

Relazione sui risultati dell'indagine su "Realtà, problemi e proposte delle Chiese locali sui servizi socio-sanitari e sull'azione pastorale per le persone con HIV-AIDS nel mondo"

Il quadro logico del progetto

L'HIV-AIDS oggi è diventata un'epidemia globale, legata non più allo stereotipo dei comportamenti omosessuali (come per lungo tempo si è creduto fin dai suoi esordi nel 1981), in quanto a diffusione prevalentemente eterosessuale. Numerosi Istituti Internazionali di Ricerca e Organizzazioni Internazionali, di concerto con i Ministeri della Sanità di molti Paesi, sono impegnati nell'arduo tentativo di monitorare il fenomeno, sia al fine di una sua più esatta stima e di un contenimento della sua diffusione, sia nell'intento di studiare opportune strategie di intervento a fini preventivi oltre che assistenziali.

In un tale contesto la Chiesa si è interrogata sulla portata della sua azione, sia sotto l'aspetto più specificamente assistenziale, che sotto quello preventivo, educativo e di accompagnamento pastorale; sulla conoscenza delle difficoltà più pesanti che affliggono le Chiese locali in questo delicatissimo ambito della pastorale ai malati; sulle prospettive future di azione ed intervento.

Definizione degli obiettivi conoscitivi

L'indagine, a carattere esplorativo-descrittivo, si proponeva di:

A) conoscere lo stato attuale:

- dei programmi per l'assistenza socio-sanitaria delle persone sieropositive e dei malati di AIDS;

- dell'azione pastorale; con particolare riferimento all'azione di prevenzione, educazione, informazione della popolazione (in special modo quella giovanile) e la formazione degli operatori di settore;

B) individuare le problema-

tiche emergenti nell'attuazione di questi interventi;

C) registrare le proposte ed i suggerimenti delle Chiese locali intervistate, per l'applicazione di nuove strategie nell'approccio a tale problematica.

La rilevazione è stata effettuata su 112 Conferenze Episcopali di altrettanti Paesi, contattate attraverso le Nunziature Apostoliche, al fine di raggiungere i Vescovi ivi responsabili della Pastorale Sanitaria. Si tratta di persone che hanno una conoscenza approfondita, ma allo stesso tempo di ampio respiro, dell'oggetto della ricerca.

Al fine di assicurare un livello qualitativamente alto di attendibilità delle risposte, è stato suggerito di avvalersi di piccoli gruppi di esperti, inseriti nelle diverse aree di indagine in cui lo strumento di rilevazione risultava articolato. Il contributo dei nostri intervistati non deve essere quindi sottostimato, in quanto i "soggetti" intervistati sono legittimati da un ruolo e da una rappresentatività tale, in seno alle Chiese locali o agli Organismi internazionali, da porli a conoscenza di informazioni attendibili, qualificate e qualificanti ai fini della ricerca.

Per quanto riguarda la rilevazione, è stato predisposto un questionario cartaceo semi-strutturato, con items a risposta chiusa standardizzata o risposta multipla ed items a risposta aperta, che, a partire dal luglio scorso, è stato inviato, tramite le Nunziature Apostoliche, alle 112 Conferenze Episcopali, per essere consegnato ai Vescovi responsabili della Pastorale Sanitaria, ai fini della compilazione.

Il questionario si articola in sette aree tematiche: tessuto sociale, prospettiva etico-morale, azione pastorale, servizi socio-

sanitari, progetti e sperimentazioni, problematiche emergenti ed infine, proposte e suggerimenti. Termine ultimo fissato per la restituzione dei questionari, il 31 agosto 1999.

A quella data sono pervenuti presso questo Dicastero, debitamente compilati, 56 questionari dalle Conferenze Episcopali di Paesi appartenenti alle cinque aree continentali; da 13 Conferenze Episcopali, invece, sono giunti dei rapporti sintetici relativi agli argomenti del questionario ma soprattutto con informazioni relative alla specificità delle situazioni politiche e socio-culturali degli stessi. 6 Conferenze Episcopali hanno dichiarato di non poter rispondere per la marginalità del problema nella loro realtà sociale. Da 37 Conferenze Episcopali non è giunta alcuna risposta. Osservando la distribuzione per grandi aree geografiche dei Paesi che hanno compilato il questionario, si constata, eccetto che per il Medio Oriente ed il Nord Africa, la presenza di un numero di Paesi sufficientemente rappresentativi delle aree individuate.

È importante sottolineare che i risultati di questa indagine rimangono dei risultati non estensibili all'universo di tutti i Paesi, poiché non si è trattato di un'indagine su campione probabilistico ma su campione ragionato, tuttavia rimangono validi ed utili per le Chiese coinvolte e per il rilancio di un'azione futura e la predisposizione di linea guida più generali.

Il tessuto sociale

In questa prima sezione del questionario si è cercato di evidenziare:

- i problemi sociali più urgenti percepiti dalle Chiese lo-

cali (analfabetismo, povertà, disoccupazione, immigrazione, indebolimento vincoli familiari etc.);

– le carenze più evidenti (in ambito politico, economico, culturale etc.);

– i tipi di disagio più diffusi tra la popolazione associati a comportamenti c.d. a rischio di infezione da virus HIV-AIDS (prostituzione, tossicodipendenza, alcolismo, delinquenza minorile etc.);

– le istituzioni o gli organismi che si occupano maggiormente dei problemi sociali o medico-sanitari del Paese (pubblico, privato, organismi ecclesiali, NGO cattoliche e non);

– infine la direzione in cui la situazione sociale e medico-sanitaria va sviluppandosi (miglioramento, peggioramento o stallo).

Alcune statistiche descrittive

È stato chiesto agli intervistati di indicare le problematiche del contesto sociale percepite come più urgenti e prevalenti nel Paese di appartenenza. Tra le categorie indicate, la povertà insieme all'inadeguatezza delle politiche sociali presenta le percentuali maggiori rispetto a tutte le altre problematiche, essendo state indicate ciascuna nell'82,1% dei casi. Questa associazione di povertà e inadeguatezza di politiche sociali fa riflettere sulla situazione di tutti quei Paesi ancora in via di sviluppo in cui la povertà è un fenomeno non ancora affrontato come problema di tutta la società.

Seguono la disoccupazione con l'80,4% delle opzioni, l'allentamento dei vincoli familiari con il 76,8%, il processo di urbanizzazione con il 64,3% cui è correlato un progressivo spopolamento delle aree rurali, in particolare nei Paesi dell'Africa subsahariana. Da notare che l'analfabetismo, indicato nel 53,6% dei casi, non è tuttavia avvertito come prioritario, data la tendenza generalizzata all'aumento della popolazione scolarizzata.

Inoltre è stato chiesto agli intervistati di collocare tali

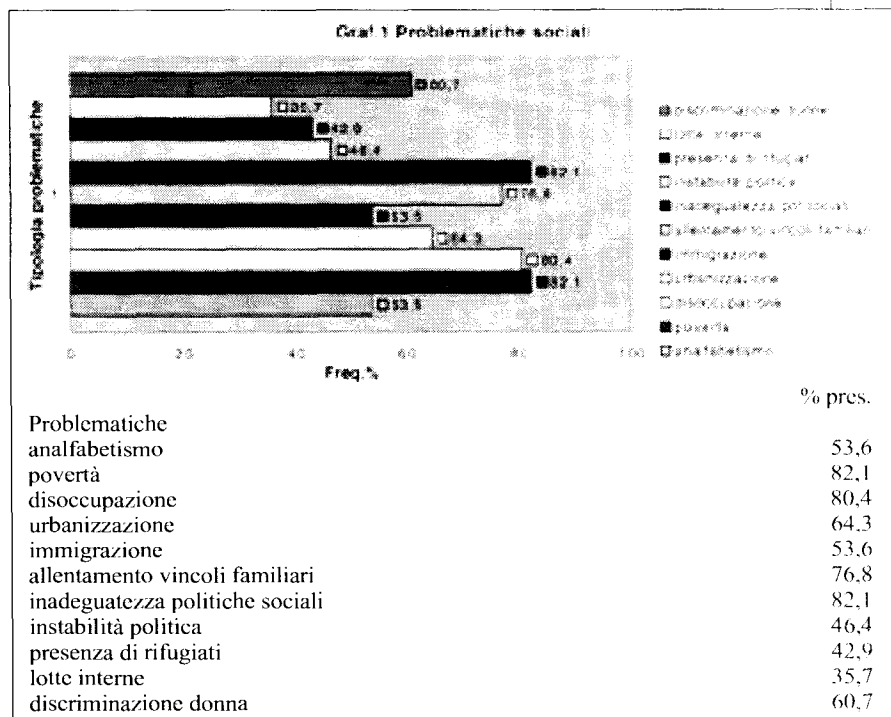
problematiche in ordine decrescente di importanza: l'ordinamento che ne è risultato è il seguente. La povertà costituisce la categoria modale sia della 1ª che della 2ª posizione, infatti presenta in corrispondenza di queste due posizioni la massima frequenza: rispettivamente è stata collocata al 1º e 2º posto con frequenze del 33,9% e del 28,6% per un totale del 62,5%. La percezione della povertà come problema prevalente risulta inoltre diffusa nella maggior parte delle Chiese intervistate, attraversando trasversalmente Paesi appartenenti ad aree geografiche e di sviluppo molto diverse tra loro.

La disoccupazione e l'allentamento dei vincoli familiari, sono stati collocati rispettivamente al 3º posto con una percentuale del 26,8% ed al 4º posto con una percentuale del 16,1%. Evidentemente la percezione di entrambe le problematiche è molto forte, ma si concentra maggiormente sulla disoccupazione, in quanto ad essa si associano disagi più concreti, legati al vivere quotidiano e quindi più visibili. Tuttavia l'allentamento dei vincoli familiari costituisce un serio campanello d'allarme per le ricadute sul contesto sociale che ne possono derivare (Graf. 1).

Questi dati trovano, in buona parte, riscontro nelle risposte al secondo quesito da noi posto, che tendeva ad individuare gli ambiti in cui si manifestassero le maggiori carenze. Dal grafico si evince come le maggiori carenze riguardino gli interventi sociali nell'85,7% dei casi e l'economia nel 74,9%, seguiti da carenze negli interventi educativo-culturali nel 73,2%.

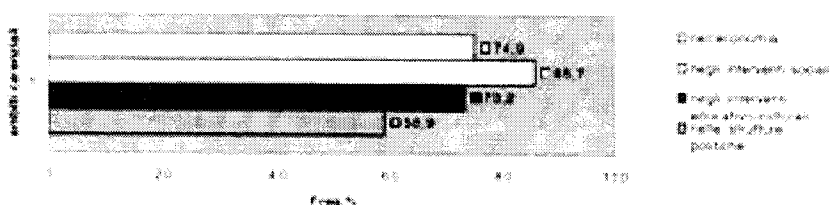
Anche in questo caso è stato chiesto agli intervistati di stabilire un ordine decrescente di importanza tra questi ambiti carenziali. La massima frequenza percentuale rilevata sulla 1ª posizione dell'ordinamento si riferisce proprio alle carenze negli interventi sociali (32,1%), dato che va a confortare quanto rilevato nel quesito precedente, in cui si rilevava una grave distrazione riferita alle politiche sociali.

Per quanto riguarda la 2ª posizione, invece, la massima frequenza percentuale rilevabile, 21,4% è riferita alle carenze economiche, che, se è vero che in questo grafico troviamo indicate in percentuale minore, sono però percepite in termini di problematicità come molto più gravi. Anche questo dato va, quindi, a confortare quanto precedentemente detto in riferimento ai problemi della povertà e della disoccupazione (Graf. 2).



| Ambiti in cui si manifestano maggiormente delle carenze nelle strutture politiche | % |
|---|------|
| negli interventi educativo-culturali | 58,9 |
| negli interventi sociali | 73,2 |
| nell'economia | 85,7 |
| | 74,9 |

Graf. 2 Ambiti in cui si manifestano le maggiori carenze



Nel quesito successivo è stato chiesto di indicare le tipologie di disagio associate a comportamenti a rischio per la contrazione del virus dell'HIV-AIDS. Come ben potevamo attenderci, la tossicodipendenza e la prostituzione hanno registrato le percentuali più alte, rispettivamente l'89,3% e l'85,7%, subito seguite a breve distanza dalla delinquenza minorile con l'83,9% e l'alcolismo con l'82,1%. Nonostante non registrino valori così elevati, tuttavia anche l'emarginazione e lo sfruttamento minorile costituiscono dei disagi profondamente radicati in molti Paesi.

Quando poi è stato chiesto, come nei precedenti quesiti, di collocare tali disagi in ordine decrescente di importanza, è emerso un dato molto interessante, sul quale si sono concentrate le indicazioni delle Chiese intervistate. Infatti la massima frequenza percentuale rilevata sulla 1ª posizione si riferisce all'alcolismo con un 23,2% di preferenze, ad indicare quanto questo fattore riesca ad influenzare il comportamento sessuale, soprattutto dei giovani, esponendoli più facilmente al rischio di contrazione del virus (Graf. 3).

La tossicodipendenza costituisce la categoria modale rispetto alla 2ª posizione con un valore percentuale del 28,6% e la prostituzione lo è rispetto alla 3ª posizione con un valore percentuale del 21,4%, rispettando l'ordine generale delle preferenze che osserviamo nel grafico.

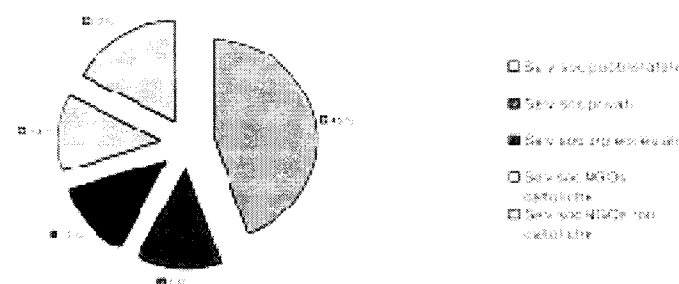
Questi dati vengono confermati dal quesito successivo, in cui si chiedeva in quali gruppi si registrano il maggior numero di persone con HIV-AIDS: infatti i valori modali corrispondenti alla 1ª ed alla 2ª posizione corrispondono alle categorie della tossicodipendenza e della

prostituzione, rispettivamente con le percentuali del 26,8% e del 19,6%. Di non minore importanza è poi, in 3ª posizione, la delinquenza minorile e lo sfruttamento dei minori, che incidono fortemente sui modelli di comportamento dei più giovani.

Facendo poi riferimento agli interventi, a carattere sociale, attivati per far fronte al disagio sociale di cui soffrono le persone che vivono con HIV-AIDS, è stato chiesto agli intervistati di indicare il contributo percentuale di alcune realtà pubbliche/statali, private, della Chiesa oppure di Organismi a carattere internazionale. Come si osserva dal grafico, il 45% dei contributi medi percentuali per interventi sociali è sostenuto dal pubblico/statale, seguito dalle NGOs non cattoliche con il 17%. Tuttavia, se si considerano complessivamente i contributi medi offerti dal sostegno di organismi ecclesiali (12%), e dalle NGOs cattoliche (13%), si raggiunge un totale del 25%, che porta la Chiesa a costituire il primo partner dello Stato in campo sociale (Graf. 4).

| | % |
|--------------------------------------|------|
| Servizi sociali pubblici/statali | 44,5 |
| Servizi sociali privati | 13,2 |
| Servizi sociali organismi ecclesiali | 12,3 |
| Servizi sociali NGOs cattoliche | 12,7 |
| Servizi sociali NGOs non cattoliche | 17,3 |

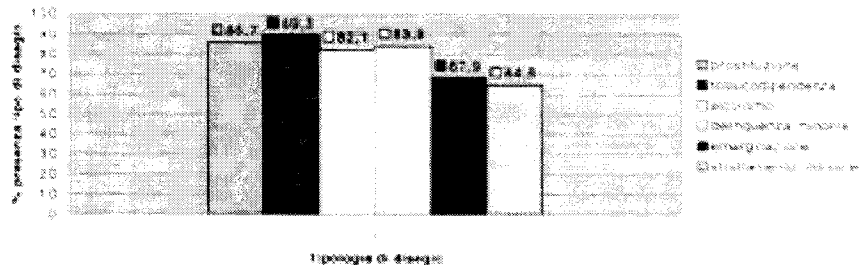
Graf. 4 Contributi medi percentuali rispetto a organismi negli interventi sociali



Tipologie di disagio che espongono a comportamenti a rischio di infezione di HIV-AIDS

| | % |
|-----------------------|------|
| prostituzione | 85,7 |
| tossicodipendenza | 89,3 |
| alcolismo | 82,1 |
| delinquenza minorile | 83,9 |
| emarginazione | 67,9 |
| sfruttamento minorile | 64,6 |

Graf. 3 Tipologie di disagio associate a comportamenti a rischio per la contrazione del virus dell'HIV-AIDS



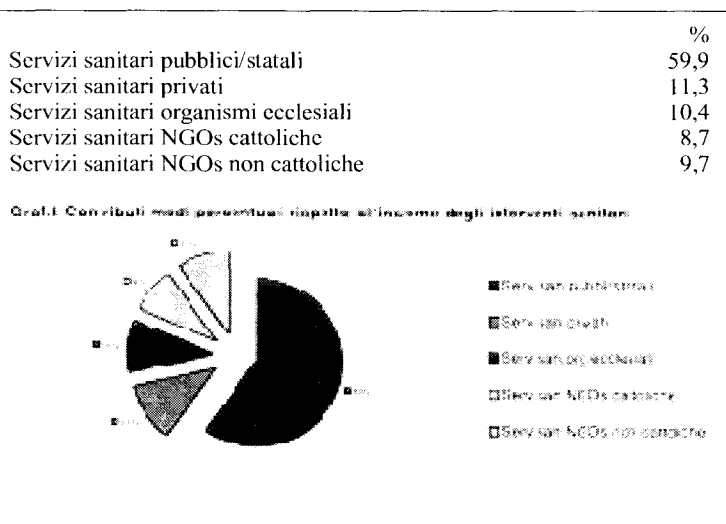
Se poi consideriamo con lo stesso criterio gli interventi sanitari, si osserva che, in questo ambito specifico, l'impegno dello Stato si fa più intenso, raggiungendo il 60% dei contributi medi, ed ancora una volta troviamo la Chiesa come primo sostenitore, con un 19% che rappresenta un terzo dei contributi statali ed il doppio degli interventi delle NGOs non cattoliche (10%) e dei privati (11%) (Graf. 5).

Africa, ed un sensibile miglioramento si registra anche nell'Africa subsahariana.

Il quadro è molto diverso sul versante della situazione medico-sanitaria, la cui distribuzione è molto concentrata sulla modalità che esprime la percezione di un miglioramento (66,1%), che a sua volta appare molto sensibile nei Paesi dell'Europa Orientale ed Occidentale, nei Paesi dell'Asia Orientale e del Pacifico, mentre è in via di peggioramento

che, e poiché disegnano un quadro del tessuto sociale a tutti noto, offrono il riscontro empirico per affermare che le Chiese locali hanno una percezione delle problematiche e dei disagi diffusi nel contesto sociale molto vicina al dato reale; significa che la Chiesa è inserita nel tessuto connettivo della società nonostante e contro tutte le difficoltà oggettive che in alcuni casi incontra (come denunciano la Chiesa del Lesotho o di Cuba, per esempio). L'opera della Chiesa non è quindi fondata su assunti teorici ma si cala nel tessuto vivo della società e, percepandone le difficoltà, opera di conseguenza.

16



La prospettiva etico-morale

Alcune statistiche descrittive

In questa parte del questionario si è osservato il fenomeno della discriminazione sociale, di cui le persone che vivono con HIV-AIDS sono spesso oggetto, in particolare negli ambienti familiare, scolastico e sanitario.

Per quanto concerne la situazione sociale nel suo complesso, la percezione del fenomeno da parte degli intervistati si distribuisce piuttosto equamente tra le tre opzioni disponibili: un 37,5% risponde che è in progressivo miglioramento, un 28,6% che è in via di peggioramento ed un consistente 32,1% non avverte alcun mutamento. Il miglioramento della situazione sociale risulta più spiccato nei Paesi dell'Europa orientale, nel Medio Oriente e Nord

nei Paesi dell'Africa subsahariana come in quelli dell'America centro-settentrionale.

Le disuguaglianze nella salute sono dovute prevalentemente all'inadeguatezza delle politiche sociali oltre che sanitarie, e pertanto riscontrabili nel Paese povero come in quello ricco e sviluppato.

È importante sottolineare che questi risultati rappresentano la percezione dei Vescovi o dei gruppi di loro collaboratori rispetto a tali problemat-

Dal grafico si rileva che gli ambiti in cui tali forme di discriminazione ricorrono maggiormente sono anzitutto la famiglia e l'ambito lavorativo, entrambi al 91,1%. Segue l'ambiente scolastico, con una percentuale del 71,4% che ne evidenzia la problematicità. Quando poi alle Chiese è stato chiesto di stabilire un ordinamento decrescente di importanza, tra questi ambiti in cui si manifestano forme di discriminazione verso le persone con HIV-AIDS, è stato rilevato che la categoria modale riferita alla 1ª posizione corrisponde all'ambiente lavorativo (41,1%), mentre alla 2ª posizione corrisponde quello scolastico (25%) ed alla 3ª posizione quello familiare (32,1%). È importante sottolineare che si tratta proprio dei contesti sociali all'interno dei quali avvengono i più significativi processi di socializzazione: la famiglia, la scuola ed il gruppo dei pari, il lavoro.

La motivazione che si rileva con maggiore frequenza è la paura del contagio (85,7%)



collegata, soprattutto nei Paesi di area asiatica e dell'Africa subsahariana, ad un basso livello di informazione circa le modalità di trasmissione della malattia e a fenomeni di carattere più specificamente culturale. Un dato che induce alla riflessione ci è offerto dal fatto che, nel 21,4% dei casi, tale timore risulta presente nei Paesi dell'Europa Occidentale correlato con una corrispondenza quasi matematica ad un altrettanto elevato livello di pregiudizio (21,4%) nei confronti delle persone con tale malattia (Graf. 6).

trasversalmente tutti i Paesi, di ogni cultura, come abbiamo già osservato per la povertà. Tuttavia, è opportuno chiedersi a quale livello delle relazioni interfamiliari si verifica maggiormente tale fenomeno.

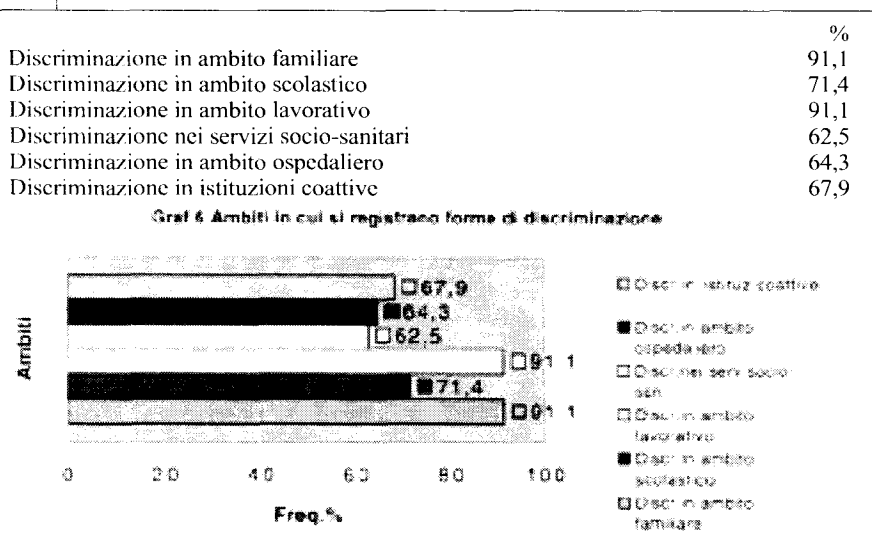
Ebbene, all'interno del ristretto nucleo familiare i *vincoli genitori/figli e tra coniugi* sembrano tenere di fronte al manifestarsi della malattia, mentre nel 64,3% dei casi è la c.d. famiglia allargata, ossia i familiari di 2° e 3° grado a manifestare forme di emarginazione e discriminazione nei confronti del

In tutte le grandi aree geografiche ed in particolare in Asia (16%), in America meridionale (21,4%) e nell'Africa subsahariana (17,9%), per far fronte al problema AIDS sono state attivate iniziative di informazione/formazione dirette principalmente all'*educazione sanitaria a fini preventivi* (67,9%) cui si unisce l'impegno educativo riguardo l'*affettività di coppia* (21,4%) ed il superamento delle barriere discriminatorie.

I soggetti promotori di queste iniziative sono nel 60,7% dei casi *agenzie governative*, seguite dalle attivissime *associazioni di volontariato* (44,6%).

b) nella scuola

Per quanto concerne il fenomeno della *discriminazione in ambito scolastico*, l'altro importante contesto di socializzazione, si evidenzia, rispetto all'ambito familiare, una maggiore oscillazione tra le diverse aree geografiche anche perché variamente influenzata dai sistemi di politiche sociali adottate. Si evidenzia come nell'area asiatica, nel contesto scolastico, questo fenomeno sia mediamente meno diffuso rispetto agli altri Paesi, ed infatti è noto che in Paesi come l'India, ad esempio, la Chiesa si sta impegnando intensamente nel contesto scolastico, promuovendo una corretta informa-

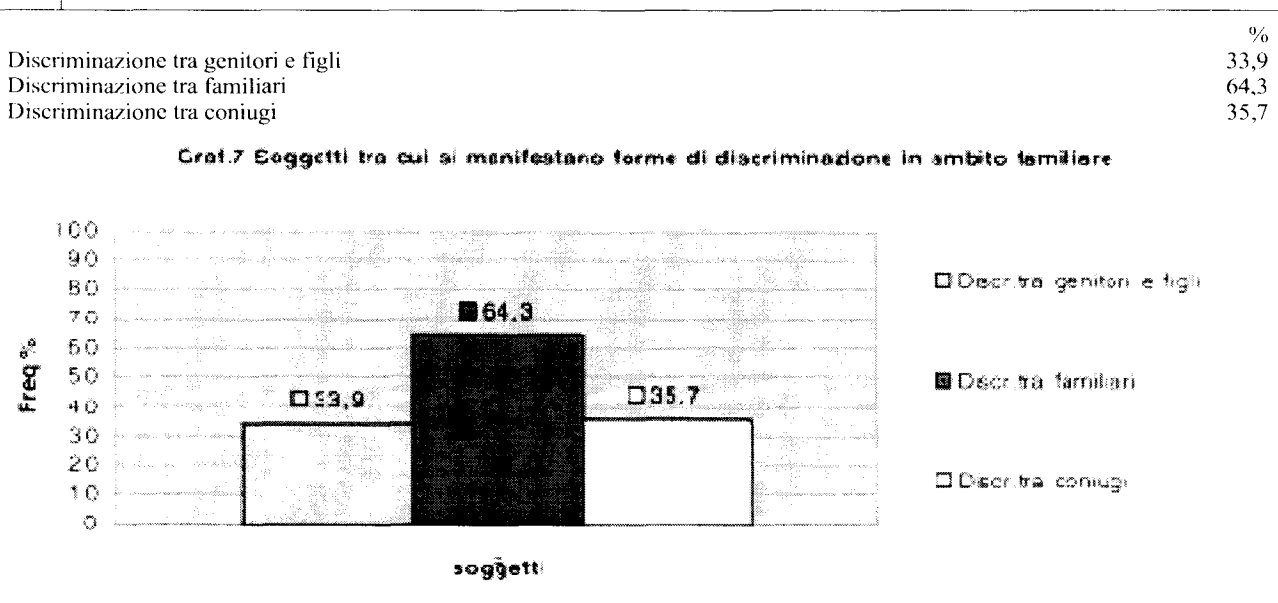


a) in famiglia

La discriminazione familiare non sembra affatto appartenere a questa o a quella cultura, quanto invece si manifesta come fenomeno che attraversa

familiare sieropositivo.

Le motivazioni di queste forme di discriminazione si rintracciano anzitutto *nell'attribuzione di colpa* (71,4%) e nella *paura del contagio* (69,6%) (Graf. 7).



zione non solo degli studenti ma anche del corpo docente sulla malattia e sulle sue modalità di trasmissione.

In ambito scolastico i soggetti che non solo manifestano più spesso atteggiamenti discriminatori verso le persone con HIV-AIDS (69,6% dei casi) ma che sono anche stati collocati in 1ª posizione nell'ordinamento decrescente per grado di capacità discriminante sono proprio i *genitori* dei ragazzi (percentuale categoria modale: 39,3%), e questo soprattutto nei Paesi di area occidentale (Graf. 8).

b.1) iniziative delle scuole cattoliche:

La scuola cattolica, specialmente in alcuni Paesi come il Messico, l'India, la Colombia e il Libano, risulta molto impegnata su questo fronte, nonostante incontri difficoltà oggettive, dovute prevalentemente alla mancanza di risorse finanziarie ancor più che umane. Le attività delle scuole cattoliche, in questi Paesi, sono dirette principalmente alla informazione e sensibilizzazione degli studenti ad una più attenta ed approfondita conoscenza della malattia e dei suoi mezzi di

organizzazione di incontri con genitori, studenti e movimenti cattolici, esperti esterni, a fini educativo-informativi;

- ascolto di testimonianze di persone che vivono con il AIDS;

- conversazioni educative con dibattiti, teatro, video, forum, testimonianze di malati e volontari;

- pubblicazione materiale di sensibilizzazione: opuscoli, depliant, manifesti, pacchetti multimediali per le scuole, brochure sulla prevenzione etc.;

- educazione all'autopromozione, alla scoperta e alla valorizzazione delle capacità ed attitudini individuali;

- organizzazione staff di docenti per l'educazione alla prevenzione dell'HIV-AIDS e formazione tra i giovani di clubs anti-AIDS e di gruppi di supporto tra i pari;

- educazione all'affettività di coppia, alla procreazione responsabile, promozione del sexual behaviour changing, educazione alla vita ed all'amore (Programma EVA del Cameroun);

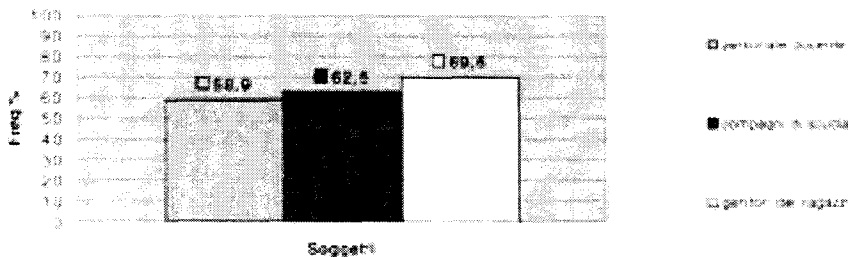
- educazione sanitaria, incontri con operatori dell'area sanitaria, con rappresentanti del mondo medico e scientifico, con rappresentanti del mondo politico.

c) nelle strutture sanitarie

Anche nelle strutture sanitarie, ed in particolare in ambito ospedaliero, si riscontrano forme di discriminazione nei confronti delle persone con HIV-AIDS, tuttavia meno frequentemente rispetto agli ambiti poc'anzi considerati, es-

| Soggetti | % |
|----------------------|------|
| Personale docente | 58,9 |
| Compagni di scuola | 62,5 |
| Genitori dei ragazzi | 69,6 |

Graf. 8 Soggetti tra cui si manifestano forme di discriminazione in ambito scolastico



Il personale docente costituisce, invece, la parte più aperta alla comprensione ed all'accoglienza degli allievi sieropositivi. Tuttavia, le *attività di informazione/formazione nelle scuole pubbliche* sul tema dell'AIDS, risultano nel 51,8% dei casi *saltuarie* e in percentuale più diffuse nei Paesi dell'area occidentale e dell'America Latina. Tali iniziative sono dirette principalmente alla diffusione di una educazione sanitaria a carattere preventivo (42,9%) ed alla formazione dei docenti sulle forme di prevenzione (33,9%). Questo dato potrebbe spiegare l'atteggiamento particolarmente accogliente dei docenti nelle scuole, alla cui formazione in tal senso sembra si dia particolare attenzione. I soggetti che si fanno promotori di queste iniziative nelle scuole pubbliche sono numerosi: dalle Agenzie governative alle Associazioni di volontariato, gli stessi docenti e gli organismi ecclesiali laddove gli venga consentito.

trasmissione, accompagnata da un'intensa azione educativa e formativa al rispetto della vita, alla fedeltà ed all'amore coniugale, all'affettività di coppia, alla genitorialità responsabile, per uno stile di vita improntato ai valori morali cristiani.

L'educazione sanitaria costituisce ampia parte dell'azione preventiva nelle scuole cattoliche, affidata ad insegnanti preparati ed idoneamente formati a trasmettere queste importanti cognizioni ai giovani studenti.

Naturalmente non mancano Paesi in cui la Chiesa cattolica soffre di ingiuste esclusioni dalla vita sociale: a Cuba per esempio non esistono scuole cattoliche oppure - è il caso del Lesotho - le cellule AIDS della Chiesa cattolica non sono accettate nel 75% delle scuole; Paesi dove gli insegnanti ed i genitori dei ragazzi necessiterebbero di adeguata informazione e formazione sulla problematica, ma non c'è disponibilità di fondi.

Le iniziative che si rilevano con maggior ricorrenza sono:

