

La prevenzione **HIV/AIDS**
negli **uomini omo/bisessuali**:
indicazioni e strategie comunicative

Il presente opuscolo è rivolto agli operatori socio-sanitari, ai volontari delle associazioni ed a tutti coloro che si trovano a pianificare un intervento comunicativo rivolto agli uomini gay e bisessuali 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, consumatori di sostanze, donne) si rimanda ai rispettivi fascicoli.

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

Andrea Norcini Pala - Università di Bologna, Dipartimento di Scienze dell'Educazione

Associazioni di riferimento:

Arcigay Nazionale

Via Don Giovanni Minzoni 18, Bologna

www.arcigay.it

Mario Mieli

Via Efeso 2A, Roma

www.mariomieli.org

La prevenzione HIV/AIDS negli **uomini omo/bisessuali**: indicazioni e strategie comunicative

Indice

1. Dati epidemiologici italiani sul rischio HIV negli uomini omo-bisessuali	5
2. Comportamenti relativi all’HIV e bisogni psicosociali negli uomini omo-bisessuali	6
3. Strategie comunicative con gli uomini omo-bisessuali	7
4. L’opinione degli operatori: una ricerca con focus group	9
5. Esempi di materiali comunicativi rivolti agli uomini omo-bisessuali in Italia e in Europa	12
6. Indicazioni per l’elaborazione di messaggi specifici per gli uomini omo-bisessuali	15
7. La sperimentazione di un modello: una storia “role-model”	18
Bibliografia	21

1 Dati epidemiologici sul rischio HIV negli uomini omo/bisessuali

Sin dalla sua comparsa, l'infezione da HIV è risultata essere una vera e propria emergenza sanitaria nella comunità degli uomini omosessuali. La comunità gay, per far fronte al dilagare delle infezioni, ha risposto con interventi educativi ed informativi per la riduzione della diffusione del virus. Negli ultimi due decenni, i dati diffusi annualmente dagli organi di sorveglianza sia italiani sia europei documentano un trend in crescita o stabile (ma non in discesa) relativo ai nuovi casi di infezione.

Nel 2007 i casi di infezione da HIV correlati al sesso tra uomini riguardano il 25.3% del totale (vedi Figura 1). Essendo gli uomini omosessuali il 5% della popolazione generale maschile, è stato stimato che il rischio in questo gruppo è circa 6-8 volte superiore rispetto alla popolazione generale. Occorre poi precisare che nel 17.7% dei casi di siero conversione non è stata specificata la modalità di trasmissione ed è quindi probabile che in questo gruppo ci siano uomini che hanno contratto l'infezione tramite rapporti omosessuali ma non li riferiscono al medico per lo stigma associato al sesso tra uomini.

Anche i dati sui casi di AIDS confermano la maggiore frequenza della malattia. La percentuale di

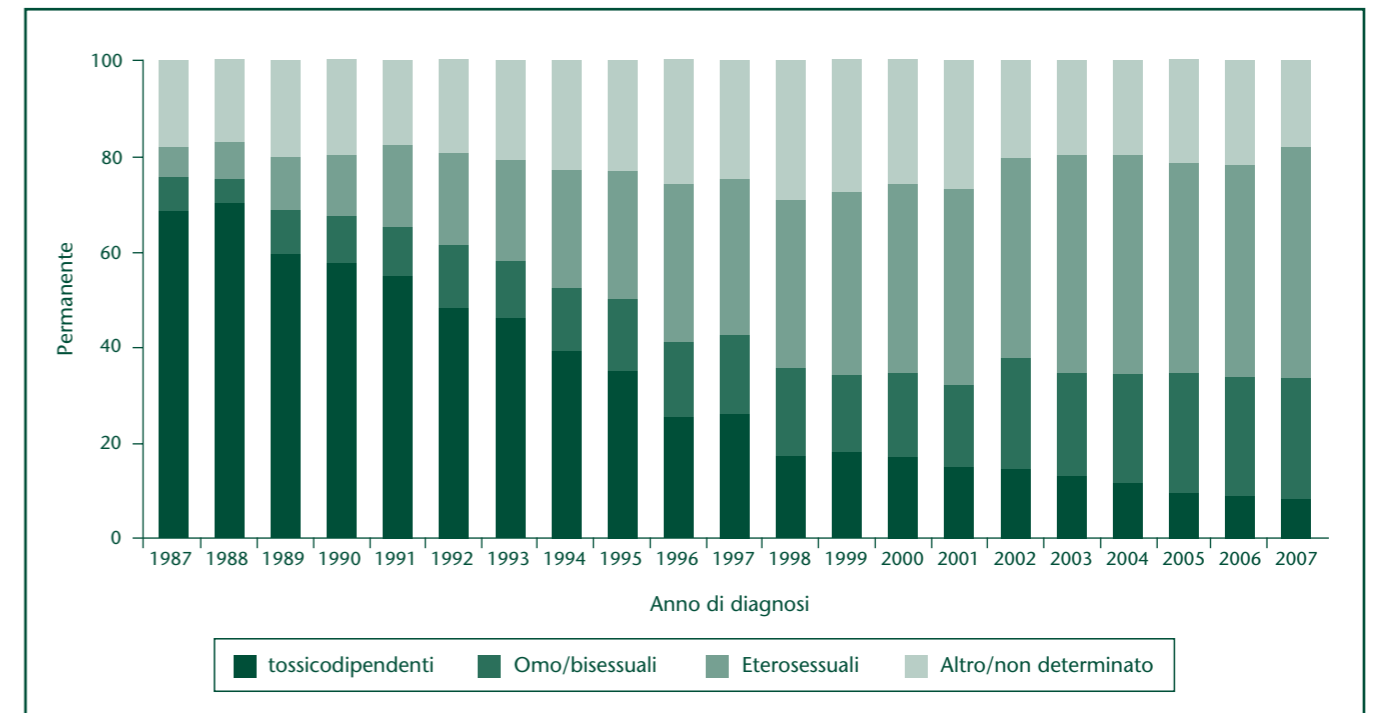


FIGURA 1 - Nuove diagnosi da infezione da HIV per modalità di trasmissione e anno. Fonte: Rapporto COA (2008).

uomini omosessuali e bisessuali con AIDS nel 1985 era del 17.3% mentre nel 2008 è di 23.7%. Più della metà dei nuovi casi di infezione scopre di aver contratto il virus dell'HIV nel momento in cui viene loro diagnosticato l'AIDS, e quindi in una fase avanzata dell'infezione (COA, 2008). In base ai dati ottenuti nell'indagine MODIDI (2006) che è stata condotta su 4690 uomini omosessuali e bisessuali, la percentuale di persone che non hanno mai effettuato il test, e quindi che non sono a conoscenza del loro status sierologico, è maggiore fra i giovani fino ai 25 anni (54.6%) rispetto a chi ha più di 25 anni (ad esempio fra le persone con più di 41 anni la percentuale scende a 16.8%). Coloro che invece hanno effettuato il test e sono risultati positivi all'HIV sono circa il 5-6% (fra i 31 e i 40 anni il 5.8%, fra i 26 e i 30 anni 2.7%, fra i giovani con meno di 25 anni 0.8%).

In Europa emerge che gli uomini omosessuali mettono in atto un sempre più alto numero di comportamenti a rischio: il numero di nuove diagnosi di HIV fra gli uomini omosessuali nel 2007 è di 8,467, con un aumento del 41% dal 2003 (UNAIDS, 2007).

Da quando sono stati introdotti i farmaci antiretrovirali le infezioni sono aumentate nei paesi europei per effetto dell'idea di disponibilità di un trattamento o una cura efficace per l'AIDS. L'aumento dei rapporti a rischio è stato documentato a partire dal 1996 in Inghilterra, in Francia, in Germania e in Svizzera (Dodds, Mercey, Parry, Johnson, 2004; Elford, Bolding, Sherr, Hart 2005). Gli uomini omosessuali stanno progressivamente adottando strategie di riduzione del rischio alternative all'uso del preservativo, come il "serosorting", termine utilizzato per indicare la scelta di partner con il medesimo status sierologico (Elford, 2006).

Per un approfondimento più dettagliato riguardo la diffusione dell'infezione da HIV in Italia e in Euro-

pa si consiglia di consultare Madeddu, Rezza e Mura (2009), mentre per una trattazione specifica nel target omo/bisessuali van Griensven, de Lind van Wijngaarden, Baral e Grulich, (2009) e Likatavicius, Klavs, Devaux, Alix e Nardone (2008).

2 Comportamenti relativi all'HIV e bisogni psicosociali negli uomini omo/bisessuali

La disponibilità di terapie, che limitano e rallentano la progressione dell'infezione, ha avuto anche un effetto sui comportamenti sessuali delle persone omosessuali: la percezione del rischio si è ridotta. Questo ha portato ad una associazione fra una riduzione della percezione della minaccia e un aumento dei comportamenti a rischio (Kalichman, Eaton, Cain, Cherry, Fuhrel, Kaufman e Pope, 2007; Stolte, Dukers, Geskus, Coutinho e de Wit, 2004).

Alcuni autori (Kalichman, Eaton, Cain, Cherry, Fuhrel, Kaufman e Pope, 2007; Stolte, Dukers, Geskus, Coutinho e de Wit, 2004) sostengono che convinzioni errate possono incoraggiare gli uomini omosessuali a mettere in atto strategie considerate efficaci per la riduzione del rischio quando il partner è sieropositivo o di status sierologico sconosciuto. Ad esempio, alcune persone pensano che alcune pratiche sessuali riducano il rischio di infezione, quando il partner sieronegativo adotta un ruolo insertivo e il sieropositivo recettivo. La carica virale è un altro aspetto rilevante nel processo decisionale: un partner sieronegativo potrebbe avere un rapporto non protetto con un partner sieropositivo se questo risulta avere una carica virale bassa (Jin, Prestage, Ellard, Kippax, Kaldor, Grulich, 2007). Nella realtà dei fatti, tali strategie non risultano efficaci nel ridurre il rischio di infezione.

Da una recente indagine condotta su un campione di 4690 uomini italiani omosessuali e bisessuali, 1/3 dei partecipanti non conosce il proprio status sierologico e circa un terzo delle persone che sono risultate negative all'ultimo test-HIV hanno successivamente intrapreso comportamenti a rischio (MODIDI, 2006). Inoltre, dalla stessa indagine emerge la rilevanza di alcuni bias o aspettative rispetto al comportamento del proprio partner occasionale che influenzano le decisioni nella interazione sessuale: in particolare, circa la metà dei rispondenti dichiara di aspettarsi che il proprio partner occasionale riveli il suo status sierologico qualora fosse sieropositivo.

Un altro fenomeno frequente riguarda l'uso di sostanze psicotrope. L'assunzione per un uso ricreativo è scarsamente sanzionata all'interno dei locali gay (Pietrantonio, 2006; Pietrantonio, 2008), dove le sostanze possono essere assunte per ottenere un effetto disinibitorio, riducendo così l'imbarazzo nell'approcciare con le persone ma anche per aumentare il piacere del rapporto sessuale. L'uso di sostanze si associa a rapporti sessuali a rischio: ciò può essere dovuto alla difficoltà nell'autocontrollo o alla distorta valutazione delle conseguenze dei propri comportamenti.

Graglia (2001) sostiene che fra gli adolescenti maschi omosessuali il rapporto sessuale rappresenta uno strumento privilegiato per la scoperta di sé e l'acquisizione di identità e che l'interazione è solitamente più orientata, rispetto alle femmine, al coinvolgimento sessuale e ad una maggiore varietà di partner. Anche il coming out (auto-riconoscimento e svelamento della propria identità omosessuale agli altri) può essere considerato come una fase di grande turbolenza emotiva, di confronto/scontro con i pari, la famiglia e la società in generale. Di conseguenza, il disagio emotivo che accompagna le varie fasi del

coming out può incidere sull'autostima determinando uno stato depressivo, una riduzione della autoefficacia e anche della motivazione a proteggersi (Prati et al., 2009). Come è stato osservato in una ricerca di Flowers, Smith, Sheeran e Beail (1998), infatti, il coming out favorisce l'esperienza sessuale a scapito delle considerazioni sulla propria salute.

Una questione dibattuta è: chi è visibile e fa parte di una comunità ha accesso a maggiori risorse di protezione e tende a fare più sesso protetto? La risposta non è univoca anche perché le norme sociali all'interno della comunità potrebbero essere orientate alla tutela della salute o al contrario alla ricerca di piacere senza valutazioni dei rischi sessuali.

In ultimo, una questione delicata riguarda l'uso di Internet per conoscere partner con cui avere rapporti sessuali: dall'indagine MODIDI (2006) è emerso che il 66.7% degli uomini omosessuali e bisessuali che hanno utilizzato Internet per conoscere partner sessuali ha avuto rapporti non protetti.

Per un approfondimento si rimanda a Carballo-Diequez, Ventuneac, Bauermeister, et al (2009) per il fenomeno del bareback e Berg (2008) per una trattazione approfondita della relazione fra comportamenti a rischio e l'uso di Internet.

3 Strategie comunicative appropriate per la prevenzione HIV negli uomini omo/bisessuali

Un intervento è in grado di modificare i comportamenti sessuali a rischio se si fonda su delle teorie basate su evidenze scientifiche (Lyles, Kay, Crepaz et al, 2007). Gli uomini omosessuali tendono mediamente a categorizzare il rischio in due grandi aree: il rischio considerato accettabile (bacio, masturbazione reciproca, sesso oro-genitale senza eiaculazione

con il partner occasionale e con eiaculazione con il partner fisso) e il rischio considerato grave (nesso oro-genitale non protetto con eiaculazione in bocca e rapporti ricettivi anali non protetti con partner occasionale) (Lowy e Ross, 1994; Varghese, Maher, Peterman et al, 2002). Le stesse organizzazioni omosessuali si sono proposte come fonte di informazioni relative al rischio HIV/AIDS e nella loro pratica divulgativa ed educativa hanno spostato il focus da il “safe sex”, cioè l’eliminazione del rischio, al “safer sex” cioè le strategie per la riduzione del rischio. E un approccio popolare, rispetto alle campagne di prevenzione, è stato quello della “erotizzazione del safer sex”.

È indubbio che il condom richiede numerose competenze comportamentali come ad esempio l’acquisto del preservativo e del lubrificante, una corretta conservazione di entrambi, un’appropriata vestibilità, il continuo monitoraggio durante l’attività sessuale ai segni di rottura. Rispetto all’uso del preservativo, anche il piacere e la ricerca di sensazioni gioca un ruolo fondamentale (Randolph, Pinkerton, Bogart, Cecil e Abramson, 2007). Un corpo percepito come “estraneo” che si interpone fra due partner potrebbe, quindi, essere accettato con riluttanza perché riduce il piacere. A tale riguardo, secondo Scott-Sheldon e Johnson (2006) l’erotizzazione del safe sex può essere un modo efficace per incoraggiare comportamenti preventivi, ad esempio suggerendo modi erotici per indossare ed usare il preservativo. Questo in particolare serve per contrastare la credenza che l’uso del preservativo riduca il piacere nel rapporto sessuale, attraverso dei messaggi che si focalizzino sul piacere piuttosto che sulla prevenzione (Scott-Sheldon, Marsh, Johnson e Glasford, 2006). È emerso, infatti, che gli interventi di prevenzione dell’HIV/AIDS che propongono di

rendere erotico il sesso sicuro, sono efficaci e influenzano positivamente l’atteggiamento nei confronti del preservativo e l’uso di esso, migliorando la comunicazione con i partner con cui si hanno rapporti sessuali.

In linea generale, le strategie da utilizzare per modificare i comportamenti a rischio dovrebbero rimanere una priorità degli interventi per la prevenzione HIV. A tale riguardo, Lyles, Kay, Crepez et al. (2007) sostengono che gli interventi dovrebbero essere “skill-based”, cioè centrati sull’acquisizione di abilità (es., di comunicazione con il partner, di acquisto e uso del preservativo).

In ultimo, è utile individuare dei sottogruppi di omosessuali che potrebbero differire per alcune caratteristiche e che richiedono un ulteriore adattamento dell’intervento comunicativo. Ad esempio, le persone che vivono nei piccoli centri, rispetto a chi vive in una grande città, potrebbero avere meno disponibilità di informazioni o di occasioni di confronto rispetto al rischio HIV; in particolare frequentando meno le associazioni o i locali omosessuali potrebbero ricorrere maggiormente all’uso di Internet.

Anche coloro che hanno frequenti rapporti occasionali costituiscono un sottogruppo con specifiche esigenze, in questo caso particolare si possono veicolare informazioni che rendano più sicure le pratiche sessuali: ad esempio usare un lubrificante adeguato che riduce il rischio di rottura del preservativo.

La comunicazione del rischio è più appropriata quando contiene degli elementi che appartengono al modello mentale delle persone come ad esempio gli elementi che limitano o interferiscono con la percezione del rischio come il bias ottimistico o la credenza che le terapie antiretrovirali riducano la probabilità di infezione sono due esempi piuttosto

comuni. In questo modo si presenta un elemento preesistente non funzionale e la nuova informazione più funzionale, la quale verrà meglio acquisita (Morgan, Fischhoff, Bostrom, Lave e Atman, 1992).

La percezione del rischio è uno dei maggiori prerequisiti per il cambiamento di un comportamento ed in particolare per la promozione di comportamenti preventivi e protettivi (Milne, Sheeran e Orbell, 2000; Schwarzer, 2001). Ma come si può fare ad aumentare la percezione di minaccia senza generare reazioni non funzionali come l’evitamento? De Wit, Das e Vet (2008), sulla base di un loro studio condotto su uomini omosessuali, affermano che l’uso di uno stile narrativo piuttosto che statistico nel presentare evidenze relative ad una minaccia per la salute è particolarmente funzionale in quanto non genera reazioni di evitamento. Inoltre, una comunicazione caratterizzata da uno stile narrativo può comportare una modifica del comportamento relativo alla salute anche a distanza di tempo (Chapman e Coups, 2006).

Gli interventi per la prevenzione possono utilizzare anche le nuove tecnologie come ad esempio Internet (Bull, McFarlane e King 2001; Pequegnat, Rosser, Bowen et al, 2006). Kok, Harterink, Vriens, de Zwart e Hospers (2006) hanno pubblicato un lavoro in cui vengono elencati i passi da seguire per sviluppare un intervento Internet based ed interattivo cioè: una prima fase di valutazione, una di definizione degli obiettivi del programma, la traduzione dalla teoria alla strategia, l’integrazione delle strategie nell’intervento, l’implementazione e la valutazione. Secondo

Bowen, Horvath e Williams (2006), inoltre, Internet rappresenta uno strumento utile per gli interventi, in particolare per aumentare le conoscenze legate all’HIV fra gli uomini omosessuali che vivono in zone rurali.

4 L’opinione degli operatori: una ricerca con focus group

In Italia vi sono associazioni, organizzazioni ed enti sanitari che si occupano di prevenzione e comunicazione del rischio HIV/AIDS rivolte agli uomini omosessuali. Al fine di comprendere le opinioni degli operatori che lavorano in questo campo è stata realizzata una ricerca tramite due focus group uno in Emilia-Romagna e uno in Campania, entrambi con la collaborazione dell’Arcigay nazionale e locale. I partecipanti erano operatori dell’associazione. Nel primo focus group (Bologna) i partecipanti erano operatori, nello specifico responsabili del settore salute provenienti da diverse regioni italiane e con esperienza in campo di promozione della salute nel gruppo di uomini omosessuali. Nel secondo focus group (Napoli) i partecipanti erano collaboratori dell’Arcigay Campania. Entrambe le discussioni di gruppo hanno avuto una durata di circa due ore e per lo svolgimento è stata costruita una scaletta di domande specifiche per trattare argomenti relativi al problema HIV/AIDS nel target. L’intera discussione è stata audioregistrata e successivamente trascritta; di seguito saranno presentati i principali contenuti emersi¹.

¹ Per l’organizzazione dei due focus si ringraziano Matteo Ricci per Bologna e Nicola Stanzone per Napoli. Desideriamo ringraziare anche i partecipanti ai due focus group: Matteo, Fabio, Giorgio, Miles, Sandro, Claudio, Mimmo, Nicola e Riccardo per il focus di Bologna, Danilo, Nicola, Sergio, Giuseppe, Alberto, Ciro, Ciro e Vittorio per il focus di Napoli.

Gli uomini omosessuali e l'HIV/AIDS

Gli operatori che hanno partecipato ai focus group concordano nell'affermare che l'associazione fra HIV/AIDS e uomini omosessuali ha radici storiche e sociali che spingono a realizzare campagne di prevenzione in questa popolazione; inizialmente, infatti, si riteneva che l'infezione riguardasse i gay ed era considerata una patologia "gay related". Si deve tenere conto, poi, che gli omosessuali vivono in contesti di nicchia e spesso non possono uscire allo scoperto, anche per questo si costituiscono dei gruppi circoscritti e questo favorisce la diffusione della malattia. Un aspetto importante più volte emerso durante le discussioni riguarda l'identificazione di sé come omosessuale che rappresenta un aspetto particolarmente delicato: molte persone che hanno rapporti omosessuali si definiscono eterosessuali e ciò rende più difficile raggiungerli qualora si realizzasse una campagna di prevenzione diretta ad un pubblico di omosessuali. Sulla base dell'esperienza diretta maturata nel tempo, i partecipanti hanno suggerito che una campagna realizzata per gli uomini omosessuali dovrebbe essere: "...una campagna, un'attività d'informazione rivolta a, mirata a... con linguaggi e usi coerenti rispetto al gruppo...". Ciò comporta che bisogna conoscere il linguaggio, le abitudini, i comportamenti tipici di un determinato gruppo.

Specificità del target: le abitudini e i bisogni

Gli omosessuali, rispetto agli eterosessuali, hanno una vita sessuale più attiva e spesso hanno rapporti con partner occasionali di cui non conoscono lo status sierologico. Gli operatori, inoltre, concordano nell'affermare che bisogna focalizzarsi sul rapporto anale che risulta essere ad alto rischio poiché è particolarmente traumatico; in base a queste considerazioni gli uomini omosessuali sono particolarmente

vulnerabili rispetto al rischio di infezione da HIV. Conoscere le abitudini del target uomini omosessuali, inoltre, significa conoscere le loro esigenze e necessità; dai focus realizzati è emerso che la prevenzione dovrebbe essere concepita come un'attività ordinaria, generale e costante: un bisogno principale e prioritario. Gli operatori hanno sollevato anche una questione importante rispetto alla percezione della vicinanza con la malattia: la percezione della vulnerabilità individuale infatti si è ridotta e questo perché quando l'infezione era maggiormente "visibile" era più probabile vedere qualcuno simile a sé che si era contagiato, in questo modo, quindi, si percepiva maggiormente il rischio. Le persone sieropositive ora rappresentano il "sommerso" della società, sembra quasi che la malattia sia stata cancellata: "... un conto è la conoscenza, un conto è la percezione. [...] Cioè: l'informazione in qualche modo c'è, perché arriva da vari canali, ma un conto è l'informazione, che c'è, un conto è... appunto il metterla su di sé".

I sottogruppi di uomini omosessuali che necessitano di un intervento

Il gruppo di uomini omosessuali è estremamente eterogeneo, in particolare rispetto all'età, secondo il parere degli esperti questo rende più difficile individuare un unico prodotto comunicativo. La partecipazione o meno alla vita della comunità gay, poi, rappresenta un ulteriore aspetto discriminante: la rete sociale, infatti, svolge anche la funzione di supporto e permette di veicolare informazioni, rendendo disponibili risorse come ad esempio i preservativi distribuiti gratuitamente o i materiali informativi, può, inoltre, svolgere una funzione di controllo sociale. Anche per questi motivi i partecipanti ai focus concordano nell'affermare che vivere in un contesto rurale può rendere più difficile l'accesso alle risorse

della comunità. Nei contesti più isolati (ma non solo) Internet è stato identificato come il mezzo attraverso cui si svolge il 100% della vita sociale di una persona omosessuale, uno strumento attraverso cui conoscere partner, per mantenere contatti e avere una vita sociale. Sono stati identificati anche altri gruppi di uomini omosessuali che necessitano di interventi specifici rispetto alla prevenzione HIV/AIDS, nello specifico: le persone che hanno frequenti rapporti occasionali, le persone sieropositive, gli "inesperti" cioè coloro che non hanno avuto ancora delle esperienze sessuali e i disinformati cioè coloro che non sono stati raggiunti da informazioni riguardo all'infezione da HIV o seppur raggiunti non hanno approfondito il tema. Fra gli uomini omosessuali, inoltre, ci sono persone che fanno uso di droghe (come ad esempio il popper), l'uso di sostanze può contribuire alla riduzione della percezione del rischio e anche per effetto della disinibizione si possono avere rapporti a rischio. In ultimo, altri sottogruppi identificati sono: chi fa parte di un gruppo sessuale chiuso, come ad esempio coloro che hanno rapporti sessuali non protetti all'interno di una stretta cerchia di persone di cui si conosce lo stato sierologico, chi cerca partner su internet e gli stranieri che si prostituiscono. Tutti questi sottogruppi, in base all'esperienza dei partecipanti ai focus, rappresentano possibili sottotarget verso cui indirizzare interventi di prevenzione specifica.

Messaggi per la prevenzione

Da quanto è emerso dai focus group è stato possibile definire anche le caratteristiche dei messaggi per la prevenzione HIV; secondo i partecipanti tali messaggi non devono essere stigmatizzanti e non dovrebbero demonizzare la sessualità. È considerato più efficace, invece, mantenere l'idea del sesso come un

gioco senza perdere la percezione del rischio, evitando però i messaggi ansiogeni e che generano paura: la paura non è efficace e non motiva a proteggersi ma piuttosto può favorire un comportamento di fuga o la negazione del problema. Il messaggio da veicolare dovrebbe generare un minimo di preoccupazione e dovrebbe essere un giusto equilibrio fra un messaggio ansiogeno e un messaggio "soft", in grado cioè di incuriosire le persone attraverso contenuti e caratteristiche accattivanti e dovrebbe invogliare le persone ad approfondire l'argomento. Dovrebbero inoltre essere messaggi brevi, diretti e chiari, in modo tale da rendere veloce il processamento delle informazioni utilizzando anche delle immagini, il formato dovrebbe essere maneggevole, cioè non ingombrante ma che contenga comunque un'informazione saliente e specifica. L'uso di un testimonial forte può essere utile quanto più è vicino al gruppo di riferimento. È inoltre indispensabile l'uso di "delicatezza" e discrezione perché ci si rivolge anche ad una quota di persone che non vivono liberamente la propria sessualità.

"La capacità di vivere la sessualità come una sorta di gioco, cioè unire questi due momenti cioè la prevenzione e la sessualità farlo diventare una cosa piacevole e divertente da fare perché molte persone magari sentono un po' ossessionata da queste cose e quindi finiscono per vivere male la propria sessualità non sono protette e il fatto che si devono proteggere la vivono con angoscia" e "Le cose che portano alla curiosità sono le cose che funzionano di più..."

Canali per raggiungere gli uomini omosessuali

I principali canali identificati per la diffusione dei messaggi sono la televisione e la radio, entrambi

considerati come canali di massa per raggiungere una larga fetta di popolazione omosessuale. Internet, le chat e siti di incontro, rappresentano un mezzo per raggiungere anche coloro che non si identificano come omosessuali e utilizzano la rete virtuale per conoscere partner con cui avere rapporti. Gli operatori concordano poi nel considerare i locali gay come i luoghi di elezione per veicolare messaggi, soprattutto per chi frequenta la comunità gay e, in alcuni casi, potrebbe essere funzionale l'uso di gadget e oggetti come porta-preservativi o sottobicchieri. Ulteriormente, l'uso di un intermediario per la diffusione di informazioni può essere un canale adeguato soprattutto quando è rappresentato dalle strutture sanitarie come ad esempio i reparti di malattie infettive e i luoghi dove si fa il test.

In conclusione, riguardo al messaggio da veicolare, è emerso che il sesso non deve essere né stigmatizzato né demonizzato, piuttosto il comportamento protettivo (come l'uso del preservativo) dovrebbe

essere associato a emozioni positive e di rispetto di sé e dell'altro.

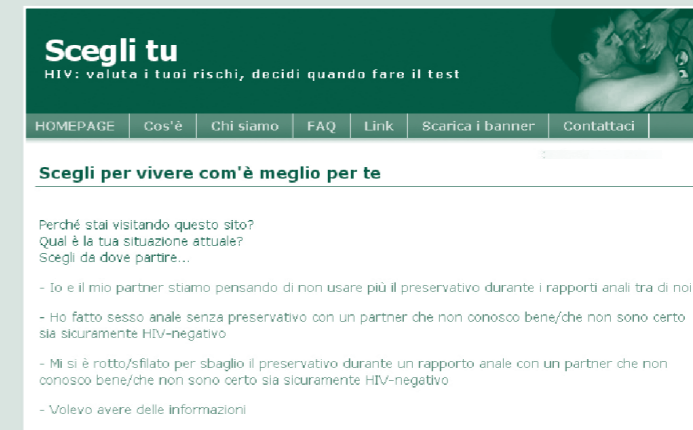
5 Esempi di materiali comunicativi rivolti agli uomini omo/bisessuali in Italia ed Europa

In Italia, per il target uomini omosessuali, sono stati realizzati prodotti principalmente da associazioni di persone omosessuali (es. Arcigay nelle diverse sedi regionali e Mario Mieli); i prodotti erano per lo più cartacei e siti internet, per la divulgazione di informazioni relative al sesso sicuro e al test HIV. Fra le campagne presenti vengono presentate di seguito prodotti italiani ed europei realizzati negli ultimi cinque anni sulla questione HIV/AIDS, rivolti specificatamente agli uomini omosessuali. I criteri adottati per la scelta di questi prodotti sono principalmente: l'innovazione nella comunicazione e nei canali usati per la diffusione, il tipo e l'esaustività delle informazioni divulgate.

Campagna "Scegli tu"

Promotore: Arcigay - Anno: 2008

La campagna "scegli tu" di Arcigay è organizzata attraverso un sito internet, si tratta di un percorso decisionale assistito, l'utente potrà stabilire se ha corso dei rischi nei suoi rapporti sessuali rispondendo a delle domande. Il percorso virtuale inizia scegliendo il motivo per cui richiede informazioni: la scelta di non voler utilizzare il preservativo con il proprio partner, l'aver avuto un rapporto senza preservativo con un partner di cui non si conosce lo status sierologico, la rottura o perdita del preservativo durante il rapporto anale con partner di cui non si conosceva lo status sierologico o la volontà di ricevere delle informazioni. Il sito www.salutegay.it contiene numerose informazioni su campagne e iniziative, ed è scaricabile l'opuscolo per medici e infermieri dal titolo "Pazienti imprevisi" sui bisogni sanitari di gay, lesbiche e bisessuali. In passato Arcigay aveva sviluppato campagne sulle false assunzioni sullo stato di salute altrui come in questa cartolina: uno pensa "Non mi ha chiesto di usare il preservativo, deve essere sieropositivo come me", l'altro pensa "Non ha messo il preservativo deve essere sieronegativo come me".



Campagna "Progetto Coroh"

Promotore: Circolo Mario Mieli - Anno: 2007-2009

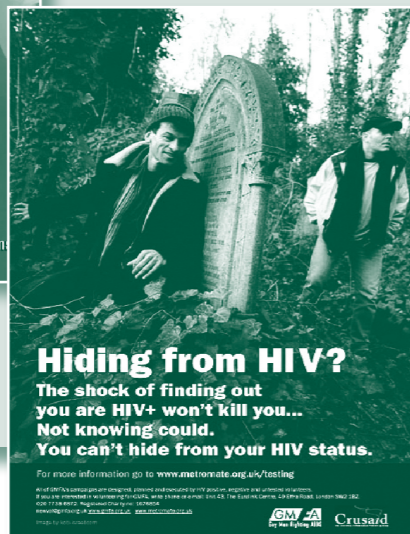
La campagna è stata realizzata all'interno del progetto CoRoh "Prendersi cura di sé migliora la salute di tutti" promosso e finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità e coordinato dal Circolo omosessuale Mario Mieli, l'IFO San Gallicano e l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata - Centro AIDS. Ha come obiettivo quello di favorire test e screening delle malattie a trasmissione sessuale nella popolazione MSM anche a seguito dei focolai di sifilide registrati a Roma e Milano.

Campagne varie

Promotore: Terrence Higgins Trust (THT), Gay Men Fighting AIDS, Uk - Anno: 2004-2009



Il Terrence Higgins Trust coordina un programma di prevenzione primaria nazionale chiamato CHAPS (Community HIV and AIDS Prevention Strategy), si rivolge ad un target di uomini gay e bisessuali e le campagne sono realizzate sia a livello locale sia nazionale; alcune delle campagne mirano a rinforzare l'uso del preservativo e la scelta di esso; altre che mirano ad aumentare le conoscenze e acquisire abilità adeguate per proteggersi dal rischio HIV. Ulteriori informazioni sono disponibili al sito www.naiverisks.chapsonline.org.uk



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 agli uomini omosessuali formulando messaggi mirati, personalizzati ed efficaci.

6 Indicazioni per l'elaborazione di messaggi specifici per gli uomini omo-bisessuali

Se si intende strutturare una campagna (sia essa un volantino, un poster, un sito internet) destinata agli uomini omosessuali 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.

Un esempio specifico relativo agli uomini omosessuali riguarda l'accettazione del proprio orientamento sessuale o l'identificazione di sé come omosessuale: potrebbe essere difficile raggiungere gli uomini con comportamenti bisessuali che non si definiscono gay essendo una popolazione "sommersa" non identificabile, oppure uomini che hanno rapporti sessuali con uomini che si travestono da donna e che non si definiscono gay potrebbero rifiutare di leggere un volantino rivolto ai gay in quanto "non li riguarda".

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 agli uomini omosessuali formulando messaggi mirati, personalizzati ed efficaci.

1 Acquisire informazioni e conoscenze sul target "uomini omosessuali/bisessuali"

Per comprendere il target "uomini omo/bisessuali", si possono intervistare rappresentanti delle associa-

zioni, consultare materiali, riviste, siti rivolti agli uomini omosessuali, documentarsi sulle ricerche disponibili. È quindi importante trovare una risposta alle seguenti domande per definire con maggiore precisione il target a cui rivolgersi:

- Gli uomini omosessuali si distinguono dalla popolazione generale per caratteristiche demografiche più rilevanti? Se sì, in che modo?
- Gli uomini omosessuali si distinguono dalla popolazione generale per problemi fisici, vulnerabilità psicologiche o sociali? Se sì, in che modo?
- Gli uomini omosessuali si distinguono dalla popolazione generale per stili di vita, personalità, valori o norme sociali? Se sì, in che modo?
- Quali comportamenti rendono gli uomini omosessuali specificatamente esposti al rischio di HIV/AIDS?
- Quali comportamenti hanno funzionato negli uomini omosessuali per ridurre il rischio HIV?
- Come si può segmentare il target "uomini omosessuali" identificando sotto-target sulla base di comportamenti (es., chi usa e chi non usa il preservativo, chi si definisce gay e chi non lo fa pur avendo rapporti sessuali con uomini) o condizioni (es., uomini gay Hiv-positivi o Hiv-negativi, uomini gay stranieri e italiani)?
- 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., genitori di gay, medici).

2 Individuare le modalità più appropriate per “confezionare” il messaggio.

Per capire come raggiungere gli uomini omosessuali, occorre chiedersi quali sia il canale più appropriato per raggiungerli, 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 dagli uomini omosessuali per apprendere conoscenze a proposito di [uso del preservativo, test HIV]?
- Quali sono, secondo lei, le figure più convincenti e credibili per gli uomini omosessuali sul tema [uso del preservativo, test HIV]?
- Quali sono, secondo lei, il tipo di messaggi che le piacerebbe più ricevere sul tema [uso del preservativo, test HIV]?

3 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 gli uomini omosessuali ad adottare un comportamento sessualmente responsabile. In tal modo è possibile articolare un messaggio preventivo che si basi sulle percezioni più diffuse tra gli uomini omosessuali e li motivi ad intraprendere un comportamento più salutare.

■ **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, un uomo gay/bisessuale 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 degli uomini omosessuali dell'HIV/AIDS?
- Quanto gli uomini omosessuali ritengono grave il rischio HIV/AIDS?
- Gli uomini omosessuali 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, un uomo gay/bisessuale 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 lui 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 gli uomini omosessuali (amici, famiglia, leader gay, 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 gli uomini omosessuali che adottare il comportamento preventivo è facile da attuare? Come si può aumentare la percezione di essere in grado di attuarlo? Quali fattori situazionali 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 degli uomini omosessuali che quelli simili alla popolazione generale. Esempi di convinzioni concernenti un atteggiamento negativo verso il test HIV negli uomini omosessuali potrebbero essere i seguenti:

- ⌘ *“Non ho bisogno di fare il test HIV perché non ho fatto niente di strano e rischioso”*
- ⌘ *“Mi vergogno ad andare in ospedale a fare il prelievo perché dovrei dire che sono omosessuale”*
- ⌘ *“Per me è inutile fare il test perché preferisco non sapere se sono sieropositivo”*

Esempi di convinzioni concernenti un atteggiamento negativo verso l'uso del preservativo negli uomini omosessuali potrebbero essere i seguenti:

- ⌘ *“Il preservativo toglie il piacere del contatto”*
- ⌘ *“Se l'altro non vuole usare il preservativo vorrà dire che è sano”*

- ⌘ *“Quando sono preso dalla voglia non ci penso proprio al preservativo”*
- ⌘ *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 riproduzione, in particolare si tende ad imitare persone (“modelli”) con cui siamo coinvolti (es., amici importanti, persone con prestigio sociale). Un uomo gay/bisessuale ha un comportamento sessuale protetto se osserva intorno a lui 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 gli uomini omosessuali?
- In che misura gli uomini omosessuali 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 usare correttamente un preservativo con il lubrificante)?

■ **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 precontem-

plazione (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) negli uomini omosessuali 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 indeciso” (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” nei vari stadi, 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 gli uomini omosessuali sono prevalentemente nello stadio di *precontemplazione*, come si può aumentare la consapevolezza del problema (es., fare il test HIV)?
- Se gli uomini omosessuali sono prevalentemente

nello stadio di *contemplazione*, quali benefici si dovrebbero sottolineare e come si potrebbe aumentare la percezione di pressione sociale?

- Se gli uomini omosessuali 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 gli uomini omosessuali sono prevalentemente nello stadio dell’*azione*, come si può incoraggiare ad attuarlo anche successivamente?
- Se gli uomini omosessuali sono prevalentemente in fase di *mantenimento*, come si può aiutarli a continuare nel tempo anche in situazioni a rischio di “ricaduta” (es., evitare di fare sesso non protetto per stanchezza, stress, pressione altrui)?

La spiegazione dettagliata dei modelli psicosociali citati è riportata in Zani e Cicognani (2000) e Pietrantoni (2001).

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 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., altri gay) 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 un ragazzo che si reca per 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.

A partire da questi presupposti teorici sono state costruite e pretestate tre storie; attraverso la realizzazione di un focus group con persone omosessuali è stata selezionata una storia apportando modifiche che, secondo il parere dei partecipanti, non risultavano verosimili o efficaci. Nella valutazione delle storie è stata data grande importanza al grado di identificazione delle persone con il protagonista delle storie. Di seguito viene presentata la storia selezionata e modificata.

Esempio di costruzione di una storia

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

Genere: maschio

Età: 18-30 anni

Status relazionale: con partner occasionale

Comportamento che si intende incoraggiare: uso del preservativo

Messaggio chiave: “anche se l’AIDS è meno grave, è una condizione indesiderabile e da evitare”

<p><i>Mi chiamo Mirko ho 24 anni, sono nato in una cittadina di provincia molto chiusa, con dei genitori che non hanno mai accettato la mia omosessualità, ho deciso di andare a vivere nella grande città per fare l’università. Lontano da casa mi sento più libero di vivere la mia vita. Allo stato attuale, non escludo una storia seria, ma nel frattempo non voglio precludermi altre esperienze.</i></p>	<p>Caratteristiche ed esperienze dell’attore della storia</p>
<p><i>Ho un profilo su un sito di incontri gay grazie al quale ho conosciuto un ragazzo veramente carino. Lui ha insistito per fare sesso senza preservativo perché ha detto che gli piaceva di più. Io ero in preda alla passione e non ho detto niente, l’ho lasciato fare.</i></p>	<p>Motivazioni psicologiche del sesso non protetto</p>
<p><i>Il giorno dopo ho provato rabbia verso me stesso, ero preoccupato di aver preso qualche malattia. Ho aspettato 6 mesi per fare il test, mi sono sembrati infiniti, quando sono andato a ritirare l’esito avevo paura, ma alla fine il test era negativo, cavolo ero felicissimo.</i></p>	<p>Emozioni negative e positive legate al rischio</p>
<p><i>Questa volta mi è andata bene, ma non ho voglia di star male. Ora come ora non farei nuovamente sesso non protetto solo per far piacere all’altro. Vivere il piacere del sesso non significa prendere la propria vita alla leggera. Anche se l’AIDS è una malattia che ora fa meno paura, è comunque una malattia che voglio evitare e che è meglio non avere.</i></p>	<p>Motivazione a proteggersi in futuro</p>

Bibliografia

Berg, R.C. (2008). Barebacking among MSM internet users. *AIDS and Behavior*, 12(5): 822–33.

Bowen, A.M., Horvath, K., Williams, M.L. (2006). Randomized control trial of an Internet delivered HIV knowledge intervention with MSM. *Health Education Research*, 22(1): 120–7.

Bull, S., Lloyd, L., Reitmeijer C., McFarlane, M. (2004). Recruitment and retention of an online sample for an HIV prevention intervention targeting men who have sex with men: the Smart Sex Quest Project. *AIDS Care*; 16(8): 931–43.

Bull, S.S., McFarlane, M., King, D. (2001). Barriers to STD/HIV prevention on the Internet. *Health Education Research* 16(6): 661–70.

Carballo-Diéguez, A., Ventuneac, A., Bauermeister, J., Dowsett, G. W., Dolezal, C., Remien, R. H., et al. (2009). Is ‘bareback’ a useful construct in primary hiv-prevention? Definitions, identity and research. *Culture, Health & Sexuality*, 11(1): 51-65.

Chapman, G.B., & Coups, E.J. (2006). Emotions and preventive health behavior: Worry, regret, and influenza vaccination. *Health Psychology*, 25(1): 82–90.

Collins, C., Kohler, C., Di Clemente, R. & Wang, M.Q., (1999). Evaluation of the exposure effects of a theory-based street outreach HIV intervention on African. *American drug users Evaluation and Program Planning*, 22(3): 279-93.

Corby, N.H., Enguidanos, S.M., and Kay, L.S. (1996). Development and use of role-model stories in a commu-

nity-level HIV risk-reduction intervention. *Public Health Rep*, 111(1): 54-8.

De Wit, J.B.F., Das, E., & Vet, R. (2008). What works best: Objective statistics or a personal testimonial? An assessment of the persuasive effects of different types of message evidence on risk perception. *Health Psychology*, 27(1): 110-5.

Dodds, J.P., Mercey, D.E., Parry, J.V., Johnson, A.M. (2004). Increasing risk behavior and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sexually Transmitted Infections*, 80(3): 236-40.

Elford, J., (2006). Changing patterns of sexual behavior in the era of highly active antiretroviral therapy. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 19(1): 26–32.

Elford, J., Bolding, G., Sherr, L., Hart, G. (2005). High risk sexual behavior among London gay men: No longer increasing. *AIDS*, 19(18): 2171–4.

EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2006, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, No. 75. www.eurohiv.org/reports/report_75/pdf/report_eurohiv_75.pdf 2007.

Flowers, P., Smith, J., Sheeran, P., Beail, N. (1998). “Coming out” and sexual debut: Understanding the social context of HIV risk-related behaviour. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 8(6): 409-21.

Graglia, M. (2001). Prevenzione ed empowerment nella comunità omosessuale maschile: difficoltà e risorse. *Personalità/Dipendenze*, 3: 341-8.

Hamers, F.F., Phillips, A.N. (2008). Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe. *HIV Medicine*, 9(2): 6–12.

Jamner, M.S., Wolitski, R.J., & Corby, N.H. (1997). Impact of longitudinal community HIV intervention targeting injecting drug users' stage of change for condom and bleach use. *American Journal of Public Health*, 12(1): 15–24.

Jin, F., Prestage, G.P., Ellard, J., Kippax, S.C., Kaldor, J.M., & Grulich, A.E. (2007). How homosexual men believe they became infected with HIV: The role of risk reduction behaviors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46(2): 245–7.

Kalichman, S.C., Eaton, L., Cain, D., Cherry, C., Fuhrel, A., Kaufman, M., and Pope, H. (2007). Changes in HIV treatment beliefs and sexual risk behaviors among gay and bisexual men, 1997-2005. *Health Psychology*, 26(5): 650-6.

Kalichman, S.C., Eaton, L., Pinkerton, S.D. (2007). Circumcision for HIV prevention: failure to fully account for behavioral risk compensation. *PLoS Med* 4(1).

Kok G., Harterink P., Vriens P., de Zwart O., Hospers H.J. (2006). The gay cruise: Developing a theory- and evidence-based Internet HIV-prevention intervention. *Sexuality Research & Social Policy*, 3(2): 52–67.

LikataVICIUS, G., Klavs, I., Devaux, I., AliX, J., & Nardone, A. (2008). An increase in newly diagnosed HIV cases reported among men who have sex with men in Europe, 2000-6: Implications for a European public health strategy. *British Medical Journal*, 84(6): 499-505.

Loewenstein, G.F., Weber, E.U., Hsee, C.K., & Welch, N. (2001). Risk as feeling. *Psychological Bulletin*, 127(2): 267–86.

Lowy, E., Ross, M.W. (1994). "It'll never happen to me": gay men's beliefs, perceptions and

folk constructions of sexual risk. *AIDS Education and Prevention*, 6(6): 467-82.

Lyles, C.M., Kay, L.S., Crepaz, N., et al. (2007). Best-evidence interventions: findings from a systematic review of HIV behavioral interventions for US populations at high risk, 2000-2004. *American Journal of Public Health*, 97(1): 133–43.

Madeddu, G., Rezza G., and Mura, M.S. (2009). Trends in the European HIV/AIDS epidemic: a perspective from Italy. *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 7(1): 25-36.

Milne, S., Sheeran, P., & Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health-related behavior: A meta-analytic review of Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(1): 106–43.

Morgan, M.G., Fischhoff, B., Bostrom, A., Lave, L., & Atman, C.J. (1992). Communicating risk to the public: First, learn what people know and believe. *Environmental Science and Technology*, 26(11): 2048-56.

Pequegnat, W., Rosser, B.R.S., Bowen, A.M., Bull, S.S., DiClemente, R., Bockting, W.O., et al. (2006). Conducting Internet-based HIV/STD prevention survey research: Considerations in design and evaluation. *AIDS and Behavior*, 11(4): 505–21.

Perloff, R.M. (2003). *The dynamics of persuasion* (2nd ed.). Erlbaum, Mahwah, NJ.

Pietrantonì, L. (2001). *La psicologia della salute*. Carrocci, Roma.

Pietrantonì L. (2005). *L'orientamento sessuale in adolescenza*. In Maggi M. L'affettività e la sessualità nella scuola che cambia. (pp. 26 - 39). Editrice Berti, Piacenza.

Pietrantonì, L. (2006). *Corpi sociali. La relazione tra orientamento sessuale, comportamenti e salute* (pp. 235 - 258). In Rigliano P. Graglia M. Gay e lesbiche in psicoterapia. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Prati, G., Pietrantonì, L., Buccoliero, E., Maggi, M. (2009). *Il bullismo omofobico*. Milano, Franco Angeli.

Randolph, M.E., Pinkerton, S.D., Bogart, L.M., Cecil, H., Abramson, P.R., (2007). Sexual Pleasure and Condom Use. *Archives of Sexual Behavior*, 36(6): 844–8.

Rapporto Centro Operativo Aids COA. Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2008.

Reinard, J.C. (1988). The empirical study of the persuasive effects of evidence: The status after fifty years of research. *Human Communication Research*, 15(1): 3–59.

Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 10(2): 47–51.

Scott-Sheldon, L.A.J., and Johnson, B.T., (2006). Eroticizing Creates Safer Sex: A Research Synthesis. *The Journal of Primary Prevention*, 27(6): 619-40.

Scott-Sheldon, L.A.J., Marsh, K.L., Johnson, B.T. and Glasford, D.E. (2006). "Condoms pleasure=safesex? A missing addend in the safer sex message", *AIDS Care*, 18(7):750-4.

Slater, M.D., & Rouner, D. (1996). Value-affirmative and value-protective processing of alcohol education messages that include statistical evidence or anecdotes. *Communication Research*, 23(2): 210–35.

Stolte, I.G., Dukers, N.H., Geskus, R.B., Coutinho, R.A., de Wit, J. (2004). Homosexual men change to risky sex when perceiving less threat of HIV/AIDS since availability of highly active antiretroviral therapy: a longitudinal study. *AIDS*, 18(2): 303–9.

UNAIDS/WHO. Report on the global AIDS epidemic. UNAIDS, Geneva, May 2006.

van Griensven, F., de Lind van Wijngaarden, J.W., Baral S., and Grulich, A. (2009). The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 4(4): 300-7.

Varghese, B., Maher, J. E., Peterman, T. A., Branson, B. M., & Steketee, R. W. (2002). Reducing the risk of sexual HIV transmission: Quantifying the per-act risk for HIV on the basis of choice of partner, sex act, and condom use. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(1): 38-43.

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

La prevenzione HIV/AIDS negli **uomini omo/bisessuali**: indicazioni e strategie comunicative

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. Andrea Norcini Pala
Dipartimento di Scienze dell'Educazione - Università di Bologna