

La prevenzione **HIV/AIDS**
nei **consumatori di sostanze:**
indicazioni e strategie comunicative

Il presente opuscolo è rivolto agli operatori socio-sanitari, ai volontari delle associazioni e a tutti coloro chi si trovano a pianificare un intervento comunicativo rivolto a consumatori di sostanze 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, 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

Davide Mazzoni - Università di Bologna, Dipartimento di Scienze dell'Educazione

Associazioni di riferimento:

CNCA - Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza (referente)

www.cnca.it

Gruppo Abele

www.gruppoabele.org

Associazione "I ragazzi della Panchina"

<http://iragazzidellapanchina.wordpress.com>

LILA Calabria

www.lilacalabria.it

Villa Maraini

www.villamaraini.it

Dianova

www.dianova.it

Associazione Saman

www.saman.it

Mondo X

www.mondox.it

La prevenzione **HIV/AIDS**
nei **consumatori di sostanze:**
indicazioni e strategie comunicative

Indice

1. Dati epidemiologici italiani sul rischio HIV nei consumatori di sostanze	5
2. Comportamenti relativi all'HIV e bisogni psicosociali nei consumatori di sostanze	6
3. Riduzione del rischio HIV e strategie comunicative con i consumatori di sostanze	8
4. L'opinione degli operatori: un ricerca con focus group	10
5. Esempi di materiali comunicativi rivolti ai consumatori di sostanze in Italia e in Europa	13
6. Indicazioni per l'elaborazione di messaggi specifici per i consumatori di sostanze	16
7. La sperimentazione di un modello: una storia "role-model"	20
Bibliografia	23

1 Dati epidemiologici italiani sul rischio HIV nei consumatori di sostanze stupefacenti

Per quanto riguarda il consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione italiana, le indagini svolte nel periodo 2001-2008 (IPSAD¹, 2007-2008) indicano una certa stabilità della diffusione dell'*eroina* (dopo una flessione significativa negli anni precedenti) consumata da circa lo 0,03%² della popolazione generale, accompagnata da un aumento del consumo della stessa nei maschi di età compresa tra i 15 ed i 34 anni. Si assiste ad un arresto della crescita ormai pluriennale nell'uso di *cocaina* (arrivata al 2,2%) e ad un aumento del consumo di *cannabis*, il quale nell'ultimo anno viene riferito dal 14% della popolazione intervistata. Rispetto agli anni precedenti, rimane stabile la diffusione di *stimolanti* e allucinogeni (0,6-0,7%) mentre continua ad aumentare il numero di *poliassuntori*: i tre quarti della popolazione intervistata che riferisce di assumere cocaina, riferisce anche l'uso di altre sostanze illegali.

La trasmissione del virus HIV tra i consumatori di sostanze stupefacenti è stata indagata soprattutto in relazione a due vie principali di trasmissione. La prima ha a che fare essenzialmente con la *condivisione di siringhe* e, in misura minore, di altro materiale (es. tamponi di cotone). La seconda riguarda la possibilità che alcol e droghe, interferendo con la capacità di

giudizio, possano in qualche modo favorire *comportamenti sessuali* non protetti.

Per quanto riguarda la prima modalità di trasmissione, si può dire che in Europa si registrano alti livelli di sieropositività tra i consumatori di sostanze per via iniettiva soprattutto nelle città dell'Est (Euro HIV, 2007). In Italia (ISS, 2009) la distribuzione dei casi di AIDS adulti evidenzia come il 56,1% del totale sia ancora oggi composto da persone che hanno fatto uso iniettivo di droghe. Pur trattandosi di una percentuale consistente e di una stima in difetto - dato che una parte del fattore di rischio classificato come "altro/non determinato" è attribuibile anche all'uso iniettivo di droghe (COA, 1997) - dai dati emerge in modo chiaro una progressiva diminuzione negli ultimi anni. Anche la percentuale di nuove diagnosi associate al consumo di sostanze per via iniettiva ha recentemente toccato il valore minimo dalla comparsa del virus (Figura 1).

Per quanto riguarda la seconda modalità di trasmissione, siamo per certi versi di fronte ad un processo opposto. Ad esempio, i risultati di uno studio trasversale, condotto dall' ISS negli anni 2005 e 2007, su un campione di SerT italiani (n=2582) evidenziano una generale diminuzione della prevalenza dell'HIV nel 2007 rispetto al 2005. Tuttavia, disaggregando i dati per pattern d'uso, emerge una diminuzione marcata tra i tossicodipendenti che fanno uso endovenoso a fronte di un aumento tra i soggetti che fanno uso non endovenoso. Tale risultato confermerebbe il

¹ "IPSAD® - Italian Population Survey on Alcohol and Drugs, promossa dall'Osservatorio Epidemiologico Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze di Lisbona è un'indagine nazionale sulla prevalenza d'uso di alcol e sostanze illegali nella popolazione generale. Viene riproposta con cadenza biennale e, da un punto di vista metodologico consiste nella somministrazione ad un campione (rappresentativo della popolazione generale 15-64 anni) estratto casualmente dalle liste anagrafiche dei comuni, di un questionario postale anonimo. I dati degli studi, gli strumenti, le metodologie utilizzate ed ogni altra informazione di pertinenza sono consultabili all'indirizzo <http://www.epid.ifc.cnr.it/>

² In riferimento ai 12 mesi precedenti l'intervista.

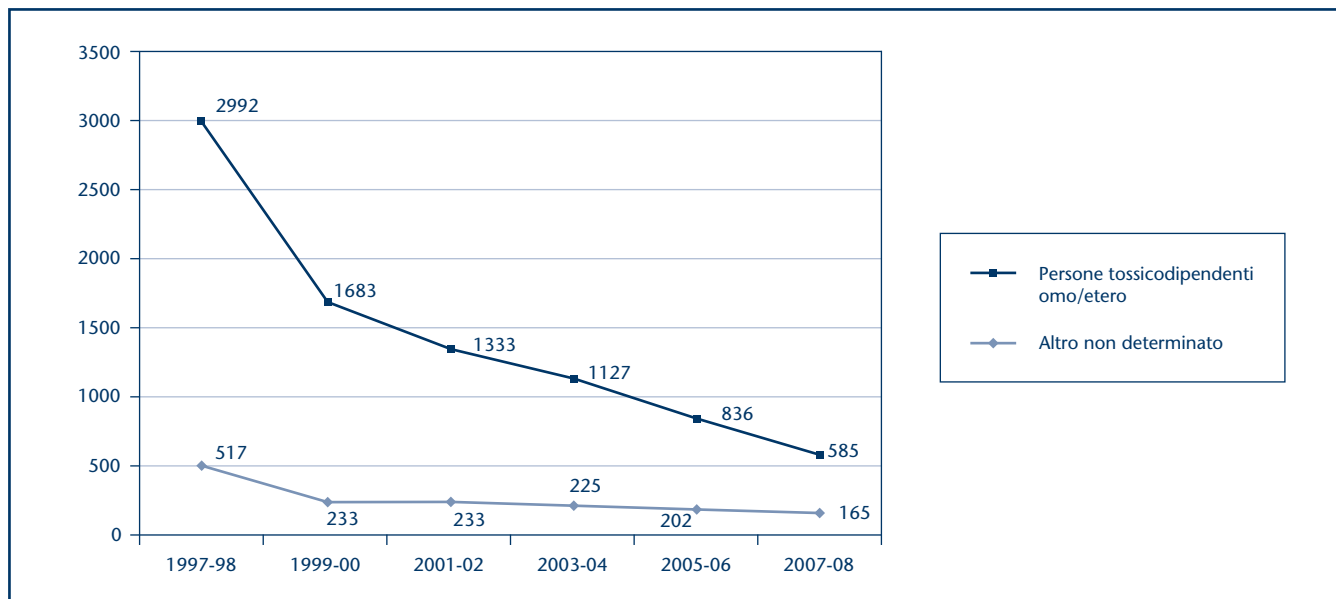


FIGURA 1 - Numero di casi di AIDS per anno di diagnosi (COA, 2009).

ruolo delle sostanze nell'esporre al rischio di contagio, al di là della specifica pratica di assunzione per via iniettiva. D'altra parte, anche le recenti indagini realizzate in Italia confermano che l'uso di cocaina, e, a seguire l'uso di cannabis, stimolanti e allucinogeni si associa positivamente all'aver avuto *esperienze sessuali di cui ci si è "pentiti" il giorno dopo* o all'aver avuto *rapporti sessuali non protetti* (Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia - anno 2007).

In sintesi, nonostante alcuni dati incoraggianti rispetto alle nuove infezioni tra i consumatori di sostanze per via iniettiva, è ancora estremamente importante mantenere alta l'attenzione verso i nuovi modelli di consumo e tutti i comportamenti potenzialmente a rischio messi in atto dai consumatori di sostanze stupefacenti, inclusi i rapporti sessuali non protetti.

2 Comportamenti relativi all'HIV e bisogni psicosociali dei consumatori di sostanze stupefacenti

Gli studi che hanno esaminato i predittori dei comportamenti sessuali a rischio tra i consumatori di sostanze, hanno preso in considerazione soprattutto il consumo di alcol e, in tempi più recenti, anche il consumo di sostanze.

Per quanto riguarda il consumo di alcol, occorre fare una distinzione tra gli studi che si sono focalizzati su un'associazione "globale" (es. pattern di assunzione di alcol in relazione ad una frequenza media dei comportamenti a rischio) e quelli che si sono focalizzati su una relazione "evento-specifica" (es. comportamento sessuale a rischio dopo aver assunto droghe). In generale, i risultati degli studi del primo

tipo, condotti con popolazioni molto differenti tra loro, hanno di fatto confermato la relazione tra consumo di alcol e comportamenti sessuali non protetti. Il secondo filone di studi, invece, ha prodotto risultati contrastanti. Alcuni studi recenti (es. Leigh et al., 2009) hanno infatti messo in luce come non si possa parlare di un vero rapporto di causa-effetto. Piuttosto, le persone consumatrici di alcol tenderebbero ad essere influenzate da una serie di fattori situazionali (es. presenza di stimoli inibitori; Pietrantonio, Palestini, e Prati, 2007) e, comunque, ad essere fedeli ad un proprio pattern di comportamento sessuale (dovuto anche al tipo di partner, all'eventuale uso di altri contraccettivi, etc.) che sarebbe in buona parte indipendente dall'assunzione contingente di alcol. Un'ipotesi plausibile è ad esempio, che entrambi i comportamenti (assunzione e rapporto sessuale non-protetto) siano determinati da altre variabili di personalità (es. impulsività, sensation-seeking) che potrebbero favorire entrambi i comportamenti. Anche altre variabili, quali l'opinione del partner e il tipo di rapporto (stabile vs. occasionale) costituirebbero importanti moderatori tra il comportamento di assunzione e la messa in atto di comportamenti sessuali non protetti.

Per quanto riguarda l'uso di alcol tra i consumatori di sostanze per via iniettiva, i risultati sembrano confermare quanto già esposto (es. Arasteh, Des Jarlais, e Perlis, 2008). In una recente ricerca di Kapadia et al. (2007) con uomini consumatori di sostanze per via iniettiva, l'uso frequente del preservativo era inversamente associato allo scambio di siringhe con il partner principale.

Dalle rassegne che hanno preso in considerazione i comportamenti sessuali a rischio tra i consumatori di sostanze per via iniettiva (es. Van Empelen et al., 2003) emerge essenzialmente che, mentre la perce-

zione del rischio non è sempre accompagnata dalla messa in atto di pratiche sessuali sicure, l'aver un atteggiamento positivo verso l'uso del preservativo costituisce invece un predittore abbastanza buono del suo utilizzo. Anche le norme sociali percepite, ed in particolare quelle del partner favoriscono un incremento nell'uso del preservativo. Inoltre, sembra che i consumatori i quali riferiscono un comportamento sessuale sicuro da parte di altre persone sono più propensi ad avere rapporti protetti. L'auto-efficacia (cioè la fiducia nella propria capacità a mettere in atto un comportamento) si è dimostrata essere un buon predittore rispetto all'uso del preservativo sia con partner occasionali, sia con partner stabili. Inoltre, alcune ricerche hanno messo in luce come i consumatori di sostanze per via iniettiva mettano in atto, in misura maggiore rispetto ai non consumatori, comportamenti sessuali a rischio quali il fornire prestazioni sessuali in cambio di soldi o droga (Astemborsky, et al., 1994), fare sesso con più partner (Booth et al., 2000) e fare sesso sotto l'effetto della sostanza (Falck et al., 1997).

I comportamenti sessuali (protetti o meno) di altre tipologie di consumatori sono stati indagati meno di frequente in letteratura. Nello studio di Lejeuz et al. (2005), i consumatori di cocaina/crack, mostravano un numero più alto di comportamenti sessuali a rischio rispetto ai consumatori di eroina, mentre i consumatori di entrambe le sostanze ottenevano punteggi intermedi. Anche in questo caso, l'"impulsività" (più alta tra i consumatori di cocaina/crack) era comunque in grado di mediare la relazione tra il tipo di droga consumata e comportamenti sessuali a rischio. Ancora, nello studio di Walley et al. (2008), l'uso di cannabis tra i consumatori di sostanze per via iniettiva era associato ad un aumento nei comportamenti a rischio di infezione HIV, anche se non sembrava di

per sé determinare un effetto diretto sui comportamenti sessuali a rischio. Anche i risultati degli studi qualitativi (es. Garcia de Cortazar et al., 2009) confermano un rapporto indiretto tra l'uso della sostanza e l'eventuale comportamento sessuale non protetto.

Concludendo, si può affermare che l'effetto delle sostanze stupefacenti sui comportamenti sessuali a rischio non dipende esclusivamente dalle proprietà farmacologiche della specifica sostanza, ma è in larga parte dovuto a fattori individuali, ambientali, sociali e culturali. Queste variabili rendono ragione sia delle differenze nel comportamento sessuale messo in atto dallo stesso individuo in situazioni differenti, sia dei risultati a volte contrastanti degli studi realizzati in contesti culturali diversi tra loro.

3 Riduzione del rischio HIV e strategie comunicative con i consumatori di sostanze

La riduzione del rischio di infezione, specie tra i consumatori per via iniettiva, costituisce da sempre una delle sfide principali nella lotta all'AIDS. Un corpus crescente di ricerche ha da tempo messo in luce come le strategie riconducibili all'ambito della "riduzione del danno" siano efficaci nel ridurre il numero di infezioni tra i consumatori di sostanze. Queste strategie includono:

- la diffusione di informazioni sui rischi di infezione, e indicazioni ai consumatori su come evitare i rischi;
- la fornitura di materiale sterile (es. siringhe, acqua distillata, tamponi, etc.) che consente ai consumatori di evitare di utilizzare strumenti infetti;
- l'accesso ai servizi di trattamento in grado di ridurre i comportamenti a rischio.

L'analisi dei questionari strutturati dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze evidenzia nel 2007 la presenza di azioni di prevenzione dei comportamenti a rischio di trasmissione di malattie infettive finalizzate, sul nostro territorio nazionale, alla riduzione del contagio tra i consumatori di sostanze psicoattive, in particolare per via iniettiva. Nello specifico si tratta di azioni di distribuzione di siringhe e/o materiale sterile, profilattici, materiale informativo, che avvengono sia con la modalità del materiale disponibile all'utenza, sia attraverso la distribuzione e la consegna direttamente ai destinatari (entrambe le modalità spesso sono compresenti nello stesso Dipartimento/Servizio). Le iniziative di distribuzione di siringhe risultano essere attive nel 23,1% dei Dipartimenti come materiale disponibile e nel 21,7% con modalità di distribuzione proattiva. La disponibilità di profilattici è presente in percentuale maggiore (53,8%) rispetto alla distribuzione proattiva (41,2%). La diffusione di materiale informativo sulla prevenzione dei rischi di diffusione delle malattie infettive è il metodo più diffuso; nel 60% dei casi è reso disponibile all'utenza presso i servizi e nel 68,2% viene distribuito e consegnato direttamente agli utenti (Fig. 2).

Tuttavia, per quanto riguarda nello specifico i servizi di bassa soglia sul territorio nazionale, dal report sulle attività di ricerca-azione su "Tossicodipendenze, servizi di bassa soglia e accesso al sistema dei servizi" a cura della provincia di Milano (Dic 2008), emerge una diffusione non uniforme sul territorio, che continua a privilegiare il centro nord rispetto al sud e alle isole.

Nonostante i benefici derivanti dalla riduzione del danno siano stati messi in luce dalle rassegne degli ultimi 15 anni (Trace, Riley, e Stimson, 2005; Sorensen e Copeland, 2000), l'impiego di questo ap-

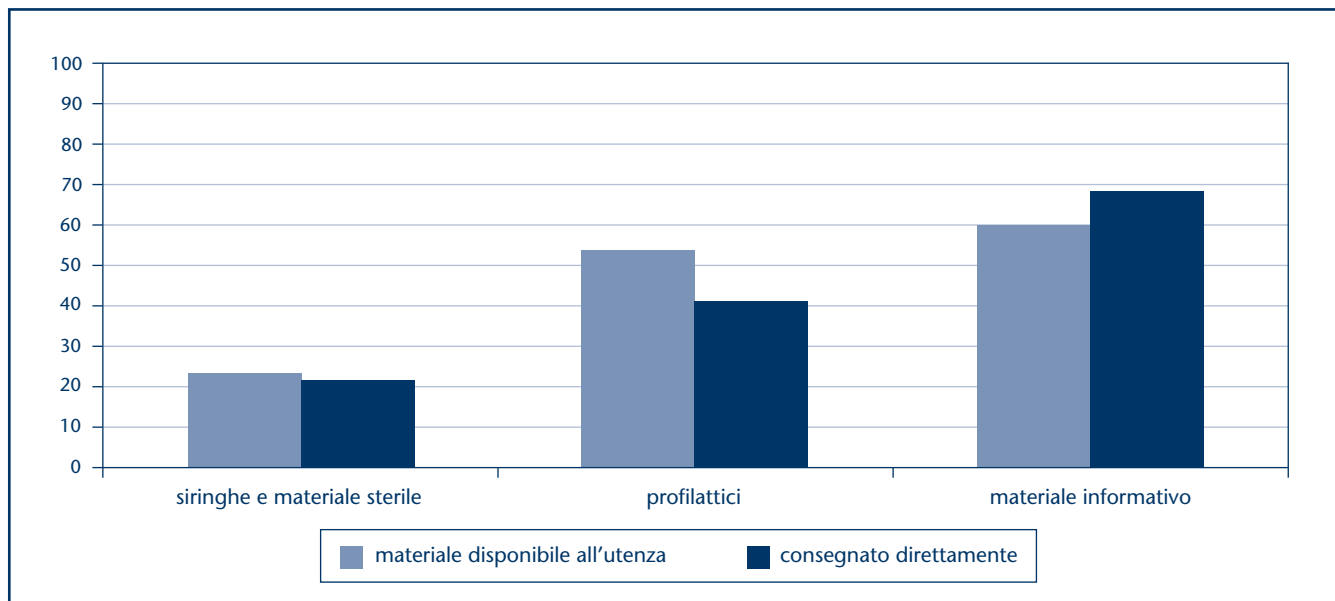


FIGURA 2 - Azioni di prevenzione HIV rivolte ai consumatori di sostanze nei servizi in Italia (Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni. Fonte: Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia - anno 2007)

proccio è ancora oggetto di dibattito a livello locale e nazionale. In particolare, le critiche che vengono mosse hanno a che fare sia con questioni di natura morale, sia pragmatica. Inoltre, nonostante la trasmissione tramite rapporti sessuali tra i consumatori di sostanze per via iniettiva si sia confermata come una potenziale fonte di trasmissione di HIV anche per la popolazione più ampia (es. Fennema, 1997; Rhodes, Stimson, e Quirk, 1996), i progetti di ricerca ed intervento si sono rivolti alle pratiche sessuali dei consumatori di sostanze solo in un periodo relativamente recente.

Se alcune informazioni sull'HIV sono comunque necessarie, diversi studi indicano che la strutturazione di interventi basati solo sul fornire informazioni riguardanti il rischio HIV, non sono sufficienti a

modificare il comportamento dei destinatari. Risulta infatti che l'informazione è efficace solo nel caso in cui le persone siano capaci, e si sentano capaci di mettere in atto comportamenti per evitare i rischi (Ruiter, Abraham, & Kok, 2001).

Negli ultimi 20 anni, alcuni studi (es., Rietmeijer et al., 1996) si sono occupati di valutare l'impatto di interventi di riduzione del rischio HIV rivolti a consumatori di sostanze (solitamente per via iniettiva), basati, oltre che sulla distribuzione di preservativi e kit di siringhe, anche sull'utilizzo di materiale stampato contenente "role-model stories" (vedi par.7). Secondo i sostenitori di quest'approccio, all'interno di ciascun gruppo sono presenti alcune persone con maggiori probabilità di ridurre i propri comportamenti a rischio. Questi "pionieri della salute" (early

adopters) possono successivamente rappresentare dei “modelli di comportamento” per i propri pari, che saranno così spinti ad adottare lo stesso comportamento. Nel modello del “giornalismo comportamentale”, le storie vengono sviluppate a partire da precedenti interviste autentiche realizzate con i membri della stessa comunità, in modo da garantire che la popolazione target si possa identificare con il modello proposto. Per adattare le storie ai destinatari dell'intervento, il progetto di Rietmeijer et al. (1996) si è avvalso anche del modello transteorico. In breve questo modello (Proshanska et al., 1994) sostiene che, prima di mettere in atto un nuovo comportamento in modo stabile (es. usare sempre il preservativo), gli individui attraversino diversi stadi caratterizzati da differenti livelli di motivazione crescente. Per essere efficace, il messaggio dovrà quindi essere adatto allo stadio motivazionale del ricevente. I risultati di Rietmeijer et al. (1996), in buona parte confermati dagli studi successivi, mostrano che i partecipanti che hanno ricevuto l'intervento riferiscono un uso più frequente del preservativo con partner occasionali, mentre non ci sono differenze significative nell'uso del preservativo con un partner stabile.

Nella loro rassegna del 2003, Van Empelen et al. arrivano quindi alla conclusione che i risultati mostrano che gli interventi comunicativi più efficaci sono caratterizzati dai seguenti elementi: applicazione di uno o più modelli teorici e strategie operative, coinvolgimento di altri consumatori come “pari”, e continuità nel tempo.

L'opinione degli operatori: un ricerca con focus group

In Italia vi sono associazioni, organizzazioni ed enti sanitari che si occupano di prevenzione e comunicazione del rischio HIV/AIDS verso i consumatori di sostanze. Al fine di comprendere le opinioni degli operatori che lavorano in questo campo, nei mesi di novembre e dicembre 2008, sono stati realizzati due focus group con esperti di “consumo di sostanze stupefacenti”. Il primo, condotto nella città di Roma, è stato organizzato da CNCA (Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza) mentre il secondo è stato organizzato a Torino dal Gruppo Abele. A ciascun focus group hanno preso parte 10 operatori qualificati del settore³. L'intera discussione è stata audiodisegnata e successivamente trascritta. Ne riportiamo in questa sede i contenuti principali emersi.

Il target “consumatori di sostanze stupefacenti”

Alcuni partecipanti hanno sottolineato fin da subito un possibile effetto di stigmatizzazione nel considerare i consumatori come “gruppo vulnerabile” in quanto in passato, il focalizzarsi sui cosiddetti “gruppi a rischio” ha prodotto l'effetto di avvallare una certa disattenzione da parte del resto della popolazione, che non si considerava “a rischio”. Inoltre, al giorno d'oggi i tossicodipendenti per via iniettiva costituiscono una minoranza all'inter-

³ Esperti consultati tramite focus group e interviste individuali: Achille Saletti, Ada Mozinic, Beatrice Bassani, Caterina Bramato, Daniela Tosi, Enrico Frau, Filippo Drudi, Franco Emma, Germana Cesarano, Jolanda Ghibaudi, Luca Brunetti, Maria Stagnitta, Mariella Orsi, Milena Sciaudone, Monica Reynaudo, Paola Bertotto, Paolo Frigerio, Patrizia Ghiani, Sandro Libianchi, Sara Cecchetti, Simone Castagna, Simone Preti, Stefano Bartoletti, Tommaso Pagano.

no della ben più ampia categoria dei “consumatori problematici”. Il termine “consumo” consente quindi di mantenere una connotazione molto più sfumata e vasta del termine “dipendenza”. Inoltre, secondo alcuni partecipanti un’ulteriore distinzione può essere fatta tra i concetti di “assunzione” e di “consumo”. Nella pratica, il consumatore che parla di “assunzione”, lo fa in riferimento ad un evento occasionale, e quindi percepito come meno rischioso.

Il concetto di assunzione è come se avesse un’idea di occasionalità. È “occasionale” anche se capitava tutti giorni. Quindi nel concetto dell’occasione non c’è il concetto del rischio. [...] Lo considero un comportamento isolato anche se lo metto in atto trenta giorni al mese.

I partecipanti sono complessivamente concordi nell’affermare che il consumo di sostanze rappresenta un fenomeno estremamente eterogeneo e trasversale a molte categorie di persone distinte su base socioeconomica, culturale o in base ai luoghi di frequentazione. Al giorno d’oggi, il rischio HIV per i consumatori di sostanze riguarda in buona parte l’uso di sostanze legali, quali ad esempio l’alcol e riguarda principalmente la trasmissione per via sessuale. Anche se non esiste un legame diretto tra assunzione di sostanze e comportamento a rischio di infezione, la sostanza determina comunque una riduzione nei livelli di attenzione che espone a rischi aggiuntivi rispetto a quelli della popolazione generale.

Diciamo che una persona, che di solito non gira col preservativo in tasca, è difficile che se sta sotto pasticche si ricorda di andarlo a comprare...

I possibili sottotarget individuati dagli operatori

È stato chiesto ai partecipanti di identificare dei sottogruppi di consumatori di sostanze verso i quali fosse importante rivolgere un intervento di prevenzione HIV. Molti hanno sottolineato come in passato i consumatori di eroina per via iniettiva sono stati raggiunti in modo efficace da una serie di messaggi che hanno contribuito ad una riduzione nel numero di nuove infezioni. Altri gruppi di consumatori necessitano quindi di maggiore attenzione.

Ad esempio, dagli interventi realizzati in passato risulta esclusa la “giovane generazione” di ragazzi che riscoprono “il piacere dell’eroina”. Questi giovani, di 18-20 anni, che scelgono di fumare eroina hanno generalmente una disponibilità economica superiore di chi la assume per via iniettiva.

Anche i consumatori di cocaina hanno fino ad ora ricevuto una minore attenzione per quanto riguarda la prevenzione dell’AIDS. L’età media di questo tipo di consumatori di cocaina è intorno ai 30 anni. Rientrano in questa categoria anche alcuni ex-consumatori esclusivi di eroina che hanno iniziato ad assumere anche cocaina.

Secondo i partecipanti, la categoria dei poliassuntori (per via iniettiva e non) è decisamente in aumento. Ad esempio, i consumatori selettivi di cocaina o di eroina con cui gli operatori entrano in contatto sono sempre meno frequenti. Inoltre, vi sono assuntori di metadone che, perdendo la sensibilità all’eroina, virano sulla cocaina utilizzandola prevalentemente per via endovenosa. Ancora, i partecipanti sottolineano come dopo un periodo continuativo di assunzione di stimolanti/allucinogeni, alcuni consumatori possono orientarsi sull’eroina per “riequilibrare” lo stato emotivo.

L'alcol è diffusissimo e può essere definito "la base" su cui poi si innestano tutte le altre sostanze. L'uso eccessivo di alcol determina un aumento della disinibizione, una riduzione del controllo su di sé e della percezione del rischio di trasmissione per via sessuale. Rispetto alle altre sostanze, l'alcol è di facile reperibilità anche per i più giovani.

Quali strategie comunicative?

Per quanto riguarda le strategie comunicative, secondo molti dei partecipanti è necessario mettere a fuoco i rischi specifici rispetto ai comportamenti, e fornire anche soluzioni di controllo e di gestione di questi rischi. Le istituzioni, i servizi sanitari e gli operatori hanno dimostrato in più occasioni una condotta omissiva e un abbassamento della guardia rispetto al rischio HIV. Sarebbe utile "ricordarci che questo è un problema".

Per quanto riguarda il possibile contenuto del messaggio da veicolare ai consumatori di sostanze, in generale, *non serve dire "fai bene" o "fai male"*, ma piuttosto comunicare in modo chiaro quelli che sono i rischi e gli effetti. Inoltre, le campagne troppo generiche o eccessivamente orientate ad una singola tipologia di consumatore (ad es. consumatori di eroina) rischiano di essere poco efficaci con consumatori di un'altra sostanza (ad es. marijuana).

[...] potremmo dire che, per una fascia vastissima, c'è stato un processo di "democratizzazione del virus", da questo punto di vista. E allora quando si parla di democrazia, quindi di una cosa diffusa, diventa anche più difficile andare ad individuare un messaggio per alcuni target.

Secondo gli operatori i messaggi dovrebbero quindi:

- essere formulati con un linguaggio familiare per i destinatari: *non deve essere percepito come "finto"*;

- essere realistici e non negare il consumo: *con i consumatori, è meglio dire "se assumi questa sostanza..."*;
- essere immediati: a seconda del consumo, l'invito a mettere in atto un certo comportamento;
- tenere in considerazione l'impatto che possono avere sui non consumatori eventualmente raggiunti: non creare categorie a rischio e non incentivare l'uso di sostanze;
- essere chiaro ed esplicito: *usare apertamente parole riferite al sesso e al condom.*

Nel dettaglio, alcuni operatori concordano nell'affermare che, in modo trasversale alle sostanze utilizzate, potrebbero essere veicolati almeno tre messaggi:

1. Le sostanze stupefacenti "alterano" e impediscono in qualche modo di riflettere ("*la tua lucidità diminuisce*").
2. Il consumo di sostanze avviene tramite uno strumento (siringa, ecc.) che deve essere strettamente personale.
3. Anche un solo comportamento sessuale non protetto può trasmettere l'infezione da HIV.

Raggiungere i consumatori di sostanze

La gamma di contesti nei quali potrebbe essere utile veicolare un messaggio di prevenzione è estremamente ampia. Secondo i partecipanti, infatti, i luoghi frequentati dai consumatori di sostanze includono sia i luoghi del divertimento e del tempo libero (es. discoteca, pub, feste, rave party, stadio, palestre, etc.), luoghi di lavoro e studio (es. scuola, università, etc.), sia, infine, le sedi dei presidi e dei servizi socio-sanitari (es. ospedali, ambulatori, etc.). In entrambi i gruppi, i partecipanti hanno richiamato l'attenzione sulla realtà carceraria, dove la percentuale di persone che accettano di sottoporsi al test per l'HIV è andata progressivamente calando.

- In generale, sarebbe utile potenziare tutti quei canali che gli operatori hanno a disposizione per arrivare “in loco”, nella situazione e nei contesti in cui avvengono, in modo più o meno visibile, i comportamenti a rischio. Significa ad esempio coinvolgere gestori di locali, organizzatori di eventi all’interno di un “sistema di informazione”, dai rave fino alle terme, passando per i locali notturni. Tra gli obiettivi dovrebbe essere presente anche il raggiungimento del “sommerso” che non entra in contatto con i servizi.
- I contesti quali le discoteche, pub, rave party sono molto frequentati da giovani. In questi contesti si può far leva sulla relazione: una presenza “in carne ed ossa” è più persuasiva. Tuttavia, ciò che accade è che spesso i giovani consumatori non si percepiscono né tossicodipendenti, né “a rischio” e spesso la comunicazione con gli operatori è ostacolata dalla differenza di età.
- Oltre ai contesti reali, occorre considerare che i giovani utilizzano Internet per conoscere gli effetti delle diverse sostanze e frequentano molto le “piazze virtuali” (es. Facebook, Youtube, etc.). Inoltre, tutti i giovani (consumatori o meno) hanno a disposizione un telefono cellulare.
- La radio è ascoltata in moltissimi contesti frequentati da consumatori di sostanze stupefacenti: ad esempio in carcere, per strada e al drop-in. Potrebbe essere utile scegliere i programmi e le radio più ascoltati dai ragazzi e dai giovani.

5 Esempi di materiali comunicativi rivolti ai consumatori di sostanze in Italia e in Europa

Da tempo il legame droghe-AIDS è stato preso in considerazione all’interno degli spot realizzati per

conto del Ministero della Salute. A partire dai celebri spot televisivi di fine anni ’80 e primi anni ’90, i consumatori di sostanze per via iniettiva si sono confermati essere uno dei target prediletti per la comunicazione sul rischio AIDS. Ad esempio, nel 1990 venne mandato in onda uno spot interamente dedicato ai consumatori di sostanze per via iniettiva. Il messaggio veicolato, in linea con le altre campagne contro la droga degli stessi anni, era duplice: “Di’ no alla droga. Di’ no all’AIDS”. Nell’ultimo decennio gli spot televisivi sul rischio AIDS rivolti ai consumatori di sostanze si sono ridotti e i due comportamenti (“assunzione di sostanze” e “rischio HIV”) sembrano aver preso traiettorie differenti. Il target prediletto della comunicazione sull’AIDS si è spostato soprattutto verso i giovani (es. campagna del Ministero della Salute 2008) mentre la lotta alla droga continua ad avvalersi di spot che mettono in luce la pericolosità di alcol e nuove droghe per quanto riguarda gli incidenti stradali (es. campagna Ministero della Salute, 2005; 2006; 2007) e i danni sull’organismo (es. campagna del Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2009). Nella rassegna del 2002, Frati e Cordone sottolineavano comunque l’utilità di non ridurre gli sforzi verso i consumatori di sostanze, ma anzi di estendere l’attenzione anche alla prevenzione dei rischi derivanti dalle “nuove droghe”, assunte per via non-iniettiva e associate, specie con il concomitante uso di alcol, a comportamenti sessuali ad alto rischio.

In Italia i materiali cartacei rivolti a consumatori di sostanze stupefacenti hanno continuato comunque ad essere utilizzati negli interventi di lavoro di strada. All’interno di questi programmi i volantini o i pieghevoli vengono distribuiti in maniera consistente a partire dagli anni ’90. I contenuti differiscono

chiaramente in base ai destinatari dell'intervento. Nel caso di consumatori di sostanze per via iniettiva, nell'ambito della riduzione del danno, il materiale comunicativo fornisce solitamente delle informazioni sui rischi connessi all'uso di siringhe usate e propone comportamenti di assunzione meno a rischio (ad es. utilizzo di siringhe sterili). Nel caso di adolescenti e giovani, all'interno di progetti di animazione o educazione di strada, il materiale comunicativo fornisce solitamente informazioni sui rischi connessi all'abuso di sostanze stupefacenti (alcol incluso): tra questi può essere presente anche il rischio HIV relativamente alla trasmissione per via sessuale.

Per quanto riguarda l'utilizzo di internet, in Italia esistono alcuni siti dedicati all'uso di droghe all'interno dei quali è possibile accedere a sottocanali

dedicati al tema HIV/AIDS. Tra questi, segnaliamo il recente portale DrugFreEdu promosso dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Si tratta di una piattaforma web interattiva per le scuole, che offre strumenti innovativi di prevenzione di droghe e alcol nei giovani. Al momento, la sezione "AIDS" consente di accedere ad un agile documento della Regione Veneto.

Di seguito, riportiamo la descrizione di alcune recenti campagne realizzate in ambito nazionale e internazionale sul tema oggetto del presente opuscolo. In linea con le buone prassi di social marketing, questi progetti si avvalgono di diversi mezzi di comunicazione (sito web, materiale cartaceo, contatti faccia a faccia, etc.) impiegati in modo congiunto allo scopo di ottenere una maggiore diffusione dei messaggi.

Campagna "Quando vai fuori copriti"

Promotore: Lega Italiana contro L'AIDS (LILA) - Anno: 2006



La campagna "Quando vai fuori copriti" riguardava appunto il rischio di trasmissione di HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili, "più elevato quando si consumano alcol e/o sostanze stupefacenti, che alterano

la percezione della realtà e inducono a dimenticare le precauzioni". La campagna si è avvalsa di 150.000 cartoline Promocard®. Nel mese di agosto 2006 ne sono state distribuite circa 90.000 nelle più importanti località di villeggiatura estiva, mentre altre 60.000 sono state distribuite da settembre nella città di Milano nei circuiti della Lombardia. La caratteristica peculiare di questa campagna, rispetto alle precedenti realizzate su ampia scala, è stata appunto quella di non mirare a ridurre il consumo di sostanze stupefacenti, quanto piuttosto al mettere in atto comportamenti sessuali sicuri anche sotto l'effetto di sostanze.

Campagna "Think"

Promotore: UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime - Anno: 2009



UNODC è specificamente impegnato a livello internazionale nel mantenere alto il livello di attenzione sui rischi specifici in tema HIV/AIDS ai quali sono esposti i consumatori di sostanze, soprattutto per via iniettiva. Sul sito <http://www.unodc.org/thinkaids/> è possibile visionare una serie di materiali multilingue e multimediali relativi all'ultima campagna realizzata su questo tema. In questo caso, lo slogan della campagna fa leva sulla necessità di riflettere ("Pensa!") prima di mettere in atto un comportamento a rischio.

Campagna "drugs + HIV > learn the link"

Promotore: NIDA - Anno: in corso

Il National Institute on Drug Abuse (NIDA) statunitense ha recentemente realizzato un'ampia campagna dal titolo "Learn the link", che richiama alla necessità di "cogliere il nesso" esistente tra uso di sostanze e rischio HIV. La campagna è stata infatti progettata con l'obiettivo specifico di aumentare la consapevolezza del rischio di trasmissione del virus HIV in relazione all'uso di sostanze stupefacenti. Il target è costituito dai



giovani, i quali vengono incoraggiati a condividere con i pari le informazioni ricevute allo scopo di prevenire la diffusione della malattia. La campagna si avvale di numerosi materiali multilingue e multimediali diffusi attraverso una serie di canali (TV, stampa, internet, poster, etc.). Sito ufficiale: <http://hiv.drugabuse.gov/index.html>

6 Indicazioni per l'elaborazione di messaggi specifici per i consumatori di sostanze

Se si intende strutturare una campagna (sia essa un volantino, un poster, un sito internet) rivolta ai consumatori di sostanze 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.

I consumatori di sostanze rappresentano di per sé una categoria di persone estremamente eterogenea, come eterogenei sono tra loro i diversi profili di consumo delle diverse sostanze. In generale i consumatori di sostanze per via iniettiva hanno una maggiore possibilità di entrare in contatto con i servizi e di ricevere informazioni corrette in merito al tema HIV/AIDS; al contrario, i consumatori che non si riconoscono come problematici, difficilmente hanno la possibilità di acquisire conoscenze adeguate sul

tema HIV/AIDS, pur non essendo esenti dal rischio di infezione.

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

1 Acquisire informazioni e conoscenze sul target "consumatori di sostanze"

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

- I consumatori di sostanze si distinguono dalla popolazione generale per caratteristiche demografiche più rilevanti? Se sì, in che modo?
- I consumatori di sostanze si distinguono dalla popolazione generale per problemi fisici, vulnerabilità psicologiche o sociali? Se sì, in che modo?
- I consumatori di sostanze si distinguono dalla popolazione generale per stili di vita, personalità, valori o norme sociali? Se sì, in che modo?
- Quali comportamenti rendono i consumatori di sostanze maggiormente esposti al rischio di HIV/AIDS?

- Quali comportamenti hanno funzionato nei consumatori di sostanze per ridurre il rischio HIV?
- Come si può segmentare il target “consumatori di sostanze” identificando sotto-target sulla base di comportamenti di consumo (es., chi usa alcol o chi usa cocaina) o di altre condizioni (genere, stili di vita sessuali, ecc.)?
- 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, medici).

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

Per capire come raggiungere i consumatori di sostanze, 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 delle domande che si possono rivolgere ai membri del target.

- Quali sono, secondo lei, i canali o le modalità preferite dai consumatori di sostanze per apprendere conoscenze a proposito di [uso del preservativo, test HIV]?
- Quali sono, secondo lei, le figure più convincenti e credibili per i consumatori di sostanze 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 i consumatori di sostanze ad adottare un comportamento sessualmente responsabile. In tal modo è possibile articolare un messaggio preventivo che si basi sulle percezioni più diffuse tra i consumatori di sostanze e li motivi ad intraprendere un comportamento più salutare. Per il lettore interessato, 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, un consumatore di sostanze 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 dei consumatori di sostanze dell'HIV/AIDS?
- Quanto i consumatori di sostanze ritengono grave il rischio HIV/AIDS?

- I consumatori di sostanze 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 consumatore di sostanze 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 le consumatori di sostanze (amici, famiglia, leader del gruppo, partner)? Come si può cambiare una percezione di una norma (es., l'idea che "nessuno usa più il preservativo tra i miei amici")?
- Come si può convincere i consumatori di sostanze 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 consumatori di sostanze che quelli simili alla popolazione generale. Esempi di convinzioni concernenti un atteggiamento negativo verso il test HIV nei consumatori di sostanze potrebbero essere i seguenti:

- ⌘ *"Non ho bisogno di fare il test HIV perché non ho fatto niente di strano e rischioso"*
- ⌘ *"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 nelle consumatori di sostanze potrebbero essere i seguenti:

- ⌘ *"Il preservativo toglie il piacere del contatto"*
- ⌘ *"Quando sono ubriaco, il preservativo non mi piace perché mi inibisce e mi frena"*

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 consumatore di sostanze 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” di riferimento per i consumatori di sostanze?
- In che misura i consumatori di sostanze 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)?

■ **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) nei consumatori di sostanze 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 i consumatori di sostanze sono prevalentemente nello stadio di precontemplazione, come si può aumentare la consapevolezza del problema (es., fare il test HIV)?
- Se i consumatori di sostanze sono prevalentemente nello stadio di contemplazione, quali benefici si dovrebbero sottolineare e come si potrebbe aumentare la percezione di pressione sociale?
- Se i consumatori di sostanze 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 i consumatori di sostanze sono prevalentemente nello stadio dell'azione, come si può incoraggiare ad attuarlo anche successivamente?
- Se i consumatori di sostanze sono prevalentemente in fase di mantenimento, come si può aiutarli 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 quindi distribuite al 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 consumatori di sostanze) 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 fasi successive: 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.

Nel prossimo paragrafo riportiamo un esempio di storia „role-model“, in cui il comportamento da promuovere è l’uso del preservativo e la popolazione-target è costituita da giovani consumatori di sostanze. A partire dalla trascrizione di alcune interviste individuali e da altra documentazione disponibile on-line (forum, blog, etc.) presentiamo una storia verosimile che sottolinea il passaggio da un precedente comportamento a rischio (es. uso di sostanze e sesso non protetto) alla messa in atto di un comportamento per la salute (es. uso del preservativo).

Esempio di costruzione di una storia

Le caratteristiche dell'attore della storia potrebbero essere le seguenti:

Genere: *maschio*

Età: *18-30 anni*

Assunzione della sostanza: *per via non-iniettiva*

Orientamento sessuale: *eterosessuale*

Status relazionale: *con partner occasionale*

Comportamento che si intende promuovere: *uso del preservativo*

Messaggio chiave: *“il consumo di sostanze può ridurre l'attenzione e la percezione del rischio”*

<p><i>Allora, ero a una festa a casa di amici. Ero con Mario, un mio collega che ne aveva mezzo grammo. Siamo andati in bagno... e alla fine ce la siamo pippata quasi tutta. Non pensate che io sono un... cioè dipende dall'occasione: se capita la prendo, sennò altrimenti ne posso anche fare a meno.</i></p>	<p>Il precedente comportamento a rischio</p>
<p><i>Alla fine della festa Mario stava guardando una donna elegante, vestita di tutto punto. A un tratto lui arriva da me barcollante e mi dice che deve farsi una raglia. Diceva che altrimenti con la tipa non ce l'avrebbe fatta... poi è sparito del tutto e io son dovuto tornare a casa da solo.</i></p>	<p>Uso di sostanze e sesso non protetto</p>
<p><i>L'altro giorno ho scoperto che Mario sta per ritirarsi dal lavoro. Pare abbia beccato l'HIV e quando l'ha saputo, la moglie l'ha piantato. Tra colleghi nessuno sa dire come sia successo, e anch'io ho pensato "Povero Mario, chi l'avrebbe detto!". Poi c'ho pensato su un po' e mi son reso conto che l'HIV non si contrae per caso.</i></p>	<p>Conseguenze negative dei comportamenti sessuali a rischio</p>
<p><i>Mario è in un brutto momento e non voglio che capiti la stessa cosa anche a me. Ho sempre usato il preservativo, anche quando ero un po' fuori, in tutto questo tempo sono rimasto sano e voglio continuare ad esserlo.</i></p>	<p>Il passaggio all'azione (uso del preservativo)</p>

Bibliografia

Arasteh, K., Des Jarlais, D., Perlis, T. (2008). Alcohol and HIV sexual risk behaviors among injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 95, 54–61.

Astemborsky, J., Vlahov, D., Warren, D., Solomon, L. Nelson, K.E. (1994). The trading of sex for drugs or money and HIV seropositivity among female intravenous drug users. *American Journal of Public Health*, 84, 382-387.

Booth, R. E., Kwiatkowski, C.F., Chitwood, D.D. (2000). Sexrelated HIV risk behaviors: Differential risk among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 219–226.

COA (1998). *Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia al 30 settembre 1997*.

COA (2009). *Aggiornamento dei casi di AIDS e delle nuove diagnosi di infezione da HIV in Italia - Dicembre 2008*.

Collins, C., Kohler, C., DiClemente, R., Wang, M.Q. (1999). Evaluation of the exposure effects of a theory-based street based outreach HIV intervention on African–American drug users. *Evaluation and Program Planning*, 22, 279–293.

Coopenhagen, M., Johnson, B., Lee, I-C., Harman, J., Carey, M., the SHARP Research Team (2006). Behavioral IV risk reduction among people who inject drugs: Meta-analytic evidence of efficacy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 163-171.

Corby, N., Engufdanos, S., Kay, L. (1996). Development and Use of Role Model Stories in a Community

Level HIV Risk Reduction Intervention. *Public Health Reports*, 111, 54-58

De Cortazar, G., Leon, A.C., Nunez, J.M.J. (2009). Attitudes of Adolescent Spanish Roma Toward Noninjection Drug Use and Risky Sexual Behavior. *Qualitative Health Research*, 19, 605-620.

EuroHIV (2007). *HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2007*. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007. No. 76.

Falck, R.S., Wang, J., Carlson, R.G., Siegal, H.A. (1997). Factors influencing condom use among heterosexual users of injection drugs and crack cocaine. *Sexually Transmitted Diseases*, 24, 204-210.

Fennema, H. (1997). *HIV infection among drug users and the potential for heterosexual spread*. Wageningen, The Netherlands: Ponsen & Looijer BV.

Fрати, A. Cordone, M.N. (2002). Le campagne informativo-educative sull’AIDS del Ministero della Salute 1988-2002. *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, 25 (1-2), 11-18.

Garcia de Cortazar, A.R., Cabrera Leon, A., Hernan Garcia M., Jimenez Nunez J.M. (2009). Attitudes of Adolescent Spanish Roma Toward Noninjection Drug Use and Risky Sexual Behavior. *Qualitative Health Research*, 19 (5), 605-620.

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, 15–24.

Kapadia, F., Latka, M.H., Hudson, S.M., Golub, E.T., Campbell, J.V., Bailey, S., Frye, V., Garfein, R.S. (2007). Correlates of consistent condom use with main partners by partnership patterns among young adult male injection drug users from five US cities. *Drug and Alcohol Dependence*, 91S, 56-63.

Leigh, B., Vanslyke, J.G., Hoppe, M., Rainey, D., Morrison, D., Rogers, M., Gillmore, M.R. (2009). Drinking and Condom Use: Results from an Event-Based Daily Diary. *AIDS and Behavior*, 12, 104-112.

Lejuez, C.W., Bornoalova, M., Daughters, S., Curtin, J. (2005). Differences in impulsivity and sexual risk behavior among inner-city crack/cocaine users and heroin users. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 169-175.

NIDA (2008). Drug Abuse and the Link to HIV/AIDS and Other Infectious Diseases. *National Institute on Drug Abuse, Info Facts August*, 1-4.

Pietrantonio, L. (2001). *La psicologia della salute*. Roma: Carocci.

Pietrantonio, L., Palestini, L., Prati, G. (2007). Alcol e comportamenti sessuali nei giovani adulti: un'applicazione dell'Alcohol Myopia Theory. *Bollettino sulle Dipendenze*, 30, 1-2, 82-89.

Presidenza del Consiglio dei Ministri (2008). *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia - anno 2007*.

Presidenza del Consiglio dei Ministri (2009). *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia - anno 2008*.

Prochaska, J.O., et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.

Provincia di Milano (a cura di). *Report sulle attività di ricerca-azione su "Tossicodipendenze, servizi di bassa soglia e accesso al sistema dei servizi"* a cura della Provincia di Milano (Dic 2008).

Rhodes, T., Stimson, G.V., Quirk, A. (1996). Sex, drugs, intervention and research: From the individual to the social. *Substance Use and Misuse*, 31, 375–407.

Rietmeijer, C.A., Kane, M.S., Simons, P.Z., Corby, N.H., Wolitski, R.J., Higgins, D.L., Judson, F.N., Cohn, D.L. (1996). Increasing the use of bleach and condoms among injecting drug users in Denver: Outcomes of a targeted, community-level HIV prevention program. *AIDS*, 10, 291–298.

Ruiter, R. A. C., Abraham, C., Kok, G. (2001). Scary warnings and rational precautions: A review of the psychology of fear appeals. *Psychology and Health*, 16, 613–630.

Sorensen, J., Copeland, A. (2000). Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 17-31.

Trace, M., Riley, D., Stimson, G. (2005). UNAIDS & the prevention of HIV infection through injecting drug use. *Drug Policy Programme. Briefing paper nine, September 2005*.

Van Empelen, P., Kok, G., Van Kesteren, N., Van den Borne, B., Bos, A., e Schaalma, H. (2003). Effective methods to change sex-risk among drug users: a review of psychosocial interventions. *Social Science & Medicine*, 57, 1593–1608.

Walley, A., Krupitsky, E., Cheng, D., Raj, A., Edwards, E., Bridden, C., Egorova, V., Zvartau, E., Woody, G., Samet, J. (2008). Implications of Cannabis Use and Heavy Alcohol Use on IV Drug Risk Behaviors in Russian Heroin Users. *AIDS and Behavior*, 12, 662-669.

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

La prevenzione HIV/AIDS nei **consumatori di sostanze**: 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. Davide Mazzoni
Dipartimento di Scienze dell'Educazione - Università di Bologna