

La prevenzione HIV/AIDS
nelle **donne eterosessuali:**
indicazioni e strategie comunicative

Il presente opuscolo è rivolto agli operatori socio-sanitari e ai volontari delle associazioni e tutti coloro che si trovano a pianificare un intervento comunicativo rivolto alle donne sul tema dell'HIV/AIDS.

L'opuscolo ha l'obiettivo di fornire strumenti concettuali e operativi per la realizzazione di messaggi preventivi che siano mirati ed efficaci. A tal fine sono illustrati i dati epidemiologici aggiornati e i modelli teorici di riferimento, le buone pratiche nella prevenzione e nella comunicazione con il target alla luce dell'esperienza diretta degli operatori delle associazioni e degli enti che da anni si occupano di tali problematiche in Italia.

Il presente opuscolo costituisce uno dei documenti realizzati nell'ambito del progetto "Valutazione dell'impatto del messaggio della Campagna ministeriale Educativo-Informativo 2007-2008 per la lotta all'AIDS e sperimentazione di un modello di divulgazione continua e costante dei messaggi mirati a gruppi vulnerabili, con il coinvolgimento delle Associazioni della Consulta".

Per approfondimenti sulle altre popolazioni target incluse nel medesimo progetto (persone migranti, uomini omosessuali, consumatori di sostanze) si rimanda ai rispettivi opuscoli.

Coordinatore Responsabile:

Prof.ssa Bruna Zani - Università di Bologna, Dipartimento di Scienze dell'Educazione

Autori che hanno contribuito al testo:

Luca Pietrantoni - Università di Bologna, Dipartimento di Scienze dell'Educazione

Elvira Cicognani - Università di Bologna, Dipartimento di Scienze dell'Educazione

Diana Cani - Università di Bologna, Dipartimento di Scienze dell'Educazione

Associazioni di riferimento:

ANLAIDS, Associazione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS

Sede nazionale Via Barberini 3 00187, Roma

<http://www.anlaid.org>

LILA, Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS

Sede nazionale legale e amministrativa: Via Maurizio Monti, 58, 22100 Como

Sede nazionale operativa: C.so Regina Margherita, 190e, 10152 Torino

<http://www.lila.it>

La prevenzione **HIV/AIDS**
nelle **donne eterosessuali:**
indicazioni e strategie comunicative

Indice

1. Dati epidemiologici italiani sul rischio HIV nelle donne eterosessuali	5
2. Comportamenti relativi all'HIV e bisogni psicosociali nelle donne eterosessuali	6
3. Riduzione del rischio HIV e strategie comunicative con le donne eterosessuali	9
4. L'opinione degli operatori: una ricerca con focus group	9
5. Esempi di materiali comunicativi rivolti alle donne eterosessuali in Italia e in Europa	12
6. Indicazioni per l'elaborazione di messaggi specifici per le donne eterosessuali	16
7. La sperimentazione di un modello: una storia "role-model"	19
Bibliografia	23



1 Dati epidemiologici italiani sul rischio HIV nelle donne eterosessuali

Dal 1985 al 2007 sono state riportate in Italia 40.676 nuove diagnosi di infezione da HIV di cui 11.902 donne (pari al 29,2%). Se l'andamento delle nuove diagnosi di infezione è stato simile in maschi e femmine per diversi anni, tuttavia la proporzione di donne è poi aumentata progressivamente: il rapporto maschi/femmine, che era di 3,5 nel 1985, è diventato di 2,5 nel 2007.

L'aumento dei casi di HIV/AIDS nelle donne, in particolar modo nei rapporti eterosessuali, è un dato che emerge sia nei più recenti rapporti europei (rapporto ECDC 2007) che in quelli mondiali (rapporto UNAIDS, 2008).

In linea generale, stando all'ultimo rapporto COA (2008), dal 1997 al 2007 è aumentata considerevolmente

la percentuale di persone contagiate da HIV per via sessuale: in particolare, per i rapporti eterosessuali, si passa dal 20,7% nel 1997 al 43% nel 2007. Questa via rappresenta la modalità di trasmissione più frequente nell'ultimo biennio. Nello specifico, si parla di 13.288 casi di AIDS attribuibili a rapporti eterosessuali.

Quasi la metà (42,47%) delle donne che hanno contratto l'infezione da HIV/AIDS aveva avuto rapporti con partner di cui era nota la sieropositività.

La distribuzione dei casi di AIDS attribuibili a rapporti eterosessuali (13.288 casi), ulteriormente suddivisa in base al tipo di rischio e sesso, è presentata in tabella 1.

Un dato significativo riguarda l'età; dal rapporto COA si legge che il 66,3% dei casi si concentra nella fascia d'età 30-49 anni, con l'aumento di casi nella fascia d'età 40-49 anni (per le donne dal 5,7% nel

TABELLA 1: *Casi cumulativi di AIDS nelle donne eterosessuali in base alle caratteristiche del partner (COA, 2008)*

	Donne con partner		Totale
	HIV non noto	HIV noto	
Partner originario di zona endemica	306	37	343 (5,9%)
Partner bisessuale	40	39	79 (1,4%)
Partner tossicodipendente	897	1189	2086 (36,0%)
Partner emofilico/trasfuso	19	36	55 (0,9%)
Partner di zona endemica	40	13	53 (0,9%)
Partner promiscuo*	2027	1144	3171 (54,79%)
Totale	3329 (57,52%)	2458 (42,47%)	5787

* Persone che hanno presumibilmente contratto l'infezione per via eterosessuale (ad es. clienti di prostitute) non includibili in nessuna delle altre categorie.

1990 al 30,8% nel 2005). L'età media alla diagnosi sembra essersi alzata: se nel 1988 la mediana era di 27 anni per le femmine, nel 2008 la mediana è salita a 40 anni. Nell'ultimo decennio la proporzione di persone di sesso femminile tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 23-25% di tutti i casi.

Un ulteriore dato interessante riguardo le donne è quello che fa riferimento alle infezioni pediatriche avvenute per via verticale; dei 60.346 casi segnalati fino al 31 dicembre 2008, 769 (1,3%) sono stati registrati nella popolazione pediatrica, cioè in pazienti con età alla diagnosi inferiore ai 13 anni o superiore ai 12 anni ma che avevano acquisito l'infezione per via verticale. Si riscontra una cospicua diminuzione dei casi di AIDS pediatrici a partire dal 1997, quale effetto dell'applicazione delle linee guida relative al trattamento antiretrovirale nelle donne in gravidanza che riduce la trasmissione verticale, e della terapia antiretrovirale nei bambini infetti. Dei 714 (92,8%) casi pediatrici che hanno contratto l'infezione dalla madre, 262 (36,7%) sono figli di donne che hanno acquisito l'infezione per via sessuale.

Rispetto a dieci anni fa la situazione si è dunque considerevolmente modificata e la popolazione femminile, in particolare eterosessuale e adulta, rappresenta un target vulnerabile rispetto al rischio HIV/AIDS. Inoltre, l'infezione da HIV nelle donne può esser trasferita da madre a figlio durante la gravidanza (trasmissione verticale).

2 Comportamenti relativi all'HIV e bisogni psicosociali nelle donne eterosessuali

Se inizialmente l'infezione da HIV/AIDS era chiamata la "piaga dei gay" è emerso chiaramente che la

trasmissione del virus HIV non fa differenze di genere, preferenze sessuali, razza, classe o distribuzione geografica.

Dal punto di vista della trasmissione sessuale, occorre fare una breve premessa: durante i rapporti eterosessuali è più alta la probabilità che il virus si trasmetta da uomo a donna rispetto alla situazione inversa. Tale vulnerabilità delle donne è dovuta a diversi fattori: primo, l'alta concentrazione del virus dell'HIV nello sperma maschile rispetto a quello contenuto nelle secrezioni vaginali, in quanto il volume dello sperma è superiore al volume delle secrezioni vaginali; secondo, le mucose della vagina assorbono in misura maggiore lo sperma e di conseguenza il virus, rispetto a quanto avviene per l'uomo; terzo, la conformazione della vagina determina un contatto prolungato con lo sperma eventualmente infetto; infine, nelle mucose vaginali e nell'ano sono spesso presenti microlesioni che possono facilitare l'ingresso del virus (Cummins, Dezzutti, 2008).

Se contraggono il virus, le donne HIV-positive differiscono dagli uomini nelle loro manifestazioni sintomatiche che riguardano spesso infiammazioni pelviche, tumore della cervice, tumore al seno, infezioni micotiche della vagina e candida. Inizialmente i sintomi delle donne sono meno pronunciati rispetto a quelli maschili e spesso confusi con comuni disturbi ginecologici.

Un'altra modalità in cui il virus dell'HIV differenzia il suo impatto sulle donne rispetto agli uomini, è il suo effetto sulla gravidanza. Scoprire di essere HIV positive in un momento così delicato rende ancora più difficile fronteggiare adeguatamente la malattia e sono comuni le preoccupazioni sulla propria salute e su quella del nascituro.

La trasmissione verticale può avvenire durante il parto oppure dopo la nascita, durante l'allattamen-

to. La ricerca medica ha fatto notevoli progressi in questo ambito: oggi, infatti, la trasmissione dell'HIV da una madre HIV-positiva al feto può essere significativamente ridotta grazie ai trattamenti farmacologici da assumere in specifici periodi della gravidanza; sottoporsi al test HIV prima di pianificare una gravidanza o, se questa non è pianificata, appena si sa, significa potersi sottoporre alle indagini e alle cure necessarie per tutelare la salute del nascituro e la propria (Violari, 2008).

Resta comunque di primaria importanza non soltanto un facile accesso alle terapie, ma anche una maggiore diffusione del test per l'HIV nelle donne in età fertile, affinché si riduca la quota di soggetti che arrivano alla gravidanza senza sapere di essere HIV positive, e di un adeguato counselling pre-concepimento che orienti a una scelta consapevole (Florida, Polizzi, 2008).

Per capire meglio i bisogni delle donne riguardo alla prevenzione dell'HIV, bisogna fare attenzione anche ai processi psicosociali, culturali ed ambientali che rendono le donne più a rischio. Come abbiamo visto, il modo primario attraverso cui le donne acquisiscono l'HIV è tramite contatti eterosessuali con partner sieropositivi.

ANLAIDS ha realizzato il "Progetto Donna" in collaborazione con il Ministero della Sanità, nel 1998 (Crespi et al., 1998). Si tratta di una ricerca su un campione casuale di 6.616 donne, di età compresa tra i 25 ed i 55 anni, informate sulla problematica HIV, distribuite in 21 città del territorio nazionale, stratificate per dimensione ed area geografica. Il questionario ha indagato l'analisi delle informazioni acquisite, l'indicazione sui metodi contraccettivi, lo studio dei comportamenti sessuali, la verifica delle convinzioni, dei valori e degli atteggiamenti. I risultati della ricerca evidenziano come le donne abbiano

una resistenza all'uso del preservativo nonostante lo considerino un valido strumento di prevenzione.

Certamente il genere è un fattore che influenza le opportunità sociali e le risorse sociali e sanitarie. Jenkins (2000), che ha approfondito il ruolo del genere sull'incidenza di infezione da HIV sulle donne, ritiene che gli stereotipi sociali riguardanti la sessualità, le valutazioni e i bias nella percezione del rischio di HIV pongono le donne in una situazione di maggior fragilità e quindi più a rischio di contagio. In particolare, le norme sociali che "sessualizzano" le donne e al contempo spesso le diffamano per il fatto di avere una vita sessuale assertiva, perdonano, permettono e talvolta persino invitano l'uomo alla promiscuità sessuale, affidando la responsabilità del controllo delle nascite alle donne.

Patton (1994) ha messo a fuoco l'impatto del genere e di altre dimensioni psicosociali sulla salute delle donne, sottolineando che spesso i servizi che si occupano della salute tengono poco in considerazione gli specifici bisogni delle donne e non lavorano sull'empowerment. Nella prospettiva elaborata dall'autore gli aspetti socio-culturali, in particolare quelli riguardanti il matrimonio, la gravidanza e la sessualità, non vengono affrontati in un'ottica di tutela della salute della donna

Wingood e DiClemente (2000) propongono una teoria ("*Theory of Gender and Power*") che fa riferimento alla relazione tra rischio di HIV e dinamiche di genere. Tale teoria pone l'attenzione sulle necessità delle donne facendo particolare riferimento alla distribuzione del potere e dell'autorità, delle norme di genere e alle influenze interpersonali sul comportamento. In particolare, si riferisce alle differenze presenti in ambito lavorativo, alle dinamiche di potere nel rapporto tra uomini e donne, illustrando come le dinamiche sociali possano produrre iniquità

per le donne e quindi incrementare la loro vulnerabilità al virus dell'HIV.

Parte del rischio HIV nelle donne è legato alla complessità della loro vita sessuale: per esempio, in Italia, le donne possono avere diversi pattern di comportamento sessuale, avere un partner sessuale o diversi, e iniziare la loro vita sessuale precocemente o più tardi. Dal rapporto ISTISAN 2000 (Donati, Andreozzi, Medda, Grandolfo, 2000) basato su uno studio trasversale su 6532 studenti italiani frequentanti le scuole medie superiori, emerge che su un totale di 3071 ragazze (pari al 42% del campione), il 12% delle intervistate dichiara di aver avuto il suo primo rapporto sessuale completo tra 14 e 16 anni contro un 45% che dichiara di averlo avuto tra 17 e 19 anni. Non è semplice delineare il complesso dei fattori alla base dell'età media del primo rapporto sessuale e della progressiva riduzione dei valori riproduttivi in Italia (attualmente il lieve aumento della fertilità è attribuibile alle donne straniere), rispetto a quanto accade negli altri paesi industrializzati. Tra gli/le intervistati/e che hanno già avuto rapporti sessuali l'11% riferisce di non aver usato alcun metodo contraccettivo.

L'indagine nazionale sulla fertilità del 1997 ha evidenziato come la proporzione di donne che hanno usato una qualche forma di contraccezione al momento del loro primo rapporto sessuale è passata dal 40% delle generazioni nate nella metà degli anni '50, al 75% di quelle nate nel 1975 probabilmente grazie ad una maggiore circolazione di informazioni inerenti la fisiologia riproduttiva, la contraccezione e le malattie a trasmissione sessuale.

In uno studio qualitativo di Watson e Bell (2005), è stato approfondito, attraverso racconti, la prospettiva di donne eterosessuali adulte dai 30 ai 50 anni sulle relazioni e il sesso sicuro. Alla domanda su come percepivano se stesse rispetto a questi temi, le partecipanti

si sono descritte come competenti, responsabili e mature in termini di relazioni e di scelte sessuali. In verità, approfondendo le loro abitudini sessuali, le autrici hanno evidenziato come, nelle loro pratiche sessuali, queste donne non fossero poi molto diverse dalle adolescenti. Dalle interviste emerge la contraddizione tra alcune idee centrate sul potere e l'indipendenza e le loro difficoltà effettive nella negoziazione dei rapporti sessuali. Questo studio mette inoltre in luce il fatto che le donne, anche quelle single, non si sentono una categoria a rischio, anzi, ritengono erroneamente di essere ben informate e in grado di prendere le scelte migliori, affidandosi al proprio "intuito".

Un punto importante che emerge nella letteratura concerne il concetto di fiducia. Spesso le donne ritengono di praticare sesso sicuro in quanto iniziano una relazione o hanno rapporti sessuali con partner dei quali "si fidano". Questo concetto è di fondamentale importanza per la comprensione delle pratiche di sesso sicuro, perché il significato del preservativo e di altre pratiche di sesso sicuro è "Non mi fido di te". Non parlare di rischi sessuali con un partner può essere un mezzo per dimostrare la forza del proprio amore e dell'intensità dei sentimenti del legame; l'amore "senza preservativo" diventa il simbolo del "vero amore".

Hollway (1989) ha analizzato il significato del sesso non protetto nelle donne dimostrando che questo significa "impegno" perché viene interpretato come la volontà da parte di entrambi i partner di avere un bambino insieme. Nella storia sessuale delle donne, i rapporti sessuali senza preservativo sono frequenti, ne consegue che all'inizio di un rapporto nuovo, il sesso con il preservativo è considerato come "qualcosa fuori dal comune", come una mancanza di fiducia, o addirittura una manifestazione di un pericolo per la salute.

Lo stigma sociale legato all'HIV/AIDS continua a promuovere una certa rappresentazione della donna "a rischio di HIV", attribuendole pratiche di rapporti promiscui, prostituzione, dipendenza da droghe. I dati epidemiologici non supportano tali pregiudizi ma nonostante questo rimangono radicati nella popolazione. Classificare le donne in categorie ad "alto rischio" e a "basso rischio" riduce le potenzialità degli interventi preventivi ed informativi, assistenziali, aumentando il rischio individuale (Lynne, 2007). D'altro canto da tempo non si identificano più gruppi a rischio bensì comportamenti e stili di vita a rischio; su questi vengono programmati i livelli di intervento. È dunque di particolare importanza esplorare i comportamenti per cui in alcuni gruppi di donne è in aumento l'infezione da HIV, e contemporaneamente implementare interventi di prevenzione e di informazione.

3 **Riduzione del rischio HIV e strategie comunicative con le donne eterosessuali**

Le raccomandazioni per la prevenzione della trasmissione sessuale dell'HIV includono l'astinenza, le relazioni monogame a lungo termine con un partner sieronegativo, un limitato numero di partner sessuali durante il corso della propria vita e l'utilizzo del preservativo per ogni altro rapporto sessuale. Nel caso delle donne, l'uso del preservativo è indicato per tutte quelle che hanno molteplici partner sessuali, che hanno un partner sieropositivo o ignorano lo stato sierologico del proprio partner (Lynne, 2007). Le strategie di prevenzione HIV tradizionali hanno avuto la tendenza a concentrarsi prevalentemente sulle regole dell'"ABC": astenersi (*Abstain*), essere fedeli (*Be faithful*) e utilizzare un preservativo (*use a Condom*).

La rassegna sistematica della Cochrane Library sulla trasmissione sessuale tra uomo e donna dimostra che l'uso continuativo del preservativo durante tutti i rapporti di penetrazione vaginale riduce fortemente la possibilità di infezione da HIV. Il preservativo è dunque efficace nel prevenire l'infezione da HIV. Nel mondo meno della metà delle persone a rischio di infezione da HIV è in grado di procurarsi preservativi. In tutto il mondo, solo il 4,9% delle donne sposate in età riproduttiva lo usa, tale cifra scende al 1,3% in Africa (UNAIDS, 1999). Ci sono molte ragioni per cui le cifre sono così basse: gli ostacoli principali sono il costo, le norme culturali dominanti, la difficoltà di accesso e l'imbarazzo nell'acquisto. Un problema relazionale e culturale riguarda la contrattazione del preservativo nelle coppie stabili.

La "Coalizione Mondiale per le donne e l'AIDS" (iniziativa UNAIDS) propone un approccio più olistico alla lotta contro l'HIV e l'AIDS enfatizzando l'empowerment delle donne e la promozione dei diritti delle donne e delle bambine, per affrontare le attuali disparità di genere che riducono le capacità delle giovani donne e ragazze di fare scelte informate sulla loro sessualità.

4 **L'opinione degli operatori: una ricerca con focus group**

In Italia vi sono associazioni, organizzazioni ed istituzioni pubbliche sanitarie che si occupano di prevenzione e comunicazione del rischio HIV/AIDS verso le donne. Al fine di conoscere le opinioni degli operatori che lavorano in questo campo, è stata realizzata una ricerca tramite focus group.

Due focus group si sono tenuti rispettivamente a Roma (il 15 dicembre 2008) e ad Ancona (il 13 no-

vembre 2008) con esperti¹ nazionali e locali (medici di base, ginecologhe, psicologhe, psichiatri, infermiere, operatrici di strada, assistenti sociali, ostetriche, medici infettivologi, avvocati, antropologi e operatori di associazioni) organizzati grazie alla collaborazione con ANLAIDS². In questo ambito è stato possibile rilevare le testimonianze dirette di chi, nel proprio lavoro quotidiano, ha a che fare con tematiche relative al mondo femminile e all'HIV/AIDS, e quindi sondare quali fossero le modalità più idonee per comunicare con questo target.

L'intera discussione è stata audioregistrata e successivamente trascritta. Ne riportiamo in questa sede i contenuti principali emersi.

La scelta del target "donne eterosessuali": bisogni specifici e problematiche delle donne eterosessuali

Interrogati sul perché le donne fossero un target di particolare interesse per quanto riguarda HIV/AIDS, gli esperti hanno confermato e arricchito quanto emerge dalla letteratura e dalle statistiche sulla vulnerabilità biologica nella trasmissione sessuale.

Le operatrici di strada raccontano che i principali clienti delle prostitute sono uomini che vivono un rapporto di coppia; per questo motivo le donne corrono un "doppio rischio" come partner. Un tema molto delicato è quello dell'infedeltà e dell'AIDS, in cui si scontrano affettività e fiducia con il sentirsi

garantite all'interno del rapporto di coppia. Mogli e fidanzate si fidano del proprio partner e di conseguenza non usano il preservativo e non si controllano facendo il test dell'HIV.

Le infermiere del reparto di immunologia riportano dalla loro esperienza che la maggior parte delle donne che viene a conoscenza di essere HIV positive, lo scopre in gravidanza, quando si sottopone ai test di routine; x in questi casi frequentemente sono state contagiate da partner infedeli che non hanno utilizzato protezioni.

Interrogati dunque sulla contesa questione del tradimento, gli esperti che hanno partecipato ai focus group consigliano di non mettere il dubbio nella coppia, ma, piuttosto, facilitare il dialogo tra partner e porre l'attenzione sul fatto che spesso la donna non sa di essere sieropositiva, ma anche il partner ne è ignaro. Una delle strategie per avvicinare le donne e i rispettivi partner al test dell'HIV può essere quella di ricordare loro che possono passare anni prima che l'HIV manifesti dei sintomi.

Emerge forte la difficoltà di negoziazione del preservativo. Alcuni partecipanti fanno notare che in particolar modo per le donne in coppia, pretendere il preservativo equivale ad ammettere di avere anche altri rapporti o di accusare il partner di non essere fedele. Altri sollevano la questione di una mancanza di autostima e autoaffermazione: le donne, anche quando sono single, spesso hanno timore a proporre

¹ Si ringraziano per la preziosa partecipazione: Giulia Atipaldi (assistente sociale), Valeria Calvino (assistente sociale), Annalisa Cardone (psicologa e sessuologa), Floriana Ciccodicola (antropologa e ricercatrice), Liliana Cipressi (medico internista e medico di base), Simona Cleopazzo (presidente LILA Lecce), Laura De Angelis (assistente sociale), Susanna Dini (avvocato), Laura Felice (ufficio città sane), Manuela Freddi (infermiera ambulatorio malattie infettive), Cristina Giorgini (psicologa), Eglentine Groppa (ostetrica), Miriam Lichtner (medico infettivologo), Uli Mittermeir (associazione Archè), Aldo Pistone (medico psichiatra), Alessandra Riva (clinica malattie infettive), Gianluca Russo (medico infettivologo), Marina Scataglioni (infermiera ambulatorio malattie infettive), Sara Scuppa (ginecologa), Sonia Sebastianelli (psicologa), Stefania Tonetti (responsabile progetto rivolto a donne straniere).

² Si ringraziano per l'organizzazione: la dott.ssa Daniela Lorenzetti e il dott. Luca Butini.

il preservativo perché, mostrandosi attive dal punto di vista della prevenzione, richiamano l'idea della "ragazza facile", temono di essere rifiutate perché fare sesso col preservativo può risultare meno piacevole, o, ancora, non si sentono di poterlo proporre in quanto è qualcosa delegato al mondo maschile. È bene ricordare che il preservativo è anche un contraccettivo e non costringe la donna ad assumere farmaci!

Oltre alla necessità di empowerment che le faccia sentire autorizzate a prendere le decisioni migliori per se stesse e la propria tutela, senza subire soprusi o temere di essere lasciate sole, le donne necessitano dunque anche di informazioni su come usare il preservativo.

Sotto-gruppi di donne eterosessuali

Interrogati su quali fossero i sottogruppi del target ad avere maggior necessità di un messaggio comunicativo, gli esperti si sono espressi, coerentemente con quanto emerso fino a quel punto, a sostegno in primo luogo delle donne in coppia, quindi delle donne che fanno uso di estroprogestinici. Durante l'esposizione dei sottogruppi, sono emersi anche gruppi quali donne con uno status economico precario e prostitute.

Canali e modalità comunicative

Il focus group è stato poi focalizzato sui possibili messaggi più efficaci per comunicare al target donne. In entrambe le sessioni di incontri, gli esperti hanno manifestato l'importanza di evitare finti "giovanilismi" che risultano falsi, inoltre non riferirsi al contesto della discoteca o del luogo ludico serale in quanto è stato sfruttato negli anni, e dove le donne non ci si riconoscono: molte infatti non frequentano le discoteche e, se lo fanno, non è detto

che abbiano dei rapporti con qualcuno conosciuto la sera stessa.

Secondo gli esperti, bisognerebbe far emergere più spesso i dati relativi ai nuovi casi di AIDS, non solo durante le occasioni speciali, come quella del 1° dicembre: "*vedere con i propri occhi il numero di nuovi casi di HIV, permette di prendere coscienza che il problema c'è ancora, che non è scomparso*". Inoltre ritengono importante promuovere il test dell'HIV: "ancora non si sa che è anonimo e gratuito, tant'è che in alcuni servizi il test è a pagamento". Inoltre il test dell'HIV sembra qualcosa di lontano dalla quotidianità: un obiettivo di un possibile messaggio potrebbe proprio essere la normalizzazione del test dell'HIV.

Per raggiungere meglio il target sono emersi in particolar modo tre tematiche. La prima è quella della difficoltà a negoziare l'uso del preservativo da parte delle donne; la seconda è la delicata questione legata alla trasmissione dell'HIV da madre a figlio; la terza è quella del tradimento.

Per quanto riguarda la prima, è emersa come particolarmente rilevante la necessità di un messaggio in grado di incentivare l'empowerment delle donne, di farle sentire autorizzate a prendere le decisioni migliori per se stesse e la propria tutela, senza subire soprusi o temere di essere lasciate sole. Inoltre alcuni esperti suggeriscono di promuovere l'uso del preservativo femminile, la cui esistenza è spesso sconosciuta persino agli operatori.

Per quanto riguarda la tematica della trasmissione dell'HIV da madre a figlio, gli esperti suggeriscono di includere un messaggio su questo punto, in quanto le donne sono molto sensibili al tema della maternità e oggi, la maggior parte delle donne scopre di avere l'HIV o l'AIDS solo in gravidanza, quando si sottopone ai test di routine.

In riferimento invece al terzo punto, il tradimento, gli esperti suggeriscono di porre l'attenzione sul fatto che spesso non solo la donna non sa di essere sieropositiva, ma anche il partner ne è ignaro (*"Tu credi di essere sana, in realtà poi forse puoi non esserlo"*; *"Non ti svegliare oggi come se fosse il primo giorno della tua vita e il primo giorno della vita del tuo partner"*). A questo proposito potrebbe essere utile cercare di promuovere il dialogo tra partner, ammettendo la possibilità di un rapporto extradiadico (*"Se tradisci il tuo partner, almeno proteggiti e proteggilo"*).

In particolare, in entrambi i focus group è emersa l'idea di seguire l'esempio di alcune campagne di prevenzione americane che incontrano notevole successo, nell'utilizzare come testimonial l'esempio di una donna famosa e sieropositiva (*"Ma c'è qualche donna famosa italiana disposta a dire di essere sieropositiva?"*); oppure, si potrebbe mostrare l'esperienza di una donna non famosa che racconti la propria vicenda mostrandosi una donna come tante, senza "vizi" o abitudini particolari che la stigmatizzino in un gruppo (*"Io ero una donna normale..."*).

A questo punto è stata affrontata una nuova tematica: quella del canale e del contesto migliori per comunicare con il target donne.

Tutti gli esperti hanno scelto il mezzo televisivo, in particolar modo uno spot che però dovrebbe essere continuativo per poter essere efficace. La seconda scelta, anch'essa ad opera degli esperti di entrambi i focus group, è andata a favore delle riviste femminili: inserire in queste alcune pubblicità permetterebbe di raggiungere molte categorie di donne. Altri mezzi possono essere eventuali poster dalle parrucchiere, pubblicità sugli autobus o nelle stazioni ferroviarie e nelle metro. Si è suggerito di utilizzare, a fianco del messaggio, anche l'affiancamento di un gadget mirato (come ad esempio un porta-preservativo por-

tachiavi o magliette particolari durante gli eventi pubblici). Sono stati citati anche opuscoli, affissioni, la distribuzione gratuita di preservativi.

Sintesi

La tematica del tradimento trova terreno fertile in questo target particolarmente a rischio di infezione di HIV. Gli esperti suggeriscono di non porre l'attenzione sul dubbio tra i membri della coppia, ma piuttosto di cercare di ricordare alle donne che l'AIDS c'è e non manifesta immediatamente i suoi sintomi, di promuovere il dialogo tra i partner e di porre maggiore attenzione delle donne alla cura di sé, cura che passa anche attraverso una corretta ed adeguata prevenzione tramite l'uso del preservativo, ma anche attraverso il test dell'HIV, almeno prima di smettere di utilizzare il profilattico col proprio compagno stabile.

Una serie di spot televisivi e pubblicità su riviste femminili sembrano, secondo gli esperti, i canali migliori per fare arrivare questi messaggi alle donne che devono soprattutto responsabilizzarsi verso se stesse ed imparare a prendersi cura di sé anche per un tema importante quale l'HIV.

5 Esempi di materiali comunicativi rivolti alle donne eterosessuali in Italia e in Europa

La prevenzione dell'HIV/AIDS nel target femminile si è tendenzialmente svolta attraverso volantini cartacei creati da associazioni locali e distribuiti nei consultori contenenti informazioni generali sul problema. Qui di seguito sono brevemente descritti alcuni esempi di materiali comunicativi realizzati in Italia e in Europa negli ultimi cinque anni sulla questione HIV/AIDS, rivolti specificatamente alle donne.

Le campagne indirizzate alle donne sono praticamente inesistenti in Italia e le due qui riportate ne sono due rari esempi. Al contrario, il panorama eu-

ropeo è più ricco, e quelle sotto indicate sono alcune tra le campagne che hanno riscontrato maggior successo.

Campagna “8 Marzo”

Promotore: Lega Italiana contro L'AIDS (LILA) - Anno 2007

L'associazione ha organizzato in occasione della festa della donna del 2007 un incontro nelle strade e nelle piazze di molte città italiane per parlare direttamente alle donne. L'iniziativa aveva l'obiettivo di informarle che, dopo un periodo di sperimentazione, oggi è a loro disposizione, anche in Italia, un preservativo per la donna, il Femidom, che può proteggere efficacemente dal virus HIV, dalle altre malattie a trasmissione sessuale e dalle gravidanze indesiderate. Durante questa giornata sono stati regalati preservativi femminili alle donne che hanno partecipato.



Campagna “Pretendi il preservativo”

Promotore: Regione Puglia, Lega Italiana contro L'AIDS (LILA) e altre ONG - Anno 2007

campagna di comunicazione sociale contro la trasmissione AIDS al femminile a cura di 

colpo di fulmine? matrimonio? pretendi il preservativo dal tuo partner!



Le donne rischiano di infettarsi col virus hiv da 3 a 18 volte più degli uomini... promuoviamo più azioni di sano femminismo



Questa campagna, che prende il titolo di “Matrimonio? Colpo di fulmine? Pretendi il preservativo dal tuo partner!” è stata promossa da LILA, in collaborazione con Regione Puglia, Provincia di Lecce, NaEMi forum delle donne native e migranti, MDS, Clinic+ e PAZ. Il fine quello di cercare, tramite una raccolta firme, di far diminuire il prezzo dei preservativi. Ha compreso affissioni di manifesti, distribuzione di cartoline, incontri e visioni di installazioni multimediali sul tema della prevenzione. L'idea della petizione nasce nell'ambito della campagna di comunicazione agosto 2007 dedicata alla candidata al Premio Nobel per la Pace 2007 Patricia Perez.

Campagna “Baby-baby” e “Cet été, protégez-vous aussi des mauvais coups”

Promotore: Aides, Francia - Anno 2005-2006

Nel 2005 in Francia, l'associazione AIDES ha sponsorizzato una campagna di prevenzione al femminile intitolata “Baby-baby”. La campagna si è servita di un cortometraggio a cartoni animati sulle note di una nota canzone dei The Vibrators, “Baby, baby”, che percorre, con tono umoristico, la vita sentimentale di una giovane donna alla ricerca dell'uomo della sua vita.



Ad ogni incontro amoroso, la protagonista si protegge utilizzando sistematicamente il preservativo in attesa di trovare il partner “giusto”. Il messaggio finale, “Vivez assez longtemps pour trouver le bon!”, si ispira proprio a questo concetto. Il cortometraggio è stato diffuso sui alcuni canali televisivi francesi: ARTE, Canal +, M6, MCM e LCP-la Chaîne Parlementaire.

Il video è visionabile da sito: <http://www.aides.org/multimedia/campagnes-com/page-baby.php>.



Ancora AIDES in Francia, ha lanciato nell'estate 2006 la campagna “Cet été, protégez-vous aussi des mauvais coups” (“quest'estate proteggetevi dai brutti colpi di sole”) indirizzata a un pubblico di giovani donne che hanno rapporti eterosessuali col fine di incentivare l'uso del preservativo. Il tono utilizzato è, anche questa volta, ironico. Le immagini della campagna sono state diffuse su quotidiani, 4.000 affissioni 40x60 e 20.000 cartoline postali diffuse dai volontari impegnati durante tutta la stagione estiva.

Campagna “Baby”, “Sex toys”, “Bara”, “Blow Job”, “Fan” e “Seno”

Promotore: Fondazione Michael Stich, Germania - Anno 2007-2008

In Germania, la Fondazione Michael Stich ha creato una campagna di prevenzione che ha fatto particolare scalpore: dei sei poster presentati a fine marzo e inizio aprile 2007 nella galleria d'Arte di Colonia, “Baby”, “Sex toys”, “Bara”, “Blow Job”, “Fan” e “Seno”, tre fanno riferimento alla trasmissione dell'AIDS da madre a figlio, e uno è indirizzato direttamente alle donne (in “Blow Job” una donna con una pistola in bocca è inginocchiata davanti a un uomo; nel testo a fianco si legge: “Tra la vita e la morte sono solo 0.003 millimetri lattice”). Dal 16 Ottobre al 31 Dicembre 2007 dieci autobus che viaggiavano per le strade di Amburgo sono stati laminati con i temi di “Baby” e “Bara”. Nel 2008 la Fondazione Micheal Stich ha riproposto una campagna di prevenzione e sensibilizzazione simile, aggiungendo quattro nuovi poster, di cui tre dedicati alla trasmissione dell'AIDS da madre a figlio.



6 Indicazioni per l'elaborazione di messaggi specifici per le donne eterosessuali

Se si intende strutturare una campagna (sia essa un volantino, un poster, un sito internet) rivolta alle donne eterosessuali sul rischio HIV/AIDS, è cruciale acquisire informazioni e conoscenze sulle caratteristiche del gruppo a cui si rivolge. Ciò permette di conoscerne i sottogruppi, di evidenziare i fattori che possono ostacolare o facilitare la ricezione del messaggio, di identificare gli atteggiamenti e i bisogni specifici del target.

Il messaggio deve essere costruito sulla base di un'approfondita ricerca, allo scopo di avere una rappresentazione il più completa possibile dei destinatari. A questo proposito risulta particolarmente utile interpellare le persone che abitualmente interagiscono con il target o direttamente i potenziali destinatari dell'intervento.

Qui di seguito si presentano alcune raccomandazioni per chi vuole elaborare una campagna rivolta alle donne eterosessuali formulando messaggi mirati, personalizzati ed efficaci.

1 Acquisire informazioni e conoscenze sul target "donne eterosessuali"

Per comprendere il target "donne eterosessuali", si possono intervistare rappresentanti delle associazioni, dei servizi consultoriali, consultare materiali, riviste, siti rivolti alle donne eterosessuali, documentarsi sulle ricerche disponibili. È quindi importante trovare una risposta alle seguenti domande per definire con maggiore precisione il target a cui rivolgersi:

- Le donne eterosessuali si distinguono dalla popolazione generale per caratteristiche demografiche più rilevanti? Se sì, in che modo?

- Le donne eterosessuali si distinguono dalla popolazione generale per problemi fisici, vulnerabilità psicologiche o sociali? Se sì, in che modo?
- Le donne eterosessuali si distinguono dalla popolazione generale per stili di vita, personalità, valori o norme sociali? Se sì, in che modo?
- Quali comportamenti rendono le donne eterosessuali maggiormente esposte al rischio di HIV/AIDS?
- Quali comportamenti hanno funzionato nelle donne eterosessuali per ridurre il rischio HIV?
- Come si può segmentare il target "donne eterosessuali" identificando sotto-target sulla base di comportamenti (es., chi usa e chi non usa il preservativo, chi è in coppia e chi è single) o di condizioni (es., donne prostitute, donne adulte sposate)?
- Ci sono sotto-target che non possono essere raggiunti per difficoltà oggettive? Ci sono sotto-target già raggiunti da altri interventi o progetti?
- Quali sono i sotto-target più facilmente raggiungibili?
- Ci sono target secondari che influenzano il target primario al quale si vuole indirizzare l'intervento? Identificare quelli più importanti (es., ginecologi).

2 Individuare le modalità più appropriate per "confezionare" il messaggio.

Per capire come raggiungere le donne eterosessuali, occorre chiedersi quali sia il canale più appropriato per raggiungerle, le figure più carismatiche e persuasive, il formato del prodotto comunicativo (es., poster, volantino, cartolina, cartello) e il contenuto del messaggio (es., tono emotivo, informazioni) Ecco alcune domande che si possono rivolgere ai membri del target.

- Quali sono, secondo lei, i canali o le modalità preferite dalle donne per apprendere conoscenze a proposito di [uso del preservativo, test HIV]?

- Quali sono, secondo lei, le figure più convincenti e credibili per le donne sul tema [uso del preservativo, test HIV]?
- Quali sono, secondo lei, i tipi di messaggi che le piacerebbe più ricevere sul tema [uso del preservativo, test HIV]?

E Basarsi su una teoria per definire il contenuto del messaggio.

Per costruire un messaggio, occorre basarsi su una teoria esplicativa dei comportamenti protettivi

Illustriamo brevemente quattro modelli teorici che hanno dimostrato una buona conferma empirica e che hanno cercato di capire quali fattori psicosociali incoraggiano le donne eterosessuali ad adottare un comportamento sessualmente responsabile. In tal modo è possibile articolare un messaggio preventivo che si basi sulle percezioni più diffuse tra le donne eterosessuali e li motivi ad intraprendere un comportamento più salutare. La spiegazione dettagliata di questi modelli è riportata in Zani e Cicognani (2000) e Pietrantoni (2001).

■ **Il modello delle credenze sulla salute.** Il modello ipotizza che le azioni salutari (es., fare il test HIV, smettere di fumare, fare sesso sicuro) dipendano da tre fattori: percezione di vulnerabilità, percezione di gravità e valutazione costi-benefici. In specifico, una donna ha un comportamento sessuale protetto quanto più ritiene probabile il rischio di contrarre una malattia a trasmissione sessuale, tanto più percepisce come grave quella malattia, e se è in grado di valutare i vantaggi piuttosto che gli svantaggi del suo comportamento.

È quindi importante chiedersi:

- Qual è il livello di percezione da parte delle donne eterosessuali dell'HIV/AIDS?

- Quanto le donne eterosessuali ritengono grave il rischio HIV/AIDS?
- Le donne eterosessuali ritengono che adottare il comportamento preventivo consenta loro di evitare di contrarre l'HIV/AIDS?
- Quali sono i vantaggi e gli svantaggi percepiti del comportamento preventivo?

■ **Le teoria del comportamento pianificato.** In base a questa teoria, le persone prima di attuare un comportamento preventivo (fare il test HIV, usare il preservativo) valutano le informazioni disponibili e pensano alle conseguenze. In specifico, una donna ha un comportamento sessuale protetto se pensa che le conseguenze positive siano più numerose e rilevanti di quelle negative, se ritiene che le persone accanto a lei si aspettino un tale comportamento (norme soggettive) e se si percepisce in grado di svolgere facilmente l'azione (autoefficacia). È quindi importante chiedersi:

- Quali sono le conseguenze positive (es., salute, autostima) del comportamento preventivo e quanto ritengono importanti queste conseguenze?
- Quali sono le conseguenze negative (es., mancanza di piacere, possibile rifiuto dell'altro) del comportamento preventivo e quanto ritengono importanti queste conseguenze?
- Chi sono i soggetti che influenzano maggiormente le donne eterosessuali (amici, famiglia, leader religioso, partner)? Come si può cambiare una percezione di una norma (es., l'idea che "nessuno usa più il preservativo tra gli amici miei")?
- Come si può convincere le donne eterosessuali che adottare il comportamento preventivo è facile da attuare? Come si può aumentare la percezione di essere in grado di attuarlo? Quali fattori situa-

zionali rendono più facile o più difficile attuare il comportamento preventivo?

Potrebbe essere utile identificare pensieri, luoghi comuni, percezioni che denotano un atteggiamento negativo verso il comportamento protettivo, sia quelli tipici delle donne eterosessuali che quelli simili alla popolazione generale. Esempi di convinzioni concernenti un atteggiamento negativo verso il test HIV nelle donne eterosessuali potrebbero essere i seguenti:

- ⌘ *“Se chiedo di andare a fare il test HIV, il mio medico penserà che ho comportamenti strani e poco consoni”*
- ⌘ *“Non ho bisogno di fare il test HIV perché non sono a rischio: ho avuto rapporti solo con uomini a posto”*
- ⌘ *“Non ho bisogno di fare il test HIV perché mio marito/il mio ragazzo mi è fedele”*

Esempi di convinzioni concernenti un atteggiamento negativo verso l'uso del preservativo nelle donne eterosessuali potrebbero essere i seguenti:

- ⌘ *“Tocca al maschio procurarsi i preservativi, non alla donna”*
- ⌘ *“Non ho bisogno del preservativo perché prendo già la pillola/l'anello/il cerotto”*
- ⌘ *“Se chiedo il preservativo rischio di sembrare una facile”*
- ⌘ *“Se chiedo il preservativo si può pensare che io abbia qualche malattia”*

L'individuazione di tali credenze consente di articolare messaggi comunicativi più specifici e mirati e finalizzati ad una nuova comprensione del problema.

■ **La teoria dell'apprendimento sociale.** La teoria ipotizza un apprendimento basato sull'osservazione dei comportamenti altrui e la sua riproduzione; in

particolare si tende ad imitare persone (“modelli”) con cui siamo coinvolti (es., amici importanti, persone con prestigio sociale). Una donna ha un comportamento sessuale protetto se osserva intorno a lei delle persone che lo attuano e se è in grado di apprendere le abilità nell'attuare il comportamento ed è in grado di richiamare il comportamento appreso anche a distanza di tempo. È quindi importante chiedersi:

- Quali sono i “modelli” per le donne eterosessuali?
- In che misura le donne eterosessuali possiedono le abilità necessarie per attuare il comportamento?
- Come è possibile migliorare specifiche abilità per attuare il comportamento (es., saper dove fare il test HIV, saper richiedere l'uso del preservativo all'uomo durante i preliminari)?

■ **Il modello transteorico (o Teoria degli stadi di cambiamento).** L'assunto di base di tale modello è che il cambiamento di un comportamento di salute non è un fenomeno del tipo “tutto o niente”, ma un processo graduale che attraversa specifici stadi, seguendo un percorso ciclico e progressivo. Gli stadi del cambiamento riflettono l'aspetto temporale e motivazionale del cambiamento e sono precontemplazione (il soggetto è inconsapevole del problema), contemplazione (ambivalenza sul cambiamento), preparazione (gli obiettivi sono chiari e si pensa a “come fare”), azione e mantenimento. Al fine di comprendere lo stadio motivazionale su specifici comportamenti protettivi (es., fare il test HIV) nelle donne eterosessuali si può seguire questa classificazione:

- ⌘ *“Non ho mai pensato di fare il [test HIV]”* (il soggetto è nella fase di precontemplazione).
- ⌘ *“Ho pensato di fare il test HIV ma ho paura e sono molto indecisa”* (il soggetto è nella fase di contemplazione).

-
- ⌘ “Non ho mai fatto il test HIV ma penso di farlo a breve” (il soggetto è in una fase di preparazione).
 - ⌘ “Ho fatto il test HIV” (il soggetto è nella fase di azione).
 - ⌘ “Faccio regolarmente il test per controllare il mio stato di salute” (il soggetto è nella fase di mantenimento).
 - ⌘ “Ho fatto il test HIV in passato ma non lo faccio da tanto tempo pur avendo avuto rapporti a rischio” (il soggetto non ha mantenuto il nuovo comportamento ed ha avuto una “ricaduta”).

Dopo aver fatto una valutazione sulla maggiore o minore frequenza di persone nei vari “stadi del cambiamento”, si può procedere a personalizzare ancora di più il messaggio e l’intervento. A tal fine può essere poi utile rispondere alle seguenti domande:

- Se le donne eterosessuali sono prevalentemente nello stadio di *precontemplazione*, come si può aumentare la consapevolezza del problema (es., fare il test HIV)?
- Se le donne eterosessuali sono prevalentemente nello stadio di *contemplazione*, quali benefici si dovrebbero sottolineare e come si potrebbe aumentare la percezione di pressione sociale?
- Se le donne eterosessuali sono prevalentemente nello stadio di *preparazione*, come si può ridimensionare la percezione degli ostacoli o delle difficoltà e rafforzare le competenze necessarie per attuare il comportamento?
- Se le donne eterosessuali sono prevalentemente nello stadio dell’*azione*, come si può incoraggiare ad attuarlo anche successivamente?
- Se le donne eterosessuali sono prevalentemente in fase di *mantenimento*, come si può aiutarle a continuare nel tempo anche in situazioni a rischio di “ricaduta”?

7 La sperimentazione di un modello: una storia “role-model”

La tecnica delle storie “role-model” si fonda sulla costruzione di brevi storie di vita, raccontate in prima o in terza persona, il cui protagonista è un membro del target che si intende raggiungere. Questo tipo di storie è impiegato in un’ampia gamma di interventi volti a modificare i comportamenti dei destinatari (es. smettere di fumare, guida sicura, etc.). Le storie possono essere incorporate in diversi prodotti comunicativi e formati (volantini, newsletter, cartoline) e distribuite nel target di riferimento.

Come abbiamo visto precedentemente, questo approccio si basa sulla teoria dell’apprendimento sociale, che enfatizza il ruolo dell’apprendimento vicario (cioè tramite osservazione e imitazione) nel modificare norme soggettive, credenze e atteggiamenti rispetto al comportamento raccomandato. In aggiunta, molte ricerche nell’ambito della persuasione hanno dimostrato che le persone sono più convinte da testimonial o figure simili a loro (es., altre donne) in quanto risulta più facile l’identificazione e la vicinanza; inoltre attraverso la storia è possibile facilitare l’apprendimento “per osservazione”: ad esempio, leggendo la storia di una ragazza che si reca a fare il test HIV, l’utente acquisisce informazioni su come si svolge o rivede alcuni suoi pregiudizi o luoghi comuni.

Studi longitudinali confermano l’efficacia di programmi di intervento che prevedano l’utilizzo di storie “role-model” finalizzate a promuovere il sesso più sicuro (es. Collins, Kohler, Di Clemente e Wang, 1999; Jamner, Wolitski e Corby, 1997). Secondo Corby, Enguidanos, e Kay (1996) il processo

di costruzione delle storie role-model si compone di quattro passi successivi: a) individuazione della popolazione target e del comportamento oggetto di interesse; b) interviste a rappresentanti della popolazione-target; c) costruzione della storia; d) pre-test della storia.

Nella pagina seguente è presentato un esempio di costruzione di una storia “role-model” inerente

il tema della prevenzione dell’HIV in donne eterosessuali. In particolare, nella creazione di questa storia si è tenuto conto dei bisogni delle donne e delle principali esperienze riportate dagli esperti di questo target che abbiamo riportato nel capitolo 4: la tematica del tradimento, l’incentivo al dialogo tra partner, l’uso del preservativo nel caso si esca dalla coppia e il test dell’HIV.

Esempio di costruzione di una storia

Facciamo un esempio di una storia “role-model”. Nel caso delle donne, le caratteristiche dell’attore della storia potrebbero essere le seguenti:

Genere: *donne*

Età: *30-40 anni*

Orientamento sessuale: *eterosessuali*

Status relazionale: *donne con rapporti extradiadici*

Comportamento che si intende incoraggiare: *utilizzo del preservativo in caso di rapporti extra-diadici, comunicazione tra partner e definizione di regole di protezione all’interno della coppia.*

Messaggio chiave: *“Proteggiti e proteggi il tuo partner usando il preservativo, e se hai dubbi fai il test dell’HIV”.*

<i>Qualche anno fa mi è capitato di innamorarmi di un collega di lavoro, stavamo tanto tempo insieme e mi piaceva il suo modo di fare. La nostra storia è durata per parecchi mesi, incontri furtivi durante i convegni e le gite aziendali.</i>	Rapporto extra-diadico
<i>Alla fine la storia è finita perché lui è stato trasferito. Poi sono iniziate le preoccupazioni e i rimorsi perché nei rapporti non avevo usato precauzioni e lui mi diceva che era uno molto libero sessualmente.</i>	Reazioni e consapevolezza del rischio di salute
<i>Alla fine ho deciso di parlarne con mio marito di questa storia, lui già sospettava. Sono andata a farmi dei controlli e ho fatto anche il test HIV. Per fortuna era tutto a posto.</i>	Adozione del comportamento preventivo
<i>Da quella volta cerco di stare più attenta perché non mi voglio pentire di quello che faccio. Con mio marito adesso parliamo di più.</i>	Intenzioni future di protezione e dialogo
<i>Se uno dei due cede a una debolezza in una coppia, è importante proteggersi sempre. Non è giusto che debba essere pagata cara, da entrambi.</i>	Decisione di proteggersi in caso di rapporto extradiadico

Bibliografia

Carey, M.P., Braaten, L.S., Maisto, S.A., Gleason, J.R., Forsyth, A.D., Durant, L.E., Jaworski, B.C. (2000). *Using information, motivational enhancement, and skills training to reduce the risk of HIV infection for low-income urban women: A second randomized clinical trial*. Health-Psychology. Vol 19(1) Jan 2000, 3-11.

Choi, K.H., Hoff, C., Gregirich, S.E., Grinstead, O., Gomez, C., Hussey, W. (2007). *The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: a randomized controlled trial*. American Journal of Public Health, 10.2105/AJPH.2007.113050

Clark, S., Bruce, J., Dude, A. (2006). *Protecting Young Women from HIV/AIDS: The Case Against Child and Adolescent Marriage*, International Family Planning Perspectives, June.

Crespi, F., Danese, F., Martino, R. (1998). *Progetto donna – Indagine nazionale*. ANLAIDS.

Cummins, J.E., Dezzutti, C.S. (2008). *Sexual HIV-1 Transmission and Mucosal Defense Mechanisms*, AIDS Review 2000; 2: 144-154, in The Foundation for AIDS Research, "Fact Sheet: Woman and HIV/AIDS," March 2008.

ECDC (2007). *SURVEILLANCE REPORT*, HIV/AIDS surveillance in Europe.

Donati, S., Andreozzi, S., Medda, E., Grandolfo, M.E., (2000). *Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti*. RAPPORTI ISTISAN.

Florida, M., Polizzi, C., et al. HIV, gravidanza e terapia antiretrovirale. *Not Ist Super Sanità* 2008;21(2):11-14.

Higgins, D.L., O'Reilly, K., Tashima, N., Crain, C., Beeker, C., Goldbaum, G., Elifson, C.S., Galavotti, C., Guenther-Grey, C. (1996). *Using formative research to lay the foundation for community level HIV prevention efforts: an example from the AIDS Community Demonstration Projects*. Public Health Rep.; 111(Suppl 1): 28–35.

Hollway, W. (1989). *Making love without contraception: Towards a theory for analyzing accounts*. In Hollway, W. (Ed.), *Subjectivity and method in psychology: Gender, meaning, and science* (pp.47-66).

Jenkins, S.R. (2000). *Toward theory development and measure evolution for studying women's relationship and HIV infection*. Sex Roles, 42, (7/8): 751-780.

Koh, A.S., Gomer, C.A., Shade, S., Rowley, E. (2005). *Sexual Risk Factors Among Self-Identified Lesbians, Bisexual Women and Heterosexual Women Accessing Primary Care Settings*. Sexuality Transmitted Diseases, 30(2): 110-113.

Lynne, L. (2007). *Women and HIV Prevention: A Scoping Review*. Department of Epidemiology and Community Medicine, University of Ottawa.

Patton, C. (1994). *Last Served? Gendering the HIV Pandemic*. Taylor and Francis, London.

Pietrantoni, L. (2001) *Introduzione alla psicologia della salute*. Roma: Carocci.

Prochaska, J., DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, Ill., Dow Jones-Irwin.

Peterson, J., DiClemente, R. (1994). *Lessons Learned from Behavioral Intervention: Caveats, Gaps and Implications*. Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions. DiClemente, R.J., Peterson, J.L. New York: Plenum Press.

UNAIDS (2008). *Report on the global AIDS epidemic*.

Violari, A. (2008). *Early antiretroviral therapy and mortality among HIV-infected infants*. *N Engl J Med* 2008; 359:2233-2244.

Watson, W.K., Bell, N.J. (2005). *Narratives of development, experiences of risk: Adult women's perspectives on rela-*

tionships and safer sex. *British Journal of Health Psychology*, The British Psychological Society, 10, 311-327.

Weller, S.C., Davis-Beaty, K. (2002). *Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1

Wingood, G.M., DiClemente, R.J. (2000). *Application of the Theory of Gender and Power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective intervention for women*. *Health Education and Behavior*, 27(5): 539-565.

Zani, B., Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino.

La prevenzione HIV/AIDS nelle **donne eterosessuali**: indicazioni e strategie comunicative

Progetto di ricerca:

Valutazione dell'impatto del messaggio della Campagna ministeriale Educativo-Informativa 2007-2008 per la lotta all'AIDS e sperimentazione di un modello di divulgazione continua e costante dei messaggi mirati a gruppi vulnerabili, con il coinvolgimento delle Associazioni della Consulta

Il progetto è stato finanziato
dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

capitolo 4100/PG27-anno 2007

a cura di

Prof.ssa Bruna Zani, Dott. Luca Pietrantoni, Prof.ssa Elvira Cicognani, Dott.ssa Diana Cani
Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna