

MODELLI SOCIALI DI INTERVENTO PER LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV NEI TOSSICODIPENDENTI

Samuel R. Friedman

National Development and Research Institutes, Inc. New York U.S.A.

INTRODUZIONE

Agli esordi dell'epidemia di AIDS, gli interventi pubblici erano per lo più rivolti all'educazione, data l'urgenza di portare all'attenzione dell'opinione pubblica i pericoli connessi a questa nuova patologia e i provvedimenti che avrebbero potuto contribuire a contrastarne la diffusione. Era evidente, comunque, che la sola informazione non sarebbe bastata. Pertanto è stata messa a punto una serie di tecniche di intervento, quasi tutte incentrate sull'individuo. Alla base di tali interventi c'erano teorie come ad esempio:

1. il Modello delle Convinzioni Sanitarie (1-3);
2. la Teoria dell'Apprendimento Sociale (4-6);
3. la Teoria dell'Azione Ragionata (7-9).

Questi modelli consideravano valori, convinzioni, prospettive, atteggiamenti e modi di pensare come elementi caratteristici dell'individuo. Gli interventi fondati su tali modelli hanno contribuito a far sì che gli omosessuali maschi, i tossicodipendenti che si iniettavano la droga e altre categorie di persone comprendessero i rischi cui erano esposti e le possibili alternative, e di conseguenza hanno indotto molti di loro a prendere i provvedimenti necessari a limitare i rischi di contagio (1,10,11).

Pur contribuendo a combattere l'AIDS, tuttavia, i modelli individualistici presentano forti limitazioni che impongono l'elaborazione di teorie a sfondo maggiormente sociale, su come intervenire per contrastare la diffusione del virus e altre minacce che incombono sulla sanità pubblica. Molti hanno seguito programmi basati su modelli individualistici, senza per questo abbandonare i propri comportamenti a rischio. Altri hanno limitato o evitato le fonti di rischio per un certo periodo, per poi però ricadere nella trappola di rapporti sessuali non protetti o nelle vecchie, rischiose abitudini di assunzione per via endovenosa della droga. A prescindere da queste loro limitazioni, comunque, i modelli in-

dividualistici non solo hanno avuto il merito di far conoscere alcuni aspetti comportamentali strettamente legati alla salute dell'individuo, ma possono risultare utili anche per portare avanti quegli aspetti individuali o su base ristretta degli interventi sociali, di cui si tratta in questa sede (12).

Su un piano più teorico, vale la pena di definire ciò che i modelli individualistici non sono in grado di fare, e quindi adattare o elaborare ex novo, teorie che ci consentano di stabilire come intervenire relativamente a quelle questioni che gli approcci individualistici non sono in grado di affrontare. A livello molto generale, i modelli sociali, per riuscire ad esercitare un certo controllo sulla vita dell'individuo, dovrebbero riuscire a far luce sulle modalità di interazione tra la storia individuale del soggetto, le caratteristiche della rete sociale, del gruppo e della sottocultura alle quali egli appartiene e il modo in cui egli si muove nell'ambito di questa dialettica che si va gradualmente delineando.

Innumerevoli prove ci confermano che l'esperienza dell'epidemia di AIDS tra gli iniettori di droghe non è rientrata nei canoni previsti dai modelli individualistici (12). L'epidemiologia dell'infezione da HIV ha messo in evidenza problematiche di tipo sociale più che individuale.

La capacità degli iniettori di droghe di contenere i rischi non appare tanto dettata dalle loro caratteristiche personali, quanto dalle norme e dai comportamenti dei piccoli gruppi di tossicodipendenti e dalle loro relazioni con parenti e amici che non fanno uso di droghe. Pertanto, è più probabile che i tossicodipendenti facciano qualcosa per limitare i rischi di contagio da HIV per via sessuale o per scambio di siringhe se vedono che anche i loro compagni si comportano nello stesso modo, se intrattengono stretti rapporti anche con non tossicodipendenti e se negli ambienti sociali in cui vivono si affronta la questione dell'AIDS (12-16).

Lo scopo del presente lavoro, tuttavia, non è certo quello di criticare le limitazioni dei modelli individualistici, bensì di proporre delle idee su dei contesti teorici che ci consentano di formulare interventi sanitari a carattere sociale. Una tale concezione dei modelli di intervento sanitario ci permetterebbe di ampliare il nostro ambito di intervento, comprendendovi:

1. le regole e gli interessi in continua evoluzione di un determinato gruppo e subcultura;
2. la mobilitazione della collettività e l'adozione di misure collettive nell'intento di migliorare la sanità pubblica;
3. l'abbattimento delle barriere sociali allo scopo di limitare i rischi.

(La prospettiva teorica da noi proposta è quindi piuttosto diversa dalle teorie dell'ecologia sociale elaborate da alcuni autori (17,18), nel senso che essa si incentra sui processi sociali che possono sfociare in interventi più che sui diversi livelli della struttura sociale che possono influire sui comportamenti individuali).

Per iniziare, può essere utile chiedersi come configurare le norme, i valori e gli interessi dei gruppi di soggetti simili e di altri gruppi sociali ristretti che influiscono in maniera decisiva sul comportamento. Oltre ai suddetti studi che hanno evidenziato l'influenza dei gruppi ristretti sulla propensione dei tossicodipendenti a contenere i rischi di contagio da HIV, la ricerca ha dimostrato anche che le pressioni esercitate dai gruppi ristretti inducono ad intraprendere le seguenti pratiche:

1. assunzione endovenosa di droghe (19,20);
2. fumo e abuso di alcol tra gli adolescenti (21-24);
3. prevenzione delle cardiopatie (25,26).

Di conseguenza la prima domanda da porsi è: come possono le subculture di quartiere o di gruppo cambiare o farsi aiutare a cambiare dall'esterno, in modo da limitare i rischi per la loro salute? Si analizza inoltre in che modo gli attuali ambienti sociali (e con questo intendiamo sia le politiche che le strutture sociali) possano favorire l'adozione di comportamenti altamente rischiosi o frapporre ostacoli alla riduzione dei rischi, e si prendono in considerazione teorie che ci aiutino ad esaminare e ad attuare alcuni dei possibili modi per cambiare queste politiche o queste strutture.

Si tratta dunque di un lavoro di ampio respiro, inteso a proporre prospettive teoriche che possano dare una nuova impronta agli interventi sanitari adottati in varie parti del mondo e in relazione a svariate minacce per la salute dell'uomo. Inoltre dobbiamo avere le idee chiare su quelli che riteniamo essere i nostri valori: noi ci impegniamo per limitare il contagio da HIV tra gli omosessuali e i bisessuali di ambo i sessi, i tossicodipendenti che si iniettano la droga, gli eterosessuali e tutti gli altri. Le idee che proponiamo in questo lavoro hanno lo scopo di aiutare i professionisti, le persone attive sul territorio e sul posto di lavoro e chiunque altro a contenere la diffusione del virus e a coadiuvare altri che si stiano impegnando per ridurre o eliminare altre fonti di rischio per la salute e il benessere dell'uomo. Dati i limiti della nostra ricerca e della nostra esperienza pratica, molti degli esempi e delle argomentazioni che citeremo si riferiscono al problema dell'AIDS tra gli iniettori di droghe, e rispecchiano la realtà degli Stati Uniti, più che di qualsiasi altro paese. A prescindere da ciò, riteniamo che la necessità di interventi sociali a sfondo sanitario e di teorie alle quali improntare tali interventi sia sentita a livello mondiale.

TEORIE DEL CAMBIAMENTO DELLE SUBCULTURE

Esistono quattro principali teorie su come modificare le subculture: i modelli di diffusione, gli approcci incentrati sui leader, la teoria dei movimenti sociali e i modelli di cambiamento dell'ambiente sociale. Quantomeno i primi tre sono disposti in scala in re-

lazione al livello di cambiamento di una subcultura per il quale sono adeguati e necessari. Questi stessi inoltre sono già stati utilizzati come base di riferimento per alcuni interventi sull'AIDS. Dal momento che la teoria della diffusione verrà presa in esame con maggiore dovizia di particolari in un altro capitolo di questo stesso volume, ci limiteremo a farne un breve accenno.

Teoria della diffusione:

La teoria della diffusione culturale rappresenta un cardine dei modelli antropologici e sociologici di cambiamento culturale (27-29). Essa prende in considerazione le caratteristiche di una cultura e di un'innovazione, in base alle quali è più o meno probabile che una determinata innovazione venga assunta in seno a una cultura. Inoltre analizza la probabilità che l'innovazione venga adottata secondo modalità notevolmente diverse da quelle che ne caratterizzavano l'impiego nella cultura originale.

Dal punto di vista degli interventi attivi di pubblica sanità in una determinata subcultura, la teoria della diffusione individua una serie di punti salienti. Innanzitutto è indispensabile conoscere abbastanza a fondo la subcultura in questione per poter prevedere quali innovazioni essa sarà in grado di accettare. Secondariamente, può essere necessario congetturare un'innovazione che sia accettabile. Terzo, bisogna individuare gli strumenti per verificare le reazioni alle innovazioni apportate e per stabilire in che modo la subcultura le usi e come ne venga modificata. Quarto, in base ai risultati di quest'azione di verifica, può essere necessario modificare l'innovazione o i modi in cui la si presenta.

Queste tematiche sono ben esemplificate da quello che è diventato famoso come il modello di San Francisco di avvicinamento dei tossicodipendenti da parte degli operatori di strada mirato alla prevenzione del contagio da HIV. Tale approccio è stato descritto da alcuni autori (30), mentre altri (31-33) hanno condotto uno studio etnografico dei processi per stabilire come funzionasse il modello in pratica. Sulla base di una precedente ricerca sulle subculture, si è individuata un'azione promozionale a favore dell'uso della candeggina per disinfettare le siringhe come innovazione volta a contenere la diffusione dell'HIV (34). La candeggina, secondo questi Autori, rispondeva a una serie di requisiti:

1. Era efficace, in quanto numerosi studi di laboratorio ne avevano dimostrato la capacità di uccidere rapidamente il virus libero dell'HIV (35,36). A quell'epoca non si disponeva di informazioni circa la sua efficacia nel disattivare l'HIV latente, ossia allo stato in cui esso è presente nella forma provirale all'interno dei leucociti infetti (37).
2. Se iniettata accidentalmente, la candeggina non avrebbe arrecato gravi danni (38,39).
3. Avrebbe richiesto modifiche minime dei rituali di iniezione della droga; in particola-

re, non avrebbe dilazionato troppo l'intervallo di tempo che intercorre tra l'acquisizione e il consumo della droga.

4. La candeggina é disponibile dovunque e a basso prezzo.

Si é organizzato dunque un servizio di consulenza sul territorio per propagandare quest'innovazione. Inizialmente il personale forniva solo istruzioni verbali, nella convinzione che queste sarebbero bastate a promuovere l'uso su vasta scala della candeggina. Ben presto però ci si é resi conto che per far accettare e divulgare quest'innovazione sarebbe stato assolutamente necessario far distribuire la candeggina dagli stessi operatori di strada (30).

Alcuni segnali fanno ritenere che questo progetto abbia contribuito a rallentare la velocità di diffusione dell'HIV tra gli iniettori di droghe di San Francisco. La candeggina é diventata molto popolare tra i tossicodipendenti di questa città. Inoltre, sebbene i dati disponibili siano assolutamente insufficienti a dimostrare l'esistenza di un rapporto di causa-effetto, é significativo il fatto che, mentre la sieroprevalenza era in aumento prima dell'introduzione di questa innovazione, essa si é poi attestata su un valore del 12% circa (40).

Modelli incentrati sui leader:

I modelli incentrati sui leader si pongono in un certo senso a metà strada la teoria della diffusione e la teoria del movimento sociale. L'intento primario di questi modelli consiste nel far sì che i leader riconosciuti di un gruppo promuovano un'innovazione, per cui in questo approccio si associano elementi della teoria della diffusione ed elementi della teoria dell'organizzazione della collettività. (Noi abbiamo ritenuto che la definizione "modello incentrato sui leaders descrivesse in maniera appropriata questo processo). Nell'ambito di questo modello si cerca quindi di ingaggiare persone influenti affinché promuovano comportamenti salutistici.

Tale impostazione comporta una serie di aspetti problematici. Innanzitutto la questione di quali comportamenti si debbano caldeggiare. Anche in questo caso entrano in scena le stesse considerazioni di accettabilità espresse in relazione al modello di diffusione, con l'unica differenza che qui l'interesse risulta spostato sulla reazione dei leader locali alle innovazioni. I modelli incentrati sui leader attribuiscono un'importanza decisiva al parere di leader informali, e giudicano fondamentale riuscire a convincere i leader locali a dedicare il loro tempo ed, eventualmente, a correre qualche rischio in nome dell'innovazione. I problemi che un leader deve affrontare nel propagandare un'innovazione - quali quelli ad esempio di competenza - possono contribuire a mettere a fuoco la visione e i tentativi di risoluzione dei problemi da parte di teorici ed operatori del settore sanitario.

Un secondo problema riguarda l'individuazione dei leader locali. Affinché un inter-

vento sanitario abbia successo, in genere non basta coinvolgere solo (o in maniera preponderante) i leader formalmente riconosciuti di una comunità (41). Anzi, in qualche caso, è necessario aggirarli, se non addirittura contrapporvisi apertamente, dal momento che molti leader formali sono troppo distanti e staccati dalla vita quotidiana di chi vive effettivamente nella comunità (42). Al contrario, può essere più utile accaparrarsi i consensi di persone influenti a livello di quartiere, o che frequentino un determinato cerchio di amici o parenti, o ancora un particolare giro di tossicodipendenti. Per riuscire a individuare i soggetti giusti, è utile comprendere perfettamente i rapporti sociali esistenti a livello locale. Se si vuole acquisire una conoscenza tanto profonda, vale la pena di trascorrere un certo periodo di tempo a osservare e a convivere con il gruppo bersaglio. Nel corso di questo lasso di tempo, si dovrà prestare attenzione alle diverse modalità di interazione e di influenza reciproca dalle quali potrebbe dipendere la scelta dell'approccio più efficace per conquistarsi la fiducia di uomini e donne.

Un terzo problema è costituito dalla scelta e dal reclutamento dei leader locali che dovranno partecipare al progetto. Tecniche etnografiche, di campionamento a catena e sociometriche possono fornire interessanti informazioni circa i modelli di interazione e le persone che, con maggiore probabilità, riusciranno a persuadere gli altri ad accettare l'innovazione.

Un quarto problema è quello dei rapporti tra i leader locali e gli altri partecipanti al progetto di intervento. I leader locali devono essere istruiti in merito alle questioni di fondo, per metterli in condizione di rispondere alle domande ed, eventualmente, di difendersi da eventuali critiche per la loro scelta di appoggiare il progetto. Spesso si richiede alle persone più autorevoli a livello locale di mettere in gioco il proprio prestigio e la propria influenza per far accettare il progetto. Queste saranno più motivate a farlo nella misura in cui:

- a. si rendono conto dell'importanza del problema sanitario e dell'efficacia dell'intervento;
- b. intravedono la possibilità di rafforzare la propria posizione ponendosi come i paladini di cambiamenti "necessari".

Inoltre, visto che in genere le persone influenti a livello locale sono intelligenti e conoscono bene la propria comunità e subcultura, non di rado da loro potranno venire proposte di miglioramento del modello di intervento. I responsabili del progetto devono essere pronti a cogliere i vari modi in cui questo processo si può attuare in pratica e saranno agevolati in questo loro compito nella misura in cui potranno condurre ampie ricerche etnografiche sul territorio. In molti casi i leader locali forniscono interessanti suggerimenti su come perfezionare anche il modello, e le migliorie da loro proposte possono essere trasferite ad altri leader locali o addirittura ad altri progetti.

In altri casi, invece, le esigenze specifiche del leader locale potrebbero indebolire o

distorcere i cambiamenti comportamentali auspicati, attenuandone o sopprimendone l'efficacia. In situazioni del genere una profonda conoscenza della comunità permetterà ai responsabili del progetto e ai leader locali di stabilire se vi sia effettivamente il modo di far arrivare a destinazione un messaggio di contenuto sanitario. Infine, se la maggior parte dei leader locali si rivela incapace o poco disposta ad operare nel senso di un'effettiva riduzione dei rischi, può essere necessario ricorrere a tecniche di organizzazione della comunità o ad altre metodiche qui di seguito descritte.

Teoria del movimento sociale:

Le culture cambiano anche per effetto di movimenti sociali da parte dei loro appartenenti (43-53). Solidarnosc in Polonia (1980-81), i movimenti per i diritti civili negli Stati Uniti e i movimenti per la liberazione della donna e degli omosessuali succedutisi in molti paesi rappresentano alcuni esempi di movimenti a sfondo sociale. In genere tali movimenti sorgono su iniziativa della popolazione e dei leader locali, ma in qualche occasione possono essere incoraggiati o sostenuti da forze esterne. In alcune località, per esempio, i tentativi di organizzazione di una comunità rientrano spesso in attività di movimento sociale. I movimenti sociali si distinguono dai modelli di diffusione e da quelli incentrati sui leader nel senso che comportano una sfida aperta all'influenza di alcuni leader locali non costituiti formalmente (ma anche, non di rado, ad autorità o politiche pubbliche). Se alcuni leader locali costituiscono la forza trainante di un movimento sociale (52), altri vi si oppongono fermamente. Pertanto, per quel che riguarda gli interventi di sanità pubblica, l'approccio del movimento sociale diventa indispensabile soprattutto in situazioni caratterizzate dalla presenza di entrambe o di una sola delle seguenti condizioni:

1. Per attuare i cambiamenti necessari al fine di prevenire la malattia, è indispensabile un forte coinvolgimento popolare.
2. E' probabile che ci si scontri con una dura opposizione, da parte di piccoli gruppi (ad esempio partner sessuali che rifiutano il profilattico), leader informali locali (ad esempio quei rari commercianti di aghi o gestori di "shooting gallery" che si oppongono all'uso della candeggina o agli scambiatori automatici di siringhe) o alte sfere politiche o economiche (che, ad esempio, possono essere contrarie a mettere a disposizione dei malati di AIDS droghe sperimentali o ad adottare misure sanitarie e di sicurezza sul posto di lavoro).

Molte sono le questioni rilevanti ai fini degli interventi di sanità pubblica. Prima fra tutte cercare di capire se qualcuno dall'interno del gruppo bersaglio abbia già cominciato a prendere posizione in merito ai problemi in questione e, in caso affermativo, se la forma di mobilitazione intrapresa sia destinata ad evolvere in senso favorevole o contrario

agli obiettivi della sanità pubblica. Tanto per fare qualche esempio, nei primi anni '80 a New York gli omosessuali maschi cominciavano a mobilitarsi per combattere l'AIDS e i tossicodipendenti di Rotterdam e di altre città olandesi istituivano i loro "junkiebonden" (federazioni dei tossicodipendenti) per portare avanti le questioni di loro interesse, comprese quelle di natura sanitaria.

Secondo, se non è in atto alcuna forma di mobilitazione, è d'obbligo chiedersi perché. La risposta può essere semplicemente che non esiste un'informazione adeguata, nel qual caso sarà abbastanza agevole mobilitare le persone. Di norma, però, la realtà è che sussiste un qualche ostacolo alla mobilitazione. I fattori che ostacolano e quelli che agevolano la mobilitazione rappresentano una delle questioni di primario interesse della teoria dei movimenti sociali (43-53). Tra questi rientrano:

1. l'entità delle risorse che la popolazione bersaglio può destinare alla mobilitazione, con particolare riferimento all'efficienza dei servizi sociali già presenti sul territorio e al tipo di organizzazione in atto, ma anche a questioni materiali, come la disponibilità di fondi e di luoghi di incontro;
2. in che misura l'intervento della polizia o la stigmatizzazione (se non addirittura la vittimizzazione) da parte della società civile impediscono qualsiasi forma di organizzazione reprimendo la popolazione bersaglio;
3. fino a che punto le persone più influenti fino a quel momento si oppongono o sostengono le iniziative di mobilitazione.

Terzo, se è possibile collaborare con un movimento sociale pre-esistente nella popolazione, allora diventano predominanti questioni analoghe a quelle che influiscono sulla collaborazione con le autorità locali in un modello incentrato sui leader. Tra queste ricordiamo l'opera di informazione dei leader in merito alle problematiche sanitarie e biologiche che dovranno affrontare e lo sforzo di individuare, in collaborazione con loro, il modo per far sì che le loro specifiche esigenze politiche e di prestigio coincidano con un efficace cambiamento di norme e interessi, nel senso di sensibilizzare la popolazione ad assumere comportamenti più sani. Per far questo, può essere necessario collaborare con persone più esperte delle personalità carismatiche locali (e che, probabilmente, si fideranno ancor meno dell'autorità, compresa quella di servizi di pubblica sanità e di scienziati).

Quarto, qualora sia necessario organizzare il gruppo, si tratterà di individuare i potenziali leader dello stesso (alcuni dei quali coincideranno con le persone che esercitano un'influenza a livello locale) e istruirli non solo per quel che riguarda le questioni di natura sanitaria, ma anche quelle di carattere politico-organizzativo, necessarie a mobilitare e a dirigere la popolazione bersaglio. Ciò comporta, tra l'altro, la necessità di aiutarli nel discernere i personaggi influenti da reclutare per la causa da quelli che invece è meglio evitare o combattere.

In specifico, le tecniche di intervento pubblico nel settore della sanità attraverso l'or-

ganizzazione di movimenti sociali comprendono la pubblicazione di bollettini e di opuscoli informativi, in cui si diano suggerimenti strategici e tattici su come ridurre i rischi, ma anche di materiale di qualsiasi altro genere, ritenuto necessario al fine di attirare l'attenzione dei lettori e di accaparrarsi altri sostenitori del movimento. Inoltre, una volta che i gruppi si sono formati, anche se inizialmente sono sorti per iniziativa dei servizi sanitari, questi acquisiscono una certa autonomia e possono aver bisogno di intraprendere delle azioni che alcuni servizi sanitari pubblici non potrebbero avallare né sostenere. Ad esempio i progetti per la lotta all'AIDS, nati per volontà di gruppi indipendenti, prevedevano un servizio "clandestino" di scambio di siringhe e di distribuzione di farmaci sperimentali anti-AIDS non legalizzati. Analogamente, alcuni "junkiebonden" olandesi nei primi anni '80 avevano congegnato meccanismi del tutto particolari per la distribuzione di metadone senza prescrizione medica, in un momento in cui, a loro avviso, i servizi sanitari pubblici somministravano dosi troppo modeste per saziare la fame di eroina.

Cambiare l'ambiente sociale

I comportamenti a rischio e i gruppi di persone accomunate dalle stesse caratteristiche si collocano in contesti sociali molto ampi. Chi vive in una comunità in cui dominano disperazione e violenza probabilmente darà la priorità ad altri problemi che non alla lotta alle cardiopatie, ai tumori o all'AIDS. Inoltre l'appartenenza ad alcuni ceti sociali impone l'assunzione di comportamenti a rischio per la salute. Basti pensare a chi, per sfuggire all'alternativa della miseria, è costretto a lavori che lo mettono a contatto con sostanze cancerogene, a chi deve prendere anfetamine per riuscire a stare sveglio mentre è alla guida di un camion o è di guardia notturna in ospedale, a chi ricorre alla marijuana, al tabacco o all'alcol per sopportare un lavoro noioso e a chi è costretto ad avere rapporti sessuali non protetti per timore di essere abbandonato dal partner o di scatenare comportamenti violenti. Pare inoltre che alcuni dei modelli di relazione sociale più diffusi nella società diano origine, attraverso svariati meccanismi, a tutta una serie di effetti deleteri per la salute. A titolo di esempio, è stato ampiamente documentato che la stratificazione razziale comporta innumerevoli conseguenze nefaste per la salute (54,55).

Nei casi in cui l'ambiente sociale spinga il soggetto ad assumere comportamenti a rischio, è compito della sanità pubblica impegnarsi nel tentativo di modificare questi ambienti. Tale impegno dev'essere rivolto, tra l'altro, a modificare le politiche pubbliche o le più diffuse strutture sociali che ostacolano o impediscono qualsiasi cambiamento, o che facilitano, per via diretta, la diffusione di microorganismi infettivi. Modificare le politiche o le strutture sociali significa agire su concezioni intimamente legate a questioni di valore e di interesse politico. Ne consegue che la ricerca su queste tematiche è di per sé fonte di controversie. E' spesso difficile reperire i fondi necessari all'esecuzione della ri-

cerca. Ad esempio, per quel che riguarda la ricerca a livello di politiche, il Governo Federale si è rifiutato per anni di finanziare ricerche destinate a stabilire l'efficacia della sostituzione delle siringhe; analogamente, anche alla ricerca sul comportamento sessuale degli Americani sono stati negati i necessari finanziamenti per motivi politici. Data poi la naturale avversione degli Americani a riconoscere che la loro nazione è suddivisa in classi, le statistiche ufficiali presentano i dati sulla sanità e sulla malattia ripartiti per razza e sesso, e talvolta per reddito, ma quasi mai per classe sociale (56,57). Inoltre la sociologia della conoscenza scientifica ci insegna che è praticamente impossibile che, in relazione a determinati argomenti, gli studiosi concordino sui criteri di valutazione o sui modelli idonei ad interpretarli (58-60). Pertanto in questa parte della relazione, forniremo qualche esempio di questione politica o strutturale pertinente all'epidemia di HIV, poi prenderemo in considerazione tre diversi modi per cercare di cambiare qualcosa da questo punto di vista e infine definiremo le tematiche di ricerca da approfondire (pur nella perfetta consapevolezza che non si potranno mai strutturare studi definitivi tali da permettere di raggiungere un unanime consenso scientifico su molte di queste questioni).

PROBLEMATICHE

Questioni di politica sociale

L'epidemia di HIV ha portato alla ribalta numerose questioni, alcune delle quali molto controverse, relativamente alle politiche. Tra queste la distribuzione dei profilattici nelle scuole, il contenuto del materiale informativo sull'AIDS distribuiti nelle scuole, i programmi di sostituzione delle siringhe e/o l'emendamento delle attuali leggi che perseguono i tossicodipendenti trovati in possesso di siringhe. Le polemiche scatenate da questi programmi variano in funzione sia del tempo che del luogo geografico. Negli Stati Uniti, ad esempio, la sostituzione di siringhe è ancora proibita in numerose regioni; malvista ma quantomeno tollerata in altre, sancita per legge (e non particolarmente osteggiata) in altre ancora. In Australia e nei Paesi Bassi, invece, i programmi di sostituzione delle siringhe sono stati attuati praticamente dovunque senza quasi incontrare opposizione, anzi molti operatori sanitari di questi paesi hanno espresso il loro stupore per la violenta opposizione che i progetti di scambio di siringhe incontrano in altre nazioni (61).

Questioni di struttura sociale

Le questioni relative alla struttura sociale sono altrettanto importanti nel contesto dell'epidemia di HIV. La stratificazione razziale incide sulla propensione a iniettarsi droghe, così come sul numero di iniettori, di eterosessuali non tossicodipendenti e di

omosessuali maschi non tossicodipendenti che diventano sieropositivi e contraggono l'AIDS (12,62-64).

Anche la classificazione sociale per sessi crea difficoltà ai fini della prevenzione dell'AIDS. La stratificazione sociale esistente in economia, in politica e nella vita quotidiana fa sì che le donne siano meno in grado di proteggersi, pretendendo che il compagno usi il profilattico (65-69). La stigmatizzazione e la repressione dell'omosessualità (che a loro volta possono essere frutto della stratificazione sessuale tra uomini e donne (70)) hanno ostacolato la raccolta di fondi per i programmi sull'AIDS e, ancor più, l'attuazione di un efficace programma di prevenzione rivolto agli omosessuali maschi segregati dalla società.

Tanto per citare un altro esempio, quantomeno negli Stati Uniti, non è consuetudine parlare di argomenti relativi alla sfera sessuale. I coniugi, e i partner in genere, fanno molta fatica a parlare apertamente di sesso, il che complica notevolmente le cose quando si tratta di affrontare la questione del profilattico o di altre misure di sesso sicuro. Non ultimo, il fatto che si discuta così poco di questioni sessuali probabilmente crea un terreno fertile all'acquisizione di una visione moralistica dell'HIV, che ovviamente intralcia l'attuazione dei necessari programmi di riduzione del rischio. Non si conoscono i motivi di questa recalcitranza a parlare di sesso. Può darsi che siano radicati in sistemi di valori, ma a questo proposito va notato che si tratta di un atteggiamento diffuso tra persone appartenenti a diversi gruppi etnici e razziali così come tra persone immigrate da poco e altre la cui famiglia si è trasferita negli Stati Uniti da generazioni. Un'altra possibilità è che abbiano origine in modelli acquisiti di stratificazione sessuale o di alienazione, per cui l'alienazione dalla sessualità umana sarebbe solo una delle tante forme di alienazione dalla realtà sociale.

MODALITÀ DI INTERVENTO

In genere la domanda che ci si pone è: quali modalità di intervento risulteranno più efficaci nel modificare una struttura politica o sociale? Prenderemo in esame tre tra le principali forme di intervento. La prima consiste nel condurre delle ricerche per stabilire i vantaggi e gli svantaggi delle diverse politiche e delle diverse strutture, valutando, in genere, le conseguenze dirette di una determinata azione (ad esempio, per quel che riguarda la sostituzione delle siringhe: farà aumentare o diminuire il numero di persone che si iniettano droghe? I comportamenti a rischio? Il numero di sieroconversioni?). Una ricerca di questo genere, tuttavia, può anche prendere in considerazione le conseguenze di una determinata azione per i vari gruppi di persone (ad esempio sulle fortune degli uomini politici che hanno favorito o avversato il cambiamento, oppure sulle strategie per conser-

vare o per scardinare la stabilità sociale di un paese).

Un secondo approccio è rappresentato dall'attività politica per gruppi di interesse, che si basa su teorie politiche pluralistiche. Molti gruppi hanno fatto pressione presso i rappresentanti del potere legislativo o esecutivo a livello centrale o regionale in merito alla questione della prevenzione dell'AIDS e ad altre tematiche relative all'HIV. In alcuni casi questi interessamenti hanno prodotto un cambiamento, o quantomeno hanno scongiurato esiti negativi. Per esempio, quando il Congresso degli Stati Uniti ha approvato la legge che sospendeva i finanziamenti ai programmi per la distribuzione di candeggina ai tossicodipendenti, alcune organizzazioni operanti nel settore e alcune persone attivamente interessate al problema sono riuscite a far abrogare questa risoluzione (71). Anche in questo caso, però, l'efficacia di tale strategia varia a seconda del potere della controparte e/o degli altri eventuali significati o implicazioni della politica in questione al di là di quelli apparenti.

Un terzo approccio consiste nel passare direttamente all'azione, ad esempio istituendo punti clandestini di sostituzione di siringhe e quindi battendosi per farne legittimare l'esistenza di fatto, intraprendendo azioni di disobbedienza civile, come ad esempio distribuire siringhe ai tossicodipendenti in modo da indurre l'autorità pubblica ad arrestarli e ad avviare processi destinati a suscitare scalpore, oppure distribuendo gratuitamente profilattici all'ingresso delle scuole. In Australia, l'attività non autorizzata di sostituzione delle siringhe ha dato il via a un processo di riforma delle politiche, e le iniziative clandestine di scambio delle siringhe a San Francisco e nelle regioni limitrofe della California hanno creato un'atmosfera di solidarietà politica, per cui l'autorità pubblica si è astenuta dall'arrestare il personale addetto alla sostituzione delle siringhe. Si è ricorsi infine ad azioni dirette per attaccare strutture di stratificazione razziale e sessuale attraverso occupazioni, dimostrazioni di massa, scioperi e altre iniziative.

TEORIA ED ESIGENZE DELLA RICERCA SUL CAMBIAMENTO SOCIALE

Nell'elaborare una concezione, suffragata dalla teoria, su come modificare le politiche e le strutture sociali, è doveroso tener presente determinate questioni di fondamentale importanza. Innanzitutto le politiche sociali esistono per motivi storici (per quanto possa accadere che una determinata politica rappresenti solo un ricordo del passato, nel senso che le motivazioni che l'hanno determinata non hanno più ragione d'essere e non sono ancora state sostituite da altre). Comprendere queste motivazioni è utile, sia perché ci può far capire che un determinato cambiamento di politica comporterebbe la necessità di affrontare altri problemi connessi al primo, sia perché serve a far luce sui motivi che pos-

sono far sorgere un'opposizione.

La battaglia sulla questione della sostituzione delle siringhe costituisce un esempio eclattante delle diverse motivazioni che possono indurre i vari sostenitori di un'idea ad assumere la stessa posizione di fronte a questa. Il fronte di opposizione al progetto dello scambio di siringhe comprendeva non solo i massimi rappresentanti del potere esecutivo e legislativo a livello federale, ma anche il clero e i politici afro-americani. Il concetto alla base delle dichiarazioni delle autorità statali era che esse consideravano prioritario il progetto di "Guerra alla Droga" e che, a loro avviso, l'iniziativa della sostituzione delle siringhe avrebbe diluito la forza di questa campagna promozionale "lanciando il messaggio sbagliato". I capi della comunità afro-americana di New York, al contrario, temevano che si finisse col limitarsi a finanziare il progetto di sostituzione delle siringhe, trascurando i programmi di prevenzione e di trattamento della tossicodipendenza. In altri termini, consideravano questo progetto alla stregua di una manovra strategica, che avrebbe permesso ai funzionari di Stato bianchi di non affrontare le reali esigenze dei quartieri di loro competenza. Gli abitanti dei quartieri in cui imperversano il traffico e il consumo di droga, invece, parevano (almeno da quanto risulta da prove aneddotiche e dalle testimonianze dei gestori del servizio di scambio delle siringhe) avere pareri discorsi in merito alla validità dell'iniziativa (72). In molti quartieri la popolazione ha sostenuto l'iniziativa dello scambio clandestino di siringhe, ritenendolo uno strumento efficace per limitare la diffusione del virus tra i loro parenti e vicini tossicodipendenti. Altri, invece, erano contrari, trovando i tossicodipendenti tanto repellenti, da non preoccuparsi minimamente se questi fossero morti di AIDS. Altri infine, pur rendendosi conto dell'importanza di ridurre il numero di decessi per AIDS, erano convinti, in base ad esperienze personali con tossicodipendenti, che gli interventi basati sul principio della riduzione del rischio non avrebbero funzionato. E' evidente che c'è bisogno di ulteriori ricerche per stabilire per quali motivi le persone e i leader assumano una posizione piuttosto che un'altra e come si possano modificare le prese di posizione che intralciano l'attuazione dei necessari interventi sanitari.

CONCLUSIONI

Il comportamento sanitario è un fenomeno a sfondo sociale, prodotto da una serie di fattori. Alcuni di questi sono insiti nell'individuo, altri nella collettività o nella subcultura, altri ancora, invece, sono caratteristici degli ordinamenti sociali nazionali o mondiali. Da un altro punto di vista, ovviamente, tali distinzioni creano confusione, dal momento che la dialettica tra questi diversi livelli presuppone una loro interazione reciproca. Di conseguenza, gli "abitanti" di New York nei primi anni '90 sono configurati e descritti, e

a loro volta, contribuiscono a configurare e a descrivere i gruppi ristretti, le subculture, le comunità e le società in cui essi vivono.

Le teorie del comportamento sanitario devono dunque essere altrettanto a largo raggio e capaci di abbracciare tutti questi livelli di analisi nelle loro interazioni storiche e contemporanee. Pur non essendo affatto necessario che le azioni prendano le mosse da principi teorici costituiti, è pur vero che, grazie a opportune teorie, è molto più semplice non solo comprendere il mondo, ma anche cambiarlo.

Secondo questi parametri, tutti i modelli di comportamento sanitario, compresi quelli presi in esame in questa sede, non sono altro che un inizio. Infatti siamo ben lontani dal sapere come associare le diverse modalità e i vari livelli di analisi. In pratica, però, questo dilemma può rivelarsi meno penalizzante di quanto non ci si aspetti. Nella formulazione di un intervento, i modelli qui esposti possono felicemente coesistere tra loro e con altri modelli individuali, a vantaggio di tutti. I progetti intesi a istruire e a potenziare le capacità del singolo possono costituire una risorsa sfruttabile nell'ambito di progetti incentrati sulla diffusione o sulla mobilitazione, mentre quelli destinati a produrre un cambiamento della subcultura spesso si avvalgono di tecniche di intervento individuale.

Ciononostante è fondamentale operare una distinzione tra teorie individualistiche e teorie più sociologiche del comportamento sanitario. In parte ciò è una conseguenza del fatto che la società americana è ideologicamente dominata da un gretto individualismo. I presupposti per la concessione dei finanziamenti sono essenzialmente di natura individualistica, e i preconcetti metodologici e la spiccata propensione per il disegno sperimentale classico con assegnazione randomizzata dei soggetti che contraddistinguono gli enti erogatori rendono ancora più difficile il reperimento dei fondi necessari all'esecuzione di interventi orientati verso la comunità o la subcultura. Il problema è poi ulteriormente aggravato dal limitato sviluppo conosciuto fino a questo momento delle teorie super-individuali dei comportamenti sanitari.

Infine, siamo dell'avviso che una visione dei comportamenti sanitari come un qualcosa di innato e, in una certa misura, facente parte dei gruppi ristretti e delle subculture possa offrire interessanti spunti. Analizzando in che modo avvengono le trasformazioni di una subcultura, nelle sue interazioni con le altre forze a tutti i livelli di analisi, possiamo cominciare a delineare una teoria sociologica dei comportamenti sanitari. In questa sede si sono evidenziati quattro diversi processi di trasformazione di una subcultura: diffusione, collaborazione con i leader esistenti, mobilitazione, e cambiamento in un contesto sociale più ampio. Tale descrizione è indubbiamente incompleta, ma ci consente ciononostante di ampliare i nostri orizzonti fino a comprendervi i fattori sociali e individuali che producono un cambiamento comportamentale.

Traduzione ed adattamento del testo a cura di Davide Austin

Bibliografia

1. Becker MH, Joseph JK. AIDS and behavioral change to reduce risk: a review. *American Journal of Public Health*, 78:394-410; 1988.
2. Emmons CA, Joseph JG, Kessler RC, Wortman CB, Montgomery SB, Ostrow DG. Psychosocial predictors of reported behavior change in homosexual men at risk for aids. *Health Education Quarterly*, 13:331-345; 1986.
3. Montgomery SB, Joseph JG, Becker MH, Ostrow DG, Kessler RC, Kirscht JP. The health belief model in understanding compliance with preventive recommendations for AIDS: how useful? *AIDS Education and Prevention*, 1:303-323; 1989.
4. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood, NJ: Prentice-Hall; 1977.
5. Botvin GJ, Baker E, Botvin EM, Filazzola BS, Millman R. Prevention of alcohol misuse through development of personal and social competence. *Journal of Studies on Alcohol*, 45:550-552; 1984.
6. Evans RJ. Smoking in children: developing a social psychological theory of deterrence. *Preventive Medicine*, 5:122-127; 1976.
7. Fishbein M. A theory of reasoned action. Some applications and implications. In Howe HE, Page MM (Eds): *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln NE: University of Nebraska Press, 65-116; 1979.
8. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.
9. Fishbein M, Middlestadt SE. Using the theory of reasoned action as framework for understanding and changing AIDS-related behaviors. In Mays VM, Albee GW, Schneider SF (Eds): *Primary prevention of AIDS: psychological approaches*. Newbury Park, CA: Sage, 93-110; 1989.
10. Des Jarlais DC, Friedman SR. AIDS prevention programs for intravenous drug users. In Wormser GP (Eds): *AIDS and other manifestations of HIV infection*. Second Edition, New York: Raven Press, Ltd, 645-658; 1992.
11. Friedman SR, Des Jarlais DC, Ward TP, Jose B, Neaigus A, Goldstein M. Drug injectors and heterosexual AIDS. In Sherr L (Eds): *Heterosexual AIDS*. Harwood Academic Publishers; (in press).
12. Friedman SR. AIDS as a sociohistorical phenomenon. In Albrecht GI, Zimmerman RS (Eds): *Advances in medical sociology. vol III: the social and behavioral aspects of AIDS*. Greenwich, CT: JAI Press, 19-36; 1993.
13. Abdul-Quader AS, Tross S, Friedman SR, Kouzi AC, Des Jarlais DC. Street-recruited intravenous drug users and sexual risk reduction in New York City. *AIDS*, 4: 1075-1079; 1990.
14. Abdul-Quader AS, Des Jarlais DC, Tross S, McCoy E, Morales G, Velez I. Outreach to injecting drug users and female sexual partners of drug users on the Lower East Side of New York City. *British Journal of Addiction*, 87:681-688; 1992.
15. Des Jarlais DC, Choopanya K, Friedmann P, Vanichseni S, Wenston J, Plangsringarm K. Determinants of AIDS risk reduction among injecting drug users in New York City, USA and Bangkok, Thailand. VIII International Conference on AIDS, Amsterdam, the Netherlands (Abstract PoD 5490); 1992.
16. Neaigus A, Friedman SR, Sufian M, Stepherson B, Goldsmith DS, Mota P. Effects of peer culture race, and gender on IV drug use risk reduction. 118th Annual Meeting of the American Public Health Association, New York City; October 1990.
17. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15:351-377; 1988.
18. McBride C, Curry SJ, Anderman C, Cheadle A, Wagner E, Pearson D. Testing a social ecology model to explain adolescent risk-taking behavior. 120th Annual Meeting of the American

- Public Health Association, Washington, DC (session 2002); 1992.
19. Casriel C, Des Jarlais DC, Rodriguez R, Friedman SR, Stepherson B, Khuri E. Working with heroin sniffers: clinical issues in preventing drug injection. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7:1-10; 1990.
 20. Des Jarlais DC, Casriel C, Friedman SR, Rosenblum A. AIDS and the transition to illicit drug injection: results of a randomized trial prevention program. *British Journal of Addiction*, 87:493-498; 1992.
 21. Kandel DB, Logan J. Patterns of drug use from adolescence to young adulthood. *American Journal of Public Health*, 74:660-666; 1984.
 22. Moncher MS, Holden GW, Schinke SP. Psychosocial correlates of adolescent substance use: a review of current etiological constructs. *International Journal of the Addictions*, 26:337-414; 1991.
 23. White HR. Early problem behavior and later drug problems. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 29:412-429; 1992.
 24. White HR, Labouvie EW. Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 50:30-37, 1989.
 25. McAlister A, Puska P, Salonen JT, Tuomilehto J, Koskela K. Theory and action for health promotion: illustrations from the North Karelia Project. *American Journal of Public Health*, 72:43-50; 1982.
 26. Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J, Salonen JY, Koskela K, McAlister A, Kottke TE, Macoby N, Farquhar JW. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from ten years of the North Karelia project. *Annual Review of Public Health*, 6:147-193; 1985.
 27. Ogburn WF. *Social change*. New York: Huebsch; 1922.
 28. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. III edition. New York: The Free Press; 1982.
 29. Rogers EM, Shoemaker FF. *Communication of innovation: a cross-cultural approach*. II edition. New York: The Free Press; 1971.
 30. Newmeyer JA, Feldman HW, Biernacki P, Watters JK. Preventing AIDS contagion among intravenous drug users. *Medical Anthropology*, 10:167-175; 1989.
 31. Broadhead RS. Social constructions of bleach in combating AIDS among injection drug users. *Journal of Drug Issues*, 21:711-734; 1991.
 32. Broadhead RS, Fox KJ. Takin' it to the streets: AIDS outreach as ethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*, 19:322-348; 1990.
 33. Broadhead RS, Fox KJ, Espada F. AIDS outreach workers. *Society*, 27:66-70; 1990.
 34. Newmeyer JA. Why bleach? Development of a strategy to combat HIV contagion among San Francisco intravenous drug users. In Battjes RJ, Pickens RW (Eds): *Needle sharing among intravenous drug users: national and international perspectives*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, NIDA Research Monograph, 80:151-159; 1988.
 35. Martin LS, McDougal JS, Loskoski SL. Disinfection and inactivation of the human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus. *Journal of Infectious Diseases*, 152:400-403; 1985.
 36. Resnick L, Veren K, Salahuddin SZ, Tondreau S, Markham PD. Stability and inactivation of HTLV-III/LAV under clinical and laboratory environments. *Journal of the American Medical Association*, 255:1887-1891; 1986.
 37. Flynn N, Jain S, Keddie E, Carlson J, Jennings M, Haverkos H. Bleach is not enough: giving IV drug users a choice of disinfectants when they share needles and syringes. 6th International Conference on AIDS, San Francisco, CA (abstract S.C. 761); 1990.
 38. Froner GA, Rutherford GW, Rokeach M. Injection of sodium hypochlorite by intravenous drug users. *Journal of the American Medical Association*, 258:325; 1987.
 39. Herrmann JW, Hecht RC. Complications in therapeutic use of sodium hypochlorite. *Journal*

- of Endodontology, 5:160; 1979.
40. Watters JK, Cheng Y, Segal M, Lorvick J, Case P, Carlson J. Epidemiology and prevention of HIV in intravenous drug users in San Francisco, 1986-1989. 6th International Conference on AIDS, San Francisco, CA (abstract F.C. 106); 1990.
41. Morales ES, Fullilove MT. "Many are called ...": participation by minority leaders in an AIDS intervention in San Francisco. *Ethnicity and Disease*, 2:389-401; 1992.
42. Quimby E, Friedman SR. Dynamics of Black mobilization against AIDS in New York City. *Social Problems*, 36/403-415; 1989.
43. Ash R. *Social movements in America*. Chicago: Markham; 1972.
44. Davies JC. Toward a theory of revolution. *American Sociological Review*, 27:5-19; 1962.
45. Gamson W. *The strategy of social protest*. Homewood, IL: Dorsey Press; 1975.
46. Geschwender JA. Social structure and the Negro revolt. *Social Forces*, 43:250-256; 1964.
47. Gurr TR. *Why men rebel*. Princeton NJ: Princeton University Press; 1969.
48. McAdam D. *Political process and the development of Black insurgency: 1930-1979*. Chicago: The University of Chicago Press; 1982.
49. McCarthy J, Zald M. *The trend of social movements in America*. Morristown: General Learning Press; 1973.
50. Oberschall A. *Social conflict and social movements*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1973.
51. Piven FF, Cloward R. *Poor people's movements*. New York: Vintage; 1979.
52. Rudé GFE. *Ideology and popular protest*. New York: Pantheon Press; 1980.
53. Tilly C. *From mobilization to revolution*. Reading, PA: Addison-Wesley; 1978.
54. Geschwender JA. *Racial stratification in America*. Dubuque, IA: Wm. C. Brown Co.; 1978.
55. Willis DP. Currents of health policy: impact on Black Americans. *Milbank Quarterly*, 65 (suppl. 1 and 2); 1987.
56. Krieger N. The making of public health data: political considerations and implications. 119th Annual Meeting of the American Public Health Association, Washington, DC, November 10-14 (session 2065); 1991.
57. Turshen M. *The politics of public health*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1989.
58. Kuhn T. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press; 1962.
59. Mannheim K. *Ideology and utopia* (transl). New York: Harcourt, Brace; 1936.
60. Ossowski S. *Class structure in the social consciousness* (transl). New York: Free Press; 1963.
61. Des Jarlais DC, Friedman SR. The AIDS epidemic and legal access to sterile equipment for injecting illicit drugs. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 521:42-65; 1992.
62. Friedman SR, Stepherson B, Woods J, Des Jarlais DC, Ward TP. Society, drug injectors, and AIDS. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 3:73-89; 1992.
63. Selik RM, Castro KG, Pappaioanou M. Racial/ethnic differences in the risk of AIDS in the United States. *American Journal of Public Health*, 78:1539-1545; 1988.
64. Selik RM, Castro KG, Pappaioanou M, Buehler JW. Birthplace and the risk of AIDS among Hispanics in the United States. *American Journal of Public Health*, 79:836-839; 1989.
65. Chavkin W. Drug addiction and pregnancy: policy crossroads. *American Journal of Public Health*, 80:483-486; 1990.
66. Paone D, Chavkin W, Willets I, Friedmann P, Des Jarlais DC. The impact of sexual abuse: implications for drug treatment. *Journal of Women's Health*, 1:149-153; 1992.
67. Patton C. *Sex and germs: the politics of AIDS*. Boston: South End Press; 1985.
68. Patton C. *Inventing AIDS*. New York: Routledge; 1990.
69. Sotheran JL. HIV risk and social relationships among IV drug users. Annual Workshop on Psychosocial Factors in Population Change, Washington, DC, March 19-20; 1991.
70. Worth D. Sexual decision-making and AIDS: why condom promotion among vulnerable wo-

Modelli sociali di intervento per la prevenzione dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti

- men is likely to fail. *Studies in Family Planning*, 20:297-307; 1989.
71. Des Jarlais DC, Bailey W. Almost banning bleach. 118th Annual Meeting of the American Public Health Association, Boston; 1990.
 72. Rivera-Beckman J. Comunicazione personale, 23 agosto 1992.