

IL CONTRIBUTO DELL'ETNOGRAFIA NELLE STRATEGIE DI PREVENZIONE DELL'AIDS*

Wayne Wiebel

The University of Illinois at Chicago, Community Outreach Intervention Project - Chicago

INTRODUZIONE

La ricerca etnografica ha occupato un posto di rilievo nell'ambito delle scienze sociali che risale alle origini sia dell'antropologia che della sociologia. Non dovrebbe pertanto, stupire che l'etnografia sia stata utilizzata nella ricerca applicata come strumento per far fronte alla recente epidemia dell'AIDS. Ciò che sorprende è invece il ruolo chiave attribuitogli, negli Stati Uniti, nell'ambito dei programmi di ricerca per l'intervento contro l'AIDS. In nessun altro paese infatti, questa scienza ha avuto un peso così rilevante come nelle iniziative del Servizio Sanitario Pubblico Americano per finanziare studi finalizzati ad identificare strategie efficaci per la riduzione della diffusione dell'HIV tra i consumatori di droghe per via iniettiva. Oltre a costituire una metodologia di primaria importanza nella ricerca sulla droga, l'etnografia ha acquisito un crescente riconoscimento negli ultimi decenni come strumento di indagine scientifica per la comprensione del contesto sociale dei tossicodipendenti.

Dagli anni '40 fino alla fine degli anni '60 tali studi risultano interessanti più per le scoperte e le intuizioni che per il numero (Lindesmith, 1947; Becker, 1953; Finestone, 1957; Hughes, 1961). Il notevole aumento di pubblicazioni etnografiche sulla droga che seguirono, testimonia il crescente interesse da parte degli etnografi verso questo sistema di indagine. Non c'è dubbio che il crescente consumo di droga negli Stati Uniti e la consapevolezza della portata sociale del problema contribuirono in modo sostanziale a questa tendenza. Altrettanto importante, a questo riguardo, risultò l'aumento di finanziamenti stanziati per supportare tale ricerca.

Negli anni '70, l'interesse per la ricerca etnografica relativamente all'abuso di droghe ha fatto sì che si costituisse un'equipe di lavoro per esplorare l'applicazione della metodologia come mezzo di indagine distinto.

Fu organizzato un convegno di etnografi allo scopo di riunire insieme i vari

* Tratto da "AIDS, Drugs and Prevention" by Richard Hartnoll and Tim Rhodes - London: Routledge - Agosto '96.

studi e di discutere le prospettive di impiego successivo. Fu questo un grosso passo avanti in quanto segnò l'inizio di una presa di coscienza collettiva da parte degli etnografi al di fuori dell'ambiente accademico.

Si presentò presto la prima grossa opportunità di esplorare le potenziali capacità di questa scienza. Nel 1978, negli Stati Uniti si faceva largo uso di penciclidina con effetti collaterali singolari sempre più evidenti. Si consultò allora per informazioni il NIDA, l'Ente Nazionale Americano per la Droga. Sfortunatamente, molti dei sistemi di monitoraggio previsti dal NIDA sull'utilizzo delle droghe non contemplavano una categoria separata per la penciclidina, cosicché il contributo che ne derivò, in termini di conoscenze, fu modesto.

Quando l'AIDS e la tossicodipendenza cominciarono a costituire un problema primario di salute pubblica, l'etnografia era già considerata un'efficace metodologia di indagine scientifica.

Le venivano riconosciute, in particolare, la capacità di evidenziare tendenze emergenti e di spiegare fenomeni nell'ambito del contesto sociale.

Alla metà degli anni '80 gran parte delle autorità sanitarie pubbliche americane cominciarono ad essere coinvolte sempre più di frequente nella problematiche dell'AIDS. Se da una parte era nota la natura di base del problema, erano, invece, oscure le modalità più appropriate di intervento.

Si sapeva, per esempio, che i tossicodipendenti stavano propagando il virus dell'HIV attraverso lo scambio della parafrenalia iniettabile ma non erano ancora noti i fattori che determinavano tale scambio, né tantomeno il contesto nel quale questo aveva luogo, i significati che i tossicodipendenti vi attribuivano, le difficoltà incontrate nel tentativo di ridurre questa pratica e le strategie efficaci per scoraggiarla.

Inoltre, ci si rendeva conto che la grande maggioranza di individui a più alto rischio, quelli non in cura e che si bucavano regolarmente in gruppo, non erano facilmente raggiungibili attraverso gli usuali sistemi di distribuzione.

C'era poi molto scetticismo sulla possibilità di approcciare i tossicodipendenti in un contesto di gruppo e molta perplessità sulla loro disponibilità o capacità di modificare modelli di comportamento ad alto rischio.

Considerate quindi le enormi lacune in termini di conoscenze, non vi era soltanto una mancanza di consenso sulle priorità degli interrogativi di ricerca, ma il più delle volte, non era neppure chiaro quali fossero gli interrogativi da porsi.

Si intravide allora un ruolo per questa metodologia nell'ambito della ricerca dimostrativa, incoraggiando l'inclusione di un etnografo nello staff del progetto proposto.

Nonostante la varietà delle mansioni assunte dagli etnografi nei diversi programmi, notevole fu il contributo apportato al successo degli interventi ed al progresso nella conoscenza dei comportamenti a rischio.

Il piano di ricerca nazionale sull'AIDS si estese sempre di più fino ad includere oltre 60 comunità locali degli Stati Uniti diverse culturalmente ed etnicamente.

Nel 1992 furono raccolti dati relativi a più di 43.000 tossicodipendenti e 10.000 partner sessuali.

Tutti i programmi di ricerca diedero un prezioso contributo alle conoscenze sulla prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti ed i loro partner di sesso (Brown & Beschner, 1993), ma solo due di essi furono adottati come modelli negli interventi di assistenza: il "Modello di Intervento territoriale di "Outreach" (Wiebel, 1988 -1993) ed il "Modello di Counselling Comportamentale (Rhodes, 1993).

Entrambi i modelli costituivano due diversi approcci di prevenzione/intervento nei confronti dell'AIDS contemplati nei programmi di ricerca nazionale: l'utilizzo di operatori locali di "outreach" che avevano come obiettivo le reti sociali dei tossicodipendenti e l'adozione di strategie di counselling comportamentale a più sedute da inserire negli ambienti istituzionali esistenti.

IL MODELLO DI INTERVENTO TERRITORIALE TRA PARI

Le origini di questo modello di intervento risalgono alla fine degli anni '60 ed al crescente interesse nelle etnografie relative all'utilizzo illecito della droga.

Quando comunque, l'AIDS cominciò a diffondersi tra i tossicodipendenti si pensò di adottare l'etnografia come strategia di ricerca e di intervento.

Applicato all'AIDS il ruolo della ricerca etnografica è duplice in quanto: da un lato, documenta le norme, i valori, le circostanze relative alle pratiche ad alto rischio per la trasmissione dell'HIV tra le reti sociali prese in esame; dall'altro, documenta i cambiamenti nel tempo delle pratiche ad alto rischio ed identifica sia le resistenze a tali cambiamenti sia gli elementi che possono agevolarli. Il campo d'azione dell'etnografia si estese notevolmente dai primi studi fino ad assumere un ruolo molto più centrale sull'implementazione ed evoluzione dei programmi di intervento.

CONTRIBUTI DELL'ETNOGRAFIA NELLE STRATEGIE D'INTERVENTO SULL'AIDS

L'etnografia si differenzia dalla maggior parte dei sistemi di indagine scientifica sia nel processo di raccolta dei dati sia nei principi analitici seguiti per produrre nuove informazioni. Di regola, un etnografo non si serve di una struttura teorica che presupponga un rapporto già predefinito tra le variabili per la raccolta dei dati.

E' quindi, soltanto in grado di fare ipotesi in termini molto generali sul tipo di scoperte alle quali la loro ricerca potrà approdare.

Nel caso della ricerca nazionale precedentemente illustrata i parametri generali di chi e che cosa i sei etnografi del progetto dovevano esaminare erano chiari.

Dovevano essere prima identificate le reti sociali dei tossicodipendenti per poi procedere alla ricerca ed all'intervento. Infiltrandosi essi stessi nella realtà sociale dei tossicodipendenti, stabilendo con loro contatti e guadagnandosi la loro fiducia, gli etnografi posero le basi necessarie per avviare il processo di raccolta dei dati e l'analisi. In generale, non appena cominciano ad accumularsi informazioni su argomenti relativi alla ricerca, gli etnografi sono in grado di capire sempre più come gli individui interpretano e danno un senso al loro milieu sociale. Quando dai dati cominciano ad emergere dei modelli, un processo continuo di induzione analitica inizia con la postulazione e la verifica delle ipotesi di lavoro.

Le ipotesi vengono regolarmente riviste per aggiungere ulteriori dati finché non si arriva ad una struttura più appropriata per spiegare la totalità delle osservazioni e dell'esperienza degli etnografi.

Spesso, si verifica che vengano identificati degli aspetti che spingono l'indagine in direzioni inaspettate. In questo modo, il maggior punto di forza della ricerca etnografica deriva dalle sue capacità esplorative e descrittive e dalla sua flessibilità.

Gli esempi di ricerca etnografica che seguono non sono né il frutto di attività di ricerca programmate né esiti casuali. Come illustrato precedentemente, ci si aspettava che l'etnografia fornisse delle informazioni preziose, ma non si poteva prevedere in anticipo quale sarebbero state le implicazioni di tali dati. Allo stesso modo, gli esempi non dovrebbero essere considerati come rappresentativi o caratteristici dell'impresa etnografica. Sono, invece il frutto di una serie di indagini in evoluzione da parte degli etnografi e costituiscono soltanto alcuni dei molti progressi apportati dal loro lavoro. La scelta di questi casi specifici come oggetto di studio è stata basata sul contributo differenziato ed inaspettato di ciascuno di essi alla conoscenza della trasmissione dell'HIV tra i TDI (consumatori di droghe per via iniettabile) e sull'influenza successiva che questi rilevamenti hanno avuto sul miglioramento della strategia di intervento.

In tutti i casi gli esempi di seguito riportati cercano di evidenziare una serie di fattori riscontrati che influenzano i comportamenti ad alto rischio e l'adozione di adeguate misure di riduzione dello stesso. E' importante notare, comunque, che le scoperte si riferiscono ai singoli gruppi ed al loro contesto sociale. Sarebbe sconsigliabile adottare delle strategie d'intervento senza considerare il contesto sociale.

ORGANIZZAZIONE SOCIALE E PROMOZIONE DELLA RIDUZIONE DEL RISCHIO

Le reti sociali dei tossicodipendenti prese in esame per l'intervento di "outreach" sono caratterizzate da gruppi di individui che interagiscono regolarmente tra di loro, spinti dalla comune necessità di procurarsi e di iniettarsi la droga. Formando delle aggregazioni nella rete dei tossicodipendenti questi ultimi sono in grado di procurarsi droga e parafrenalia, di accedere ai luoghi destinati al consumo, di associarsi per trovare il denaro per la droga ed ottenere informazioni che possano essere utili per loro.

Dal momento che difficilmente i tossicodipendenti dispongono dei mezzi per acquistare grosse quantità di stupefacenti, il più delle volte hanno contatti con trafficanti in luoghi pubblici, in case private, o in cosiddette "shooting galleries", luoghi in cui la roba viene venduta ed iniettata. Questi ultimi, luoghi di ritrovo di un gran numero di tossicodipendenti, rappresentano un punto focale sia per lo sviluppo delle attività di "outreach" sia per l'indagine etnografica.

Reyes Ramos, l'etnografo coinvolto nel progetto El Paso, nel Texas, fu introdotto in quella parte della città in cui circolava più droga da un operatore di "outreach", un ex eroinomane con contatti di lunga data con questa rete sociale di tossicodipendenti.*

Nel corso delle sue osservazioni ed interviste con i membri di questa popolazione, Ramos notò l'incredibile influenza che le autorità avevano sulla distribuzione e l'utilizzo illecito di droghe (Ramos 1989). Come per la maggior parte delle città interne con alte percentuali di tossicodipendenze, questa zona era soggetta a frequenti pattugliamenti da parte della polizia. Trattandosi poi di un territorio al confine con il Messico vi era comunque una presenza cospicua di agenti di pattuglia. Le probabilità che i TD venissero fermati erano elevatissime dal momento che, essendo di estrazione etnica ispanica, era difficile distinguere i cittadini legittimi dagli immigrati clandestini. Di conseguenza, i tossicodipendenti cercavano di portare con sé, per il minor tempo possibile, narcotici e parafrenalia.

Per far fronte a questa situazione, le pratiche di organizzazione sociale della distribuzione della droga e dell'assunzione dei TDI costituivano l'esempio di una serie di sistemi per ridurre il rischio di arresto.

Ogni trafficante era seguito da uno o più tossicodipendenti di livello sociale inferiore definiti in tono sprezzante "cucarachos" che davano a noleggio la parafrenalia. Questi gruppi circolavano regolarmente in prossimità della dogana cercando di attirare il meno possibile l'attenzione. Una volta avvenuto l'incontro tra assuntori e trafficanti, i primi acquistavano droghe, prendevano a noleggio parafrenalia e si

*Il modello di intervento si riferisce agli "opinion leader". Nel gergo della droga gli opinion leader messicani/americani vengono definiti "Técato bueno".

iniettavano in luoghi vicini, lontano dagli occhi della gente, andandosene il più rapidamente possibile.

Identificando i modelli, i ruoli e le motivazioni di questi individui, e determinando i fattori che li influenzavano, l'etnografo fu in grado di valutare i limiti di alcune strategie standard per la riduzione del rischio. In altre parole, l'esortazione ai TDI a non scambiare le siringhe od a cercare di disinfettare la parafrenalia già utilizzata è probabile che non venisse seguita molto fin tanto che i tossicodipendenti non erano disposti a portare con sé nulla di illecito (droghe o siringhe) o comunque potenzialmente incriminatorio (varechina). Inoltre, non era il tossicodipendente che aveva il maggior controllo sulla potenziale capacità del materiale iniettivo di propagare l'infezione. Era la condizione sociale relativamente modesta di chi dava a noleggio l'attrezzatura che consentiva per lo più la circolazione di materiale infetto sul mercato.

Come risultato di questa analisi, si stabilì di mettere a punto una strategia mirata a quegli individui che davano a noleggio la parafrenalia. Considerando le motivazioni economiche alla base di questi scambi ed il desiderio di queste persone di massimizzare i loro profitti, venne introdotto un disegno di scambio nella campagna di prevenzione indirizzata agli individui che prendevano a noleggio la parafrenalia. Oltre ad essere informate sui pericoli della trasmissione da HIV attraverso lo scambio di parafrenalia, queste persone venivano istruite anche sulle procedure di disinfezione con la varechina da utilizzare quando non vi era materiale sterile a disposizione. Si pensò, poi, che lo smercio di parafrenalia nuova o già utilizzata oppure opportunamente decontaminata* potesse aumentare la richiesta della loro merce ed accrescere la loro buona reputazione di persone che si interessano della buona salute dei loro "clienti".

In alternativa, aumentando la richiesta di disponibilità di parafrenalia sterile, si presentò la possibilità che questi potessero perdere i loro profitti nel caso in cui i clienti sospettassero che la loro merce fosse potenzialmente infetta. Vennero messe a disposizione di chi dava a noleggio la parafrenalia forniture gratuite di varechina e furono resi accessibili a tutti gli strati della popolazione presa in esame messaggi sempre più insistenti di prevenzione contro l'AIDS.

*Secondo ricerche recenti la parafrenalia contaminata dovrebbe essere sciacquata abbondantemente con la varechina per almeno 30 secondi per disattivare il virus dell'HIV (Shapshak) e molti TD che utilizzano la varechina nel tentativo di disinfettare le siringhe non sempre seguono questo criterio (Gleghorn 1993). Al momento della ricerca il protocollo relativo alla varechina prevedeva che le siringhe venissero riempite e sciacquate abbondantemente prima con la varechina per due volte e successivamente per due volte con l'acqua prima di essere utilizzate.

Con le conoscenze attuali è probabile che questa operazione non abbia garantito sempre la disinfezione completa, ma ha consentito, comunque, una riduzione (se non una prevenzione) alternativa del rischio.

IDENTIFICAZIONE DELLE PRATICHE AD ALTO RISCHIO ATTRAVERSO L'OSSERVAZIONE DIRETTA

Come illustrato precedentemente, uno dei ruoli primari della ricerca etnografica nel progetto di intervento è quello di documentare norme, valori, e fattori di circostanza relativi a comportamenti ad alto rischio. Attraverso l'osservazione diretta delle pratiche adottate dai TDI nell'assunzione di droga, vennero segnalati diversi comportamenti ad alto rischio prima sconosciuti.

Durante una visita ad una cosiddetta "shooting gallery", (vedi nota) ad El Paso, alcuni tossicodipendenti furono sottoposti ad osservazione, a loro insaputa, mentre erano dediti ad una pratica ad alto rischio. Il giorno successivo si apprese che l'etnografo Steve Koester aveva osservato comportamenti simili a Denver, che lo avevano portato a dubitare dell'effettiva adeguatezza della corrente campagna di prevenzione contro l'AIDS.

Si era visto che i TDI avevano prima sciacquato le siringhe con l'acqua e poi avevano utilizzato la varechina come disinfettante. Avevano poi prelevato altra acqua da un contenitore che utilizzavano in comune per eliminare i residui di varechina e poi, per dissolvere la loro dose, in una soluzione iniettabile.

In discussione era il fatto che tutti coloro che frequentavano questo luogo utilizzavano il medesimo contenitore di acqua sia per diluire la loro dose prima di iniettarla che per risciacquare la siringa dopo l'iniezione per evitare che quest'ultima venisse ostruita dal sangue coagulato. Dopo lunghi periodi di utilizzo, l'acqua rimanente in questi contenitori appariva visibilmente macchiata di piccole quantità di sangue. Koester osservò inoltre, che i TDI, nel tentativo di ridurre il contagio di HIV attraverso il risciacquo con la varechina delle siringhe scambiate, continuavano invece, a mettersi a rischio attraverso l'uso comune dei fornelli per scaldare le soluzioni da iniettare e dei cottoni usati per filtrare queste soluzioni da inserire nelle siringhe (Koester et. al. 1990).

In seguito a questa testimonianza, gli operatori di strada vennero istruiti ed incoraggiati a diffondere informazioni sulle fonti potenziali di trasmissione dell'HIV e sui mezzi per evitarli.

Poiché le prove etnografiche indicavano inoltre che era spesso difficile per i TDI procurarsi acqua pulita, vennero distribuiti regolarmente dagli operatori di strada dei piccoli contenitori di acqua sterile insieme al materiale di prevenzione.

Con l'ausilio di apposite scritte sui contenitori d'acqua, i TD furono sensibilizzati anche ai pericoli potenziali dell'utilizzo comune di questi ultimi.

LE "SHOOTING GALLERY" * E LA TRASMISSIONE DELL'HIV

Dai numerosi studi sulla trasmissione dell'HIV tra i tossicodipendenti, emerse un legame tra l'utilizzo delle "shooting gallery" da parte di questi ultimi ed il rischio sempre più frequente di contagio (Marmor et Al., 1987).

Anche se questo dato non fu sempre riscontrato (Watters, 1989), era chiaro, comunque, che questi luoghi, in cui era frequente lo scambio di parafrenalia, rappresentavano un effettivo pericolo, come epicentri dell'epidemia.

Al fine di approfondire la natura di questo rischio potenziale ed il nesso tra l'afferenza a questi luoghi e la diffusione dell'HIV, il gruppo etnografico di Chicago intraprese un'indagine esplorativa. Compito dei vari etnografi era quello di seguire ognuno un gruppo di operatori di strada in una determinata zona pubblica ed acquisire familiarità con le reti sociali dei tossicodipendenti di quel territorio. Tra gli obiettivi dell'indagine vi era anche quello di chiarire che cosa i tossicodipendenti intendessero per "shooting gallery", identificare i motivi che li spingevano a radunarsi in questi posti ed i vari modelli di comportamento adottati in questi contesti (Ouellet Etal, 1991).

Vennero identificate tre tipologie diverse di "shooting gallery" dei tossicodipendenti. Stranamente, non tutti questi luoghi erano considerati come tali dalle popolazioni target. Alcuni per "shooting gallery" intendevano semplicemente dei posti in cui i tossicodipendenti potevano recarsi per iniettarsi la droga, altri invece, adottavano criteri più specifici per definirli, considerandoli, per esempio, soltanto centri di operazioni commerciali.

Di seguito viene riportato lo schema di classificazione più generale di ciò che costituisce un luogo di ritrovo.

La prima categoria identificata è la cosiddetta "cash gallery". Si tratta di un luogo a pagamento, in cui è prevista una quota di accesso, ed in cui vi sono individui che si occupano delle operazioni commerciali. Oltre ad un posto in cui iniettarsi la droga, vengono forniti anche altri servizi quali la vendita di droga e di parafrenalia, il noleggio di siringhe, un "medico di base" che, a pagamento, pratica le iniezioni.

In quasi tutti questi centri commerciali sono previsti una serie di regolamenti per i clienti che appositi operatori fanno rispettare.

Seconda viene la "taste gallery", ubicata fuori dalla stanza o dall'appartamento del tossicodipendente ad uso degli amici che necessitano di un posto gradevole in cui iniettarsi.

Per capire la differenza tra questa tipologia di luogo e la precedente, basti pensare alla differenza che c'è tra il ristorante o la casa di un amico.

* Shoting gallery: luoghi di spaccio ed utilizzo delle sostanze

Qui non viene data ospitalità a chiunque e, anche se è vero che ci si aspetta un tornaconto per l'ospitalità fornita, esplicito o no che sia, lo scambio non è così formale come nel caso precedente.

Il più delle volte ci si aspetta dall'ospite una piccola porzione della dose che questi si è portato per iniettarsi. Oltre a fornire ospitalità ai visitatori, i residenti possono offrire anche la parafernalia.

Infine, c'è la cosiddetta "free gallery", dove l'accesso è gratuito. Si tratta generalmente di edifici abbandonati che includono vialetti, dormitori pubblici, ed aree separate all'interno di parchi pubblici.

Una caratteristica comune a molte "free gallery" è la mancanza di acqua corrente alla quale si supplisce con l'introduzione di contenitori d'acqua.

Dall'indagine erano, quindi, emerse, queste tre tipologie di luoghi di ritrovo.

Da un lato c'erano le "cash gallery" che si mostravano molto ricettive al lavoro di strada ed ai materiali di prevenzione contro l'AIDS quali: varechina, contenitori per siringhe, acqua, salviette imbevute d'alcool, opuscoli informativi e cose simili. Inoltre, gli operatori delle "cash gallery" si facevano loro stessi promotori della prevenzione dell'AIDS ed includevano tra le regole del posto misure per la riduzione del rischio.

Dall'altra parte c'erano le "taste gallery" e le "free gallery" che costituivano una sfida maggiore d'intervento.

Per quanto riguarda le "taste gallery", le più frequentate, era difficile identificarle ed accedervi.

Per di più, queste aree più ristrette non erano considerate dai tossicodipendenti luoghi di ritrovo e gli individui che le gestivano erano riluttanti ad essere riconosciuti come operatori di luoghi al di fuori delle piccole reti private a cui era consentito l'accesso.

Nelle "free gallery", poi, non c'era nessuno che facesse opera di prevenzione o rafforzasse le misure igieniche.

Inoltre, la mancanza di acqua corrente e la proliferazione di siringhe sparse, fece incrementare notevolmente lo scambio di acqua e di parafernalia.

In caso di siringhe nascoste o riposte, i proprietari non avrebbero saputo che un altro tossicodipendente poteva aver trovato, utilizzato e riposto la siringa.

Di conseguenza, questi utilizzatori erano convinti di non scambiare siringhe mentre, in pratica, ciò avveniva.

Grazie a queste ricerche, ci si rese conto della necessità di rafforzare la prevenzione dell'AIDS tra gli operatori, in particolare nelle "cash gallery" e di mantenere adeguate forniture di materiali di prevenzione. Il problema costituito dalle "taste" e "free gallery" portò allo sviluppo di nuove strategie d'intervento.

Fu modificata la campagna informativa rivolta ai tossicodipendenti per ridurre

il rischio di contagio costituito dallo scambio di acqua e parafronalia e furono incluse informazioni specifiche per le "taste gallery" e le "free gallery".

Gli operatori di strada informavano i tossicodipendenti sul pericolo costituito dai loro luoghi di ritrovo. Si incoraggiava l'adozione di materiale di prevenzione, di misure igieniche per diminuire il rischio tra gli iniettori che frequentavano queste strutture private. I frequentatori delle "free gallery" venivano esortati a munirsi di bottigliette di varechina e di acqua che gli operatori di strada distribuivano per disinfettare la parafronalia già utilizzata ed evitare l'utilizzo comune dell'acqua. Gli operatori di strada provvedevano ad identificare tutte le free gallery nelle loro comunità ed a rifornire costantemente varechina e acqua per uso singolo.

Inoltre, la mancanza di acqua corrente e la proliferazione di siringhe sparse fece incrementare notevolmente lo scambio di acqua e di parafronalia.

Questa indagine mise in evidenza la necessità di continuare a seguire le "cash gallery" per promuovere la prevenzione contro l'AIDS tra gli operatori e fornire adeguate quantità di materiale di prevenzione.

La presa di coscienza dei problemi presenti nelle "taste gallery" e "free gallery" portarono allo sviluppo di nuove strategie d'intervento.

La campagna informativa rivolta ai TDI, oltre a dare informazioni sui rischi che lo scambio di acqua e dell'altra parafronalia comportavano, trattava anche argomenti specifici delle "taste gallery" e "free gallery". Gli operatori di strada discutevano con i clienti dei rischi che comportavano i luoghi simili a quelli in cui gruppi di amici si ritrovavano insieme per bucarsi. I clienti venivano incoraggiati a procurarsi il materiale di prevenzione (disponibile in questi posti) ed a promuovere l'adozione di pratiche per diminuire il rischio tra i TDI che frequentavano queste strutture private. Gli individui che frequentavano le "free gallery" venivano sollecitati a portarsi le bottiglie di varechina e di acqua che gli operatori di strada distribuivano per decontaminare la parafronalia utilizzata precedentemente ed evitare lo scambio dell'acqua.

Gli operatori di strada cercavano inoltre, di identificare tutte le "free gallery" nelle singole comunità e di fornire regolarmente bottiglie di varechina e di acqua per uso individuale.

INTERPRETAZIONE DEI MESSAGGI DI PREVENZIONE CONTRO L'AIDS

Le attività di prevenzione contro l'AIDS avevano cinque obiettivi primari:

- incrementare le conoscenze sull'AIDS;
- incoraggiare la valutazione del rischio individuale;
- individuare alternative di riduzione del rischio;

- rinforzare i messaggi di riduzione del rischio;
- promuovere la prevenzione.

I programmi di intervento per promuovere l'adozione di misure di riduzione del rischio tra i TDI, finalizzati a ridurre il rischio di trasmissione dell'HIV tra i TDI, attraverso l'adozione di misure preventive, indicano il rischio delle varie misure, dalle più efficaci, quali l'interruzione delle pratiche iniettive e dello scambio di materiale iniettivo, a quelle meno efficaci come l'utilizzo regolare della varechina per disinfettare la parafrenalia già utilizzata, maggiori quantitativi di varechina in caso di scambio, o la diminuzione degli scambi e dei partner .

Seguendo il modello di San Francisco, i programmi prevedevano, come misura pratica di riduzione del rischio, la distribuzione di varechina là dove non erano disponibili siringhe sterili o nei casi in cui non si poteva evitare lo scambio di siringhe già utilizzate (Newmeyer, 1988).

Dalle esperienze precedenti si era osservato che i TDI, indipendentemente dal grado di motivazione ad adottare misure per ridurre i rischi, si dimostravano disposti a seguire questi suggerimenti soltanto nella misura in cui avevano disponibili i mezzi per attuare la riduzione del rischio. Di qui l'idea di fornire ai TDI grandi quantità di bottiglie di varechina, espediente questo ben accolto dalle popolazioni target. Chiaramente, uscire dalla droga od evitare lo scambio di materiale iniettivo sono in assoluto le misure più efficaci per ridurre il rischio, le pratiche di disinfezione con la varechina costituiscono tuttavia, una valida alternativa.

Sorsero comunque, alcuni dubbi su questa strategia. Fu l'infelice e sconvolgente esperienza di un assuntore in amicizia con un etnografo, Larry Ouellet, che spinse a rivedere questa strategia.

Quest' individuo contattò Ouellet per rivelargli il suo timore di aver contratto l'HIV. Una sera si era recato da un amico il quale gli aveva proposto di dividere con lui una dose di eroina. Sfortunatamente, in quel momento non aveva con sé né la sua siringa né la varechina. L'etnografo gli chiese per quale motivo non era uscito a procurarsi una delle due. L'amico rispose che aveva preso in considerazione questa possibilità ma era convinto che, se fosse uscito, al suo ritorno non avrebbe più ritrovato la cocaina . Perciò aveva preso, con esitazione, la siringa appena utilizzata, di una persona sieropositiva e si era iniettato la sua parte di cocaina rimasta.

Se da una parte è piuttosto ovvio il possibile esito tragico dell'episodio, le persone che hanno familiarità con i comportamenti impulsivi associati alla dipendenza da stupefacenti non si stupiranno della decisione apparentemente irrazionale di quest'individuo.

Come caso di studio che ha contribuito all'analisi etnografica dell'adesione alle misure di riduzione del rischio, i nuovi dati ebbero una profonda influenza sulla comprensione di come i messaggi di prevenzione vengono interpretati.

Questa strategia di prevenzione apparentemente efficace, che prevedeva misure di disinfezione con la varechina, era stata interpretata involontariamente dalla popolazione target in modo tale da non considerare gli altri potenziali disinfettanti.

Se il cliente avesse pensato ad altri sistemi di disinfezione od almeno per eliminare l'HIV residuo dalla siringa, come l'utilizzo dell'aceto, dell'alcool, del collutorio, o persino di acqua saponata sarebbe stato molto meglio che prendere la siringa appena utilizzata da qualcun altro ed iniettarsela direttamente in vena.

Certamente queste misure non avrebbero garantito la prevenzione dall'infezione ma almeno avrebbero ridotto il rischio e minimizzata la quantità di virus attivo trasmesso.

In risposta a questa osservazione, gli operatori di strada vennero messi al corrente del problema riscontrato ed i messaggi relativi alla distribuzione della varechina per ridurre i rischi vennero modificati. Invece di promuovere semplicemente la disinfezione con la varechina, ai clienti si spiegò l'importanza di disinfettare od almeno pulire in profondità il materiale iniettivo già utilizzato.

L'attenzione di questa strategia di prevenzione si spostò così dall'utilizzo della varechina come disinfettante alla disinfezione, dove la varechina risultava il mezzo più efficace ma non l'unico mezzo di risciacquo esistente.

CONCLUSIONE

L'inclusione di una componente etnografica nella ricerca sull'AIDS offre molte possibilità di progressi a questo progetto.

Gli esempi citati, però, anche se istruttivi, servono soltanto a far comprendere il tipo di contributo che l'etnografia può dare. E' importante, poi, notare come le altre metodologie non si prestino al tipo di scoperte che sono il fondamento della ricerca etnografica. L'etnografia, tuttavia, non rappresenta affatto una panacea per tutti gli interventi efficaci od una soluzione ai difetti degli interventi esistenti che sono stati implementati senza di essa. Essendo una metodologia laboriosa e lunga, va integrata con un intervento programmato. Qualsiasi tentativo di considerare l'intervento di un etnografo in un progetto complesso come risolutore di tutti i problemi è destinato quasi sicuramente a deludere.

Inoltre, l'etnografo non dovrebbe essere considerato come garante dei benefici pratici prima indicati.

A prescindere dal tipo di formazione, un etnografo potrebbe non rivelarsi in grado di instaurare rapporti con le popolazioni target o di sviluppare rapporti di lavoro positivi con altro staff di intervento.

Stabilire un rapporto di lavoro produttivo con gli etnografi non è sempre un compito facile per i capo progetto.

Forse per tradizione alla materia e per scelta nella decisione della propria carriera, molti etnografi preferiscono lavorare in proprio.

Grazie alla loro induzione analitica, tendono ad essere più interessati a sviluppare le loro ipotesi di lavoro piuttosto che aiutare a verificare le ipotesi a priori di colleghi orientati verso la quantità.

Tali caratteristiche non precludono in alcun modo la possibilità di integrare con successo gli etnografi in un team multidisciplinare, ma suggeriscono che è opportuno valutare le aspettative all'inizio del rapporto anziché dopo, quando i problemi sono già sorti. Tutte le metodologie scientifiche hanno punti di forza e limiti che, alla fine, definiscono la loro applicazione appropriata e le loro potenzialità analitiche.

Nel caso di un team multi-disciplinare, al fine di trarre il meglio da tutti i componenti e di evitare aspettative non realistiche, si dovrebbe pervenire ad un accordo formale che definisca ruoli e responsabilità per tutte le attività programmate ed i risultati del lavoro.

Semberebbe che soltanto ora l'etnografia cominci ad essere applicata negli interventi sull'AIDS e gli altri basati sulle comunità. Una conseguenza negativa della crescente diffusione di professionisti è che la richiesta di etnografi ha iniziato ad essere superiore al numero di candidati disponibile. In nessun altro caso questo è più evidente che in necessità di una minoranza di ricercatori con esperienza.

Di sicuro non occorre che la razza e l'appartenenza etnica degli etnografi coincida con quella dei loro soggetti di studio ed alcuni, addirittura, sostengono che sono tali differenze che spesso contribuiscono a quelle intuizioni che altrimenti verrebbero trascurate. Tuttavia è difficile negare che la comprensione attuale e futura degli argomenti studiati dagli etnografi verrebbe notevolmente aumentata da una rappresentazione più cospicua di minoranze che contribuiscono a quel bagaglio di conoscenze.

Perché ciò si realizzi nell'immediato futuro devono avvenire dei cambiamenti nelle scuole superiori. Prima di tutto si dovrebbero accrescere i corsi nei metodi qualitativi ed il supporto agli studenti che intendono intraprendere tesi e dissertazioni etnografiche.

Attualmente c'è la tendenza in molti Dipartimenti di Scienze Sociali Accademiche a favorire gli studi teorici rispetto alla ricerca applicata.

Un mezzo per far fronte a questo ostacolo potrebbe essere quello di espandere le opportunità di formazione etnografica nell'ambito delle facoltà universitarie con orientamenti applicati come la sanità pubblica, gli studi urbanistici, la pubblica amministrazione, il servizio sociale, l'assistenza socio sanitaria e cose simili.

Infine, questi programmi universitari devono essere in grado di attrarre candidati capaci ed entusiasti. Il riconoscimento del lavoro degli etnografi attuali può soltanto essere di aiuto in questo senso, così come la continua disponibilità di posizioni ben retribuite sul mercato del lavoro.

Bibliografia

1. Akins C., Beschner G., eds 1980, *Ethnography : A research tool for policymakers in the drug and alcohol fields*, U.S. Department of Health and Human Services Publication N. (ADM) 80-946;
2. Becker H.S., 1953 *Becoming a marijuana user*, American Journal of sociology, 59:235-242;
3. Brown B. and Beschner G. eds. 1993, *Handbook on risk of AIDS: injection drug user and sexual partners*, Westport, CT: Greenwood Press;
4. De Alarcon R. 1969, *The spread of heroin abuse in a community*, Bulletin on narcotics 12:17-22;
5. Feldman H., Agar M. and Beschner G. eds 1979, *Angel Dust: An ethnographic study of PCP users*, Lexington, Mass: D.C. Heath and Company, Lexington Books;
6. Finestone H. 1957, *Cats, kicks and color*, *Social Problems*, 5:3-13;
7. Gleghorn AA., Doherty MC., Vlhav D., Jones TS., Celentano DD., Jefferson M., Garfein R. and Abdel-Tawab N., Johns Hopkins U., Baltimore MD., USA 1993, CDC, Atlanta GA, USA. - *Insufficient bleach contact time during syringe cleaning among injection drug users* (IDUS);
8. Hughes H.M. 1961, *The fantastic lodge: The autobiography of a drug addict*, New York: Fawcett World Library;
9. Hughes P. 1977, *Behind the wall of respect: community experiments in heroin addiction control*, Chicago: University of Chicago Press;
10. Koester S., Booth R. and Wiebel W. 1990, *The risk of HIV transmission from sharing water, drug mixing containers and cotton filters among intravenous drug users*, International Journal on drug policy, 1(6): 28-30;
11. Linds Smith A., 1947, *Opiate Addiction*, Bloomington, INd.: Principia Press;
12. Marmor M., Des Carlais D., Cohen H., Friedman S., Beatrice S., Dubin N., El-Sad W., Midvan D., Yancovitz S., Mathur U. and Holzman R., 1987, *Risk factors for infection with HIV among intravenous drug abusers* in New York City -AIDS, 1:39-44;
13. National Institute on drug abuse (1987a) Program Announcement DA - 87-13, *AIDS Community Outreach Demonstration Project*;
14. National Institute on drug abuse (1987b) Request for Proposal 271-87-8208, *Indigenous Leader Outreach to IV drug abusers*;
15. National Institute on drug abuse (1990) Program Announcement DA- 90-02, *A cooperative agreement for AIDS community based outreach/intervention research*;
16. Newmeyer J. 1988, *Development of a strategy to combat HIV contagion among San Francisco intravenous drug users*, in *Needle sharing among intravenous drug abusers: National and International perspectives*, National Institute on drug abuse research monograph, 80 Washington D.C.: Department of Health and Human Services Publication N. (ADM) 88-1567;

17. Preble E., and Casey J. (1969), *Taking care of business - The heroin users's life in the street* *International Journal of the addictions* 4:1-24;
18. Preble E. and Miller T. (1977), *Methadone, wine and welfare* in Weppner, R. (ed) *Street Ethnography*, Beverly Hills: Sage Publications;
19. Ouellet L., Jimenez A., Johnson W. (1991), *Shooting galleries and HIV disease: variations in places for injecting illicit drugs*, *Crime and delinquency*, 37 (1): 64-65;
20. Ramos R. (1989), *To be in the fire: drug trends in El Paso, Texas*, in *Community epidemiology work group: epidemiologic trends in drug abuse, proceedings June 1989*, U.S. Government Printing Office 248-963:00768;
21. Ratner M. (1993), *The role of ethnography in understanding and preventing drug abuse, report to the Office of Technology Assessment*, U.S. Congress, Washington, D.C.;
22. Rhodes F. (1993), *The behavioral counselling model for injection drug users: intervention manual*, Washington D.C., National Institutes of Health Publication N. 93-3579;
23. *Secretary of Health and Human Services* (1993), *Federal Register* Vol. 58 N. 60:17064;
24. Shapshak P., McCoy C., Rivers J., Chitwood D., Mash D., Weatherby N. Inciardi J., Shah S. and Brown B. (1993), *Inactivation of HIV-1 at short time intervals using undiluted bleach*, *Journal of acquired immune deficiency Syndromes*, 6:219-219;
25. Shick J., Dorus W., and Hughes P. (1978), *Adolescent drug using groups in Chicago parks*, *Drug and Alcohol Dependence*, 3:199-210;
26. Shick J. and Wiebel W. (1981), *Congregation sites for youthful multiple drug abusers: locations for epidemiological research and intervention*, *Drug and Alcohol dependences*, 7:63-79;
27. Waldorf D. (1980), *A brief history of illicit drug ethnographies*, in C. Akins and G. Beschner (eds.) - *Ethnography: A research tool for policymakers in the drug and alcohol fields*, U.S. Department of Health and Human Services Publications N. (ADM) 80-946;
28. Watters J. (1989), *Observations on the importance of social context in HIV transmission among intravenous drug users*, *Journal of drug issues*, 19(4): 9-26;
29. Weppner R.S. (ed.) (1977), *Street ethnography*, Beverly Hills: Sage Publications;
30. Wiebel W. (1988), *Combining ethnography and epidemiologic methods in targeted AIDS interventions: the Chicago model in Needle sharing among intravenous drug abusers*, *National and International Perspectives*, National Institute on drug abuse research monograph 80, Washington D.C., Department of Health and Human Services Publications N. (ADM) 83-1567;
31. Wiebel W. (1993), *The indigenous leader outreach model: intervention manual*, Washington D.C., National Institutes of Health Publication N. 93-3591.