frequenti tra gli uomini. Il matrimonio risulta proporzionalmente più frequente tra le donne over 65. La convivenza non è molto diffusa e presenta valori simili tra uomini e donne nella fascia 50–65 anni, mentre nella fascia over 65 risulta leggermente più frequente tra le donne. La vedovanza è proporzionalmente molto più frequente tra le donne in entrambe le fasce d'età.

Nazionalità

La grande maggioranza del campione è composta da **persone italiane (94,14%, n=450)**. Una quota molto ridotta è costituita da persone straniere: il 0,8% proviene da Paesi dell'Unione Europea (n=4) e l'1,7% da Paesi extra-UE (n=8). Un ulteriore 1,5% possiede una doppia cittadinanza che include quella italiana (n=7). Nove persone (1,9%) non hanno fornito indicazioni sulla propria nazionalità.

Regione di residenza

La distribuzione regionale mostra una forte concentrazione nelle regioni del Nord Italia, in particolare in **Lombardia, da cui proviene quasi un terzo del campione** (28,5%, n=136). Seguono le **Marche** (14,6%, n=70), l'**Emilia-Romagna** (9,0%, n=43), il **Piemonte** (10,7%, n=51) e il **Lazio** (7,1%, n=34). Le altre regioni

presentano numeri più contenuti e Molise e Basilicata sono le uniche regioni non rappresentate. Hanno scelto di non rispondere 9 persone.

Raggruppando le regioni per macro-aree, emerge che **oltre la metà del campione risiede nel Nord Italia** (57,7%), mentre il 28,9% proviene dal Centro e il 9,6% dal Sud. Le Isole rappresentano una quota ridotta (1,9%).

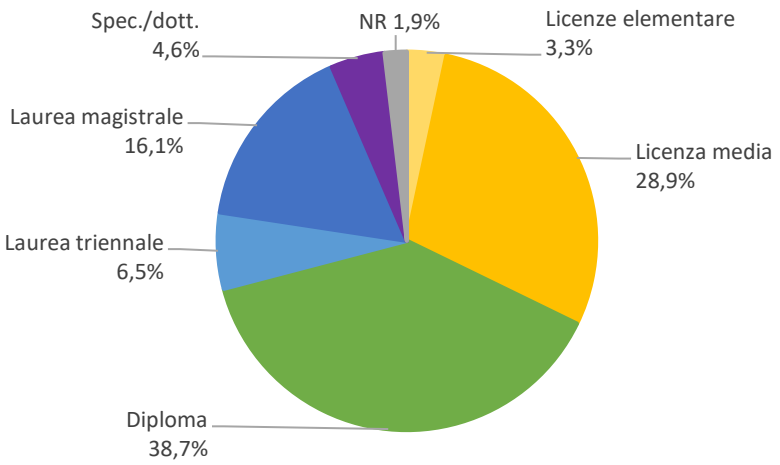
Tabella 3 – Distribuzione geografica

	N	%
Nord	276	57,7%
Lombardia	136	
Piemonte	51	
Emilia-Romagna	43	
Liguria	21	
Veneto	17	
Friuli-V.G.	5	
Trentino	2	
Valle d'Aosta	1	
Centro	138	28,9%
Marche	70	
Lazio	34	
Toscana	26	
Umbria	8	
Sud	46	9,6%
Puglia	30	
Abruzzo	7	
Calabria	6	
Campania	3	
Isole	9	1,9%
Sicilia	5	
Sardegna	4	
Non risponde	9	1,9%

Titolo di studio

Il campione presenta un **livello di istruzione mediamente elevato**. La quota più numerosa è rappresentata da persone con diploma di maturità (38,7%, n=185), seguita da chi possiede una licenza media o titolo equivalente (28,9%, n=138). Una parte consistente ha conseguito un titolo universitario: il 6,5% una laurea triennale (n=31), il 16,1% una laurea magistrale o un titolo quinquennale equivalente (n=77) e il 4,6% una specializzazione post-laurea o un dottorato di ricerca (n=22). Le persone con licenza elementare o nessun titolo rappresentano il 3,3% del campione (n=16), mentre nove partecipanti (1,9%) non hanno fornito indicazioni.
Nel complesso, il campione mostra una prevalenza di livelli di istruzione medio-alti, con **oltre un quarto delle persone in possesso di un titolo universitario e quasi il 40% con diploma di scuola superiore**. Le persone con bassi livelli di istruzione sono una minoranza, mentre la distribuzione risulta piuttosto bilanciata tra titoli medi e titoli avanzati.

Graf. 5 - **Titolo di studio**



Condizione professionale e/o fonte di reddito

La domanda relativa alla condizione professionale e/o fonte di reddito consentiva risposte multiple e molte persone hanno selezionato più opzioni contemporaneamente, generando **combinazioni eterogenee** tra condizioni occupazionali, situazioni personali e diverse forme di sostentamento economico. Questa sovrapposizione riflette la complessità delle situazioni individuali e la natura non mutuamente esclusiva delle opzioni proposte, ma rende la lettura dei dati meno immediata.
Per garantire una rappresentazione più chiara e coerente, abbiamo quindi distinto **due livelli di analisi**: (1) le fonti di reddito, che includono tutte le forme di sostentamento economico dichiarate, e (2) le condizioni occupazionali, che descrivono la posizione lavorativa o personale delle persone, comprese le diverse tipologie di lavoro retribuito. Questa distinzione consente di restituire un quadro più leggibile e accurato della varietà delle situazioni presenti nel campione.
Si segnala che 8 persone non hanno fornito alcuna risposta alla domanda.

Per quanto riguarda le **fonti di sostentamento economico**, il lavoro retribuito rappresenta una componente importante del campione, con 177 persone che dichiarano un lavoro dipendente e 51 una libera professione. Allo stesso tempo, risultano molto diffuse le prestazioni pensionistiche o assistenziali: 146 persone indicano una pensione di invalidità o un assegno di accompagnamento e 84 una pensione per età.

Tabella 4 – Fonti di reddito

	N	%
Lavoro retribuito		
• Lavoro dipendente	177	37,0%
• Libera professione	51	10,7%
• Lavoro in categoria protetta	12	2,5%
• Coadiuvante familiare	1	0,2%
Pensioni e prestazioni assistenziali		
• Pensione di invalidità / assegno di accompagnamento	146	30,5%
• Pensione per età	84	17,6%

Sul versante delle **condizioni occupazionali**, la maggior parte delle persone risulta occupata, mentre sono presenti anche situazioni di disoccupazione (19 persone), inabilità al lavoro (18), lavoro domestico non retribuito (5) e studio o tirocinio (1).
Nel complesso, emerge un campione caratterizzato da una notevole diversificazione delle situazioni economiche e lavorative, con percorsi professionali, condizioni personali e fonti di reddito che spesso si intrecciano.

Tabella 5 – Condizioni occupazionali

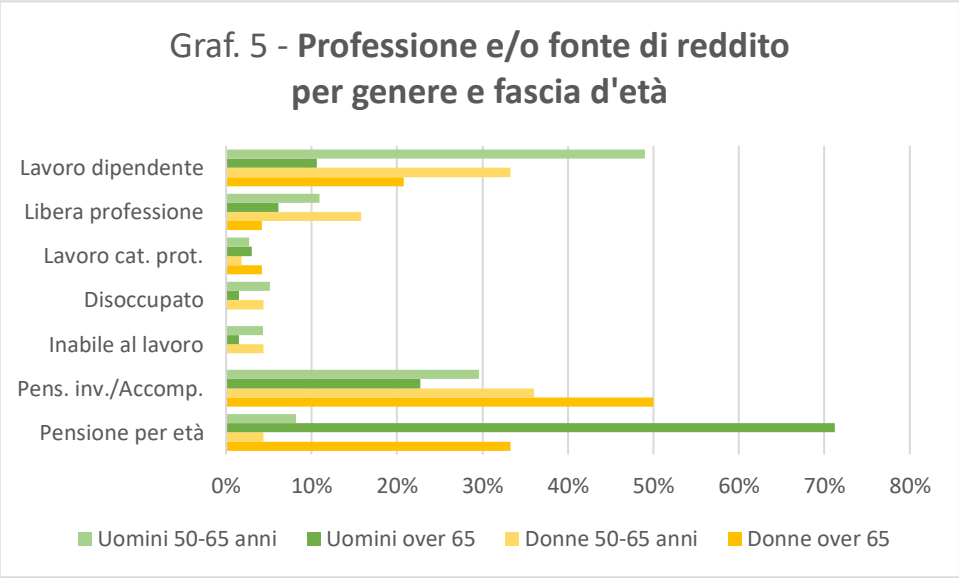
	N	%
Occupato		
• Lavoro dipendente	177	37,0%
• Libera professione	51	10,7%
• Lavoro in categoria protetta	12	2,5%
• Coadiuvante familiare	1	0,2%
Disoccupato / in cerca di lavoro	**19**	4,0%
Inabile al lavoro	**18**	3,8%
Casalinga/o	**5**	1,0%
Studente / tirocinante non retribuito	**1**	0,2%

L'analisi per fascia d'età evidenzia, come prevedibile, differenze marcate tra i gruppi generazionali. Tra i **50–65 anni** il lavoro dipendente rappresenta la principale fonte di reddito (42,9%), mentre la libera professione riguarda l'11,9%. Il 30,9% ricorre a pensioni di invalidità o assegni di accompagnamento, indicando una presenza rilevante di condizioni di fragilità o limitazioni lavorative. Le situazioni di disoccupazione e inabilità al lavoro, pur minoritarie, risultano comunque più frequenti rispetto alle persone over 65.
Nel gruppo **over 65** prevalgono nettamente le pensioni per età (61,3%), seguite dalle pensioni di invalidità o assegni di accompagnamento (29%). Le forme di lavoro retribuito diventano residuali: solo il 12,9% svolge lavoro dipendente e il 5,4% attività libero-professionale.

Tabella 6 – Condizioni occupazionali e/o fonti di reddito

	50-65 anni (N. 385)		Over 65 (N. 93)		Donna (N. 138)		Uomo (N. 323)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lavoro dipendente	165	42,9%	12	12,9%	43	30,7%	133	38,8%
Libera professione	46	11,9%	5	5,4%	19	13,6%	32	9,3%
Lavoro in categoria protetta	9	2,3%	3	3,2%	3	2,1%	9	2,6%
Coadiuvante familiare	1	0,3%			1	0,7%	0	0,0%
Disoccupato	18	4,7%	1	1,1%	5	3,6%	14	4,1%
Inabile al lavoro	17	4,4%	1	1,1%	5	3,6%	12	3,5%
Casalinga/o	4	1,0%	1	1,1%	4	2,9%	1	0,3%
Studente/tirocinante	1	0,3%					1	0,3%
Pensione invalidità/Accompagnamento	119	30,9%	27	29,0%	53	37,9%	91	26,5%
Pensione per età	27	7,0%	57	61,3%	13	9,3%	68	19,8%

Anche l'analisi per genere evidenzia differenze significative. Tra le **donne** il lavoro dipendente rappresenta il 30,7% delle risposte, mentre la libera professione riguarda il 13,6%. Risulta invece molto elevata la quota di donne che dichiarano una pensione di invalidità o un assegno di accompagnamento (37,9%), seguita da una presenza non trascurabile di pensioni per età (9,3%). Sono inoltre più frequenti rispetto agli uomini le situazioni di lavoro domestico non retribuito.
Gli **uomini** mostrano una maggiore presenza nel lavoro dipendente (42,6%) e una quota minore di liberi professionisti (9,3%). Le pensioni di invalidità o accompagnamento riguardano il 26,5% del gruppo, mentre le pensioni per età raggiungono il 19,8%, una percentuale più alta rispetto alle donne.



L'incrocio tra genere e fasce d'età conferma le tendenze già osservate nelle analisi separate, evidenziando alcune differenze tra uomini e donne nelle due fasce d'età considerate. Le percentuali non sono sommabili, poiché la domanda consentiva risposte multiple, ma permettono di individuare le condizioni più ricorrenti nei diversi gruppi.
Il lavoro dipendente è più frequente tra gli uomini 50–65, dove rappresenta la condizione più diffusa; anche tra le donne 50–65 è presente in misura rilevante, mentre diventa marginale nelle fasce over 65,

soprattutto tra gli uomini. La libera professione è più rappresentata tra le donne 50–65, seguite dagli uomini della stessa fascia d'età; nel gruppo over 65 la presenza è molto ridotta. Le condizioni di lavoro in categoria protetta, disoccupazione e inabilità al lavoro risultano complessivamente poco diffuse: il lavoro in categoria protetta è leggermente più frequente tra le persone over 65, mentre disoccupazione e inabilità al lavoro si concentrano soprattutto nella fascia 50–65, con valori simili tra uomini e donne. Pensione di invalidità/assegno di accompagnamento è una voce particolarmente frequente tra le donne over 65, dove rappresenta la condizione più diffusa; è rilevante anche tra le donne 50–65 e, in misura minore, tra gli uomini della stessa fascia; tra gli uomini over 65 la presenza è più contenuta. La pensione per età è nettamente prevalente tra gli uomini over 65, dove costituisce la condizione dominante; è significativa anche tra le donne over 65, ma con valori inferiori rispetto agli uomini; nella fascia 50–65 è quasi assente.

Abbiamo chiesto alle persone **se le entrate economiche fossero sufficienti per soddisfare le esigenze di base** (affitto, bollette, cibo, ecc.). La maggior parte delle persone dichiara di riuscire a coprire le spese essenziali mensili: oltre la metà afferma che il reddito è sempre sufficiente (56,7%), mentre un ulteriore 21,3% indica che lo è nella maggior parte dei casi. Le situazioni di maggiore difficoltà economica riguardano una minoranza del campione comunque non trascurabile: l'11,9% segnala che il reddito non è sufficiente, mentre il 7,7% riferisce che lo è solo alcune volte.

Tabella 7 – Sufficienza del reddito per le spese essenziali

	Totale (N. 478)		**50-65 anni** (N. 385)		**Over 65** (N. 93)		**Donna** (N. 138)		**Uomo** (N. 323)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sì, sempre	271	56,7%	220	57,1%	51	54,8%	70	50,7%	198	61,3%
Sì, il più delle volte	102	21,3%	77	20,0%	25	26,9%	32	23,2%	66	20,4%
Sì, alcune volte	37	7,7%	31	8,1%	6	6,5%	14	10,1%	22	6,8%
No	57	11,9%	46	11,9%	11	11,8%	22	15,9%	35	10,8%
NR	11	2,3%	11	2,9%					2	0,6%

Nel **confronto tra la fascia 50–65 anni e quella over 65** emergono sia differenze sia elementi di continuità. In entrambi i gruppi la maggior parte delle persone riferisce che il reddito è sempre o per lo più sufficiente, e le situazioni di forte difficoltà economica risultano sostanzialmente sovrapponibili.
Tra i 50–65 anni è però più alta la quota di chi dichiara un reddito "sempre" sufficiente (+2,3 punti percentuali), mentre tra le persone over 65 prevale la risposta "il più delle volte" (+6,9).

Le **differenze tra uomini e donne** risultano più marcate. Gli uomini dichiarano più spesso una sufficienza stabile del reddito (61,3% contro 50,7%), mentre tra le donne sono più frequenti sia le risposte intermedie sia quelle che indicano una decisa difficoltà, delineando un quadro di **maggiore vulnerabilità economica femminile**.

Religione

La maggior parte del campione si riconosce nella tradizione cattolica (52,1%), anche se la componente praticante rappresenta solo una parte minoritaria (12,6%). Accanto a questo gruppo maggioritario emerge una presenza consistente di persone che si definiscono atee (19%) o agnostiche (7,7%), delineando un profilo religioso complessivamente diversificato. Le appartenenze a religioni non cristiane sono presenti ma numericamente contenute, mentre quasi una persona su dieci sceglie di non dichiarare il proprio

orientamento spirituale. Nel complesso, il campione mostra un equilibrio tra tradizione religiosa, non credenza e percorsi spirituali individuali.

Tabella 8 – Orientamento religioso/spirituale

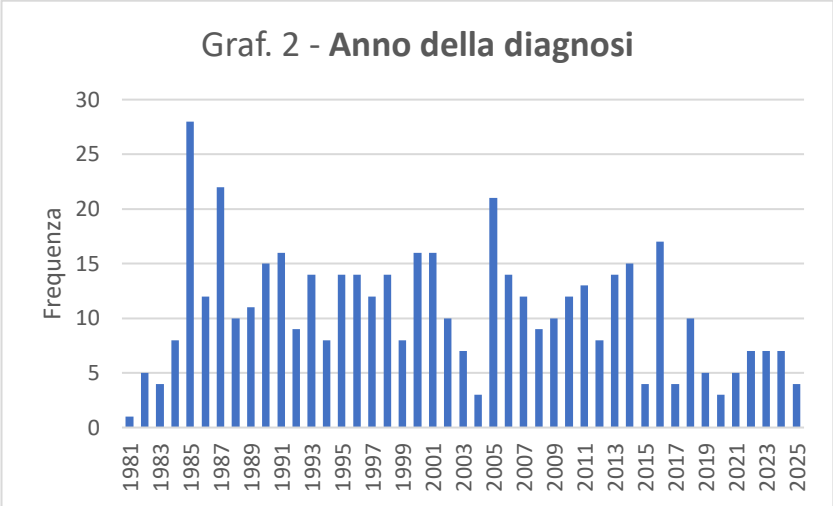
	N	%
Cristiano cattolico (totale)	249	**52,1%**
• Cattolico non praticante	189	39,5%
• Cattolico praticante	60	12,6%
Ateo	**91**	**19,0%**
Agnostico	**37**	**7,7%**
Buddhista	**17**	**3,6%**
Spiritualità personale	**12**	**2,5%**
Cristiano evangelico / protestante / ortodosso	**7**	**1,5%**
Induista	**3**	**0,6%**
Musulmano	**1**	**0,2%**
Ebraico	**1**	**0,2%**
Altro	18	**3,8%**
Non risponde	42	**8,8%**

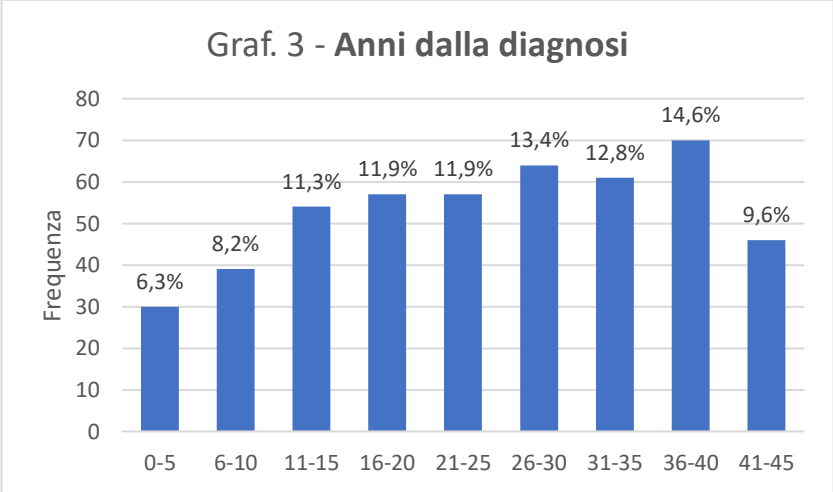
Abbiamo chiesto alle persone se la propria fede o spiritualità rappresentasse una **fonte di sostegno**.
Una quota significativa dichiara di non riceverne alcun supporto (33,3%), a cui si aggiunge un gruppo significativo che afferma di non avere una fede o una spiritualità (15,3%), indicando che per quasi la metà del campione la dimensione spirituale non rappresenta una risorsa di sostegno.
Tra coloro che invece riferiscono di trarre beneficio dalla propria fede, i livelli di supporto risultano molto diversificati: il 12,8% riferisce di riceverne molto, il 9,4% abbastanza, l'8,8% discreto e il 12,5% poco.
Il 7,9% non fornisce alcuna risposta.
Nel complesso, emerge un quadro eterogeneo, in cui la spiritualità rappresenta una fonte di sostegno significativa solo per una parte del campione, mentre per molti rimane assente o marginale.

HIV e terapie

Diagnosi

Le diagnosi di HIV nel campione coprono tutto l'arco temporale che va dal 1981 al 2025 e sono dunque rappresentate tutte le fasi dell'epidemia, dagli anni più drammatici dell'esordio, all'introduzione delle terapie combinate, fino alle diagnosi più recenti.
Raggruppando gli anni dalla diagnosi in intervalli di cinque anni, emerge che tutte le fasce temporali sono ben rappresentate, anche se la maggior parte delle persone convive con l'HIV da molto tempo: **oltre il 60% ha ricevuto la diagnosi da almeno vent'anni, più di un terzo da oltre trent'anni e quasi il 10% da più di quarant'anni.**
Le diagnosi più recenti (entro i 10 anni) costituiscono invece circa il 15%.





Terapia antiretrovirale

Tutte le persone del campione stanno attualmente seguendo una terapia antiretrovirale.
La grande maggioranza (438 persone, pari al 91,6%) assume una terapia orale: di queste, quasi tutte (429 persone) prendono da una a tre compresse al giorno, mentre solo una piccola quota (9 persone) assume più di tre compresse quotidiane.

Un gruppo più ristretto ma significativo è rappresentato dalle persone che seguono una **terapia iniettabile** a lunga durata d'azione (40 persone, 8,4%). Si tratta di un'opzione terapeutica introdotta di recente nella pratica clinica italiana, che consente di sostituire l'assunzione quotidiana di compresse con iniezioni periodiche.
I dati indicano una diffusione già rilevante all'interno del campione, soprattutto nella fascia 50-65 anni: 8,8% contro il 6,5% delle persone over 65. Questo andamento suggerisce che la terapia iniettabile risulti **più attrattiva o accessibile per le persone più giovani, mentre è meno diffusa nella fascia più anziana**.

Anche il confronto per genere mostra una differenza significativa: la terapia iniettabile è **più frequentemente utilizzata dagli uomini** (11,4% contro il 4,3% delle donne).

Carica virale e conoscenza di U=U

La grande maggioranza delle persone riferisce che la propria carica virale è non rilevabile (421 persone, 88,1%). Solo una quota minoritaria (36 persone, 7,5%) riporta una carica virale rilevabile, mentre 21 persone dichiarano di non conoscere il proprio stato virologico, un elemento che suggerisce margini di miglioramento nella comunicazione clinica e nella consapevolezza personale.
Per quanto riguarda la conoscenza del principio U=U (Undetectable = Untransmittable), 307 persone (64,2%) affermano di conoscerne il significato, mentre 171 (35,8%) dichiarano di non saperlo. Pur essendo la maggioranza informata, **il fatto che oltre un terzo del campione non conosca il principio U=U evidenzia una grave carenza informativa**. Si tratta di un concetto centrale nella gestione dell'HIV, con implicazioni dirette sulla qualità di vita, sulla percezione di sé e sulla riduzione dello stigma. La sua diffusione ancora insufficiente indica che la comunicazione clinica e comunitaria non raggiunge in modo adeguato tutte le persone che vivono con l'infezione.

Tabella 9 – Conoscenza di U=U

	Totale (N. 478)		**50-65 anni** (N. 385)		**Over 65** (N. 93)		**Donna** (N. 138)		**Uomo** (N. 323)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sì	307	64,2%	249	64,7%	58	62,4%	82	59,4%	214	66,3%
No	171	35,8%	136	35,3%	35	37,6%	56	40,6%	109	33,7%

L'analisi per fasce d'età mostra che **la conoscenza di U=U diminuisce leggermente con l'avanzare degli anni**, fino a poco più del 62% tra le persone over 65.
Anche il genere introduce una differenza significativa e mostra che **gli uomini sono più informati rispetto alle donne** (66,3% contro 59,4%). Per quanto riguarda le identità di genere non binarie, la conoscenza di U=U appare meno diffusa, ma i numeri sono estremamente ridotti e non consentono confronti affidabili: delle due persone non binarie, una conosce U=U e una no; tra coloro che hanno indicato il genere "altro" (N=7), quattro riferiscono di conoscerne il significato.
Questi dati suggeriscono che l'informazione su U=U non raggiunge in modo uniforme le persone che vivono con HIV, con una minore diffusione nelle fasce più anziane e tra le donne, gruppi che potrebbero beneficiare maggiormente di interventi informativi mirati.

Vissuti legati alla terapia antiretrovirale

Per esplorare i vissuti legati alla terapia antiretrovirale, il questionario ha posto tre domande specifiche riferite agli **ultimi sei mesi**. Le domande miravano a comprendere aspetti emotivi, identitari e relazionali associati alla terapia, più che il comportamento terapeutico in sé. In particolare, è stato chiesto:

1. **Quanto spesso ha temuto di dimenticare l'assunzione dei farmaci per l'HIV?**
2. **Quanto spesso ha temuto di rivelare il suo status di infezione da HIV in seguito all'assunzione della terapia antiretrovirale?**
3. **Quanto spesso l'assunzione della terapia antiretrovirale le ha ricordato di essere una persona che vive con l'HIV?**

1. La maggior parte delle persone (64%) non ha mai temuto di dimenticare l'assunzione dei farmaci negli ultimi sei mesi, e un ulteriore 20,3% riferisce questo timore solo raramente. Nel complesso, i dati suggeriscono un'elevata sicurezza nella gestione quotidiana della terapia antiretrovirale, anche se **una quota ridotta, ma non trascurabile** (3,5%), **riporta timori frequenti o costanti**.

2. Anche riguardo al rischio di rivelare il proprio status attraverso la terapia (es. assumendo la terapia in presenza di altre persone a casa, sul lavoro o a una cena), la maggioranza non riferisce alcuna preoccupazione, ma la quota di chi riferisce questo timore spesso o quasi sempre è più consistente e riguarda il 12,8%. Per una parte significativa del campione, la terapia continua dunque ad essere percepita come un **potenziale elemento di esposizione, con implicazioni sul vissuto dello stigma e sulla gestione della privacy**.
3. La terza domanda è quella che mostra la maggiore eterogeneità: per quasi un terzo del campione (29,3%) l'assunzione dei farmaci ricorda quasi sempre di vivere con l'HIV, per un ulteriore gruppo consistente (11,3%) l'associazione avviene spesso. Solo un quarto non vive mai questo effetto. **La terapia rimane per molti un segnale quotidiano della propria condizione, con un peso emotivo che merita attenzione**.

Tabella 10 – Vissuti legati alla terapia (ultimi 6 mesi)

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
Timore di dimenticare i farmaci per l'HIV	306 (64,0%)	97 (20,3%)	58 (12,1%)	12 (2,5%)	5 (1,0%)
Timore di rivelare lo status HIV a causa della terapia	296 (61,9%)	68 (14,2%)	53 (11,1%)	30 (6,3%)	31 (6,5%)
La terapia come promemoria del vivere con l'HIV	125 (26,2%)	78 (16,3%)	81 (16,9%)	54 (11,3%)	140 (29,3%)

Polifarmacoterapia e gestione complessiva della cura

Farmaci aggiuntivi a quelli per l'HIV

Nel complesso, la maggior parte delle persone assume in modo continuativo tra 1 e 5 farmaci oltre alla terapia per l'HIV (60,7%), mentre quasi una su cinque non assume alcun altro trattamento (17,8%). Le situazioni di polifarmacoterapia più intensa sono meno frequenti: il 14,5% assume tra 6 e 10 farmaci e il 6% ne assume oltre 10.

Il confronto tra le fasce d'età mostra differenze molto nette. Tra i 50–65 anni è più frequente non assumere farmaci aggiuntivi (20,5% contro il 6,4% della fascia over 65), mentre l'assunzione di 1–5 farmaci è leggermente meno diffusa rispetto al gruppo over 65 (59,2% contro 66,7%). Le differenze diventano più marcate nelle fasce di polifarmacoterapia elevata: tra i 50–65 anni il 14,5% assume 6–10 farmaci, contro il 18,3% delle persone over 65, e solo il 5,7% supera le dieci molecole, a fronte dell'8,6% nella fascia più anziana. **L'aumento dell'età si associa dunque a un incremento marcato della polifarmacoterapia.**

Il confronto tra uomini e donne mostra alcune differenze. Le donne dichiarano più spesso di non assumere altri farmaci (20,3% contro il 16,1% degli uomini) e risultano maggiormente concentrate nella fascia 1–5 farmaci (63,8% rispetto al 60,1%). Tra gli uomini, invece, sono più frequenti i livelli più elevati di polifarmacoterapia: il 15,2% assume 6–10 farmaci, contro il 14,5% delle donne, e l'8,7% supera le dieci molecole, a fronte dell'1,4% nel gruppo femminile. Nel complesso, gli **uomini** presentano quindi una maggiore concentrazione nelle fasce di **polifarmacoterapia più intensa**, mentre tra le donne è più comune non assumere farmaci aggiuntivi o assumerne un numero limitato.

Tabella 11 - Numero di farmaci assunti oltre alla terapia HIV

	Totale (N. 478)		**50-65 anni** (N. 385)		**Over 65** (N. 93)		**Donna** (N. 138)		**Uomo** (N. 323)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	85	17,8%	79	20,5%	6	6,4%	28	20,3%	52	16,1%
1-5	290	60,7%	228	59,2%	62	66,7%	88	63,8%	194	60,1%
6-10	73	14,5%	56	14,5%	17	18,3%	20	14,5%	49	15,2%
Oltre 10	30	6,0%	22	5,7%	8	8,6%	2	1,4%	28	8,7%

Statine

Sia l'offerta che l'assunzione delle statine aumentano nettamente con l'età.
Nella fascia 50–65 anni le statine sono state offerte alla metà delle persone e più di un terzo le assume. Nel gruppo over 65 solo il 35% non ha mai ricevuto una proposta terapeutica e quasi la metà assume statine. In questa fascia aumentano anche i casi di intolleranza (quasi il 9%), più che raddoppiati rispetto alla fascia più giovane. Tra coloro a cui le statine sono state proposte, una quota minoritaria sceglie di non assumerle. Questa scelta è più frequente tra le persone di 50–65 anni (4,2 punti percentuali).

Anche tra uomini e donne emergono alcune differenze. Le donne riferiscono più spesso di non aver mai ricevuto un'offerta terapeutica (52,2% contro il 44,6% degli uomini), mentre tra questi ultimi è più frequente l'assunzione attuale di statine (40,9% rispetto al 31,2%). Le donne dichiarano più spesso di non

aver voluto assumere le statine (13,8% contro 9,6%). Al contrario, gli uomini riportano più frequentemente casi di intolleranza che hanno portato alla prescrizione di un trattamento alternativo (5% contro 2,9%).
Nel complesso, quindi, **tra gli uomini è più diffusa l'assunzione di statine o di terapie sostitutive**, mentre tra le donne è più comune non aver ricevuto una proposta terapeutica o aver scelto di non iniziare il trattamento.

Tabella 12 – Offerta o prescrizione di statine

	Totale (N. 478)		**50-65 anni** (N. 385)		**Over 65** (N. 93)		**Donna** (N. 138)		**Uomo** (N. 323)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No	227	47,5%	194	50,4%	33	35,5%	72	52,2%	144	44,6%
Si, le assumo	177	37,0%	132	34,3%	45	48,4%	43	31,2%	132	40,9%
Si, ma non le ho volute assumere	52	10,9%	45	11,7%	7	7,5%	19	13,8%	31	9,6%
Sì, ma per intolleranza mi hanno prescritto altro	22	4,6%	14	3,6%	8	8,6%	4	2,9%	16	5,0%

Ricordare i farmaci

La grande maggioranza delle persone non riferisce difficoltà nel ricordare l'assunzione dei farmaci, anche se questa **capacità tende a ridursi leggermente con l'età** (da 79,2% a 74,2%).
Le difficoltà, quando presenti, riguardano più spesso i **farmaci diversi da quelli per l'HIV**, soprattutto nelle persone più anziane, dove questa situazione raggiunge il 14%. Una quota più contenuta, intorno all'8%, riferisce invece difficoltà nel ricordare tutti i farmaci, senza distinzione tra fasce d'età.
Ricordiamo che, con l'aumentare dell'età, aumenta in modo significativo anche il numero dei farmaci da assumere e la complessità dei piani terapeutici.

Le donne riferiscono più spesso difficoltà nel ricordare tutti i farmaci (12,3% rispetto al 6,8% degli uomini), ma anche i farmaci per l'HIV in particolare (5,8% contro 3,1%). Gli uomini, al contrario, dichiarano più spesso di non avere alcuna difficoltà (81,1% contro 72,5%). Le difficoltà limitate ai farmaci diversi da quelli per l'HIV mostrano invece valori simili nei due gruppi. Nel complesso, quindi, **le donne riportano con maggiore frequenza problemi di aderenza legati alla memoria**, mentre gli uomini tendono più spesso a non segnalare difficoltà.

Tabella 13 – Difficoltà a ricordare i farmaci

	Totale (N. 478)		**50-65 anni** (N. 385)		**Over 65** (N. 93)		**Donna** (N. 138)		**Uomo** (N. 323)	
	n	%	n		n	%	n	%	n	%
No	374	78,2%	305	79,2%	69	74,2%	100	72,5%	262	81,1%
Si, solo farmaci HIV	18	3,8%	15	3,9%	3	3,2%	8	5,8%	10	3,1%
Sì, solo altri farmaci	46	9,6%	33	8,6%	13	14,0%	13	9,4%	29	9,0%
Si, tutti i farmaci	40	8,4%	32	8,3%	8	8,6%	17	12,3%	22	6,8%

Visite specialistiche

La maggior parte delle persone (93,5%) ha avuto **tra 1 e 5 visite legate all'HIV**, con percentuali simili nelle diverse fasce d'età, mentre le visite più frequenti sono rare.
Quando si considerano invece le **visite non legate all'HIV**, il quadro cambia sensibilmente. La maggior parte delle persone continua ad avere un numero contenuto di accessi (1–5 visite, 74,3%), ma **cresce la quota di chi effettua controlli più frequenti**: 6–10 visite (21,1%) o più di 10 (4,6%). Il numero delle visite cresce **con l'avanzare dell'età**, un dato che riflette l'aumento dei bisogni sanitari e la presenza di comorbidità che richiedono controlli regolari.

Tra **uomini e donne** emergono differenze contenute nelle visite legate all'HIV. Gli uomini presentano una quota leggermente più alta nella fascia 1–5 visite (+2,4 punti percentuali), mentre le donne sono proporzionalmente più presenti nella fascia 6–10 visite (+2,5).
Considerando le visite non legate all'HIV, le donne risultano leggermente più rappresentate sia nella fascia 1–5 visite (74,6%) sia in quella oltre le dieci (5,8%), mentre gli uomini mostrano una maggiore concentrazione nella fascia intermedia delle 6–10 visite (22,3% contro 19,6%).

Tabella 14 – Numero di visite specialistiche nell'ultimo anno

	1-5 visite		6-10 visite		>10 visite	
	N	%	N	%	N	%
Per motivi legati all'HIV	447	93,5%	24	5,0%	7	1,5%
50-65 anni	359	93,2%	19	4,9%	7	1,8%
Over 65	88	94,6%	5	5,4%	-	-
Donne	127	92,0%	9	6,5%	2	1,4%
Uomini	305	94,4%	13	4,0%	5	1,5%
Per motivi NON legati all'HIV	355	74,3%	101	21,1%	22	4,6%
50-65 anni	293	76,1%	74	19,2%	18	4,7%
Over 65	62	66,7%	27	29,0%	4	4,3%
Donne	103	74,6%	27	19,6%	8	5,8%
Uomini	238	73,7%	72	22,3%	13	4,0%

Figure sanitarie di riferimento per l'invecchiamento

Dai dati emerge che, di fronte a problemi di salute legati all'invecchiamento, le persone con HIV non fanno riferimento a un'unica figura sanitaria, ma a un insieme eterogeneo di professioniste e professionisti della salute. Le scelte più frequenti ricadono comunque su **infettivologa/o** (34,3%) e **medica/o di base** (23,0%), che rappresentano i due punti di riferimento principali e **trasversali alle fasce d'età**.
Un dato rilevante è la quota di persone che non individua **alcuna figura di riferimento** (22,8%), più alta nella fascia 50-65 anni (23,9% contro 18,3% del gruppo over 65).

Tra uomini e donne emergono differenze contenute ma significative. Infettivologa/o e medica/o di base restano i riferimenti principali per entrambi i gruppi, con percentuali simili. Le donne ricorrono leggermente più spesso a figure di supporto psicologico (8,7% contro 5,9%) e in qualche caso a ginecologhe/i, mentre gli uomini si rivolgono più frequentemente a fisioterapiste/i e cardiologhe/i. La quota di persone che non individua alcuna figura di riferimento è simile nei due gruppi, ma leggermente più alta tra gli uomini (23,2% contro 21,7%).

Tabella 15 – Figura sanitaria di riferimento per l'invecchiamento

	Totale (N. 478)		50-65 anni (N. 385)		Over 65 (N. 93)		Donna (N. 138)		Uomo (N. 323)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Infettivologa/o	164	34,3%	133	34,5%	31	33,3%	45	32,6%	113	35,0%
Medica/o di base	110	23,0%	86	22,3%	24	25,8%	33	23,9%	75	23,2%
Psicologa/o, psicoterapeuta	31	6,5%	23	6,0%	8	8,6%	12	8,7%	19	5,9%
Fisiatra, fisioterapista	19	4,0%	15	3,9%	4	4,3%	4	2,9%	14	4,3%
Cardiologa/o	10	2,1%	5	1,3%	5	5,4%	-	-	9	2,8%
Ginecologa/o, Androloga/o	4	0,8%	4	1,0%	-	-	4	2,9%	-	-
Nutrizionista	4	0,8%	4	1,0%	-	-	1	0,7%	2	0,6%
Reumatologa/o	3	0,6%	3	0,8%	-	-	2	1,4%	1	0,3%
Endocrinologa/o	3	0,6%	2	0,5%	1	1,1%	1	0,7%	1	0,3%
Geriatra	2	0,4%	2	0,5%	-	-	1	0,7%	1	0,3%
Altro	16	3,3%	13	3,4%	3	3,2%	5	3,6%	10	3,1%
Nessuna figura di riferimento	109	22,8%	92	23,9%	17	18,3%	30	21,7%	75	23,2%
Non risponde	3	0,6%	3	0,8%					3	0,9%

Soddisfazione per i servizi e le figure di riferimento

Tabella 16 – Livello di soddisfazione complessivo

	Pessimo	Discreto	Buono	Ottimo	Eccellente	Non applicabile
Centro HIV	6 1,3%	52 10,9%	126 26,4%	125 26,2%	164 34,3%	5 1,0%
Infettivologa/o	10 2,1%	48 10,0%	122 25,5%	113 23,6%	175 36,6%	10 2,1%
Ritiro farmaci	40 8,4%	54 11,3%	125 26,2%	123 25,7%	109 22,8%	27 5,6%
Medica/o di base	31 6,5%	89 18,6%	141 29,5%	104 21,8%	89 18,6%	24 5,0%
Professioniste/i della salute	16 3,3%	61 12,8%	160 33,5%	95 19,9%	50 10,5%	96 20,1%
Associazioni HIV	12 2,5%	39 8,2%	93 19,5%	85 17,8%	67 14,0%	182 38,1%

Nel complesso, i **livelli di soddisfazione risultano molto elevati per il Centro HIV e per l'infettivologo/a**, con oltre il 60% delle persone che esprime un giudizio tra "ottimo" ed "eccellente". Le valutazioni negative sono contenute e rappresentano una quota marginale.
Il servizio di **ritiro dei farmaci** mostra una soddisfazione complessivamente alta, con **oltre la metà delle parsone che lo valuta come "buono" o "ottimo" e quasi il 23% che lo valuta "eccellente", anche se non mancano alcune valutazioni meno positive**, che potrebbero riflettere differenze organizzative tra i vari centri.

La soddisfazione per medica/o di base appare più eterogenea: pur rimanendo prevalenti i giudizi positivi, la distribuzione è più equilibrata e cresce la quota di valutazioni intermedie o meno favorevoli. Questo suggerisce un'esperienza più variabile, probabilmente legata alla diversa familiarità del personale della medicina di base con la gestione dell'HIV.
Le **professionalità sanitarie** diverse dall'infettivologa/o ricevono **valutazioni generalmente buone**, con un terzo del campione che esprime un giudizio "buono" e una quota più contenuta che indica livelli di eccellenza.
Infine, per quanto riguarda le **associazioni HIV**, una parte consistente del campione (quasi il 40%) indica "non applicabile", segno che **molte persone non hanno contatti diretti** con queste realtà. Tra chi le conosce o le frequenta, prevalgono comunque giudizi positivi.

L'analisi delle **differenze tra fasce d'età** mostra un quadro complessivamente coerente con quanto emerso, evidenziando solo qualche sfumatura. Le persone tra i 50 e i 65 anni tendono a esprimere più frequentemente un livello di soddisfazione "eccellente", in particolare per il Centro HIV (36,4% contro 25,8%). La fascia over 65, pur mostrando una soddisfazione generalmente buona, esprimono più spesso un giudizio "pessimo", in particolare nella valutazione del medico/a di base (10,8% contro 5,5%). Fa eccezione la valutazione del ritiro dei farmaci, dove "pessimo" è espresso più frequentemente dalla fascia 50-65 anni e "eccellente" più spesso dal gruppo over 65.

Tabella 17 – Soddisfazione per il Centro HIV

	Pessimo		Discreto		Buono		Ottimo		Eccellente		Non appl.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
50-65 anni	4	1,0%	44	11,4%	103	26,8%	91	23,6%	140	36,4%	3	0,8%
Over 65	2	2,2%	8	8,6%	23	24,7%	34	36,6%	24	25,8%	2	2,2%

Tabella 18 – Soddisfazione per l'infettivologa/o

	Pessimo		Discreto		Buono		Ottimo		Eccellente		Non appl.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
50-65 anni	7	1,8%	42	10,9%	96	24,9%	89	23,1%	142	36,9%	9	2,3%
Over 65	3	3,2%	6	6,5%	26	28,0%	24	25,8%	33	35,5%	1	1,1%

Tabella 19 – Soddisfazione per il ritiro farmaci

	Pessimo		Discreto		Buono		Ottimo		Eccellente		Non appl.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
50-65 anni	33	8,6%	47	12,2%	107	27,8%	88	22,9%	87	22,6%	23	6,0%
Over 65	7	7,5%	7	7,5%	18	19,4%	35	37,6%	22	23,7%	4	4,3%

Tabella 20 – Soddisfazione per la/il medica/o di base

	Pessimo		Discreto		Buono		Ottimo		Eccellente		Non appl.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
50-65 anni	21	5,5%	71	18,4%	122	31,7%	81	21,0%	74	19,2%	16	4,2%
Over 65	10	10,8%	18	19,4%	19	20,4%	23	24,7%	15	16,1%	8	8,6%

Tabella 21 – Soddisfazione per le/i professioniste/i della salute

	Pessimo		Discreto		Buono		Ottimo		Eccellente		Non appl.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
50-65 anni	12	3,1%	49	12,7%	128	33,2%	77	20,0%	42	10,9%	77	20,0%
Over 65	4	4,3%	12	12,9%	32	34,4%	18	19,4%	8	8,6%	19	20,4%

Tabella 22 – Soddisfazione per le associazioni HIV

	Pessimo		Discreto		Buono		Ottimo		Eccellente		Non appl.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
50-65 anni	9	2,3%	35	9,1%	76	19,7%	69	17,9%	51	13,2%	145	37,7%
Over 65	3	3,2%	4	4,3%	17	18,3%	16	17,2%	16	17,2%	37	39,8%

Età e ritiro farmaci

La maggior parte delle persone riferisce che l'età non incide sul ritiro dei farmaci, ma questa percezione cambia leggermente tra i due gruppi. Tra i 50–65 anni, oltre due terzi (67,3%) dichiara che l'età non rappresenta un ostacolo, mentre nel gruppo over 65 questa quota scende al 62,4%. **Nella fascia più anziana aumentano le risposte che indicano un impatto crescente**: il 12,9% segnala che l'età incide "abbastanza" (contro il 10,1% della fascia 50–65 anni) e quasi il 10% che incide "molto" (4,2% nella fascia più giovane). Le risposte "moltissimo" restano contenute in entrambi i gruppi e non mostrano differenze significative.

Tabella 23 – Impatto dell'età sul ritiro dei farmaci

	Per nulla		Poco		Abbastanza		Molto		Moltissimo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Totale	317	66,3%	65	13,6%	51	10,7%	25	5,2%	20	4,2%
50-65 anni	259	67,3%	55	14,3%	39	10,1%	16	4,2%	16	4,2%
Over 65	58	62,4%	10	10,8%	12	12,9%	9	9,7%	4	4,3%

Cambiamento del centro di cura per l'HIV e motivazioni

Il cambio di centro di cura negli ultimi cinque anni è un **fenomeno poco frequente**, con percentuali simili nelle due fasce d'età. Tuttavia, emergono alcune differenze: tra i 50–65 anni è leggermente più alta la quota di chi avrebbe voluto cambiare centro ma non lo ha fatto (9,1% contro il 5,4% della fascia over 65), suggerendo una maggiore insoddisfazione latente o un desiderio più marcato di modificare il proprio percorso di cura. Al contrario, il cambio effettivo del centro è lievemente più frequente nel gruppo over 65 (8,6% rispetto al 7,5%), pur rimanendo un fenomeno complessivamente raro.

Tabella 24 – Cambio del centro di cura HIV negli ultimi 5 anni

	Totale (N. 478)		**50-65 anni** (N. 385)		**Over 65** (N. 93)		**Donna** (N. 138)		**Uomo** (N. 323)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sì	37	7,7%	29	7,5%	8	8,6%	9	6,5%	26	8,0%
No	401	83,9%	321	83,4%	80	86,0%	118	85,5%	268	83,0%
No, ma avrei voluto	40	8,4%	35	9,1%	5	5,4%	11	8,0%	29	9,0%

Le motivazioni riportate da chi ha cambiato centro o avrebbe desiderato farlo riguardano soprattutto la presenza di **infettivologhe/i diversi a ogni visita** e le **carenze nella relazione** o nell'empatia. A seguire, la distanza eccessiva del centro e dubbi sulle competenze percepite. Emergono anche motivazioni più specifiche, come la sensazione di non essere coinvolti nelle scelte terapeutiche, esperienze di stigma o discriminazione. Nel complesso, pur trattandosi di una minoranza, le ragioni espresse delineano aree di miglioramento che riguardano soprattutto la **continuità assistenziale e la qualità della relazione** con il personale sanitario.

Tabella 25 – Motivi del cambio o desiderio di cambiare centro (Risposta multipla)

	Totale (N. 77)		**50-65 anni** (N. 64)		**Over 65** (N. 13)		**Donna** (N. 20)		**Uomo** (N. 55)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Infettivologi/ghe sempre diverse/i	39	50,6%	32	50%	7	53,8%	12	60,0%	25	45,5%
Carenze relazionali o scarsa empatia	35	45,5%	33	51,6%	2	15,4%	12	60,0%	22	40,0%
Distanza eccessiva	20	26,0%	18	28,1%	2	15,4%	5	25,0%	15	27,3%
Dubbi sulle loro competenze	12	15,6%	9	14,1%	3	23,1%	4	20,0%	7	12,7%
Non mi coinvolgevano nelle scelte terapeutiche	11	14,3%	10	15,6%	1	7,7%	2	10,0%	9	16,4%
Per omo-lesbo-bi-trans-a-fobia	4	5,2%	4	6,2%	-	-	1	5,0%	3	5,5%
Non mi trattavano da persona adulta	3	3,9%	2	3,1%	1	7,7%	2	10,0%	-	-
Stigma istituzionale verso l'HIV	3	3,9%	2	3,1%	1	7,7%	1	5,0%	2	3,6%
Per il mio rapporto con sostanze psicoattive	3	3,9%	2	3,1%	1	7,7%	-		2	3,6%
Mancanza di un mezzo autonomo o adeguato trasporto pubblico	2	2,6%	2	3,1%	-	-	2	10,0%	-	-
Per come trattavano o parlavano della mia età	1	1,3%	-	-	1	7,7%	-	-	-	-
Per razzismo	1	1,3%	1	1,6%	-	-	-	-	1	1,8%
Altro	21	27,3%	18	28,1%	3	23,1%	4	20,0%	17	30,9%

Le differenze tra fasce d'età sono marcate. Tra i 50–65 anni, il motivo più frequente riguarda le carenze relazionali, indicate dal 51,6% (+36,2 punti percentuali rispetto al gruppo over 65). Seguono, con valori comunque elevati, la discontinuità delle figure infettivologiche (50%) e, al terzo posto, la distanza eccessiva del centro (28,1%).
Tra le persone over 65, invece, il quadro cambia sensibilmente. Il primo motivo è la presenza di infettivologhe/i sempre diversi, riportato dal 53,8% del gruppo, una quota leggermente superiore anche a quella dei 50–65 anni. Al secondo posto compaiono i dubbi sulle competenze del personale (23,1%), mentre al terzo posto, con la stessa percentuale (15,4%), si collocano sia le carenze relazionali sia la distanza eccessiva dal centro.

Anche tra uomini e donne emergono differenze significative. Per le donne, i due motivi principali hanno lo stesso peso: sia le carenze relazionali sia la presenza di infettivologhe/i sempre diversi sono indicati dal 60%. Anche per gli uomini questi due elementi rappresentano le motivazioni più rilevanti, ma con un peso minore: il 45,5% segnala la discontinuità delle figure infettivologiche e il 40% le carenze relazionali.

Al terzo posto, in entrambi i gruppi, compare la distanza eccessiva del centro, con una frequenza leggermente più alta tra gli uomini (27,3% contro il 25% delle donne). Le donne riportano invece più spesso dei dubbi sulle competenze del personale, indicati dal 20% rispetto al 12,7% degli uomini.

Percezione di disabilità e certificazioni formali

Il questionario ha indagato sia la valutazione soggettiva di disabilità, sia la presenza di certificazioni formali.

Una prima domanda, dunque, riguarda esclusivamente **il modo in cui ciascuna persona si riconosce o si definisce rispetto alla disabilità**, senza alcun riferimento a criteri clinici o amministrativi: "*Ritiene di essere una persona con disabilità?*".
Le risposte riflettono quindi vissuti personali, sensibilità individuali e interpretazioni diverse del concetto stesso di disabilità. Le risposte inserite nella categoria "Altro", seppur numericamente limitate, offrivano la possibilità di spiegarsi attraverso un campo di testo aperto e questo ha consentito di evidenziare la varietà di interpretazioni attivate dalla domanda: alcune persone hanno espresso incertezza (*"Non lo so", "Non capisco la domanda", "Cosa si intende per disabilità?"*), mentre altre hanno descritto condizioni specifiche invalidanti o vissute come tali (*"Sono sorda", "Lieve Cronical Pulmonary Obstuction", "(normali problemi per l'età) neoplasia prostata, stent cardiaci e hiv e trattamenti conseguenti, niente disabilità", "Non mi ritengo disabile ma la stanchezza fisica è pesante").*

Tabella 26 – Percezione di disabilità

	Sì		No		Non risponde		Altro	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Totale	149	31,2%	256	53,6%	53	11,1%	20	4,2%
50-65 anni	119	30,9%	206	53,5%	47	12,2%	13	3,4%
Over 65	30	32,3%	50	53,8%	6	6,5%	7	7,5%
Donne	57	41,3%	63	45,7%	14	10,1%	4	2,9%
Uomini	91	28,2%	190	58,8%	26	8,0%	16	5,0%

Nel complesso, **quasi un terzo del campione ritiene di essere una persona con disabilità**, mentre oltre la metà risponde "no". La percezione di disabilità **aumenta leggermente con l'età** (+1,4 punti percentuali nella fascia over 65). Le **donne** dichiarano molto più spesso degli uomini di percepirsi come persone con disabilità (41,3% contro 28,2%).

La seconda domanda, relativa alle **certificazioni**, è stata posta solo alle persone che avevano dichiarato di percepire una disabilità: "*Ha ricevuto una delle seguenti certificazioni?*"

Tabella 27 – Certificazioni di disabilità

	Totale (N. 149)		**50-65 anni** (N. 119)		**Over 65** (N. 30)		**Donne** (N. 57)		**Uomini** (N. 91)	
	n	%	n	%	n	%				
Invalidità L. 118/71	27	18,1%	19	16,0%	8	26,7%	10	17,5%	17	18,7%
Handicap L. 104/92	55	36,9%	42	35,3%	13	43,3%	20	35,1%	35	38,5%
Disabilità L. 68/99	28	18,8%	26	21,8%	2	6,7%	10	17,5%	18	19,8%
Invalidità civile	78	52,3%	67	56,3%	13	43,3%	35	61,4%	42	46,2%
Inabilità al lavoro	18	12,1%	16	13,4%	2	6,7%	9	15,8%	8	8,8%
La sto facendo	4	2,7%	3	2,5%	1	3,3%	3	5,3%	1	1,1%
No	19	12,8%	16	13,4%	3	10,0%	3	5,3%	16	17,6%

All'interno di questo gruppo, una parte significativa ha almeno una certificazione formale, ma **19 persone (12,8%), prevalentemente uomini, dichiarano di non avere alcuna certificazione, pur percependosi come**

persone con disabilità. Questo scarto tra vissuto soggettivo e riconoscimento formale suggerisce che alcune persone sperimentano limitazioni o difficoltà che non trovano riscontro nei criteri amministrativi, oppure non hanno avviato o completato il percorso di certificazione.
Le certificazioni più diffuse sono l'**invalidità civile** (52,3%) e l'**handicap** ai sensi della legge 104/92 (36,9%), seguite dalla disabilità ai sensi della legge 68/99 e dall'invalidità ai sensi della legge 118/71. Escludendo chi non è in possesso di alcuna certificazione, circa la metà ne ha più d'una.

La fascia **50–65 anni** presenta le percentuali più alte per l'invalidità civile (56,3%), la disabilità (21,8%) e l'inabilità al lavoro (13,4%). Il gruppo **over 65** mostra invece una maggiore presenza di invalidità ai sensi della legge 118/71 (26,7%) e di handicap (43,3%).

Per quanto riguarda il genere, le **donne** presentano una quota più alta di invalidità civile (61,4% contro 46,2% degli uomini) e di inabilità al lavoro (15,8% contro 8,8). Gli **uomini** mostrano invece percentuali leggermente più alte nella disabilità e nell'handicap e, come già detto, sono più frequentemente privi di certificazioni (17,6% contro 5,3% delle donne).

Sessualità e relazioni

Livello di soddisfazione

Le aree legate alla sessualità e alle relazioni rappresentano ambiti critici per molte persone con HIV. In tutte le dimensioni analizzate, infatti, il livello di soddisfazione "scarso" è prevalente o comunque molto frequente.

Tabella 28 – Livello di soddisfazione su sessualità e relazioni

	Scarso	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo	Non applicabile
Rapporti sessuali	115 24,1%	47 9,8%	56 11,7%	99 20,7%	56 11,7%	105 22,0%
Trovare partner sessuali	148 31,0%	37 7,7%	49 10,3%	58 12,1%	26 5,4%	160 33,5%
Relazioni affettive	104 21,8%	41 8,6%	57 11,9%	110 23,0%	121 25,3%	45 9,4%
Trovare partner affettivi	158 33,1%	29 6,1%	38 7,9%	68 14,2%	51 10,7%	134 28,0%
Parlare del proprio stato sierologico	179 37,4%	45 9,4%	67 14,0%	92 19,2%	39 8,2%	56 11,7%
Comunicare in intimità con partner sessuali	140 29,3%	50 10,5%	46 9,6%	70 14,6%	50 10,5%	122 25,5%

Sessualità
Nei rapporti sessuali emerge una certa polarizzazione: il 24,1% indica un livello "scarso", ma la somma di "buono" e "ottimo" raggiunge il 32,4%. Questo suggerisce che, accanto a una quota significativa di persone insoddisfatte, esiste anche un gruppo consistente che vive la propria sessualità in modo soddisfacente.
La situazione è più critica nella dimensione del trovare partner sessuali: quasi un terzo (31,0%) esprime un livello "scarso" e un ulteriore 33,5% indica "non applicabile". È plausibile ipotizzare che questo valore includa sia persone che hanno rinunciato alla ricerca — per motivi legati all'HIV, ma anche per età, desiderio o altri fattori comuni alla popolazione generale — sia persone che sono in una relazione e quindi non sono alla ricerca di partner.

Relazioni affettive
Nel complesso, il quadro affettivo appare più equilibrato, ma non privo di criticità. Nelle relazioni affettive, il 21,8% indica "scarso", mentre la somma di "buono" e "ottimo" arriva al 48,3%, il valore più alto dell'intera tabella.
Diverso è il discorso per il trovare partner affettive/i**,** dove la difficoltà è più marcata: il 33,1% indica "scarso" e il 28,0% "non applicabile". Anche qui, come per la sfera sessuale, la ricerca del partner rappresenta un ostacolo significativo.

Comunicazione
Parlare del proprio stato sierologico è l'area più critica, con la percentuale più alta di "scarso" (37,4%), mentre le valutazioni positive sono più contenute. È un dato che conferma quanto la rivelazione della sieropositività all'HIV resti un nodo delicato, spesso associato a timori di rifiuto o stigma.

La comunicazione in intimità con partner sessuali presenta difficoltà, ma meno accentuate rispetto alla rivelazione dello stato sierologico. Il 29,3% indica "scarso", mentre la somma di "buono" e "ottimo" raggiunge il 25,1%. Anche qui è rilevante la quota di "non applicabile" (25,5%), che suggerisce che una parte delle persone non vive situazioni intime in cui questa comunicazione possa avvenire.

Incrocio dei dati con le fasce d'età

Per **rapporti sessuali e ricerca di partner sessuali** la quota di valutazioni "scarse" tende ad aumentare con l'età, mentre diminuiscono le risposte "buono/ottimo". Nelle **relazioni affettive** il quadro è più articolato: le persone over 65 esprimono più spesso sia giudizi molto negativi sia molto positivi, mentre la fascia 50-65 prevale nelle valutazioni intermedie. La **ricerca di partner affettive/i** ha valutazioni migliori da parte delle persone di 50-65 anni.

Per quanto riguarda la possibilità di **parlare del proprio stato sierologico**, le difficoltà sono molto più frequenti nella fascia 50-65 anni, che registra la quota più alta di risposte "scarso" proprio in questo ambito (39,5%). Nella **comunicazione in intimità**, invece, le valutazioni negative risultano più comuni tra le persone over 65.

Va tenuto conto che, in tutti gli ambiti considerati, la quota di "non applicabile" aumenta marcatamente con l'età.

Incrocio dei dati con il genere maschile e **femminile**

La differenza più evidente è l'**altissima quota di risposte "non applicabile" tra le donne**, molto più frequente che tra gli uomini in tutte le aree d'indagine. Questa dinamica è particolarmente spiccata riguardo alla ricerca di partner sessuali, in cui più del 50% delle donne risponde "non applicabile", contro il 25,4% degli uomini. Tale squilibrio fa sì che, nella maggior parte delle categorie di giudizio, gli uomini risultino più rappresentati, semplicemente perché rispondono più spesso.

Nonostante ciò, emergono alcune eccezioni significative. Le valutazioni "scarso" relative ai rapporti sessuali sono simili tra uomini e donne (circa il 24%), indicando un livello di difficoltà comparabile. Le donne esprimono invece una maggiore soddisfazione nel parlare del proprio stato sierologico: la somma di "buono" e "ottimo" raggiunge il 31,1%, contro il 25,7% degli uomini. Una differenza analoga, anche se meno marcata, si osserva nella comunicazione in intimità con partner sessuali, dove le valutazioni più positive sono leggermente più frequenti tra le donne (26,1% rispetto al 24,2%).

Per quanto riguarda le **persone che non si riconoscono nel binarismo di genere**, i numeri estremamente ridotti non consentono confronti affidabili; tuttavia, le due persone non binarie riportano livelli di soddisfazione affettiva e comunicativa positivi, mentre la soddisfazione sessuale risulta più negativa.

Tra le persone che hanno indicato il genere "altro" (N=7), la soddisfazione sessuale è generalmente buona, ma chi non è in una relazione stabile (N=3) segnala maggiori difficoltà nel trovare nuovi partner. La soddisfazione affettiva appare più elevata, sebbene anche in questo caso chi non è già in coppia riferisca minore soddisfazione nel trovare partner affettivi.

Tabella 29 – Soddisfazione per i rapporti sessuali

	Scarso		Sufficiente		Discreto		Buono		Ottimo		Non appl.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
50-65 anni	90	23,4%	41	10,6%	44	11,4%	83	21,6%	51	13,2%	76	19,7%
Over 65	25	26,9%	6	6,5%	12	12,9%	16	17,2%	5	5,4%	29	31,2%
Donne	34	24,6%	7	5,1%	4	2,9%	25	18,1%	14	10,1%	54	39,1%
Uomini	78	24,1%	39	12,1%	50	15,5%	67	20,7%	40	12,4%	49	15,2%

Tabella 30 – Soddisfazione nel trovare partner sessuali

	Scarso		Sufficiente		Discreto		Buono		Ottimo		Non appl.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
50-65 anni	117	30,4%	29	7,5%	43	11,2%	49	12,7%	26	6,8%	121	31,4%
Over 65	31	33,3%	8	8,6%	6	6,5%	9	9,7%	-	-	39	41,9%
Donne	37	26,8%	7	5,1%	5	3,6%	13	9,4%	4	2,9%	72	52,2%
Uomini	106	32,8%	30	9,3%	41	12,7%	43	13,3%	21	6,5%	82	25,4%

Tabella 31 – Soddisfazione per le relazioni affettive

	Scarso		Sufficiente		Discreto		Buono		Ottimo		Non appl.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
50-65 anni	82	21,3%	34	8,8%	47	12,2%	97	25,2%	93	24,2%	32	8,3%
Over 65	22	23,7%	7	7,5%	10	10,8%	13	14,0%	28	30,1%	13	14,0%
Donne	23	16,7%	9	6,5%	20	14,5%	33	23,9%	30	21,7%	23	16,7%
Uomini	78	24,1%	32	9,9%	37	11,5%	70	21,7%	85	26,3%	21	6,5%

Tabella 32 – Soddisfazione nel trovare partner affettive/i

	Scarso		Sufficiente		Discreto		Buono		Ottimo		Non appl.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
50-65 anni	127	33,0%	25	6,5%	29	7,5%	61	15,8%	45	11,7%	98	25,5%
Over 65	31	33,3%	4	4,3%	9	9,7%	7	7,5%	6	6,5%	36	38,7%
Donne	38	27,5%	6	4,3%	13	9,4%	18	13,0%	11	8,0%	52	37,7%
Uomini	117	36,2%	23	7,1%	25	7,7%	46	14,2%	36	11,1%	76	23,5%

Tabella 33 – Soddisfazione nel parlare del proprio stato sierologico

	Scarso		Sufficiente		Discreto		Buono		Ottimo		Non appl.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
50-65 anni	152	39,5%	33	8,6%	53	13,8%	77	20,0%	31	8,1%	39	10,1%
Over 65	27	29,0%	12	12,9%	14	15,1%	15	16,1%	8	8,6%	17	18,3%
Donne	43	31,2%	8	5,8%	15	10,9%	29	21,0%	14	10,1%	29	21,0%
Uomini	130	40,2%	34	10,5%	50	15,5%	60	18,6%	23	7,1%	26	8,0%

Tabella 34 – Soddisfazione nel comunicare in intimità con partner sessuali

	Scarso		Sufficiente		Discreto		Buono		Ottimo		Non appl.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
50-65 anni	110	28,6%	42	10,9%	41	10,6%	58	15,1%	43	11,2%	91	23,6%
Over 65	30	32,3%	8	8,6%	5	5,4%	12	12,9%	7	7,5%	31	33,3%
Donne	33	23,9%	7	5,1%	7	5,1%	19	13,8%	17	12,3%	55	39,9%
Uomini	104	32,2%	41	12,7%	35	10,8%	49	15,2%	29	9,0%	65	20,1%

Evitamento dei rapporti sessuali e delle relazioni affettive

Abbiamo chiesto se, come persone con HIV, avessero sentito la necessità di ridurre o evitare i rapporti sessuali o le relazioni affettive nel corso degli ultimi 5 anni.

Per quanto riguarda i **rapporti sessuali**, il 43,5% del campione riferisce di non aver mai sentito questa necessità. Tuttavia, una quota altrettanto consistente (il 43,7%) indica di averla sperimentata ogni tanto, spesso o quasi sempre.
Nelle **relazioni affettive**, la quota di chi non ha mai sentito il bisogno di ridurre o evitare è più alta (52,5%). Le risposte che indicano un pensiero frequente ("spesso" o "quasi sempre") sono complessivamente più contenute rispetto alla sfera sessuale, ma comunque presenti. Questo suggerisce che, per molte persone, la dimensione affettiva è vissuta come più accessibile e **meno problematica rispetto alla sessualità, pur non essendo priva di ostacoli**.

Le **differenze tra le fasce d'età** sono contenute ma mostrano alcune tendenze interessanti. Per quanto riguarda i rapporti sessuali, le persone over 65 riferiscono leggermente più spesso di aver sentito la necessità di ridurre o evitare (la somma di "spesso" e "quasi sempre" raggiunge il 31,2%, contro il 26,7% della fascia 50–65 anni). Il gruppo più giovane, invece, presenta una quota un po' più alta di persone che non ha mai percepito questa necessità (44,2% contro 40,9%).
Nelle relazioni affettive, le differenze sono ancora più sfumate. Il gruppo over 65 dichiara più spesso di non aver mai sentito il bisogno di ridurre o evitare (54,8% contro 51,9%), ma mostra anche una presenza leggermente maggiore nella risposta "quasi sempre" (12,9% contro 10,4%), mentre le persone di 50–65 anni tendono invece a concentrarsi maggiormente nelle categorie intermedie.

L'incrocio dei dati con il genere maschile e femminile, mostra che le donne che non hanno mai sentito di dover evitare rapporti sessuali e relazioni affettive sono proporzionalmente più degli uomini. Tuttavia, una quota rilevante di donne (20%) ha indicato "quasi sempre" in riferimento ai rapporti sessuali.
Per quanto riguarda **le persone che non si riconoscono nel binarismo di genere**, la numerosità molto ridotta non permette di interpretare i dati in modo comparativo. Una delle due persone non binarie riferisce di aver pensato di evitare rapporti sessuali, mentre nessuna riporta di essersi privata di relazioni affettive. Tra le persone che hanno indicato il genere "altro" (N=7), quattro riferiscono di sentire la necessità di ridurre o evitare i rapporti sessuali; difficoltà analoghe emergono anche sul piano affettivo.

Tabella 35 – Sensazione di dover ridurre o evitare rapporti sessuali e relazioni affettive (ultimi 5 anni)

	Mai		Raramente		Ogni tanto		Spesso		Quasi sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rapporti sessuali	208	43,5%	61	12,8%	77	16,1%	52	10,9%	80	16,7%
50-65 anni	170	44,2%	49	12,7%	63	16,4%	42	10,9%	61	15,8%
Over 65	38	40,9%	12	12,9%	14	15,1%	10	10,8%	19	20,4%
Donne	65	47,1%	12	8,7%	18	13,0%	15	10,9%	28	20,3%
Uomini	135	41,8%	47	14,6%	55	17,0%	37	11,5%	49	15,2%
Relazioni affettive	251	52,5%	60	12,6%	56	11,7%	59	12,3%	52	10,9%
50-65 anni	200	51,9%	49	12,7%	48	12,5%	48	12,5%	40	10,4%
Over 65	51	54,8%	11	11,8%	8	8,6%	11	11,8%	12	12,9%
Donne	79	57,2%	10	7,2%	18	13,0%	19	13,8%	12	8,7%
Uomini	163	50,5%	46	14,2%	36	11,1%	40	12,4%	38	11,8%

Abbiamo dato la possibilità, a chi abbia selezionato "spesso" o "quasi sempre", di spiegarsi meglio attraverso un **campo di testo aperto**.

Riguardo ai **rapporti sessuali** abbiamo raccolto 93 risposte aperte.

L'analisi del contenuto mostra fin da subito una grande ricchezza e complessità, ma classificare le risposte in categorie nette non è semplice per diversi motivi. Alcune frasi sono lunghe e articolate e comprendono diverse considerazioni. Altre non forniscono una spiegazione chiara delle motivazioni, ma rimarcano semplicemente la propria posizione come **un dato di fatto**, per esempio: "*evito per quanto possibile di avere rapporti sessuali*", *"non voglio rapporti"*, *"ho scelto un cane", "mi sono completamente isolata"*. In questi casi non è possibile capire se la motivazione sia legata alla paura di trasmettere il virus, al timore del rifiuto, alla mancanza di desiderio o ad altro ancora. Questo tipo di risposta poco specifica è molto frequente (almeno una su 4) e, più che rappresentare un vuoto informativo, suggerisce che per molte persone sia estremamente difficile mettere a fuoco e articolare il proprio vissuto riguardo all'HIV. La questione non è soggetta a un'elaborazione personale, ma viene rappresentata appunto come un dato di fatto, **come se la diagnosi e la rinuncia alla sessualità fossero percepite come due elementi che vanno insieme**, senza bisogno — o senza possibilità — di ulteriori parole: *"da quando ho saputo dell'HIV non ho più avuto rapporti sessuali con nessuno"*, un'affermazione che non offre spiegazioni e che assume la forma di un'**equazione implicita**.
Un altro gruppo di risposte, altrettanto corposo (oltre una su 4), è invece focalizzato sul **disagio di dover comunicare l'HIV e sulla paura del rifiuto**, talvolta legate a esperienze negative pregresse, per esempio: *"Non voglio raccontare la mia storia", "Per evitare di dover spiegare il mio stato di sieropositivo", "Paura del pregiudizio", "In passato ho conosciuto persone che al momento della rivelazione della mia positività sono sparite per paura di prendere il virus".* Per molte persone, la comunicazione dello stato sierologico è vissuta come un passaggio obbligato e inevitabile. Non dirlo genera disagio, senso di colpa, la percezione di non essere sinceri; ma dirlo appare altrettanto difficile, un momento critico che può interrompere sul nascere qualsiasi possibilità di relazione: *"non vorrei dover esplicitare la mia situazione ma non dicendolo mi sento meno sincero e quindi evito i rapporti",* "*Inizio una relazione sentimentale, ma nel momento in cui penso che potrebbe andare oltre mi blocco e chiudo per evitare di parlare della mia sieropositività e subire la chiusura".* Una persona dichiara che per riuscire a parlarne "servirebbero anni", a testimonianza di quanto questo passaggio sia percepito come un ostacolo enorme, quasi insormontabile: *"È complicato instaurare una relazione e comunicare lo status +, servirebbero anni di conoscenza prima. Ma non potrei avere un rapporto senza dirlo. Quindi evito".*

Si individuano poi dei raggruppamenti tematici meno frequenti.
Un gruppo di risposte (circa il 12%), riguarda persone che dichiarano di essere in una **relazione stabile**. In questi casi, la riduzione o l'evitamento di rapporti sessuali non sembra legata all'HIV né a paure o difficoltà specifiche, ma al semplice fatto di essere fedeli e non alla ricerca di altre relazioni sessuali. Le loro affermazioni suggeriscono che la domanda è stata interpretata in riferimento a rapporti con altre persone, e non alla vita sessuale all'interno della coppia. Esempi: "*ho rapporti solo con il mio compagno", "ho una compagna da tanti anni non ho motivo di cercare partner", "Essendo sposato non cerco nulla".*

Un altro gruppo (meno del 10%) esplicita la **paura di trasmettere l'HIV**, anche in presenza di una carica virale non rilevabile: "*Ho paura di trasmettere l'infezione", "anche se ho la carica virale azzerata il pensiero di poter recare un danno al mio partner c'è sempre", "Conosco il significato di U=U ma ho ugualmente la paura di trasmettere il virus".* Questa paura è talmente radicata da sovrastare persino l'evidenza scientifica rappresentata da U=U. In un caso questo timore viene addirittura esteso a ogni situazione e relazione, come mostra l'uso della forma impersonale nella frase *"Si ha sempre paura di fare del male al partner"*: non "io ho", ma "si ha", a indicare una sensazione percepita come universale e inevitabile, capace di influenzare profondamente la sfera affettiva e sessuale.
Un'ulteriore, piccola quota di risposte (circa il 4%) riguarda invece un timore di natura diversa: non la paura di trasmettere l'HIV, ma quella di **contrarre altre infezioni sessualmente trasmissibili**: *"Evito rapporti occasionali per non rischiare altre malattie"*, *"paura di contrarre le IST (lue ed altro)"*.

Ci sono poi le persone per cui **il sesso non rappresenta un'attrattiva** (*"non mi interessa", "Non sento esigenze", "mi sento di essere asessuale", "sparizione libido", "Non ho interesse a far sesso con alcuno...preferisco la visione di film hard"*) e quelle che **non hanno occasioni o possibilità** (*"Non ho avuto occasioni", "In questo momento sono in casa alloggio e non ho avuto fino ad oggi la possibilità di avere una relazione sentimentale", "ho una disfunzione", "per complicazioni da ictus cerebrale"*).

Riguardo invece all'evitamento delle **relazioni affettive** abbiamo raccolto 76 risposte aperte.

Tranne qualche eccezione (*"Non sento l'esigenza", "Ho gli affetti che mi servono, non cerco altro", "Sono in una relazione stabile da anni"*), gran parte delle persone attribuisce questa scelta all'**ignoranza**, ai **pregiudizi** e allo **stigma** ancora radicati nella società: *"Lo stigma non è cambiato", "C'è ancora troppa ignoranza… c'è troppa poca informazione", "Spesso abbandono un rapporto sul nascere se percepisco che vi siano pregiudizi". C'*è la conseguente **paura del rifiuto**: *"Ho paura della reazione loro", "Paura di non essere accettato per il mio status", "La paura di essere rifiutato o di essere ricattato"*. **Esporsi è complicato, provoca disagio e paura** (*"Disagio nel comunicare il mio stato", "Ho la paura di doverlo dire"*) e, tutto sommato, **la rinuncia diventa la scelta più sostenibile** - *"Evitare è più facile di spiegare", "Ho preferito non pensarci più"* - o addirittura l'unica possibile: "*Devo accettare la mia condizione è dimenticare cos'è l'amore"*.

Vivere l’invecchiamento

Parole associate a “invecchiare con HIV”

Per esplorare in modo immediato le percezioni associate all’idea di “invecchiare con HIV”, abbiamo chiesto alle persone di indicare **le prime tre parole che venivano loro in mente**.
È utile ricordare che le due fasce d’età hanno numerosità diverse (385 persone tra i 50–65 anni e 93 over 65), e questo influisce sulla quantità e sulla dimensione delle parole visualizzate nelle nuvole.
Di seguito presentiamo le nuvole di parole, distinte per fascia d’età, che restituiscono visivamente le associazioni più frequenti.

Figura 1 – Nuvola di parole: “Invecchiare con HIV” (fascia 50–65 anni)

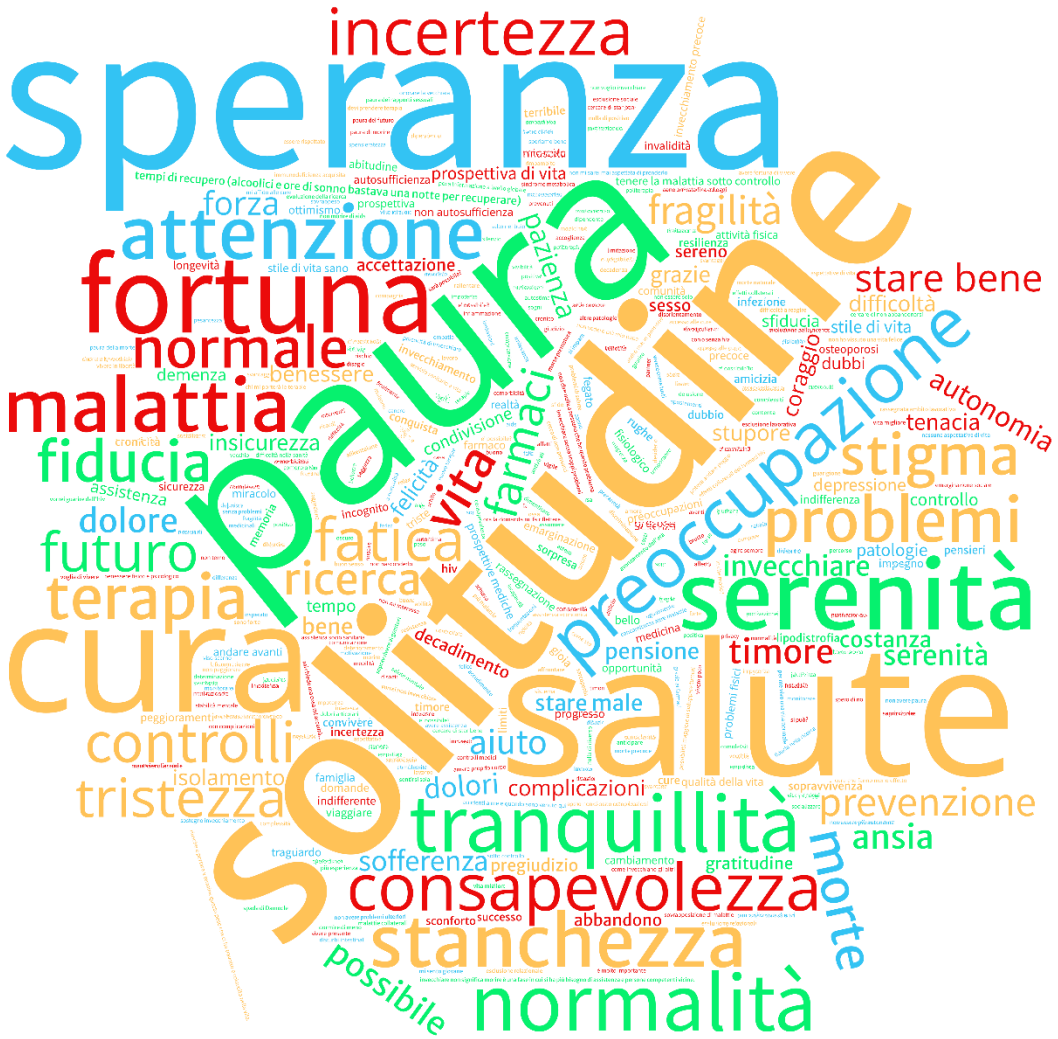
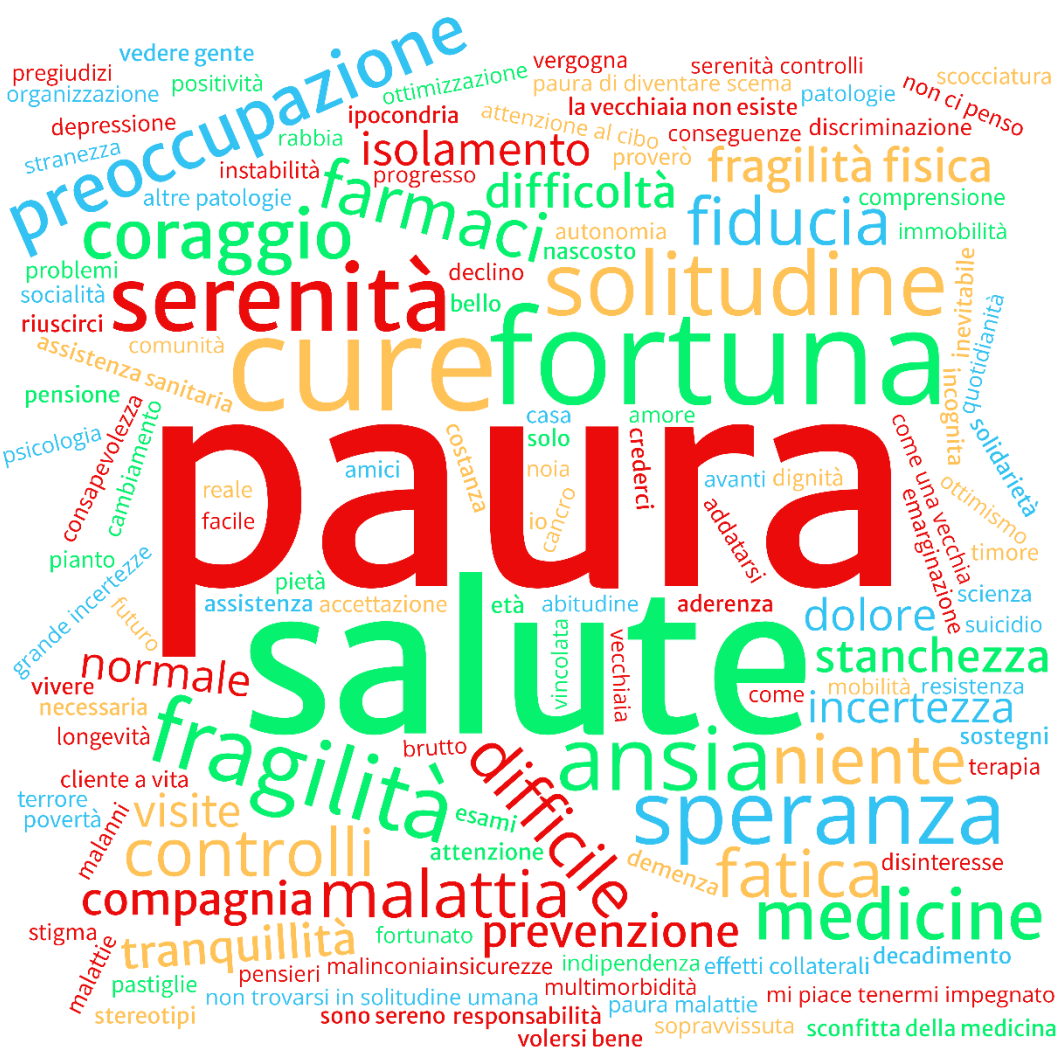


Figura 2 – Nuvola di parole: “Invecchiare con HIV” (over 65)



Percepire l’invecchiamento

Abbiamo chiesto quali, tra un elenco di situazioni proposte, facessero sentire di star invecchiando o di essere persone anziane. Poiché era possibile selezionare più risposte, la prima osservazione riguarda il numero medio di voci indicate: 3,4 nella fascia 50-65 anni e 4 nel gruppo over 65. La percezione dell’invecchiamento risulta quindi più articolata con l’avanzare dell’età, e questo porta le persone over 65 a essere più presenti nella maggior parte delle opzioni.

Guardando alle risposte, al primo posto per entrambe le fasce, ci sono i **cambiamenti del corpo** e in questo caso le percentuali sono pressoché identiche (74%). Al secondo posto, la **perdita di persone care o i cambiamenti nelle relazioni**, che hanno però un peso diverso nelle fasce d’età: 57% della fascia over 65 e 44,7% della fascia 50-65 anni. Anche la **gestione della salute**, al terzo posto, è indicata più spesso dal gruppo over 65 (53,8% contro 35,3% nella fascia 50-65).
In generale, le persone over 65 tendono a segnalare più frequentemente tutte le situazioni proposte, ad eccezione di due ambiti in cui prevalgono le persone di 50–65 anni: il confronto con persone più giovani (21,6% contro 18,3%) e i cambiamenti nel lavoro o nel ruolo sociale (15,6% contro 12,9%). Le occasioni

sociali in cui ci si sente “fuori posto” o meno rappresentati mostrano invece valori simili nelle due fasce (circa 29%).
Le **donne** segnalano più spesso rispetto agli uomini i cambiamenti del corpo (78,3% contro 74,3%) e, soprattutto, la perdita di persone care o i cambiamenti nelle relazioni (59,4% contro 41,5%, una differenza di quasi 18 punti percentuali). Indicano inoltre con maggior frequenza difficoltà nell’uso della tecnologia (29,7% contro 23,8%). Gli **uomini**, invece, si sentono più frequentemente soli (33,1% contro 29,7%), “fuori posto” o meno rappresentati (31% contro 26,8%) e segnalano più spesso il confronto con le persone più giovani (21,7% contro 18,1%).

Tabella 36 – Fattori che fanno percepire l’invecchiamento

	Totale (N. 478)		**50-65 anni** (N. 385)		**Over 65** (N. 93)		**Donna** (N. 138)		**Uomo** (N. 323)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cambiamenti nel corpo (stanchezza, dolori, mobilità ridotta)	356	74,5%	287	74,5%	69	74,2%	108	78,3%	240	74,3%
Perdita di persone care o cambiamenti nelle relazioni	225	47,1%	172	44,7%	53	57,0%	82	59,4%	134	41,5%
Gestione di più problemi di salute o terapie	186	38,9%	136	35,3%	50	53,8%	56	40,6%	126	39,0%
Difficoltà a svolgere attività quotidiane che prima facevo facilmente	178	37,2%	128	33,2%	50	53,8%	50	36,2%	122	37,8%
Sentirmi più solo/a o isolato/a	152	31,8%	121	31,4%	31	33,3%	41	29,7%	107	33,1%
Occasioni sociali in cui mi sento “fuori posto” o meno rappresentato/a	141	29,5%	114	29,6%	27	29,0%	37	26,8%	100	31,0%
Difficoltà con tecnologia o nuovi strumenti digitali	125	26,2%	89	23,1%	36	38,7%	41	29,7%	77	23,8%
Confrontarmi con persone più giovani	100	20,9%	83	21,6%	17	18,3%	25	18,1%	70	21,7%
Cambiamenti nel lavoro o nel ruolo sociale	72	15,1%	60	15,6%	12	12,9%	23	16,7%	46	14,2%
Commenti o atteggiamenti degli altri legati all’età	67	14,0%	51	13,2%	16	17,2%	17	12,3%	45	13,9%
Nessuna situazione in particolare	46	9,6%	42	10,9%	4	4,3%	9	6,5%	34	10,5%
Altro	36	7,5%	27	7,0%	9	9,7%	15	10,9%	21	6,5%

Atteggiamento verso l'invecchiamento

Per misurare gli atteggiamenti verso l'invecchiamento abbiamo utilizzato l'**Attitudes to Aging Questionnaire** (AAQ), una scala di misura validata composta da 24 item o affermazioni, con risposta su scala Likert a 5 punti (1 = fortemente in disaccordo, 5 = fortemente d'accordo). Lo strumento misura gli atteggiamenti personali verso l'invecchiamento su tre macro-dimensioni ed è stato scelto poiché permette di misurare diverse visioni dell'invecchiamento e dell'invecchiare, sia negative sia positive. Infatti, la scala di misura è strutturata in tre sottoscale principali: **Physical Change** (cambiamenti fisici come salute, vitalità, energia), **Psychological Growth** (crescita psicologica, saggezza, accettazione) e **Psychosocial Loss** (perdite psicosociali come isolamento sociale, invecchiamento mentale).

Grazie a un'analisi ANOVA a una via abbiamo confermato una differenza significativa tra le medie dei punteggi ottenuti da due gruppi di partecipanti, il gruppo di età 50-65 anni e quello over 65. L'analisi ha rilevato che le persone con **oltre 65 anni** di età tendono a vedere l'invecchiamento più **come un lutto o una perdita** ($F(1, 475) = 5.01$, $p < .05$) rispetto alle persone partecipanti di età compresa tra i 50 e i 65 anni. Inoltre, il campione di partecipanti tra i **50 e i 65** considera l'invecchiamento come un'**occasione di crescita personale, di acquisizione di saggezza e di tramandare le proprie conoscenze** in modo maggiore rispetto a chi è over 65 ($F(1, 475) = 4.44$, $p < .05$).

Tabella 37 – Atteggiamento verso l'invecchiamento

	Totale (N. 477)	**50-65 anni** (N. 384)	**Over 65** (N. 93)
	Media (D.S.)	**Media (D.S.)**	**Media (D.S.)**
Invecchiamento come cambiamento fisico (Scala Likert da 1-5)	M=3,4 (0,9)	M=3,4 (0,8)	M=3,3 (1)
Invecchiamento come crescita (Scala Likert da 1-5)	M=3,4 (0,8)	M=3,5 (0,8)	M=3,3 (0,9)
Invecchiamento come lutto (Scala Likert da 1-5)	M=3,4 (0,9)	M=2,2 (0,8)	M=2,6 (0,9)

Salute fisica e psicologica

Rispetto alla salute fisica (autosufficienza, movimento, dolore) e psicologica (ansia, depressione), è stata utilizzata la **scala di misura EQ_5D_5L**, uno strumento composto da due parti principali.
Nella prima parte, la persona rispondente valuta il proprio stato di salute attuale su **5 dimensioni**:

1. Mobilità
2. Cura di sé (lavarsi, vestirsi)
3. Attività abituali (lavoro, studio, lavori domestici)
4. Dolore/Disagio
5. Ansia/Depressione

Per ciascuna dimensione, le risposte vengono fornite su una scala Likert a 5 punti, indicando il grado di gravità percepito oggi:

1. Nessun problema
2. Problemi lievi
3. Problemi moderati

4. Problemi gravi
5. Impossibilitata/o a farlo / Problemi estremi

La seconda parte dello strumento permette ad ogni partecipante di esprimere una **valutazione complessiva** indicando su una scala graduata (simile ad un **termometro**) il proprio stato di salute attuale, avendo come riferimento il migliore stato di salute immaginabile (100) e il peggiore (0).

Da un'analisi ANOVA per il confronto delle medie abbiamo identificato una differenza significativa di salute auto-valutata tra le persone over 65 (M=65,7; D.S.=22,6) e quelle tra i 50 e i 65 anni (M=72,2; D.S.=19,5). Tale differenza significativa ($F(1, 468) = 7.7$, $p < .01$) mostra che **le persone over 65 riportano un peggiore stato di salute rispetto a quelle tra i 50 e i 65 anni**.

Tabella 38 – Salute fisica e psicologica

	Totale (N. 470)	**50-65 anni** (N. 377)	**Over 65** (N. 93)
	Media (D.S.)	**Media (D.S.)**	**Media (D.S.)**
Salute fisica e psicologica (Scala Likert da 5-25)	M=9 (3,6)	M=8,8 (3,5)	M=9,9 (4)
Salute fisica oggi (Termometro 1-100)	M=71 (20,3)	M=72,2 (19,5)	M=65,7 (22,6)

Solitudine

Per misurare la solitudine abbiamo utilizzato la **Three-Item Loneliness Scale**, una versione breve e validata della Revised UCLA Loneliness Scale. Lo strumento si basa su tre domande che esplorano tre aspetti fondamentali della solitudine: la **connessione relazionale**, la **connessione sociale** e il **senso di isolamento percepito**.

L'analisi ANOVA di confronto delle medie tra i due gruppi, under 65 (M= 2,25; D.S.= 1,06) e over 65 (M=2,47; D.S.= 1,07), non ha mostrato alcuna differenza statisticamente significativa tra i due gruppi (M= 2,29; D.S. =1,06), pertanto possiamo concludere che nonostante le loro specificità **entrambi i gruppi si sentono ugualmente soli** ($F(1, 476) = 3,28$, $p > .07$). Tale risultato va interpretato anche a fronte della differenza di numero tra le due sotto-popolazioni, è possibile che avendo a disposizione un maggior numero di persone over 65 tale punteggio tendente alla significatività si accentui.

Tabella 39 – Solitudine

	Totale (N. 478)	**50-65 anni** (N. 385)	**Over 65** (N. 93)
	Media (D.S.)	**Media (D.S.)**	**Media (D.S.)**
Solitudine (Scala Likert da 1-5)	M=2,3 (1,1)	M=2,2 (1,1)	M=2,5 (1,1)

Caregiver

Presenza e tipologia di caregiver

Nel campione complessivo, **poco meno della metà delle persone dichiara di avere un/a caregiver** nella vita quotidiana (45,4%). La presenza di una figura di supporto mostra un chiaro **gradiente legato all'età**: 43,4% tra i 50–65 anni e 53,8% tra le persone over 65.
Tra coloro che ricevono supporto, **la figura più frequente è la/il coniuge o partner** (14,9%), seguita – con percentuali più contenute - da altri familiari, amici o persone di fiducia.
Accanto alle reti familiari e informali, emerge anche una **presenza significativa di figure professionali**: il 13,6% del campione riceve supporto da operatori e operatrici socio-sanitari, una quota che tende ad aumentare con l'età e raggiunge il 16,1% nel gruppo over 65. Le forme di assistenza più strutturate, come badanti o infermieri, sono poco diffuse anche nella fascia d'età più avanzata.

Tabella 40 - Presenza e tipologia di caregiver (distribuzione semplice)

	Totale (N. 478)		**50-65 anni** (N. 385)		**Over 65** (N. 93)		**Donne** (N. 138)		**Uomini** (N. 323)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Non ho una caregiver	261	54,6%	218	56,6%	43	46,2%	76	55,1%	176	54,5%
Coniuge/partner	71	14,9%	55	14,3%	16	17,2%	20	14,5%	47	14,6%
Figlia/o	10	2,1%	8	2,1%	2	2,2%	7	5,1%	3	0,9%
Altro familiare	24	5,0%	19	4,9%	5	5,4%	5	3,6%	19	5,9%
Amica/o, persona di fiducia	17	3,6%	12	3,1%	5	5,4%	2	1,4%	15	4,6%
Volontaria/o di un'associazione	7	1,5%	4	1,0%	3	3,2%	3	2,2%	3	0,9%
Operatore socio-sanitario (OSS)	65	13,6%	50	13,0%	15	16,1%	20	14,5%	44	13,6%
Infermiera/e	5	1,0%	4	1,0%	1	1,1%	1	0,7%	3	0,9%
Badante, assistente familiare	4	0,8%	3	0,8%	1	1,1%	1	0,7%	3	0,9%
Altro	14	2,9%	12	3,1%	2	2,2%	3	2,2%	10	3,1%

Nel complesso, **uomini e donne** mostrano livelli simili di ricorso a un/a caregiver (rispettivamente 45,5% e 44,9%) e ricorrono in misura simile a coniuge e partner (rispettivamente 14,6% e 14,5%). **Le donne ricevono più spesso supporto da figli/e** (5,1% contro 0,9%) e **gli uomini fanno più affidamento su altri familiari** (5,9% contro 3,6%) **e su amici** o persone di fiducia (4,6% contro 1,4%).

Osservando, oltre al genere, anche le fasce d'età emergono differenze marcate. Tra i 50 e i 65 anni, gli uomini ricorrono a un/a caregiver più spesso delle donne (45,1% contro 39,5%), mentre nella fascia over 65 avviene l'opposto: la quota di donne che hanno un/a caregiver cresce in modo molto più netto (70,8%), mentre tra gli uomini l'aumento è più contenuto (47,0%). **L'età incide diversamente sui due generi, con un ricorso al supporto che diventa particolarmente rilevante per le donne più anziane.**
Ulteriori differenze emergono o si accentuano nelle fasce d'età. Tra gli uomini il ricorso al coniuge/partner rimane abbastanza stabile nel corso degli anni, mentre tra le donne aumenta sensibilmente (12,3% nella fascia 50-65 anni, 25% tra le over 65). Il supporto da parte di altri familiari, più frequente tra gli uomini nel

totale, diventa invece più marcato tra le donne over 65 (8,3% contro 4,5% dei coetanei). Anche il coinvolgimento degli operatori socio-sanitari è molto più elevato tra le donne over 65 rispetto agli uomini della stessa fascia d'età (29,2% contro 13,6%).

Tabella 41 - Presenza e tipologia di caregiver (distribuzione incrociata)

	Donne 50-65 anni (N. 114)		**Uomini 50-65 anni** (N. 257)		**Donne Over 65** (N. 24)		**Uomini Over 65** (N. 66)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Non ho una caregiver	69	60,5%	141	54,9%	7	29,2%	35	53,0%
Coniuge/partner	14	12,3%	38	14,8%	6	25,0%	9	13,6%
Figlia/o	6	5,3%	2	0,8%	1	4,2%	1	1,5%
Altro familiare	3	2,6%	16	6,2%	2	8,3%	3	4,5%
Amica/o, persona di fiducia	2	1,8%	10	3,9%			5	7,6%
Volontaria/o di un'associazione	3	2,6%					3	4,5%
Operatore socio-sanitario (OSS)	13	11,4%	35	13,6%	7	29,2%	9	13,6%
Infermiera/e	1	0,9%	3	1,2%				
Badante, assistente familiare	0	0,0%	3	1,2%	1	4,2%		
Altro	3	2,6%	9	3,5%			1	1,5%

Bisogno di assistenza tra le persone senza caregiver

Alle persone che hanno dichiarato di non avere un/a caregiver, abbiamo chiesto se ritenessero di averne bisogno. Solo una quota contenuta esprime la percezione di necessitarne (6,1%) e il dato è abbastanza stabile nelle fasce d'età 50-65 e over 65. Le differenze di genere sono più marcate e sono le donne, più degli uomini, ad esprimere questo bisogno (9,2% contro 5,1%); più nel dettaglio, questa opportunità viene espressa più frequentemente dalle donne nella fascia 50-65, mentre tra le persone over 65 il bisogno è riferito esclusivamente dagli uomini.

Tabella 42 – Percezione del bisogno di caregiver

	Sì		**No**		**Altro**		**NR**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Totale (n.261)	16	6,1%	224	85,8%	6	2,3%	15	5,7%
50-65 anni (n. 218)	13	6,0%	190	87,2%	4	1,8%	11	5,0%
Over 65 (n. 43)	3	7,0%	34	79,1%	2	4,7%	4	9,3%
Donne (n.76)	7	9,2%	60	78,9%	3	3,9%	6	7,9%
50-65 anni (n. 69)	7	10,1%	56	81,2%	2	2,9%	4	5,8%
Over 65 (n. 7)			4	57,1%	1	14,3%	2	28,6%
Uomini (n. 176)	9	5,1%	155	88,1%	3	1,7%	9	5,1%
50-65 anni (n. 141)	6	4,3%	126	89,4%	2	1,4%	7	5,0%
Over 65 (n. 35)	3	8,6%	29	82,9%	1	2,9%	2	5,7%

Motivi del ricorso al caregiver

I bisogni percepiti riguardano sia le attività quotidiane che la dimensione relazionale. Il motivo più frequente è il **curare lo spazio in cui si vive** (32,8%), seguito dalla **compagnia** (29,7%) e dall'aiuto negli **spostamenti** (28%). Percentuali leggermente più basse riguardano la gestione dei farmaci e delle terapie e il fare la spesa o preparare i pasti. La categoria "Altro", scelta da circa il 29% delle persone in entrambe le fasce d'età, viene motivata nella quasi totalità dei casi dalla mancanza di bisogni attuali.

Le persone **over 65** indicano più spesso la necessità di aiuto in quasi tutte le attività, in particolare per curare lo spazio domestico (40,9% contro 30,9% della fascia 50-65 anni) e l'igiene personale (18,3% contro 14%). La fascia **50–65 anni**, tuttavia, dichiara con una frequenza leggermente superiore di aver bisogno di aiuto negli spostamenti (28,6% contro 25,8% del gruppo over 65) e nella gestione delle terapie (21,6% contro 19,4%).

Tabella 43 - Motivi del bisogno di caregiver (distribuzione semplice)

	Totale (N. 478)		**50-65 anni** (N. 385)		**Over 65** (N. 93)		**Donne** (N. 138)		**Uomini** (N. 323)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Curare lo spazio in cui vivo	157	32,8%	119	30,9%	38	40,9%	45	32,6%	109	33,7%
Compagnia	142	29,7%	113	29,4%	29	31,2%	43	31,2%	98	30,3%
Aiuto negli spostamenti	134	28,0%	110	28,6%	24	25,8%	50	36,2%	81	25,1%
Gestione farmaci e terapie	101	21,1%	83	21,6%	18	19,4%	33	23,9%	67	20,7%
Fare la spesa e/o i pasti	88	18,4%	70	18,2%	18	19,4%	30	21,7%	57	17,6%
Gestire le mie ultime volontà e fine-vita	74	15,5%	60	15,6%	14	15,1%	21	15,2%	52	16,1%
Igiene personale	71	14,9%	54	14,0%	17	18,3%	22	15,9%	48	14,9%
Aiuto per frequentare altre persone	63	13,2%	50	13,0%	13	14,0%	25	18,1%	37	11,5%
Alleggerire il carico sulla mia famiglia	58	12,1%	46	11,9%	12	12,9%	20	14,5%	38	11,8%
Altro	138	28,9%	111	28,8%	27	29,0%	39	28,3%	92	28,5%

Guardando alla **differenza tra uomini e donne**, le frequenze con cui vengono indicate la cura dello spazio domestico e la compagnia risultano simili. Nella maggior parte delle voci, invece, prevalgono le donne, in particolare per quanto riguarda l'aiuto negli spostamenti, che è l'opzione più frequentemente segnalata da loro (36,2% contro 25,1% degli uomini). L'unica voce in cui gli uomini risultano leggermente più presenti è il supporto nella gestione delle ultime volontà e del fine-vita (16,1% contro 15,2% delle donne).

Alcune differenze tra i generi diventano più evidenti considerando anche le fasce d'età: **sono le donne over 65 ad avere le frequenze più alte** in tutte le voci, anche nei bisogni più comuni. Riguardo agli spostamenti la differenza con gli uomini diviene ancora più marcata: 41,7% delle donne over 65 rispetto al 19,7% dei coetanei. Altre per le altre forme di aiuto le differenze sono comunque rilevanti.

Nella fascia 50-65 anni le differenze sono meno significative e prevalgono a volte gli uomini e a volte le donne.
La categoria “Altro” è scelta in modo molto simile da uomini e donne, senza differenze rilevanti tra le fasce d’età.

Tabella 44 - Motivi del bisogno di caregiver (distribuzione incrociata)

	Donne 50-65 anni (N. 114)		**Uomini 50-65 anni** (N. 257)		**Donne Over 65** (N. 24)		**Uomini Over 65** (N. 66)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Curare lo spazio in cui vivo	34	29,8%	83	32,3%	11	45,8%	26	39,4%
Compagnia	34	29,8%	78	30,4%	9	37,5%	20	30,3%
Aiuto negli spostamenti	40	35,1%	68	26,5%	10	41,7%	13	19,7%
Gestione farmaci e terapie	25	21,9%	57	22,2%	8	33,3%	10	15,2%
Fare la spesa e/o i pasti	22	19,3%	47	18,3%	8	33,3%	10	15,2%
Gestire ultime volontà e fine-vita	16	14,0%	43	16,7%	5	20,8%	9	13,6%
Igiene personale	15	13,2%	38	14,8%	7	29,2%	10	15,2%
Aiuto per frequentare altre persone	19	16,7%	30	11,7%	6	25,0%	7	10,6%
Alleggerire il carico sulla famiglia	16	14,0%	30	11,7%	4	16,7%	8	12,1%
Altro	32	28,1%	74	28,8%	7	29,2%	18	27,3%

Rapporto con le associazioni

Attività di volontariato e/o attivismo

Oltre la metà delle persone (53,8%) dichiara di aver svolto almeno un'attività di volontariato o attivismo nel corso della vita. **Gli ambiti di impegno risultano molto diversificati**: una quota rilevante riguarda attività legate all'HIV (23,6%), una più contenuta l'area LGBTQIA+ (5,2%), mentre la percentuale più ampia si concentra su forme di volontariato in altri settori (24,9%), a conferma della varietà degli interessi e delle esperienze. Nel complesso, **l'impegno sociale e comunitario è diffuso** in modo significativo.

Le **differenze per fascia d'età** sono marcate: ha svolto almeno un'attività di volontariato o attivismo il 51,9% delle persone tra i 50 e i 65 anni e il 61,3% delle over 65. La distanza più evidente riguarda l'impegno nell'ambito dell'HIV, con una differenza di +6,7 punti percentuali a favore del gruppo over 65.
Questo andamento è coerente con il fatto che le persone più anziane hanno avuto **un arco di vita più lungo** in cui poter svolgere tali attività. È inoltre possibile che incidano anche **differenze generazionali**, legate al fatto che in passato l'HIV rappresentava un tema più urgente e mobilitante, con maggiori occasioni di attivismo e partecipazione comunitaria.

Anche le **differenze tra uomini e donne** sono marcate: le donne dichiarano più spesso degli uomini di aver svolto attività di volontariato (59,4% contro 51,4%). In ambito HIV risultano molto più presenti (31,2% contro 19,5%), mentre nell'area LGBTQIA+ prevalgono gli uomini (6,4% contro 1,4%).

Tabella 45 – Attività di volontariato e/o attivismo

	Sì, su HIV		Sì, LGBTQIA+		Sì, su altro		Totale dei Sì		No	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Totale	113	23,6%	25	5,2%	119	24,9%	257	53,8%	221	46,2%
50-65 anni	86	22,3%	20	5,2%	94	24,4%	200	51,9%	185	48,1%
Over 65	27	29,0%	5	5,4%	25	26,9%	57	61,3%	36	38,7%
Donne	43	31,2%	2	1,4%	37	26,8%	82	59,4%	56	40,6%
Uomini	63	19,5%	22	6,8%	81	25,1%	166	51,4%	157	48,6%

Esperienza come utente

Oltre la metà delle persone (52,9%), almeno una volta nella vita, ha frequentato o ricevuto supporto da un'associazione che si occupa di HIV.

Tabella 46 – Frequenza o supporto da associazioni HIV

	Totale (N. 478)		**50-65 anni** (N. 385)		**Over 65** (N. 93)		**Donne** (N. 138)		**Uomini** (N. 323)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sì	253	52,9%	205	53,2%	48	51,6%	93	67,4%	148	45,8%
No	225	47,1%	180	46,8%	45	48,4%	45	32,6%	175	54,2%

La partecipazione è abbastanza uniforme tra le fasce d'età, con una frequenza **leggermente superiore tra i 50-65 anni** (53,2% contro 51,6% del gruppo over 65).
La **differenza tra i generi** è invece molto marcata: le **donne** dichiarano di aver frequentato le associazioni in misura nettamente maggiore rispetto agli uomini (67,4% contro 45,8%).
Nel complesso, i dati indicano che le associazioni continuano a rappresentare un **punto di riferimento importante** per una parte consistente delle persone.

Abbiamo chiesto alle persone che in passato avevano frequentato un'associazione e poi avevano smesso di indicarne i motivi. Non conosciamo il numero totale di chi ha effettivamente interrotto la frequenza: possiamo ipotizzare che chi non ha risposto sia in buona parte composto da persone che ancora frequentano l'associazione, ma potrebbero esserci anche persone che hanno smesso senza fornire una motivazione. Per questo motivo, le percentuali sono calcolate sul numero di persone che hanno dichiarato di aver frequentato o ricevuto supporto da un'associazione (N = 253).

Tabella 47 – Motivi di abbandono

	Totale (N. 253)	
	N	%
Cessato bisogno	86	34,0%
Cambio di residenza	21	8,3%
Incompatibilità con impegni	15	5,9%
Problemi di salute personali o di persona cara	10	4,0%
Non sentirsi a proprio agio	10	4,0%
Esperienze negative	9	3,6%
Chiusura dell'associazione o interruzione dell'attività/servizio	8	3,2%
Perdita della persona di riferimento (abbandono o decesso)	2	0,8%
Altro	9	3,6%

Aspettative

Abbiamo chiesto quali ambiti dovrebbero essere prioritari per le associazioni nel supportare le persone che invecchiano con HIV (massimo 3 opzioni). Tre priorità superano il 40 %: il **supporto psicologico** individuale o di gruppo (42,1%), le **attività sociali e ricreative** per ridurre l'isolamento (41,8%) e gli **incontri informativi** su salute, terapie, comorbidità e invecchiamento (40,2%). Subito dopo compaiono, con percentuali comunque elevate (36-38%), i servizi di accompagnamento o supporto pratico, i gruppi di supporto tra pari dedicati all'invecchiamento e l'aiuto nella gestione burocratica e nell'accesso ai servizi socio-sanitari.

Le differenze tra fasce d'età sono contenute, ma mostrano alcune tendenze: le priorità indicate risultano in generale più frequenti tra le persone di 50–65 anni, che presentano percentuali superiori in quasi tutte le voci. Fanno eccezione pochi ambiti in cui le persone over 65 risultano leggermente più presenti: i gruppi di supporto tra pari dedicati all'invecchiamento (39,8% contro 36,1%), i servizi di accompagnamento o supporto pratico (39,8% contro 37,7%) e, in misura molto ridotta, il supporto psicologico (+1,2 punti percentuali).

Tra le voci in cui la fascia 50–65 anni si distingue maggiormente compaiono la consulenza su diritti, lavoro e pensione (33,5% contro 29%), le informazioni e il supporto su sessualità e relazioni nell'invecchiamento (17,4% contro 12,9%), la richiesta di risorse online (17,7% contro 14,0%) e l'aiuto nella gestione burocratica (36,4% contro 33,3%).
Nel complesso, tuttavia, le differenze tra le due fasce d'età non sono ampie e delineano un quadro di bisogni in larga parte condiviso.

Tabella 48 – Priorità delle associazioni HIV nel supporto all'invecchiamento (Massimo 3 opzioni)

	Totale (N. 478)		**50-65 anni** (N. 385)		**Over 65** (N. 93)		**Donne** (N. 138)		**Uomini** (N. 323)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Supporto psicologico individuale o di gruppo	201	42,1%	161	41,8%	40	43,0%	61	44,2%	137	42,4%
Attività sociali e ricreative per ridurre l'isolamento	200	41,8%	161	41,8%	39	41,9%	58	42,0%	138	42,7%
Incontri informativi su salute terapie e invecchiamento	192	40,2%	156	40,5%	36	38,7%	59	42,8%	131	40,6%
Servizi di accompagnamento o supporto pratico	182	38,1%	145	37,7%	37	39,8%	62	44,9%	115	35,6%
Gruppi di supporto tra pari dedicati all'invecchiamento	176	36,8%	139	36,1%	37	39,8%	48	34,8%	126	39,0%
Aiuto nella gestione burocratica e nell'accesso ai servizi socio sanitari	171	35,8%	140	36,4%	31	33,3%	56	40,6%	112	34,7%
Consulenza su diritti, lavoro, pensione e tutele sociale	156	32,6%	129	33,5%	27	29,0%	55	39,9%	99	30,7%
Programmi di attività fisica adattata o benessere	135	28,2%	110	28,6%	25	26,9%	50	36,2%	85	26,3%
Creare risorse on-line (webinar, materiali, chat di supporto)	81	16,9%	68	17,7%	13	14,0%	26	18,8%	54	16,7%
Informazioni e supporto su sessualità e relazioni nell'invecchiamento	79	16,5%	67	17,4%	12	12,9%	19	13,8%	58	18,0%
Altro	22	4,6%	18	4,7%	4	4,3%	6	4,3%	16	5,0%

Le differenze di genere risultano più marcate rispetto a quelle per fascia d'età. Le donne attribuiscono maggiore importanza soprattutto ai servizi di accompagnamento o supporto pratico (44,9% contro 35,6%), all'aiuto nella gestione burocratica e nell'accesso ai servizi socio-sanitari (40,6% contro 34,7%), alla

consulenza su diritti, lavoro e pensione (39,9% contro 30,7%) e ai programmi di attività fisica adattata o benessere (36,2% contro 26,3%).
Gli uomini, invece, indicano più frequentemente i gruppi di supporto tra pari dedicati all'invecchiamento (39,0% contro 34,8%) e le informazioni e il supporto su sessualità e relazioni nell'invecchiamento (18,0% contro 13,8%).

Bisogni e servizi

Utilizzo dei servizi nell'ultimo anno
I servizi più utilizzati riguardano il **supporto legato all'HIV e alla gestione sanitaria**, in particolare la gestione di problematiche sanitarie croniche (43,5%), la consulenza sul trattamento HIV (41,6%) e le informazioni sul vivere con l'HIV (39,1%). Quest'ultima risorsa mostra una differenza per età: è meno utilizzata dalle persone over 65 (34,4%) rispetto alla fascia 50-65 anni (40,3%). Anche la rete con altre persone con HIV (35,6%) e il supporto nella gestione degli effetti collaterali dei farmaci (28,5%) risultano relativamente diffusi. Il ricorso alla rete tra pari varia per genere: le donne vi fanno ricorso più frequentemente (44%) rispetto agli uomini (31,5%).

Nel complesso, **i servizi socio-assistenziali e di tutela dei diritti** sono utilizzati in misura più contenuta: la maggior parte delle persone dichiara di non averne avuto bisogno, con percentuali molto elevate in quasi tutte le voci (70–90%). Fanno eccezione l'assistenza nella richiesta di sussidi (33,7%) e la consulenza pensionistica (29,9%), che risultano i servizi più utilizzati in quest'area.

Nell'area del **benessere psicologico, relazionale e nutrizionale** emergono livelli di utilizzo più elevati rispetto ai servizi socio-assistenziali. Tra i servizi più richiesti compaiono l'aiuto nel rapporto con l'infettivologo/a (37,4%) e con la medica o il medico di riferimento (32,6%), la psicoterapia o il supporto psicologico (34,5%) e l'aiuto nella gestione dello stress (26,2%). Altri servizi mostrano livelli di utilizzo più contenuti.
L'aiuto nel rapporto con l'infettivologa/o è utilizzato più frequentemente dalle donne (46,4%) rispetto agli uomini (33,8%), e una differenza simile si osserva anche nel supporto alla relazione con la medica o il medico di base, più richiesto dalle donne (40%) che dagli uomini (30%). Per quanto riguarda la psicoterapia o il supporto psicologico, emergono differenze sia generazionali sia di genere: il servizio è meno utilizzato dalle persone over 65 (23,7% contro 37,1% della fascia 50-65 anni) e dagli uomini (32,4% contro 41,4% delle donne).

Nell'**area delle dipendenze e dei comportamenti a rischio**, i servizi risultano in generale poco utilizzati. L'unica eccezione è la consulenza o il trattamento per le Infezioni Sessualmente Trasmissibili, che è il servizio più richiesto in questo ambito (16,5%), con una maggiore frequenza tra gli uomini (19%) rispetto alle donne (10,7%). Tutte le altre voci si collocano su livelli di utilizzo più bassi, intorno o al di sotto del 5%. Tra queste, il supporto legato al Chemsex presenta valori complessivamente molto contenuti (2,7%), ma con una maggiore presenza tra gli uomini (2,9% contro 1,4% delle donne) e un bisogno insoddisfatto più elevato nello stesso gruppo (5,3%). Sebbene i numeri siano ridotti, il tema appare comunque rilevante.

Bisogni insoddisfatti
Considerando insieme le persone che avevano bisogno di un servizio ma non sono riuscite a ottenerlo, non lo hanno richiesto pur avendone bisogno o non ne erano a conoscenza, emergono diversi ambiti con livelli di bisogno insoddisfatto superiori al 20%. In particolare:

- Supporto alla vita sessuale – 23,6%
- Consulenza nutrizionale e terapia per osteosarcopenia – 23,0%
- Supporto nella gestione di multipli specialisti – 22,6%
- Rete con altre persone con HIV – 22,2%
- Psicoterapia o supporto psicologico – 20,7%
- Consulenza nutrizionale e terapia per obesità – 20,7%
- Aiuto per affrontare solitudine o isolamento – 20,5%

Servizi più difficili da ottenere

I servizi che presentano le percentuali più elevate alla voce "non è stato possibile ottenerlo" sono:

- Supporto nella gestione di multipli specialisti – 8,6%
- Aiuto nella gestione dello stress – 7,5%
- Gestione di problematiche sanitarie croniche – 6,7%
- Supporto per parlare dell'HIV con altri – 5,2%
- Consulenza nutrizionale e terapia per osteosarcopenia – 5,0%

Servizi meno conosciuti

Infine, considerando la voce "non ne ero a conoscenza", i servizi meno conosciuti risultano:

- Consulenza nutrizionale e terapia per osteosarcopenia – 9,2%
- Supporto nella gestione di multipli specialisti – 7,9%
- Supporto alla vita sessuale – 7,7%
- Consulenza nutrizionale e terapia per obesità – 6,7%
- Aiuto per affrontare solitudine o isolamento – 6,5%
- Informazioni sul vivere con HIV – 6,3%

Tabella 49 – Servizi utilizzati negli ultimi 12 mesi

	Ho usufruito del servizio	Non avevo bisogno del servizio	Avevo bisogno del servizio ma…		
			non è stato possibile ottenerlo	non ho provato a ottenerlo	non ne ero a conoscenza
Supporto legato all'HIV e alla gestione sanitaria					
Gestione di problematiche sanitarie croniche	208 43,5%	192 40,2%	32 6,7%	21 4,4%	25 5,2%
Consulenza sul trattamento HIV	199 41,6%	226 47,3%	12 2,5%	18 3,8%	23 4,8%
Informazioni sul vivere con HIV	187 39,1%	225 47,1%	14 2,9%	22 4,6%	30 6,3%
Rete con altre persone con HIV	170 35,6%	202 42,3%	23 4,8%	54 11,3%	29 6,1%
Gestione effetti collaterali dei farmaci HIV	136 28,5%	266 55,6%	22 4,6%	25 5,2%	29 6,1%
Aiuto professionale per assumere compresse HIV in modo corretto	133 27,8%	316 66,1%	4 0,8%	9 1,9	16 3,3%
Supporto nella gestione di multipli specialisti	128 26,8%	242 50,6%	41 8,6%	29 6,1%	38 7,9%
Supporto per parlare dell'HIV con altri (esclusi partner)	94 19,7%	291 60,9%	25 5,2%	46 9,6%	22 4,6%
Supporto per parlare dell'HIV con partner	73 15,3%	325 68,0%	21 4,4%	35 7,3%	24 5,0%

	Ho usufruito del servizio	Non avevo bisogno del servizio	Avevo bisogno del servizio ma…		
			non è stato possibile ottenerlo	non ho provato a ottenerlo	non ne ero a conoscenza
Supporto socio-assistenziale e tutela dei diritti					
Assistenza nella richiesta dei sussidi	161 33,7%	278 58,2%	15 3,1%	11 2,3%	13 2,7%
Consulenza pensionistica	143 29,9%	277 57,9%	15 3,1%	20 4,2%	23 4,8%
Consulenza finanziaria e/o assicurativa	77 16,1%	348 72,8%	19 4,0%	14 2,9%	20 4,2%
Consulenza legale	73 15,3%	360 75,3%	17 3,6%	9 1,9%	19 4,0%
Sostegno abitativo	69 14,4%	374 78,2%	17 3,6%	7 1,5%	11 2,3%
Servizi alimentari (es. banco alimentare o spesa a domicilio)	56 11,7%	398 83,3%	11 2,3%	5 1,0%	8 1,7%
Consulenza lavorativa	38 7,9%	394 82,4%	21 4,4%	11 2,3%	14 2,9%
Sostegno in materia di immigrazione	17 3,6%	448 93,7%	4 0,8%	3 0,6%	6 1,3%
Servizi contro la violenza domestica	9 1,9%	455 95,2%	3 0,6%	6 1,3%	5 1,0%
Benessere psicologico, relazionale e nutrizionale					
Aiuto nel rapporto con infettivologa/o	179 37,4%	256 53,6%	17 3,6%	11 2,3%	15 3,1%
Psicoterapia o supporto psicologico	165 34,5%	214 44,8%	27 5,6%	54 11,3%	18 3,8%
Aiuto nel rapporto con medica/o di riferimento	156 32,6%	276 57,7%	13 2,7%	15 3,1%	18 3,8%
Aiuto nella gestione dello stress	125 26,2%	235 49,2%	36 7,5%	53 11,1%	29 6,1%
Consulenza nutrizionale e terapia per obesità	77 16,1%	302 63,2%	23 4,8%	44 9,2%	32 6,7%
Aiuto per affrontare la solitudine o l'isolamento	75 15,7%	305 63,8%	26 5,4%	41 8,6%	31 6,5%
Consulenza nutrizionale e terapia per osteosarcopenia	65 13,6%	303 63,4%	24 5,0%	42 8,8%	44 9,2%
Supporto relazioni sentimentali	64 13,4%	318 66,5%	23 4,8%	46 9,6%	27 5,6%
Supporto vita sessuale	40 8,4%	325 68,0%	22 4,6%	54 11,3%	37 7,7%
Sostegno al lutto e al fine-vita	37 7,7%	377 78,9%	9 1,9%	29 6,1%	26 5,4%

	Ho usufruito del servizio	Non avevo bisogno del servizio	Avevo bisogno del servizio ma…		
			non è stato possibile ottenerlo	non ho provato a ottenerlo	non ne ero a conoscenza
Dipendenze e comportamenti a rischio					
Consulenza o trattamento per IST	79 16,5%	375 78,5%	7 1,5%	9 1,9%	8 1,7%
Aiuto per smettere di fumare	24 5,0%	373 78,0%	12 2,5%	53 11,1%	16 3,3%
Consulenze o trattamento per consumo altre sostanze	24 5,0%	439 91,8%	3 0,6%	9 1,9%	3 0,6%
Consulenza o trattamento per consumo di alcol	20 4,2%	439 91,8%	4 0,8%	10 2,1%	5 1,0%
Consulenze o trattamento per consumo di cannabinoidi	16 3,3%	446 93,3%	4 0,8%	8 1,7%	4 0,8%
Consulenze o trattamento per Chemsex	13 2,7%	442 92,5%	5 1,0%	8 1,7%	10 2,1%

Condizione abitativa

La maggior parte delle persone vive in autonomia (38,1%) **o con la/il partner** (30,8%), con frequenze molto simili nelle diverse fasce d'età. Una quota non trascurabile vive in casa-alloggio (18,4%), con una frequenza che cresce con l'avanzare dell'età, fino a superare il 20% nella fascia over 65. La convivenza con i familiari riguarda l'11,3% del totale ed è più frequente tra i 50-65 anni. L'ospitalità in strutture pubbliche o private riguarda il 2,1% del campione (quasi esclusivamente la fascia 50-65 anni), mentre le altre condizioni abitative sono ancor meno diffuse.

Tabella 50 - Condizione abitativa

	Totale (N. 478)		**50-65 anni** (N. 385)		**Over 65** (N. 93)	
	n	%	n	%	n	%
Abito per conto mio	182	38,1%	146	37,9%	36	38,7%
Convivo con partner	147	30,8%	118	30,6%	29	31,2%
Sono in casa-alloggio	88	18,4%	69	17,9%	19	20,4%
Convivo con familiari	54	11,3%	46	11,9%	8	8,6%
Ospite in una struttura pubblica o privata	10	2,1%	9	2,3%	1	1,1%
Convivo con amici/he o famiglia elettiva	4	0,8%	2	0,5%	2	2,2%
Co-housing	3	0,6%	2	0,5%	1	1,1%
Convivo con sconosciuti	2	0,4%	1	0,3%	1	1,1%
Altro	4	0,8%	3	0,8%	1	1,1%

Tabella 51 - Preferenze abitative future (ordine di preferenza)

	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
Un mio spazio privato non condiviso e senza assistenza esterna	195 40,8%	95 19,9%	56 11,7%	37 7,7%	21 4,4%	22 4,6%	13 2,7%
Un mio spazio privato non condiviso con assistenza esterna	78 16,3%	173 36,2%	86 18,0%	39 8,2%	39 8,2%	18 3,8%	6 1,3%
Un mio spazio privato condiviso con altre persone	99 20,7%	67 14,0%	138 28,9%	81 16,9%	40 8,4%	12 2,5%	2 0,4%
In casa di figli/ie o parenti	24 5,0%	30 6,3%	42 8,8%	104 21,8%	75 15,7%	71 14,9%	93 19,5%
In casa di una persona amica	4 0,8%	29 6,1%	43 9,0%	76 15,9%	147 30,8%	97 20,3%	43 9,0%
In una struttura di accoglienza	15 3,1%	23 4,8%	31 6,5%	45 9,4%	75 15,7%	154 32,2%	96 20,1%
In co-housing con altre persone HIV+	24 5,0%	22 4,6%	43 9,0%	57 11,9%	42 8,8%	65 13,6%	186 38,9%

Parlando invece di preferenze abitative, le risposte mostrano una forte eterogeneità, ma con alcune tendenze molto chiare. La soluzione più desiderata come **prima scelta è avere uno spazio privato non condiviso e senza assistenza esterna** (40,8%), seguita a distanza da uno spazio privato condiviso con altre persone (20,7%) e da uno spazio privato non condiviso con assistenza esterna (16,3%). Le altre opzioni raccolgono percentuali molto contenute come prima preferenza.

Lo spazio privato non condiviso con assistenza esterna è la seconda opzione più frequente (36,2%) e mantiene un ruolo rilevante anche come terza scelta (18%). Lo spazio privato condiviso con altre persone è la terza scelta più indicata (28,9%) e rimane presente anche nella posizione successiva (16,9%).
Vivere in casa di figli o parenti è indicato prevalentemente come quarta scelta, in posizione intermedia.
Le altre soluzioni tendono a collocarsi nelle ultime posizioni: vivere in casa di una persona amica si concentra soprattutto tra la quinta e la sesta scelta (30,8% e 20,3%); una struttura di accoglienza è prevalentemente una sesta o settima opzione (32,2% e 21,1%); **il co-housing con altre persone con HIV è decisamente la scelta meno gradita** rispetto alle altre.

Canali di diffusione del questionario

Tabella 52 – Canali di diffusione
Domanda: *“Dove ha sentito parlare o trovato il link al questionario?”*

	N	%
LILA - Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS	102	21,3%
Social network	89	18,6%
C.I.C.A. - Coordinamento Italiano Case Alloggio HIV/AIDS	89	18,6%
Il mio centro clinico	75	15,7%
Arcobaleno AIDS	30	6,3%
Passaparola da amicizie e/o conoscenti	19	4,0%
NADIR Onlus	14	2,9%
PLUS Bologna Aps	12	2,5%
PLUS Roma Aps	12	2,5%
A.S.A. - Associazione Solidarietà AIDS	7	1,5%
NPS Italia Aps	6	1,3%
C.D.C.P. - Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute	3	0,6%
C.N.C.A. - Coordinamento Nazionale Comunità Accoglienti	3	0,6%
Mario Mieli - Circolo di cultura omosessuale	2	0,4%
Fondazione Villa Maraini	1	0,2%
NR	14	2,9%