

**La prevenzione HIV/AIDS
nei **migranti**:
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 alle persone migranti 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 (uomini omosessuali, consumatori di sostanze, donne eterosessuali) si rimanda ai rispettivi opuscoli.

Coordinatore Responsabile:

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

Autori che hanno contribuito al testo:

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

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

Alessia Spinelli - Università di Bologna, Dipartimento di Scienze dell'Educazione

Associazioni di riferimento:

NPS - Network Persone Sieropositive

V.le Trastevere, 60 Roma (sede legale) - P.le Biancamano, 1 Milano (sede operativa)

www.npsitalia.net

C.I.C.A. - Coordinamento Italiano Case Alloggio HIV/AIDS

Viale Matteotti, 10 Firenze (sede legale)

www.cicanazionale.it

ANLAIDS - Associazione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS

c/o Ospedale Pisani - U.O.C. di Malattie Infettive via Loggia, 5 Palermo (sede scientifica)

Largo Giuliana, 2 Palermo (sede operativa)

www.anlaid.org

ARCHÉ - Associazione di volontariato Onlus

Via Cardinale Giovanni Cagliero, 26 Milano

www.arche.it

Sant'Egidio

P.zza Sant'Egidio, 3/A Roma

www.santegidio.org

**La prevenzione HIV/AIDS
nei **migranti**:
indicazioni e strategie comunicative**

Indice

1. Dati epidemiologici italiani sul rischio HIV nei migranti	5
2. Comportamenti relativi all’HIV e bisogni psicosociali dei migranti	7
3. Riduzione del rischio HIV e strategie comunicative con i migranti	9
4. L’opinione degli operatori: una ricerca con focus group	11
5. Esempi di materiali comunicativi rivolti ai migranti in Italia e in Europa	14
6. Indicazioni per l’elaborazione di messaggi specifici per i migranti	14
7. La sperimentazione di un modello: una storia “role-model”	21
Bibliografia	23

Dati epidemiologici italiani sul rischio HIV nei migranti

Le migrazioni sono un fenomeno a dimensione mondiale dalle evidenti implicazioni politiche, sociali ed economiche. I migranti nel mondo, secondo il censimento ONU del 2000, risultano 175 milioni (Caritas/Migrantes, 2003) con una incidenza pari al 3% della popolazione mondiale. L'introduzione al XVI Rapporto sull'immigrazione della Caritas/Migrantes riferisce che, secondo il Population Reference Bureau (il Dipartimento statunitense che si occupa dello studio dei fenomeni migratori), "l'Italia è al secondo posto nel mondo tra i Paesi che attirano il maggior numero di immigrati". L'immigrazione in Italia, quindi, non può più essere considerata un fenomeno marginale, bensì deve essere concepita come una dimensione strutturale della nostra società. Nello specifico, secondo i dati ISTAT al primo gennaio 2009, gli stranieri residenti nel nostro Paese sono 3.891.295 e costituiscono il 6,5% della popolazione residente, a fronte del 5,8% dell'anno precedente. L'aumento - rende noto l'Istat - è dovuto soprattutto all'immigrazione dai Paesi che hanno aderito recentemente all'Unione europea (+24,5%), tra cui al primo posto si colloca la Romania (796.000 persone, pari al 20,5% del totale); segue la comunità albanese, che lo scorso anno è aumentata del 9,8% e quella marocchina (+10,3%); i cinesi, come gli indiani sono cresciuti dell'8%, gli ucraini del 16%. Per quanto riguarda la distribuzione sul territorio, oltre il 60% degli immigrati risiede nel Nord Italia; il 25% si trova al Centro e il 12,8% vive nel Sud.

Agli inizi degli anni '90 nella popolazione immigrata prevalevano gli uomini; oggi si assiste ad un sostanziale equilibrio tra i due sessi. La popolazione

straniera residente in Italia è piuttosto giovane, con un'età media di circa 30 anni; la classe di età più rappresentata è quella di 19-40 anni (58% del totale); seguono la classe 41-60 (21%), i minori (15%) e gli ultrasessantenni (5%). È complesso accertare la quantità di presenza irregolare; i dati Caritas stimano la presenza irregolare pari all' 8-12% del numero degli immigrati regolari.

Una ricerca condotta dall'Istituto Superiore di Sanità sui casi di HIV/AIDS diagnosticati in Italia, mostra un aumento consistente dell'incidenza di cittadini stranieri ammalati di AIDS: la proporzione di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV è aumentata dall'11% nel 1992 al 32% nel 2007 (Rapporto COA, 2008) (Figura 1).

La maggior parte degli stranieri con diagnosi di infezione da HIV proviene dall'Africa (41,2%) e dall'America Latina (25,2%), mentre il 16,1% proviene da altri Paesi europei (Figura 2). I contatti eterosessuali rappresentano la modalità di trasmissione più frequente tra gli stranieri (54,1%); in particolare, la percentuale di immigrati che ha acquisito l'infezione attraverso questa via è aumentata, passando dal 24,6% nel 1992 al 75,9% nel 2007.

L'Istituto Superiore di Sanità (Rapporti Istisan 06/29, 2006) ha diffuso un altro importante dato: tra il 1996 e il 2003, il 69,1% degli stranieri con una diagnosi di AIDS ha scoperto di essere HIV-positivo nei sei mesi precedenti alla diagnosi di AIDS. L'intervallo che intercorre tra il primo test HIV e la diagnosi di AIDS è spesso molto breve e a volte i due momenti finiscono per coincidere. Questo fenomeno riveste un'importanza particolare in ambito sanitario ed epidemiologico, in quanto le persone che ignorano il proprio stato di sieropositività non possono usufruire dei benefici di un'assistenza, di

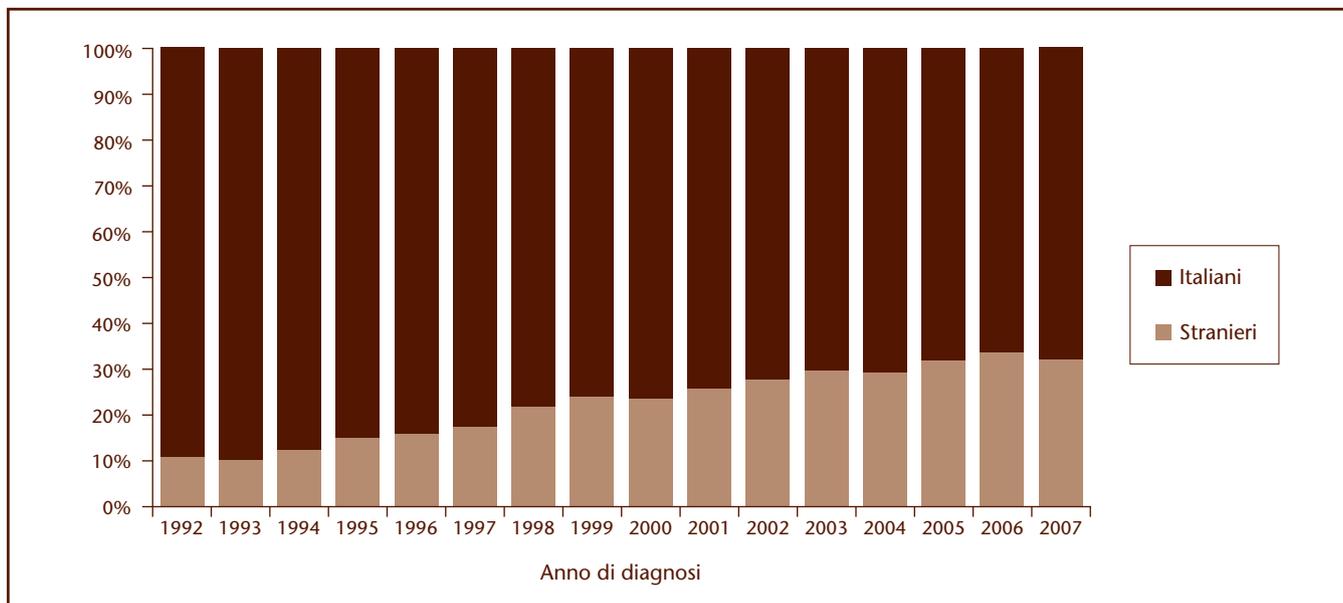


FIGURA 1 - Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per status di cittadino italiano vs immigrato e anno (Rapporto COA, 2008)

una profilassi e di una terapia adeguate, né tanto meno adottano comportamenti sicuri per evitare la trasmissione del virus. Questi fattori possono portare ad un aumento della diffusione dell'infezione, specialmente in alcuni sottogruppi di popolazione. La scarsa tempestività della diagnosi in parte potrebbe essere condizionata da alcuni fattori, quali la disinformazione, la difficoltà di accesso ai servizi sanitari, la paura di affrontare l'eventuale malattia, che tipicamente si accompagnano a condizioni di isolamento ed emarginazione sociale in cui molti immigrati vivono.

Secondo gli analisti dell'Istituto Superiore di Sanità, tra le più evidenti cause di questo incremento si individua da un lato l'aumento dei flussi migratori diretti in Italia, e dall'altro l'incidenza di persone

provenienti da Paesi in cui l'infezione è endemica, come l'Africa Sub-Sahariana o l'America Centro-Meridionale (Rapporti Istisan 05/39, 2005). Il rapporto "Population Mobility and HIV/AIDS" dello IOM (2004) sostiene che molte delle iniquità che guidano il propagarsi dell'HIV determinano anche le migrazioni: il virus si propaga con più facilità in quelle aree caratterizzate da forte disagio socio-economico da cui le persone tendono a fuggire in cerca di un futuro migliore (Farmer, 2004).

Secondo le analisi degli esperti, esiste anche un "effetto migrante sano", cioè l'immigrazione è sostenuta prevalentemente da giovani uomini e donne con un patrimonio di salute pressoché integro, frutto di una selezione "naturale" che precede la partenza dal Paese d'origine. Le difficoltà di natura socio-econo-

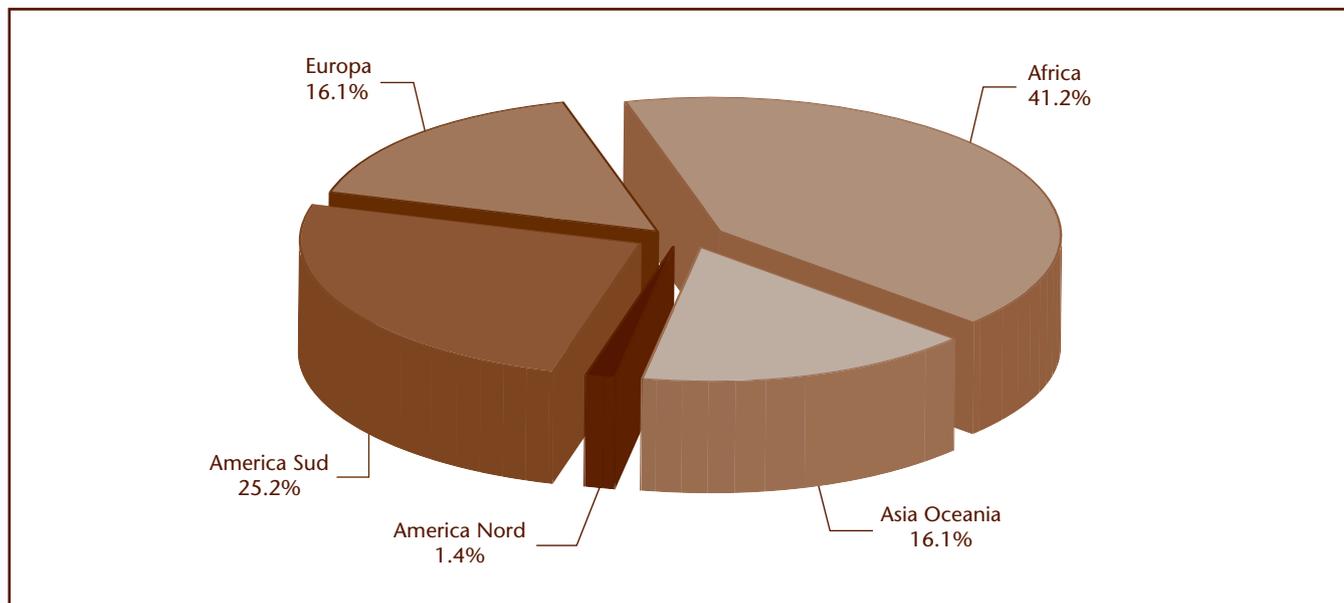


FIGURA 2 - Distribuzione percentuale delle diagnosi di infezione da HIV negli stranieri per area di provenienza (Rapporto COA, 2008)

mica incontrate all'arrivo portano queste persone, in alcuni casi, a perdere il loro patrimonio di salute e ad ammalarsi. Tra il 2000 e il 2001 fino all'80% dei nuovi casi di AIDS diagnosticati tra gli stranieri hanno riguardato persone che si sono infettate nel nostro Paese.

Diversi fattori rendono l'immigrato più vulnerabile: le condizioni estreme che caratterizzano il tragitto migratorio, i cambiamenti climatici e dietetici, la precarietà occupazionale nel Paese ospite, la scarsa tutela sul lavoro, l'indigenza e le carenze abitative, possono causare malattie che si aggravano per le barriere culturali. Inoltre, "l'esclusione sociale, di cui sono soggetti gli immigrati, rende questi altamente vulnerabili all'HIV/AIDS e alle complicanze connesse" (Rosano, 2003).

Nel caso del contagio da HIV, i migranti sembrano essere più esposti per la loro elevata mobilità e il loro status legale che comporta scarsa informazione sull'accesso ai servizi sanitari di prevenzione (Pajno et al., 2009).

2 Comportamenti relativi all'HIV e bisogni psicosociali dei migranti

Diverse ricerche (Rapporti Istisan 06/29, 2006; Lazarus, 2006) mostrano come i migranti, soprattutto quelli provenienti da aree a bassa endemia, sono scarsamente informati rispetto alle modalità di trasmissione dell'HIV/AIDS e alle strategie di prevenzione.

Una ricerca effettuata con un campione di persone etiopi ed eritree che vivono in Italia (Rapporti Istisan 06/29, 2006) evidenzia una scarsità di conoscenze tra le persone intervistate: le informazioni sulle modalità di contagio, le terapie e il test, sono distorte o scorrette, e ciò li espone inconsapevolmente a comportamenti sessuali a rischio di trasmissione. In particolare, la differenza tra HIV e AIDS non è ben conosciuta. Una diffusa credenza, inoltre, è che le persone HIV-positive si possano riconoscere dall'aspetto (calve, magre, malate). La maggior parte degli intervistati, infine, ritiene che le malattie sessualmente trasmissibili non esistano più.

Lazarus (2006) riporta una ricerca su 192 migranti provenienti dalla Somalia e dal Sudan, che vivono in Danimarca da almeno un anno. Attraverso l'uso di un questionario e di interviste semi-strutturate, si è esplorata la conoscenza dell'HIV/AIDS, oltre agli atteggiamenti e alle abitudini rispetto all'uso del preservativo. Meno della metà dei partecipanti ha risposto correttamente a più del 70% delle domande, in particolare sono gli immigrati provenienti dalla Somalia ad essere meno informati. Gli uomini hanno un atteggiamento più sfavorevole nei confronti del preservativo rispetto alle donne, ma quasi un terzo di queste ultime riporta di non aver mai sentito parlare di preservativi. Questa ricerca mette in evidenza una scarsa conoscenza dell'HIV/AIDS in questo gruppo di immigrati e suggerisce di considerare questo dato prima di iniziare un qualsiasi intervento di prevenzione. È importante fornire le conoscenze corrette sulle modalità di trasmissione e di prevenzione dell'HIV/AIDS, così come indagare le credenze e gli atteggiamenti legati all'uso del preservativo.

Nella ricerca sopracitata sul campione di etiopi ed eritrei (Rapporti Istisan 06/29, 2006), si eviden-

zia uno scarso uso di protezioni per evitare possibili contagi. L'utilizzo del profilattico nei rapporti sessuali è rifiutato principalmente perché viene percepito come una mancanza di fiducia nei confronti del partner; inoltre, l'abuso di alcol è stato riportato da questa comunità come un elemento che contrasta l'uso del profilattico. Per quanto riguarda il test, esiste la tendenza a considerarlo come garanzia di sieronegatività a lunga durata; la maggior parte degli intervistati, infatti, non era a conoscenza del periodo finestra. Il ricorso al test in una coppia è comunque più accettato rispetto all'uso del preservativo: la maggior parte dei giovani ha dichiarato che è più facile convincere il partner a fare il test piuttosto che usare il profilattico.

Un'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità su 478 immigrati evidenzia il problema dell'accesso ai servizi sanitari, ancora limitato per la maggior parte degli intervistati (62,8%) (Rapporti Istisan 05/39, 2005). I problemi appaiono soprattutto di tipo economico-sociale: gli stranieri, in particolare nei primi tempi dall'arrivo, non sanno come rivolgersi al Servizio Sanitario; inoltre, è diffusa la credenza ad assimilare lo stato dell'assistenza pubblica in Italia a quella nel loro Paese, dove spesso sono presenti corruzione, servizio scadente, alti costi. Uno degli ostacoli più grossi all'accesso ai servizi è rappresentato dalla lingua e dalla conseguente paura di non essere compresi.

Rendere accessibile la cura è, seppur indirettamente, uno degli strumenti di prevenzione più efficace, perché incoraggia lo svelamento di situazioni di difficoltà e la ricerca di un aiuto competente. Occorre perciò assicurare l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale rendendolo visibile, attivamente disponibile, in sintonia con i bisogni e nel rispetto delle differenze culturali.

3

Riduzione del rischio HIV e strategie comunicative con i migranti

Per fare prevenzione e comunicare sull'HIV/AIDS, è essenziale l'utilizzo di un approccio integrato, in quanto la mancanza di una cura risolutiva rende necessario spostare il focus degli interventi sulla prevenzione, in quanto il cambiamento dei comportamenti è stato riconosciuto come l'unico modo possibile per contenere il rischio di contrarre il virus (Melkote, Muppidi & Goswami, 2000).

Recentemente, si registra un largo consenso in letteratura sul riconoscimento del ruolo importante della cultura per rendere maggiormente efficaci i programmi di comunicazione sulla salute in generale, e di prevenzione dell'HIV/AIDS nello specifico (Kreuter & McClure, 2004). Si ritiene che, conoscendo le caratteristiche culturali di un gruppo, si possano costruire dei programmi di comunicazione, prevenzione e promozione della salute, per rispondere al meglio ai bisogni dei destinatari.

Per fare comunicazione sulla salute, inoltre, è particolarmente importante suddividere un gruppo grande ed eterogeneo in più popolazioni di dimensioni minori più omogenee al loro interno. Questa operazione viene definita "segmentazione del target" (Slater, 1996). La cultura è una delle variabili più importanti da tenere in considerazione, in quanto influenza le conoscenze e gli atteggiamenti che, come è noto, hanno un impatto considerevole sul rischio HIV (Wilson & Miller, 2003). Risulta perciò particolarmente importante adeguare i messaggi volti a modificare i comportamenti a rischio attraverso l'uso di termini e strategie di comunicazione specifiche, nel rispetto delle diverse culture di appartenenza.

Una recente ricerca (Wolfers et al., 2007) che aveva l'obiettivo di individuare le determinanti dell'uso del condom tra i gruppi minoritari più rappresentati a Rotterdam (afro-caraibici, turchi e marocchini), dimostra che oltre ad aspetti personali, tra cui l'autoefficacia, e contestuali, tra cui il costo dei preservativi, risulta determinante considerare i fattori socio-culturali. Nello specifico, questa ricerca dimostra che esistono delle differenze importanti tra gli afro-caraibici e gli altri gruppi da tenere in considerazione per comunicare in maniera efficace con il target: gli afro-caraibici, ad esempio, non accettano che una persona abbia multiple relazioni sessuali, mentre i turchi e i marocchini non accettano che una persona abbia rapporti sessuali al di fuori del matrimonio e ritengono che una ragazza dovrebbe arrivare vergine al matrimonio; per questi ultimi, inoltre, è particolarmente importante tenere in considerazione i modelli di comportamento approvati dai fratelli maggiori o dagli zii, che sono presi ad esempio.

Uno studio del 2003 (Apanovitch, McCathy & Salovey, 2003) mette in risalto ulteriori strategie comunicative da tenere in considerazione quando si vuole trasmettere un messaggio per indurre un cambiamento comportamentale nei destinatari. L'obiettivo della ricerca era motivare i partecipanti (480 donne appartenenti a minoranze etniche presenti a Northeastern City) a fare il test. Ai soggetti sono stati mostrati differenti video, che mettevano in luce le conseguenze sanitarie, psicologiche e in termini di responsabilità sociale, del fare o meno il test. È stato dimostrato che i messaggi che enfatizzavano i vantaggi del fare il test risultavano più importanti in termini di cambiamento di comportamento rispetto a quelli che enfatizzavano i rischi e le conseguenze negative del non farlo.

Molteplici studi, infine, dimostrano l'importanza di utilizzare dei facilitatori, modelli o attori che appartengono alla stessa etnia dei destinatari dell'intervento, in quanto utilizzano una terminologia appropriata e hanno uno stile espressivo che è proprio di quel gruppo (Wilson & Miller, 2003). Anche il setting risulta particolarmente importante: è consigliabile utilizzare un luogo che sia familiare ai partecipanti.

Nel corso del 2006-2007, l'OIM (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni), Ufficio regionale di Roma, ha promosso e realizzato il progetto "Interventi di supporto per l'attuazione della strategia di prevenzione HIV in Italia basata sull'evidenza e che rispetti la tradizione e cultura di provenienza degli individui", finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Il progetto è stato finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. L'obiettivo della ricerca era valutare il gradimento di materiali realizzati in Italia e altri prodotti nei Paesi di origine (Albania, Marocco, Perù); sono stati raccolti, inoltre, i suggerimenti degli stranieri per elaborare strategie di prevenzione HIV/AIDS rivolte alla popolazione straniera in Italia. Sono stati realizzati 4 focus group per nazionalità per un totale di 12, di cui uno misto, uno di sole donne, uno di soli uomini, infine, uno di giovani appartenenti a entrambi i sessi. Sono state esplorate le fonti di attività di prevenzione nel paese d'origine ed è stato facilitato un confronto con le fonti e attività di prevenzione in Italia. Nello specifico, in Albania e in Marocco, le informazioni sono facilmente recuperabili a scuola (seminari e programmi di educazione sessuale), in tv e nei giornali, per strada, in spiaggia o in farmacia; i peruviani riportano l'importanza di interventi a scuola, le discussioni in famiglia, attività in radio, tv, internet o attraverso i

giornali, infine attività durante le feste in villaggi o piccoli centri.

I partecipanti di tutte e tre le nazionalità hanno sottolineato di non aver sentito parlare di HIV e AIDS in Italia, se non molto raramente. Questa differenza tra paese d'origine e paese d'accoglienza porta gli stranieri a ritenere di essere meno esposti al rischio in quanto in Italia "l'AIDS non è un problema". Per rivolgersi agli stranieri in Italia, viene suggerito l'utilizzo dei media italiani (tv, radio, ma soprattutto la free-press), in quanto molti stranieri ne fanno uso, ma ancora più importante è diffondere messaggi di prevenzione anche attraverso i media stranieri, poiché è stato riportato un uso significativo dei mezzi di informazione in lingua. Uno dei suggerimenti più condivisi è quello di potenziare attività di prevenzione nelle scuole medie, superiori e all'università. Si segnalano, infine, i corsi di italiano per stranieri organizzati dalle varie associazioni.

La ricerca ha messo in risalto l'importanza di lavorare con persone immigrate, con un approccio dal basso, attraverso le associazioni, i leader di comunità e persone che hanno credibilità tra i diversi gruppi stranieri. Per quanto riguarda i materiali realizzati in Italia, si tratta prevalentemente di brochure, opuscoli e volantini realizzati per la popolazione migrante la cui efficacia è stata messa in dubbio da molti immigrati: la comunicazione orale o visuale sarebbe più efficace e arginerebbe il problema della lingua e dell'analfabetismo.

La Commissione Europea DG V, con l'appoggio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha finanziato dal 1991 al 2007, il Progetto "AIDS & Mobility" finalizzato alla realizzazione di interventi di prevenzione dell'infezione da HIV e dell'AIDS rivolti alle popolazioni mobili (immigrati, minoranze etniche, rifugiati politici, camionisti, adolescenti

senza fissa dimora, militari, prostitute straniere) nei paesi dell'Unione Europea. Si ribadisce la necessità e l'importanza di un intervento coordinato nei vari Paesi, essendo la prevenzione HIV un argomento di interesse mondiale. Tale Progetto, coordinato dal Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ) di Worden (Olanda) ha perseguito, nel corso degli anni, tre principali obiettivi: fornire risposte mirate al bisogno di salute delle popolazioni mobili che si muovono all'interno dell'Unione Europea; realizzare interventi di prevenzione dell'infezione da HIV e dell'AIDS rivolti a persone straniere; costituire una rete nazionale in ogni stato membro per avere una visione completa della situazione europea, che consenta il confronto tra differenti esperienze.

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 verso i migranti. Al fine di comprendere le opinioni degli operatori che lavorano in questo campo, abbiamo realizzato una ricerca tramite focus group.

Sono stati effettuati due focus group, uno nel Lazio e l'altro in Lombardia, con esperti del target

migranti a livello nazionale e operatori a livello locale che quotidianamente sono a contatto con gli stranieri presenti in Italia. Sono stati raccolti dei dati relativamente alla popolazione di riferimento, i migranti, rispetto al rischio HIV/AIDS, e alle modalità più idonee per comunicare in maniera efficace a tale target.

Il primo focus group è stato realizzato a Roma, presso la sede dell'Associazione Arché, in data 18 novembre 2008; il secondo focus group è stato realizzato a Milano, presso la sede della Caritas, in data 9 dicembre 2008¹. L'intera discussione è stata audioregistrata e successivamente trascritta. Ne riportiamo in questa sede i contenuti principali emersi.

La scelta del target "migranti"

Considerando i dati ISTAT del 2007, gli esperti ritengono sia opportuno rivolgersi direttamente agli stranieri presenti in Italia, in quanto costituiscono il 6% della popolazione. Le uniche campagne di prevenzione dell'HIV/AIDS realizzate in Italia sono rivolte a italiani e quindi non raggiungono queste popolazioni con messaggi diretti. Fino ad ora sono stati diffusi dei messaggi general-generici, cioè messaggi uguali per tutti tradotti in diverse lingue. È necessario individuare delle strategie comunicative più efficaci ed incisive di quelle attualmente utilizzate. *"Ogni comunità deve avere dei messaggi specifici per essere raggiunta"*.

¹ Il primo focus group è stato organizzato da Margherita Errico (NPS Campania) e ha visto la partecipazione dei seguenti esperti: Alfio Di Mambro (Arché Roma), Gianluca Russo (Dipartimento di Malattie Infettive della Sapienza, Università di Roma), Giorgia Induni (Ospedali Civili di Brescia), Hermine Gebdo (Comitato per i Diritti Civili Prostitute Onlus Trieste), Laurence Salé (Ospedale San Galicano), Maria Laura Capitta (Provincia di Roma), Mario Figoni (Ospedale Cotugno di Napoli), Michela Martini (IOM), Salvatore D'Angiò (Associazione Eos-cooperativa Sociale ETHICA).

Il secondo focus group è stato organizzato da Laura Rancilio (Caritas) e ha coinvolto i seguenti esperti: Anna Borrelli (NPS Milano), Anna Maria Villa (Opera San Francesco), Fabio Casarin (Anlaids), Faduma M. Dirie (Coop Farsi Prossimo - Casa di tutti i colori), Gino Rigoldi (Comunità Nuova), Giovanni Del Bene (Anlaids), Luca Fornari (Ala Milano onlus), Matteo Lancini (Minotauro), Najia Benchenouf (Crinali).

Da un punto di vista epidemiologico, inoltre, i dati in possesso suggeriscono una maggiore vulnerabilità dei migranti, i quali vengono identificati come più a rischio. Nonostante alcuni partecipanti siano concordi sul fatto che negli ultimi tempi si sia sviluppato un “eccessivo allarmismo” poichè in realtà il numero dei casi di nuove infezioni da HIV o AIDS tra i migranti è stabile negli ultimi anni, viene riportato un dato significativo: tra le persone alle quali viene diagnosticata in maniera pressoché concomitante sia l’HIV che l’AIDS, il 70% è rappresentato da stranieri. *“Tendenzialmente lo straniero si avvicina al sistema sanitario tardi, quando sta male ed è già in fase AIDS”*. Questo dato mette in luce la necessità di far emergere i casi degli stranieri HIV-positivi per poterli curare in modo tale che non raggiungano la fase di AIDS. *“Se è emergenza ed effettivamente vogliamo parlare di emergenza, è prevenzione secondaria”*.

I migranti sono una popolazione a rischio per le condizioni di vita in cui spesso si trovano una volta arrivati in Italia: vivono in uno stato di povertà ed emarginazione. Inoltre, non avendo possibilità di costruire relazioni stabili come nei loro Paesi, spesso consumano sesso in maniera disordinata ed occasionale. Molte comunità, infine, non sono educate e abituate ad usare il preservativo.

I possibili sottotarget individuati dagli operatori

Considerato che il gruppo “migranti” è troppo ampio ed eterogeneo al suo interno, si è rivelato utile individuare delle sotto-categorie e si è chiesto agli esperti quali fossero quelle più a rischio rispetto al tema in questione. I partecipanti sono stati concordi nel ritenere come più bisognosi di un intervento comunicativo sull’HIV/AIDS i maschi adulti, senza una relazione stabile, provenienti da “area endemi-

ca”, in Italia da un tempo inferiore a un anno, non inseriti in un contesto familiare o di comunità. Una caratteristica che rende più difficoltosa la possibilità di raggiungerli è lo status legale irregolare.

Chi proviene da una zona endemica è abituato a confrontarsi con l’AIDS nella quotidianità; *“una volta arrivato in Italia tutto tace, non ci sono campagne, non ci sono messaggi, l’AIDS non esiste”*; automaticamente la percezione del rischio si abbassa. *“Percepiscono l’AIDS come un problema della loro terra e pensano di conseguenza di essersi salvati”*.

Parallelamente, quelli che provengono da zone a bassa prevalenza, non hanno ricevuto una comunicazione nei loro Paesi, arrivano in Italia e non la ricevono; rimangono quindi ad un livello basso di informazione.

I partecipanti suggeriscono sia utile distinguere tra comunità “aperte”, gruppi centrati sull’esterno, che non vedono l’ora di avere un contatto con l’esterno a livello comunicativo, e comunità “chiuse”, centrate sull’interno, con un forte senso di comunità.

Bisogni specifici e problematiche

Gli esperti ritengono che alla base vi sia l’esigenza di essere informati, di conoscere le modalità di trasmissione e le misure di prevenzione, così come ricevere informazioni utili per accedere ai servizi.

La popolazione straniera spesso non considera il problema. *“Il capo di due associazioni islamiche... ritiene che per loro non esiste il problema dal momento che la loro religione considera la monogamia: gli uomini non vanno fuori e le donne sono fedeli”*. In molti Paesi non si fa prevenzione dell’AIDS. *“Sembra che l’AIDS non esista, non viene considerata una malattia perché in qualche modo una persona se la va a cercare, non è come il tumore che è un volere di Dio”*. Inoltre, c’è spesso un’informazione sbagliata sull’AIDS e sulle con-

seguenze legate ad un'eventuale diagnosi. *"C'è chi pensa che se è sieropositivo è condannato a morire e chi pensa che nel proprio Paese verrà bruciato"*.

Esistono problemi legati alle differenze linguistiche e culturali e le strategie comunicative passate sono state poco efficaci e non differenziate per etnie o gruppi.

"Occorre considerare l'aspetto religioso, perché spesso si deve smontare il discorso dell'astinenza ed è complessissimo... Se proponi il profilattico a una persona che è convinta che non andrà più in paradiso se lo utilizza, sicuramente incontrerai delle resistenze fortissime".

In alcuni gruppi è alta la percezione di stigma della malattia AIDS.

"Molte persone provenienti dal nord Africa hanno uno stigma impressionante, non c'è nessuna possibilità di parlarne né di ricevere aiuto all'interno della propria comunità. Occorre quindi portare una sorta di normalizzazione della percezione di questa patologia... andare a smontare questo mostro che porta a un alto tasso di suicidi".

Quali messaggi possono essere veicolati?

I partecipanti ritengono che sia prioritario trasferire delle informazioni corrette per evitare il contagio.

"Molte ricerche hanno messo in luce una certa confusione rispetto alle modalità di trasmissione". Inoltre, con questo gruppo è molto importante lavorare sullo stigma, educare all'accoglienza della persona sieropositiva e far capire che esistono delle terapie.

Nonostante molti esperti ritengano che il problema principale sia la mancanza di un'adeguata informazione e conoscenza del problema, secondo alcuni, i migranti conoscono l'AIDS più degli italiani. Non

si tratta quindi di limitarsi a far sapere che l'AIDS esiste. Uno dei problemi riguarda l'accesso ai servizi sanitari: secondo la totalità degli esperti che sono intervenuti va aumentata la possibilità di accesso ai servizi da parte degli immigrati, occorre trasferire l'idea che ci si può curare e soprattutto l'anonimato e la gratuità dello screening.

"L'AIDS esiste, non è sparita, è curabile, ci sono dei servizi che se ne occupano, dove puoi essere informato e aiutato".

Canali e modalità comunicative

Come si diceva prima, è opportuno distinguere tra comunità aperte, gruppi centrati sull'esterno, che non vedono l'ora di avere un contatto con l'esterno a livello comunicativo, e comunità chiuse, centrate sull'interno, con un forte senso di comunità.

Per rivolgersi alle comunità chiuse, bisogna individuare e coinvolgere i rappresentanti della comunità, coloro che sono riconosciuti come fonti autorevoli, affinché trasmettano, nel modo che ritengono più opportuno, delle informazioni importanti. Nelle popolazioni migranti esiste una forte coesione intergenerazionale, una grande attenzione dei giovani nei confronti degli anziani e un rispetto molto attento alle indicazioni e alle tradizioni. Un messaggio di prevenzione deve quindi tenere conto di quelli che sono gli adulti significativi, le figure di riferimento, coloro che hanno potere carismatico (capofamiglia, capogruppo, capo di comunità o di una comunità sportiva).

Con le comunità aperte, si possono utilizzare altre strategie: Internet e la televisione; con loro funziona il personaggio famoso, il testimonial, l'idolo musicale o sportivo. L'approccio migliore è quello visivo (utilizzo di foto e immagini).

I partecipanti ai focus group hanno in prevalenza espresso un'opinione contraria all'uso dell'opuscolo come mezzo per fare prevenzione. Occorre rivalutare il tipo di strumento. *“Lo scritto è una cosa che appartiene a noi, la maggior parte dei migranti viene da percorsi in cui è la tradizione orale che viene tramandata”.*

Inoltre, questo strumento non permette di raggiungere quella fetta di popolazione che non è alfabetizzata. Infine, è stato messo in luce il fatto che spesso le traduzioni sono inesatte.

Lo strumento più utile non è quindi il mezzo cartaceo, ma quello visivo o audio; vengono citate anche piccole rappresentazioni teatrali da realizzare nell'ambito di gruppi e da far circolare in vari punti di aggregazione.

In ogni caso, è bene non aspettare che si rivolgano ai servizi per fare prevenzione, ma bisogna andare a cercarli, partendo dai luoghi che abitualmente frequentano, allo scopo di instaurare una relazione con loro e invitarli a proseguire il discorso in altra sede. *“Con i migranti è il rapporto diretto che funziona”.* Tra i contesti privilegiati per raggiungerli vengono suggeriti: scuole e società sportive, piazze e mercati, parchi, luoghi di aggregazione, corsi di italiano.

5 Esempi di materiali comunicativi rivolti ai migranti in Italia e in Europa

La comunicazione sul rischio HIV/AIDS nel target migranti, finora, si è tendenzialmente svolta attraverso volantini cartacei creati da associazioni locali o da istituzioni sanitarie.

Parte essenziale dell'azione informativa-preventiva condotta dalle Associazioni consiste nella produzione di volantini, cartoline e poster, tradotti in più lingue, volti ad informare gli stranieri in merito ai servizi of-

ferti dalle Associazioni e dagli altri enti operativi sul territorio a cui rivolgersi in caso di bisogno. Questo materiale solitamente viene distribuito dagli operatori durante le loro attività quotidiane o in occasioni specifiche, come la Giornata del 1 Dicembre; inoltre, è disponibile presso l'ufficio delle Associazioni e gli altri enti più regolarmente frequentati dai migranti (servizi sanitari, ospedali, centri di accoglienza).

Nelle due pagine seguenti sono brevemente descritti alcuni esempi di materiali comunicativi realizzati in Italia e in Europa negli ultimi cinque anni sulla questione HIV/AIDS, rivolti specificamente ai migranti. Si tratta di campagne individuate attraverso una ricerca in internet o segnalate dagli esperti consultati nelle varie fasi del progetto.

6 Indicazioni per l'elaborazione di messaggi specifici per i migranti

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

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

Qui di seguito si presentano alcune raccomandazioni per chi vuole elaborare una campagna rivolta

alle persone migranti formulando messaggi mirati, personalizzati ed efficaci. La spiegazione dettagliata dei modelli psicosociali citati è riportata in Zani e Cicognani (2000) e Pietrantoni (2001).

Acquisire informazioni e conoscenze sul target “migranti”

Per comprendere il target “migranti”, si possono intervistare i rappresentanti delle associazioni o i leader delle comunità presenti sul territorio, consultare materiali, documentarsi sulle ricerche disponibili. È quindi importante trovare una risposta alle seguenti domande per definire con maggiore precisione il target a cui rivolgersi:

- I migranti si distinguono dalla popolazione generale per caratteristiche demografiche più rilevanti?

Se sì, in che modo?

- I migranti si distinguono per la presenza di problemi fisici o psicologici, che li rendono più vulnerabili rispetto alla popolazione generale? Se sì, in che modo?
- I migranti si distinguono dalla popolazione generale in quanto possiedono stili di vita, valori e norme sociali differenti? Se sì, in che modo?
- Quali comportamenti rendono le persone migranti più esposte al rischio di HIV/AIDS?
- Quali comportamenti sono risultati efficaci per ridurre il rischio HIV nei migranti?
- È possibile individuare delle sotto-categorie all'interno del target “migranti”, sulla base delle caratteristiche sociali e i comportamenti tipicamente adottati?
- Ci sono dei sotto-target che non sono raggiungibili?
- Ci sono dei sotto-target già raggiunti da precedenti studi?

Campagna “Opuscoli in lingua”

Promotore: Anlaids - Anno: 2002

Nel 2002, ANLAIDS ha realizzato degli opuscoli informativi tradotti in otto lingue diverse (inglese, francese, spagnolo, tagalo, saijli, kirundi, romeno, polacco), che sono stati distribuiti soprattutto nei centri clinici, nei servizi territoriali e nelle carceri. Il contenuto era a carattere preventivo: si fornivano informazioni sulle modalità di trasmissione, le misure da adottare per proteggersi e i comportamenti da evitare.

Campagna “Progetto Getting Better - You must use condom always!”

Promotore: Asl3 di Torino e PIAM - Anno: 2005

Nel 2005, sono stati realizzati e distribuiti dei filmati d'educazione alla prevenzione per prostitute extracomunitarie: “You must use condom always! – Usa sempre il preservativo”. Il progetto, elaborato dai sanitari dell'Ospedale Amedeo di Savoia in collaborazione con le associazioni “Idea Donna” di Torino e PIAM (Proget-

to Integrazione Accoglienza Migranti) Onlus Asti, è un primo tentativo di fare prevenzione dell'AIDS con gli audiovisivi rivolgendosi specificamente a gruppi a rischio di esclusione sociale. "You must use condom always" è un materiale audio-video per la prevenzione dell'AIDS e delle malattie sessualmente trasmissibili rivolto alle donne straniere che si prostituiscono. I due filmati, pensati rispettivamente per le donne provenienti dalla Nigeria e dall'Europa dell'Est, sono stati distribuiti alle destinatarie dell'iniziativa e ai servizi sanitari: ambulatori medici, enti pubblici e no profit e altri soggetti a vario titolo interessati al tema trattato; ambulatori MST dell'Asl 3 di Torino e di altre strutture sanitarie piemontesi interessate, nonché i luoghi maggiormente frequentati dalle destinatarie dell'intervento. I filmati informano sul corretto uso del preservativo, il test Hiv e l'accesso ai servizi sanitari inserendo le spiegazioni dei medici nel racconto di alcuni momenti della giornata di una coppia di amiche. Entrambi i filmati si concludono con una scena che vede accedere le protagoniste ad un ambulatorio medico dove vengono rassicurate da una mediatrice culturale: l'assistenza sanitaria è garantita a tutti, anche a chi non ha i "documenti". L'uso della videocassetta come mezzo di comunicazione si basa sul rilevamento della forte abitudine all'uso del televisore e del videoriproduttore delle prostitute extracomunitarie.



VIII Campagna Informativo-Educativa

Promotore: Ministero della Salute - Anno: 2005-2006



Il National Focal Point italiano ha collaborato alla preparazione della VIII Campagna Informativo-Educativa (2005-2006) rivolta ai cittadini stranieri e promossa dal Ministero della Salute. Tale collaborazione ha permesso di elaborare un dépliant ad hoc per la popolazione migrante presente in Italia. Il dépliant è stato stilato oltre che in lingua italiana anche in inglese, francese, spagnolo, portoghese, romeno, russo, cinese e arabo da mediatori linguistico-culturali impegnati nelle strutture sanitarie presenti nella Rete. Erano contenute le informazioni utili per rispondere alle seguenti domande: che cos'è l'AIDS?; che cosa comporta l'infezione da HIV?; come si trasmette l'infezione da HIV?; come si previene l'infezione da HIV?; come non si trasmette l'infezione da HIV?; che cosa fare se hai avuto comportamenti a rischio?; A chi rivolgersi? Il NFP ha svolto un importante ruolo nella distribuzione capillare di tale materiale informativo: nel periodo tra novembre 2006 e

dicembre 2007 sono stati distribuiti 410.000 opuscoli attraverso le associazioni di volontariato facenti capo al National Focal Point. Questo tipo di informazione generalizzata è stata integrata da un'informazione personalizzata erogata attraverso l'intervento di counselling telefonico. Infatti, a dicembre 2006 presso l'Unità Operativa "Telefono Verde AIDS", è stato attivato un Servizio di Counselling Telefonico transculturale volto alla prevenzione dell'infezione HIV nella popolazione straniera. A tal fine è stata costituita un'équipe di consulenti e mediatori linguistico-culturali che ha consentito di rispondere alle domande delle persone straniere.

Campagna "Programma Gioventù"

Promotore: Gruppo ZOI - Anno: 2006

Nel 2006, il gruppo ZOI (gruppo informale di giovani), in collaborazione con LILA Lecce, ha realizzato degli opuscoletti informativi tradotti in sei lingue diverse (italiano, inglese, francese, spagnolo, arabo, cinese), che sono stati distribuiti nei servizi socio-sanitari e nei banchetti durante le manifestazioni locali organizzate per i giovani. Tali opuscoli contenevano informazioni sulla prevenzione primaria e una mappatura dei servizi della provincia di Lecce.

Campagna "Girasole"

Promotore: gruppo di associazioni - Anno 2008

La Campagna Girasole (Gruppo Interculturale Rivolto Agli Stranieri per Ostacolare L'hiv&aids E malattie sessualmente trasmissibili), nell'ambito del progetto PRISMA - Stranieri promosso dall'OIM e finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ha coinvolto 14 associazioni (3 associazioni per la lotta all'HIV/AIDS e 11 associazioni di immigrati) e ha permesso di contattare 10.000 persone di diversa nazionalità in poco più di 3 mesi. Si è proposta di far conoscere, sensibilizzare e orientare i cittadini migranti sul pericolo dell'HIV e delle malattie sessualmente trasmissibili. Gli immigrati sono stati protagonisti, impegnati nell'informare altri stranieri sui comportamenti sessuali a rischio. L'obiettivo, infatti, era quello di fornire loro informazioni necessarie per affrontare il problema dell'AIDS, rendendoli cittadini consapevoli e attivi nella lotta e nel contrasto diretto dell'epidemia.



GIRASOLE

Gruppo Interculturale Rivolto Agli Stranieri
Ostacolare L'hiv&aids E
malattie sessualmente trasmissibili



- 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. leader religioso o di comunità, genitori, medico)

Individuare modalità appropriate per raggiungere il target "migranti"

Per capire come comunicare con le persone migranti, occorre chiedersi quale 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 i canali attraverso i quali è possibile raggiungere i migranti per trasmettere loro conoscenze a proposito del rischio HIV/AIDS?
- Quali sono le figure più credibili per i migranti sul tema?
- Quali caratteristiche deve avere il messaggio per essere più facilmente recepito? (es. possedere molte informazioni, messaggio comico, messaggio che spaventi, presenza di esperienze personali,...)

Basarsi su una teoria per costruire il 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 sono i fattori psicosociali che favoriscono l'adozione un comportamento protettivo nei confronti della propria

e altrui salute. In tal modo è possibile articolare un messaggio preventivo che si basi sulle percezioni più diffuse tra i migranti e li motivi ad intraprendere un comportamento più salutare.

Per approfondimenti, la spiegazione dettagliata di tali modelli è riportata in Zani e Cicognani (2000) e Pietrantoni (2001).

■ ***Il modello delle credenze sulla salute.*** Il modello ipotizza che la probabilità che una persona adotti comportamenti sani (usare il preservativo, fare il test, ...) dipenda da tre fattori: percezione di vulnerabilità (misura in cui un soggetto si sente vulnerabile o a rischio di contrarre una malattia), percezione di gravità (credenze circa le conseguenze associate alla malattia) e valutazione costi-benefici (quanto l'individuo ritiene che i benefici dell'azione siano superiori ai costi o alle barriere all'azione preventiva).

Nello specifico, una persona migrante adotterà un comportamento sessuale protetto quanto più ritiene sia probabile il rischio di contrarre una malattia a trasmissione sessuale, quanto più se percepisce l'AIDS come una malattia grave, e se è in grado di individuare i vantaggi piuttosto che gli svantaggi del suo comportamento.

È importante quindi domandarsi:

- Qual è il livello di percezione da parte di migranti del problema che si sta affrontando?
- Quanto i migranti ritengono che potrebbero essere gravi le conseguenze del problema?
- I migranti ritengono che impegnarsi nel comportamento preventivo abbasserà il rischio HIV/AIDS?
- Quali sono i vantaggi e gli svantaggi del comportamento, secondo la percezione dei migranti?

■ **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. Nello specifico, una persona migrante adotterebbe 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 pensano di essere in grado di svolgere facilmente l'azione (autoefficacia).

È quindi importante domandarsi:

- 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 i migranti (amici, famiglia, leader religioso o di comunità, partner)?
- Come si può convincere i migranti che 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 delle persone migranti che quelli simili alla popolazione generale. Esempi di convinzioni

concernenti un atteggiamento negativo verso il test HIV nei migranti 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”*
- ⌘ *“Ho paura di andare in ospedale a fare il test perché mi potrebbero denunciare e dovrei così tornarmene nel mio Paese”*

Esempi di convinzioni concernenti un atteggiamento negativo verso l'uso del preservativo nei migranti potrebbero essere i seguenti:

- ⌘ *“Il preservativo toglie il piacere del contatto”*
- ⌘ *“Il preservativo non è sicuro al 100%”*
- ⌘ *“L'uso del preservativo non è ammesso per la mia religione”*
- ⌘ *“Se uso il preservativo significa che non mi fido del mio partner”*

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

■ **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). In questa prospettiva, un migrante adotterebbe 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 domandarsi:

- ⌘ Quali sono i “modelli” di riferimento per i migranti?
- ⌘ In che misura i migranti 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)?

■ **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, uso del preservativo) nelle persone migranti, 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”, 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 migranti sono prevalentemente nello stadio di *precontemplazione*, come si può aumentare la consapevolezza del problema (es., fare il test HIV)?
- Se i migranti sono prevalentemente nello stadio di *contemplazione*, quali benefici si dovrebbero sottolineare e come si potrebbe aumentare la percezione di pressione sociale?
- Se i migranti 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 migranti sono prevalentemente nello stadio dell'*azione*, come si può incoraggiare ad attuarlo anche successivamente?
- Se i migranti sono prevalentemente in fase di *mantenimento*, come si può aiutarli a continuare nel tempo anche in situazioni a rischio di “ricaduta”?

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

della popolazione 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, newsletters, cartoline) e quindi distribuite al target di riferimento.

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 immigrati), 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 in ospedale 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.

Riportiamo, di seguito, un esempio di storia "role-model", in cui il comportamento da promuovere è la ricerca di informazioni circa il rischio HIV/AIDS e il ricorso al test come mezzo di prevenzione e screening; la popolazione-target è costituita da giovani immigrati provenienti, nello specifico, dalla Romania.

Esempio di costruzione di una storia

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

Età: 20-30 anni

Provenienza: Romania

Comportamento che si intende incoraggiare: *acquisizione di conoscenze sull'HIV, pratica del test HIV*

Messaggio chiave: *"L'AIDS è una malattia che si trasmette sessualmente, puoi trovare informazioni, fare il test ha numerosi vantaggi"*

<p><i>Sono Milos, ho 26 anni. Sono andato via da Lipovu in Romania, la città dove sono nato e ormai sono quattro anni che sto in Italia. Poco tempo fa, un mio connazionale mi ha chiesto "Tu cosa sai dell'AIDS?". Non ho saputo rispondere, ne avevo sentito parlare solo vagamente.</i></p>	<p>Caratteristiche ed esperienze dell'attore della storia</p> <p>Scarsa conoscenza del rischio AIDS</p>
<p><i>Allora mi sono informato, ho letto che è una malattia che colpisce il sistema immunitario e che poi sei più debole e puoi prendere altre malattie. In Africa è molto diffusa, muoiono tanti bambini, ma c'è anche qui in Italia. Mi hanno detto che si trasmette con il contatto sessuale e per questo è importante usare il preservativo quando fai l'amore con una donna, per evitare l'AIDS ma anche per le altre malattie. Può capitare a tutti, non si sa mai.</i></p>	<p>Acquisizione di conoscenze sulla caratteristiche della malattia, la sua diffusione, le modalità di trasmissione</p>
<p><i>Un medico mi ha detto anche che se non vuoi più usare il preservativo con una donna bisogna prima fare insieme il test per capire se tutti e due siamo sani. Conviene fare il test HIV perché se per caso hai preso questa malattia prima te ne accorgi meglio è perché così puoi iniziare a curarti subito.</i></p>	<p>Spiegazione dei benefici del test HIV</p>
<p><i>Qua in Italia ci sono medici e persone negli ospedali che ti possono spiegare tutto quello che vuoi sapere. Io ho voglia di restare sano perché se ci si ammala non si può lavorare e non si vive bene.</i></p>	<p>Facilità di accesso alle risorse sanitarie Intenzione a rimanere in salute</p>

Bibliografia

Apanovitch, AM., McCathy D., Salovey, P. (2003). Using message framing to motivate HIV testing among low-income, ethnic minority women. *Health Psychology*, 22: 60-67.

Caritas/Migrantes, Immigrazione. Dossier statistico 2003. XIII Rapporto, ANTEREM, Roma, 2003.

Caritas/Migrantes, Immigrazione. Dossier statistico 2006. XVI Rapporto, IDOS, Roma, 2006.

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.

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.

Farmer, P. (2004). An Anthropology of structural violence, in *Current Anthropology*, 3: 305-325.

Istituto Nazionale di Statistica. La popolazione straniera regolarmente presente in Italia. Roma: ISTAT, 2007.

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.

Kreuter, M., McClure, S. (2004). The Role of Culture in Health Communication. *Annu. Rev. Public Health*, 25: 439-455.

Lazarus, J. (2006). HIV/AIDS knowledge and condom use among Somali and Sudanese immigrants in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34: 92-99.

Melkote, S., Muppidi, S., Goswami, D. (2000). Social and economic factors in an integrated behavioral and societal approach to communications in HIV/AIDS. *Journal of Health Communication*, 5: 17-27.

Pajno, MC., Di Palma, R., Marini, A., Uccella, I., Silano, V., Morrone, A. (2009). HIV/AIDS prevention in young migrants across Europe: the AIDS&Mobility Project. *HAART and correlated pathologies*, 2: 21-23.

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

Population Mobility and HIV/AIDS. IOM, 2004.

Rapporti ISTISAN 05/39. Casi di AIDS diagnosticati in Italia tra i cittadini stranieri (1982-2000). Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2005.

Rapporti ISTISAN 06/29. Infezione da HIV, AIDS e popolazioni migranti: quali possibili interventi in ambito psico-socio-sanitario. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2006.

Rapporti ISTISAN 06/29. Valutazione del gradimento delle campagne di prevenzione HIV/AIDS rivolte agli immigrati. Istituto Superiore di Sanità, 2006.

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

Rosano A. (2003). Immigrazione e AIDS, in: F. Pittau, A. Spagnolo (a cura di), Immigrati e rischio infortunistico in Italia, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma.

Slater, MD. (1996). Theory and method in health

audience segmentation. *Journal of Health Communication*, 1: 267-283.

Wilson, B., Miller, R. (2003). Examining strategies for culturally grounded HIV prevention: a review. *AIDS Education and Prevention*, 15: 184-202.

Wolfers, M., van den Hoek, C., Brug, J, de Zwart, O. (2007). Using Intervention Mapping to develop a programme to prevent sexually transmittable infections, including HIV, among heterosexual migrant men. *BMC Public Health*, 7:141.

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

La prevenzione HIV/AIDS nei **migranti**: indicazioni e strategie comunicative

Progetto di ricerca:

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

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

capitolo 4100/PG27-anno 2007

a cura di

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