

# L'UTILIZZO DEGLI OPINION LEADER E DEL SOSTEGNO TRA PARI NEI TOSSICODIPENDENTI

Gianni Dianin

*East London 1 City Drug Services - The Specialist Drug Unit*

## SOMMARIO

Durante l'ultimo decennio le campagne per la prevenzione e la riduzione del rischio di trasmissione del virus dell' HIV hanno utilizzato un modello didattico-educativo, centrato principalmente sull'individuo.

Tuttavia, la riduzione dei comportamenti a rischio all'interno di un dato gruppo implica un cambiamento di norme e valori, e cioè si avvale di cambiamenti non solo a livello comportamentale, ma che mettono in discussione lo stile di vita e la cultura stessa del gruppo.

Per facilitare tali cambiamenti all'interno di un gruppo non è sufficiente che un agente esterno fornisca informazioni sulla pericolosità di un certo comportamento. L'informazione viene integrata nelle norme del gruppo soltanto se la fonte del messaggio è affidabile, e se il gruppo ha i mezzi adeguati per mobilitarsi ed organizzarsi affinché certi valori, norme e comportamenti vengono adottati in sostituzione dei precedenti.

All'interno di questo contesto il modello di Intervento Integrato presenta notevoli vantaggi. Tale modello, da una parte riesce a fornire i mezzi per trattamenti diversificati e complementari tra loro, dall'altra facilita i cambiamenti all'interno del gruppo stesso poiché agisce sull'individuo, sul gruppo e sulla comunità al tempo stesso, al fine di massimizzare l'efficacia del messaggio.

A questo scopo, il modello integrato di intervento impiega gli individui che hanno più influenza all'interno del gruppo gli Opinion Leader, ed incoraggia inoltre il gruppo a creare da sé una situazione di supporto per il cambiamento dei valori e delle norme assumendosi la responsabilità per l'adozione di nuovi comportamenti (Peer Support).

In questo articolo verranno illustrate le basi teoriche e metodologiche di tale intervento e verranno forniti alcuni esempi pratici di progetti che utilizzano gli Opinion Leader ed il Peer Support nella prevenzione dell'HIV e nella riduzione del

danno. Si cercherà inoltre di discutere le possibilità e di limiti dell'intervento all'interno dei rapporti che ha con gli altri settori del modello integrato.

## **LE COMPONENTI STRUTTURALI DEL GRUPPO**

Il modello che è stato adottato in Italia fino ad oggi nelle campagne di prevenzione dell'HIV si basa sul rinforzo negativo il quale presuppone che, una volta informati sugli effetti negativi causati dall'assunzione irresponsabile di droghe per via iniettiva, i tossicodipendenti (TD) modifichino di conseguenza il loro comportamento a rischio.

Purtroppo questo modello non considera né i vari modi in cui il messaggio educativo viene interpretato ed elaborato all'interno della cultura del gruppo, né se il gruppo ha le possibilità e le capacità di cambiare un certo comportamento, né se la fonte del messaggio è credibile al punto di essere in grado di mobilitare un cambiamento di norme e di valori nel gruppo. Tale modello è limitato da molti fattori, e la visione delle dinamiche presenti nel gruppo in quanto entità socio-culturale è troppo semplicistica.

Numerosi ricercatori americani, inglesi ed olandesi ritengono che, per ottenere e mantenere il cambiamento delle norme e dei valori è necessario utilizzare le conoscenze dirette dei Gruppi di Pari (Peer Group), dei Network (reti di contatti tra gruppi), e dei Leader (persone chiave nel gruppo) (Friedman 1993).

I Peer Group sono gruppi composti da amici o conoscenti che si riuniscono regolarmente, che hanno delle norme e dei valori comuni, in cui le idee ed i comportamenti di uno dei partecipanti sono importanti anche per gli altri membri del gruppo. Gruppi diversi sono poi in relazione tra loro per mezzo dei Network, ovvero reti di persone che si conoscono pur appartenendo a gruppi diversi, e costituiscono un gruppo più esteso. La somma di tutti i Network rappresenta la comunità di TD nella sua totalità. I Gruppi di Pari, e talvolta anche interi Network, presentano sempre delle persone più influenti che vengono individuate come Opinion Leader.

Una volta individuate queste componenti dinamiche nella comunità di TD e le norme ed i valori esistenti nei gruppi attraverso il lavoro etnografico di mappatura, si tratterà di cambiare tali norme e valori tramite gli Opinion Leader ed i Network ai quali appartengono.

L'esperienza di numerosi progetti preventivi dimostra che il fattore essenziale per l'efficacia di un dato messaggio, è la sua capacità di attraversare le barriere culturali e le difese psicologiche che si pongono come resistenze all'adozione di un nuovo comportamento e quindi all'assimilazione del messaggio preventivo.

Il fine dell'impiego delle reti di TD e delle loro persone chiave è quindi quello di modificare le norme del gruppo, di facilitare l'identificazione con la fonte del messaggio, ed infine di mantenere attivo il cambiamento del comportamento a rischio.

È importante tenere in considerazione che qualsiasi tentativo di mobilitare il gruppo di TD per adottare pratiche preventive deve presupporre un alto livello di rispetto e di fiducia nella capacità dei TD di responsabilizzarsi e di interessarsi alla propria salute.

## ESEMPI PRATICI

Negli ultimi anni si è verificato un aumento del numero di organizzazioni o gruppi di interesse gestiti da TD attivi. Specialmente in USA, in Australia e nel Nord Europa, organizzazioni anche statali organizzano riunioni in cui invitano i TD a discutere dell' HIV e dei mezzi per evitare i comportamenti a rischio.

Successivamente questi gruppi informali trovano supporto presso i Centri di Trattamento e cominciano a produrre materiale di prevenzione, newsletter, distribuiscono siringhe, ma soprattutto iniziano a costituirsi come rappresentanti indipendenti dalle esigenze dei TD, in grado dunque di influenzare le politiche sulla tossicodipendenza ed HIV e di sostenere iniziative che migliorino le condizioni dei TD e ne rispettino i diritti.

Inizialmente questi gruppi sono costituiti da un nucleo di poche persone interessate all'argomento, che però sono in grado di avere contatti con i vari Network dei TD attraverso altri membri del gruppo di interesse. A livello più ampio, il gruppo ha contatti con persone che gravitano intorno ai membri del gruppo. In questo modo è possibile entrare in contatto con un gran numero di TD attivi in una certa area (Friedman 1993).

Si considerino i seguenti esempi concreti di lavoro preventivo in cui gli Opinion Leader ed il Peer Support sono stati impiegati con successo.

### “NO RISK PROJECT”

Questo progetto, effettuato a Daventer, in Olanda, è stato sviluppato a partire da un Drop-in (Centro Accoglienza a bassa soglia), e da un Gruppo di Auto-aiuto. Il progetto è stato portato avanti da un gruppo di operatori ex-TD che fornivano informazioni e consulenze ed operavano uno Scambio Siringhe. Vi era inoltre un servizio di outreach per contattare i TD non ancora in contatto con i Servizi. I TD

attivi venivano invitati ad una giornata di studio per poter esplorare le pratiche di prevenzione ed i propri atteggiamenti rispetto alla sessualità ed alla droga.

L'obiettivo era anche quello di incoraggiare i partecipanti a diffondere le informazioni apprese una volta ritornati nelle loro realtà quotidiane (Trautmann 1992).

Questo metodo di lavoro utilizzato per diffondere le tecniche di prevenzione impiega il Peer Support, le Unità di Strada, e la formazione di Opinion Leader.

L'iniziativa è stata in grado di diminuire notevolmente l'incidenza dell' HIV, dell'overdose e di altre patologie nei TD della zona.

### **“THE INDIGENOUS LEADER OUTREACH MODEL (CHICAGO)”**

Questo modello impiega TD attivi appartenenti al gruppo bersaglio (cosiddetti indigeni) opportunamente formati per diffondere le informazioni all'interno del loro gruppo. Utilizza inoltre i metodi dell'etnografia e dell'epidemiologia per individuare e selezionare le aree e le reti sociali su cui intervenire.

L'intervento quindi è mirato più alla rete sociale di appartenenza piuttosto che al singolo individuo, ed impiega operatori indigeni per diffondere e raccogliere informazioni.

Nelle aree selezionate vengono create delle “Stazioni di Campo” (Field stations), che fungono da centro di riferimento agli operatori, ed offrono supporto professionale, individuale e di gruppo, test dell'HIV, e riferimenti ad altri Servizi specialistici.

Nelle Stazioni di Campo, agli operatori indigeni vengono abbinate le figure professionali classiche che però hanno un atteggiamento non pregiudiziale rispetto ai colleghi TD ed hanno dimostrato entusiasmo professionale per il programma (Wiebel 1993).

Quindi a differenza del progetto precedente, il Peer Support non è utilizzato all'interno del Centro, bensì esiste in quanto gli Operatori di Strada stessi sono i “pari” che promuovono il cambiamento dei comportamenti a rischio dall'interno della rete sociale di appartenenza.

### **PROGETTO DI PREVENZIONE DELL'AIDS NEI SOGGETTI DEDITI ALLA PROSTITUZIONE**

Il Centro è situato a Nijmegen, nel sud-est dell'Olanda, ed è stato creato nel 1991. L'obiettivo del progetto era quello di contattare il maggior numero possibile di TD dediti alla prostituzione non in contatto con i Servizi. A tale scopo vennero

addestrate due persone con esperienza attiva di droga e di prostituzione per fornire informazioni su come ridurre i danni causati dall'uso di eroina per via parenterale, ed i rischi di infezione attraverso il rapporto sessuale (Trautmann & de Beer 1993).

L'importanza di questa iniziativa consiste nel fatto che è gestita dalle prostitute stesse, che hanno quindi la possibilità di organizzarsi secondo le proprie esigenze in modo autonomo, facilitando così il cambiamento a livello di gruppo piuttosto che a livello individuale.

### **“MAINLINERS”**

Mainliners è un progetto londinese per TD affetti da HIV/AIDS. Gestisce un drop-in con servizio di scambio siringhe, ed un servizio di outreach formato da ex-TD. Il drop-in viene utilizzato da gruppi autogestiti di Peer Support formati dai gruppi target contattati tramite l'outreach.

Inoltre essi autogestiscono una newsletter che viene distribuita su tutto il territorio nazionale. Questi gruppi sono facilitati da operatori professionisti a seconda delle esigenze. Questo tipo di lavoro viene chiamato “self-empowerment”, cioè l'utente arriva ad autogestire il proprio supporto e a contattare da sé i servizi di cui ha bisogno al di fuori di Mainliners.

I gruppi possono inoltre organizzare iniziative con un'unità mobile nel quartiere per la sensibilizzazione, gite, pranzi, concerti ecc.

Questo modello quindi, impiega il Peer Support per offrire al cliente le conoscenze e le strutture per organizzarsi e mobilitarsi secondo le proprie esigenze e necessità.

### **“ACT UP & JUNKIEBONDEN”**

Questi modelli di intervento sono diretti alla comunità e sono simili ad un intervento di tipo sindacale-politico. I gruppi usano il metodo del “community empowerment”, e tentano di cambiare non solo i comportamenti individuali, ma quelli di intere popolazioni. Si propongono inoltre di influenzare le politiche sulla tossicodipendenza e sull'HIV e gli atteggiamenti della popolazione rispetto a questi problemi.

## **“ROLE MODEL”**

L'impiego degli opinion leader e del peer support varia a seconda delle necessità del gruppo target e dell'area prescelta per l'intervento.

A livello generale, l'esperienza di queste iniziative dimostra che i fattori essenziali per l'efficacia dei role mode sono:

- a) la capacità di dare informazioni basate su esperienze concrete di vissuto personale;
- b) la fonte del messaggio deve essere affidabile e considerata dal gruppo un modello con cui identificarsi;
- c) i gruppi target (individui, gruppi o comunità) devono potersi organizzare secondo le proprie esigenze, facilitando così non solo l'assimilazione del messaggio ma anche la sua diffusione.

## **“OPINION LEADER”**

L'opinion leader è un TD attivo che può facilitare il lavoro degli operatori di strada e quindi l'aggancio di TD non ancora in contatto con i Servizi. Egli è inoltre in grado di agire come role model all'interno del gruppo target, cambiando i comportamenti a rischio dall'interno del gruppo di appartenenza.

L'opinion leader può essere considerato sia un mediatore culturale che un moltiplicatore informativo.

È opportuno che l'opinion leader riceva una formazione specifica sulle pratiche preventive e sull'HIV, prima di essere impiegato nel lavoro preventivo.

Sono richieste le seguenti caratteristiche: la capacità di apprendere le informazioni e di comunicarle in modo corretto, lo status di leader del gruppo, una spiccata capacità per i rapporti interpersonali, e l'entusiasmo per il progetto (Serpelloni, Rezza 1993).

Gli opinion leader sono di solito persone già note ai Centri di Trattamento, che hanno usufruito positivamente dei Servizi, che hanno raggiunto un livello di tossicodipendenza stabile e non caotico, e che hanno una conoscenza adeguata delle pratiche preventive e di ciò che costituisce il comportamento a rischio.

Essi possono essere contattati a turno attraverso il lavoro di outreach.

È importante comunque sottolineare che l'Opinion Leader non deve essere sempre d'accordo con gli operatori o coi TD rispetto alle esigenze del gruppo e alle sue priorità. È quindi indispensabile che ci sia una continua chiarificazione degli obiettivi e delle priorità del progetto attraverso discussioni democratiche.

È inoltre importante che l'Opinion Leader riceva supporto e riconoscenza per l'aiuto dato, facendo però attenzione a non cadere nel favoritismo, o a rendere

l'Opinion Leader un semplice megafono del Ser.T., poiché ciò nuocerebbe alla credibilità della persona rispetto al gruppo.

## **“PEER SUPPORT”**

Si è visto come il Peer Support possa assumere varie forme, che vanno dai gruppi completamente autogestiti, ai gruppi formalizzati all'interno di un drop-in facilitati da Opinion Leader pagati che fungono anche da Operatori di Strada. Si cercherà ora di illustrare le varie tipologie e funzioni del Peer Support, nel tentativo di stimolare il dibattito finalizzato ad identificare il modo migliore di utilizzare questo metodo (Trautmann, de Jong 1993).

- Servizi educativi o di cambiamento socio-culturale  
Alcuni servizi per il Peer Support non sono molto differenti dai servizi “classici” di educazione sanitaria. La differenza sta nel fatto che gli educatori sono TD attivi. Gli educatori TD hanno l'obiettivo di promuovere l'adozione di pratiche a minor rischio esclusivamente per mezzo dei rapporti interpersonali. Altri servizi tentano di cambiare la sottocultura distribuendo materiale profilattico ed utilizzando i media. Cercano inoltre di coinvolgere i TD nella gestione del progetto.
- Auto-aiuto o gruppi d'interesse  
I TD attivi possono organizzarsi sia nella forma dell'Auto-aiuto che in Gruppi d'Interesse.  
I primi possono essere definiti come gruppi di TD attivi che si danno supporto reciprocamente rispetto ai loro problemi psico-sociali, mentre i Gruppi d'Interesse si propongono di cambiare le politiche sulla tossicodipendenza e di migliorare la posizione sociale dei TD.
- Gestione professionale o di TD  
Entrambi i tipi di gestione presentano vantaggi e svantaggi. Una gestione professionale assicura più continuità e più abilità organizzativa, ed in molti casi è utile che i TD partecipino ad un progetto gestito da professionisti. Tuttavia, ciò può limitare l'autonomia del gruppo, specialmente quando vi è già un rapporto difficile con i Centri di Trattamento, e gli interessi dei TD possono scontrarsi con gli interessi e le priorità dei professionisti.

- Retribuire o meno i TD che lavorano

I costituenti del Peer Support non devono essere necessariamente pagati. Tuttavia, alcuni servizi hanno usato il salario per garantire continuità alle iniziative, incrementando così anche lo status sociale dei TD partecipanti. Comunque, ciò può avere degli effetti negativi sul rapporto e sulla credibilità con gli altri TD.

In molti casi il denaro non è necessariamente il miglior incentivo. Il supporto, le attenzioni personali, ed il coinvolgimento stesso in una attività può essere più utile ed attraente del salario.

- Impiego di TD attivi, TD in mantenimento, ex-TD, non-TD

Il Peer Support è di solito più appropriato quando si utilizzano TD attivi, ovvero persone appartenenti ai gruppi target. I TD in mantenimento meta-donico, così come gli ex-TD possono avere ormai cambiato il loro stile di vita e non essere quindi più in contatto con i problemi del gruppo target. Sono tuttavia utili se non rifiutano lo stile di vita dei TD ancora attivi. L'impiego di non-TD in un contesto di Peer Support è sconsigliabile, poiché i non-TD non condividono la quotidianità dei TD attivi.

- Peer Support esclusivamente per AIDS o generalizzato

Sebbene l'obiettivo principale sia quello di ridurre i comportamenti a rischio di trasmissione dell'HIV, mantenere un fuoco ristretto finirebbe per far perdere l'interesse ai TD. È consigliabile quindi che il supporto venga generalizzato a tutti i danni ed i problemi causati dall'abuso di sostanze.

- Logistica

Sarebbe opportuno basare tale attività all'interno di un Servizio volontario, ma è essenziale per l'intervento che ci siano dei protocolli chiari per i rapporti con i Servizi Statali, in quanto il loro supporto è fondamentale.

## **LIMITI DELL'INTERVENTO**

Si è visto che i vantaggi dell'intervento sono di facilitare la riduzione dei comportamenti a rischio e l'accesso ai servizi per coloro i quali lo desiderino.

Si è visto inoltre che l'intervento può essere effettuato in vari modi.

Ci sono comunque dei limiti che sono dati sia dalla natura dell'intervento, che dal grado di capacità dei Servizi stessi di modificarsi per integrare queste nuove poli-



tiche di intervento in un contesto di Riduzione del Danno.

Ad un altro livello i limiti sono rappresentati dal fatto che l'Outreach è centrato sull'individuo, sul gruppo o sulla comunità intera di TD. Chiaramente vi sono anche dei limiti legislativi, politici e strutturali all'intervento. (Rodhes & Stimson 1994).

Un altro limite è rappresentato dal fatto che la ricerca sull'efficacia dell'intervento e su come migliorare i metodi di intervento è ancora scarsa. È quindi molto importante promuovere la valutazione ed il monitoraggio dei risultati (Trautmann & de Jong 1993).

Tuttavia, l'utilizzo di questi modelli è ritenuto una necessità pratica che offre non solo eccellenti risultati a livello di riduzione del danno per l'individuo, ma anche per la società in generale.

## CONCLUSIONE

Affinchè il messaggio preventivo venga interiorizzato occorre che la fonte del messaggio sia affidabile, e che il gruppo a cui è indirizzato abbia i mezzi organizzativi adeguati per poter adottare dei comportamenti ed uno stile di vita differenti dai precedenti.

L'utilizzo del Peer Support e degli Opinion Leader offre la possibilità di favorire ed incoraggiare l'adozione di comportamenti a rischio minore, ed amplifica l'efficacia del messaggio preventivo.

Chiaramente, questa è da considerarsi una delle diverse modalità di intervento e non l'unica possibile per ridurre i danni causati dalla tossicodipendenza all'individuo e alla comunità.

È inoltre necessario che prima di iniziare tale intervento, venga fatta una valutazione critica della capacità dei Servizi esistenti di rispondere alle esigenze delle popolazioni target. Non avrebbe senso cercare di aumentare il tasso di aggancio a Servizi che sono stati deliberatamente evitati dai TD perché non soddisfacevano le loro esigenze.

È importante poi che i Servizi siano in grado di offrire supporto sia organizzativo che personale adeguati, per garantire la qualità dell'intervento e la sua continuità.

Infine è assolutamente indispensabile che l'intervento possa essere valutato sulla base degli obiettivi prefissati, quindi che gli obiettivi siano chiari e che l'organizzazione sia abbastanza flessibile per modificarsi a seconda dei bisogni e delle valutazioni dell'intervento stesso.

## **Bibliografia**

1. Friedman 1993, *Mobilising subcultural change* International Journal of Drugs Polic 4(2), p. 91-95.
2. Trautmann 1992, *Het Aidspreventie-project NO-RISK: Peer support als method*. Utrech NIAD.
3. Wiebel 1993, *The indigenous leader outreach model: Intervention manual*. USA NIDA.
4. Trautmann de Beer 1993, *Het Modelproject' Aidspreventie voor en prostituees: Peer support als methodé*. Utrech (NIAD).
5. Trautmann De Jong 1993, *Some critical issues in encouraging peer support amongst IDUs in "Encouraging peer support for risk reduction amongst IDUs"* National Committee on AIDS Control. Amsterdam.
6. Rodhes & Stimson 1994, *An HIV outreach glossary* Druglink Vol. 9 Issue 1. LONDON.