

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

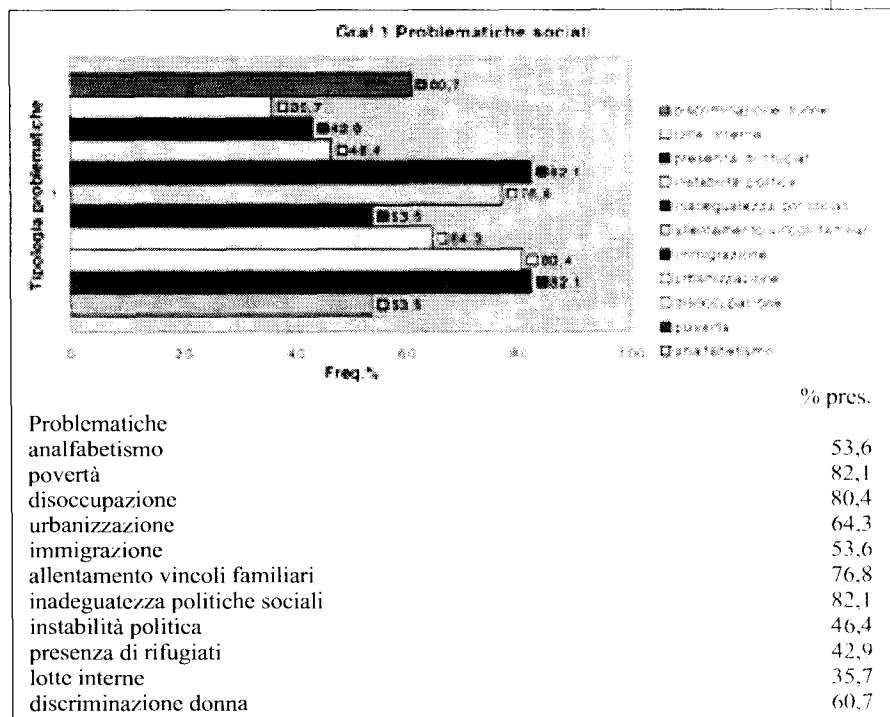
problematiche in ordine decrescente di importanza: l'ordinamento che ne è risultato è il seguente. La povertà costituisce la categoria modale sia della 1^a che della 2^a posizione, infatti presenta in corrispondenza di queste due posizioni la massima frequenza: rispettivamente è stata collocata al 1° e 2° 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 3° posto con una percentuale del 26,8% ed al 4° 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%.

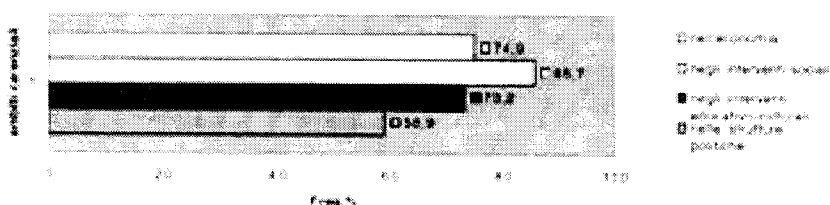
Anche in questo caso è stato chiesto agli intervistati di stabilire un ordine decrescente di importanza tra questi ambiti carenziali. La massima frequenza percentuale rilevata sulla 1^a posizione dell'ordinamento si riferisce proprio alle carenze negli interventi sociali (32,1%), dato che va a confortare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

Per quanto riguarda la 2^a 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 negli interventi sociali nell'economia	%
	58,9
	73,2
	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.

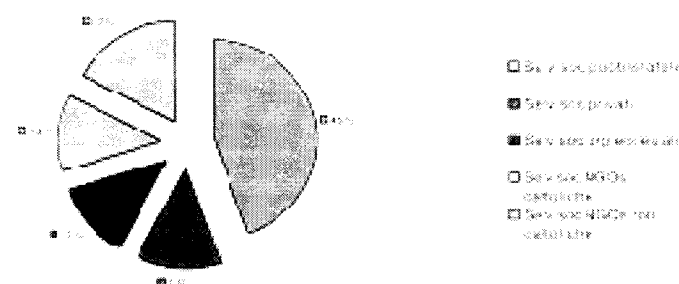
Questi dati vengono confermati dal quesito successivo, in cui si chiedeva in quali gruppi si registrano il maggior numero di persone con HIV-AIDS: infatti i valori modali corrispondenti alla 1ª ed alla 2ª posizione corrispondono alle categorie della tossicodipendenza e della

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

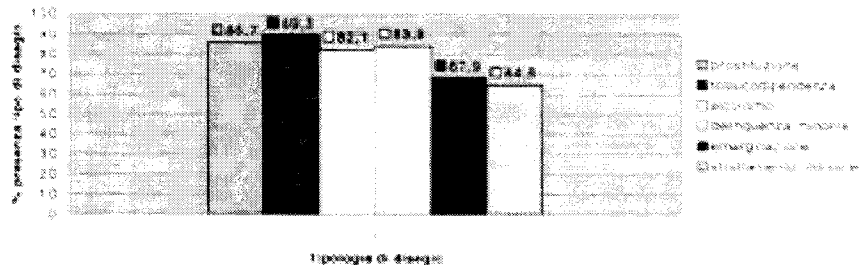
Graf. 4 Contributi medi percentuali rispetto a organismi negli interventi sociali



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



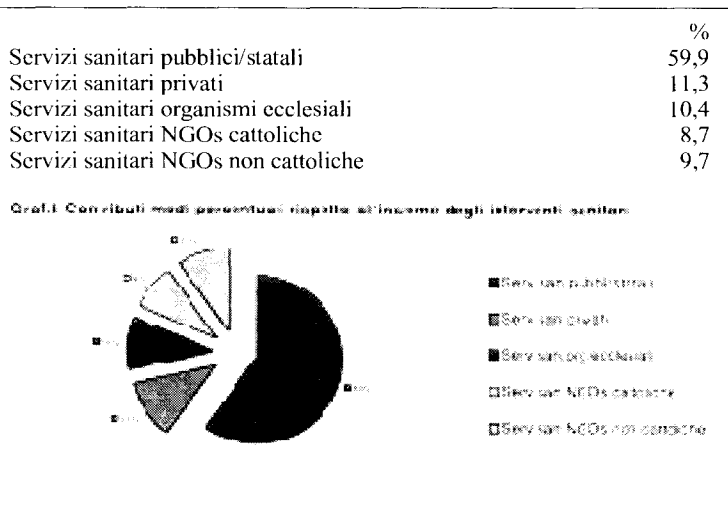
Se poi consideriamo con lo stesso criterio gli interventi sanitari, si osserva che, in questo ambito specifico, l'impegno dello Stato si fa più intenso, raggiungendo il 60% dei contributi medi, ed ancora una volta troviamo la Chiesa come primo sostenitore, con un 19% che rappresenta un terzo dei contributi 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.

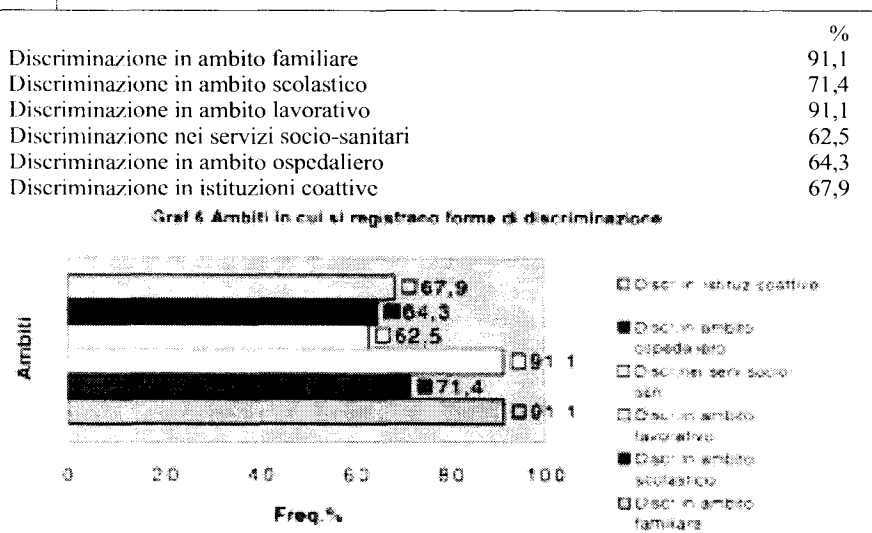
Ebbene, all'interno del ristretto nucleo familiare i *vincoli genitori/figli e tra coniugi* sembrano tenere di fronte al manifestarsi della malattia, mentre nel 64,3% dei casi è la c.d. famiglia allargata, ossia i familiari di 2° e 3° grado a manifestare forme di emarginazione e discriminazione nei confronti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

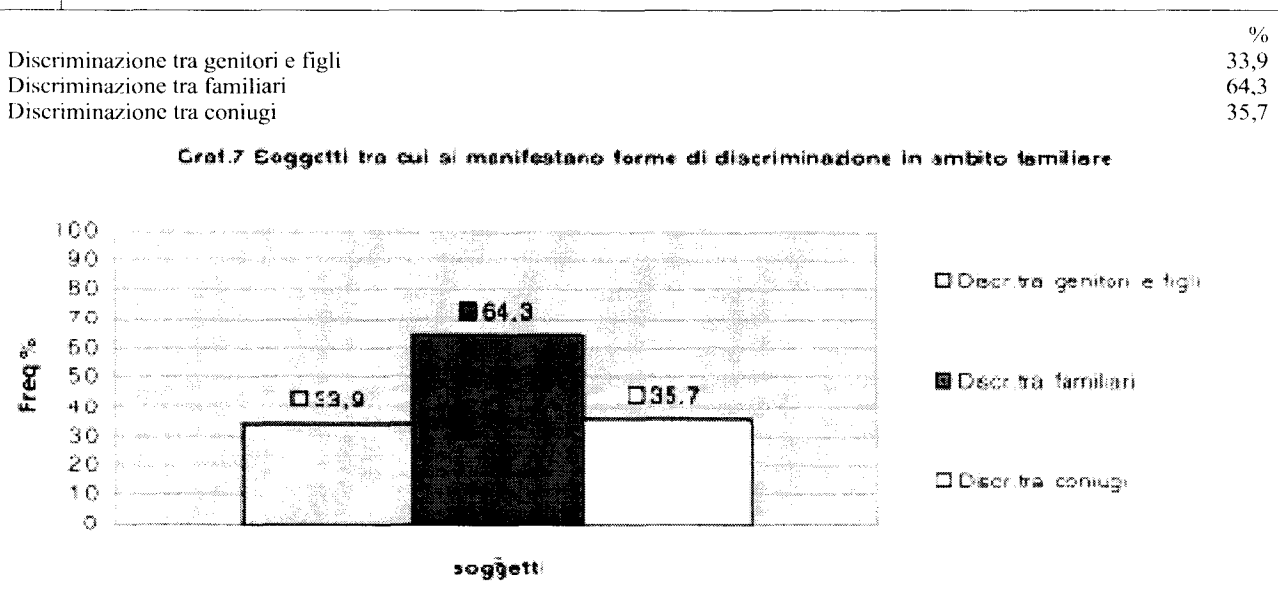


a) in famiglia

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);

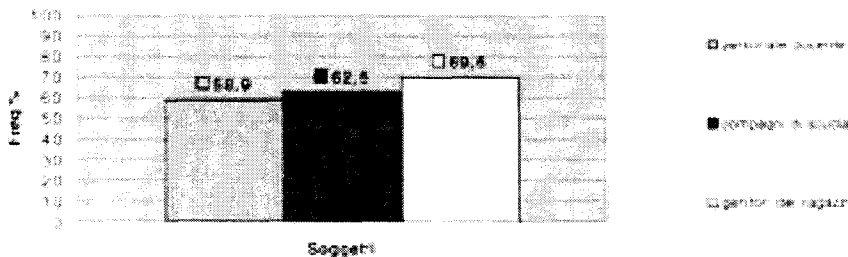
- educazione sanitaria, incontri con operatori dell'area sanitaria, con rappresentanti del mondo medico e scientifico, con rappresentanti del mondo politico.

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



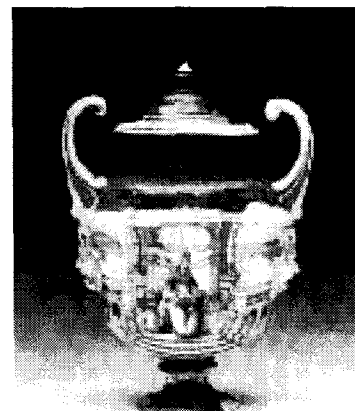
Il personale docente costituisce, invece, la parte più aperta alla comprensione ed all'accoglienza degli allievi sieropositivi. Tuttavia, le *attività di informazione/formazione nelle scuole pubbliche* sul tema dell'AIDS, risultano nel 51,8% dei casi *saltuarie* e in percentuale più diffuse nei Paesi 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:



sendo state indicate dal 64,3% degli intervistati.

In particolare si rileva che nei Paesi occidentali, in cui la professionalità nel lavoro è accompagnata da una crescente cultura della sicurezza sul lavoro, il fenomeno si abbatte molto più sensibilmente che non nei Paesi c.d. in via di sviluppo, in cui mancano anche le condizioni minime di sicurezza sul lavoro. Ecco quindi che in aree, come quella asiatica, in cui finora si sono riscontrati livelli mediamente più bassi di presenza del fenomeno, in questo ambito subiscono un sensibile e significativo aumento.

La ricorrenza del rifiuto, da parte di operatori sanitari, nelle strutture ospedaliere e nei servizi socio-sanitari, di fronte ad una malato di HIV-AIDS si osserva solo "qualche volta" (in media nel 41,1% dei casi), e questo dato è anche sostenuto dal fatto che nel 50% dei casi, all'interno delle strutture sanitarie, si svolgono regolarmente attività di formazione e/o informazione per il personale sanitario a fini preventivi. Nell'80,4% dei casi si è a conoscenza di operatori sanitari sieropositivi e nella maggioranza dei casi le strutture sanitarie, pur considerando questo fatto un problema, lo affrontano per risolverlo insieme all'operatore, mantenendolo nel suo posto di lavoro (64,3%). Tuttavia queste persone diventano oggetto di un ostracismo sotterraneo da parte dell'entourage di servizio o di équipe, nonostante gli sforzi della struttura amministrativa.

Il dovere di riservatezza viene osservato sempre nel 37,5% dei casi e spesso nel 30,4%, per cui è lecito dedurre che sia piuttosto diffuso il rispetto di un importante diritto della persona. Per quanto riguarda l'effettiva osservanza di tale dovere non stupisce che proprio negli Stati Uniti, in cui è dominante una cultura individualistica, tale dovere sia più rigidamente osservato, a prescindere da qualunque evento concomitante; mentre in altri Paesi, con una dimensione religiosa predominante, come per esempio l'America Latina e l'Europa Orientale, la

rigida applicazione di questo principio può venir meno in presenza di fattori contingenti. Si lascia quindi uno spazio alla valutazione della persona che affronta di volta in volta il caso.

Proprio in riferimento a queste situazioni, che pongono non lievi problemi etici e morali, sono state approntate iniziative a tutela del coniuge/partner ignaro. Tra queste la più diffusa risulta essere, nel 76,8% dei casi, il counselling per la rivelazione della sieropositività al coniuge/partner ignaro, affiancato dal supporto psicologico. Nelle strutture pubbliche, nel 51,8% dei casi, si suggerisce in via prioritaria l'uso dei condoms a scopo preventivo.

Alla delicata domanda riguardante la conoscenza di sperimentazioni, non controllate, di nuovi farmaci, il 76,8% delle Chiese locali intervistate ha risposto negativamente e il 23,2% positivamente. Questo 23,2% riguarda principalmente l'utilizzo di bambini (14,7%) e di malati terminali (8,8%) a tali scopi. Seguono nell'ordine le donne, i detenuti ed i malati mentali.

A sostegno delle donne sieropositive in gravidanza sono impegnati sia il servizio pubblico sia quello di ispirazione cattolica.

Servizi pubblici:

di informazione e sostegno psicologico a favore di tali donne, risultano essere sufficienti e si concentrano prioritariamente sul benessere della mamma (55,4%) e poi su quello del bambino (35,7%). Tuttavia il servizio pubblico sembra indirizzato ad accompagnare la donna al compimento della gravidanza (26,8%) piuttosto che alla sua interruzione (19,6%). Questo dato ci viene confermato dalla dichiarazione di molte Chiese locali, che hanno registrato negli ultimi anni una inversione di tendenza, anche se lieve, da parte dei Governi nazionali riguardo una maggiore sensibilità e rispetto per la vita.

Servizi di ispirazione cattolica:

- in questo ambito la Chiesa



cattolica risulta ancora poco presente, tuttavia laddove opera si concentra in via prioritaria sul benessere del bambino (46,4%) e poi su quello della mamma (42,9%), naturalmente allo scopo di accompagnare la gravidanza fino al suo compimento.

Azione pastorale

Alcune statistiche descrittive

La pastorale sanitaria delle Chiese locali intervistate ha cominciato ad occuparsi del problema dell'HIV-AIDS, nel 42,9% dei casi, già da diversi anni, anche se non sempre in modo sistematico e programmatico. Il grafico illustra la distribuzione, per grandi aree geografiche, degli anni dai quali la Chiesa ha iniziato ad occuparsi della pastorale di accompagnamento per i malati di HIV-AIDS. Naturalmente le Chiese che per prime hanno avviato tale pastorale sono quelle che risiedono nei Paesi che per primi hanno visto insorgere questo virus: gli Stati Uniti e l'Europa Occidentale. Via via che ci spostiamo in epoche più recenti troviamo, dapprima l'Africa, in cui la diffusione del virus ha assunto ritmi talmente sostenuti da indurre le Chiese a prendere immediata coscienza del problema ed attivare una serie di interventi, soprattutto a carattere educativo-culturale per far penetrare il concetto di AIDS come malattia e non come condanna; poi incontriamo alcuni Paesi del Medio Oriente e del Nord Africa in cui anco-

ra si stenta a prendere piena coscienza del problema, ma in cui la Chiesa si scontra anche con tanti problemi di convivenza con i governi islamici (Graf. 9).

si riferisce, oltre che ai malati, agli orfani sempre più numerosi e che, dalle stime attuali, risultano in continuo crescendo: un problema di cui per lungo tempo sentiremo ancora

chire sulla sessualità e sulla famiglia, opuscoli informativi per le scuole

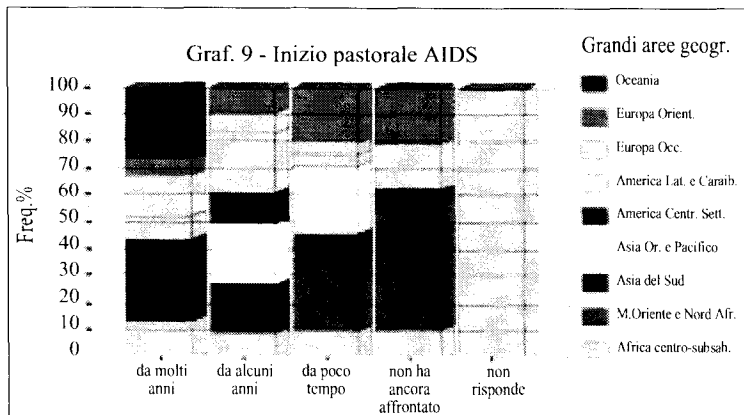
– informative per religiosi e religiose

– simposi nazionali ed internazionali con la partecipazione di rappresentanti delle Istituzioni dello Stato, delle NGOs e della popolazione

– educazione alla vita familiare, alla fedeltà coniugale, alla maternità e paternità responsabile

– seminari per operatori sanitari

– sviluppo dell'autoconsapevolezza



Circa l'80% delle Chiese intervistate non ha indicato un organismo ufficiale della propria Chiesa locale cui faccia capo la responsabilità del lavoro pastorale sul tema AIDS. Il 50% delle opzioni si è concentrato sulla voce "Commissione salute", alla quale si fa riferire la pastorale più specifica in tema di AIDS.

Il 66,1% delle Chiese locali intervistate ha dichiarato di aver fissato un programma di azione di fronte all'emergenza AIDS. In alcuni casi (p.e. la Costa d'Avorio) la Chiesa locale funge da Coordinatrice nazionale di tutti i servizi e delle azioni intraprese nell'ambito dell'HIV-AIDS, agendo quale cinghia di trasmissione tra le Diocesi, le parrocchie, le strutture socio-sanitarie, i Movimenti e le realtà associative del territorio. Tale impegno appare concentrarsi naturalmente nelle aree in cui l'epidemia tende a diffondersi con maggiore rapidità (Africa subsahariana: 17,9%; Asia: 16%). I punti essenziali dell'azione delle Chiese locali si possono così riassumere:

A. formazione

B. prevenzione

C. cura e assistenza sanitaria

D. presa in carico ed accompagnamento pastorale

anche se la presa in carico e l'accompagnamento spirituale degli ammalati e delle loro famiglie assumono un accento particolare. La presa in carico

parlare e per il quale occorre predisporre idonei programmi d'azione.

A. formazione

– formazione operatori sanitari (medici, paramedici etc.) e volontari

– informazione/formazione religiosi/e ed agenti pastorali (religiosi e laici)

– formazione educatori per la Pianificazione Familiare Naturale, animatori

– formazione dei giovani per la creazione di gruppi di educatori tra i pari

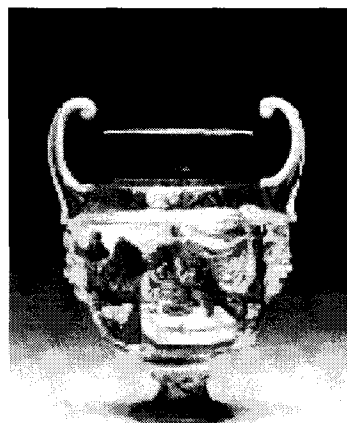
B. prevenzione

– educazione alla prevenzione e sensibilizzazione delle popolazioni

– educazione sanitaria preventiva

– educazione dei giovani e degli adulti all'amore responsabile ed al rispetto del corpo

– documenti ufficiali, bro-



C. Cura e assistenza sanitaria

– impiego di cappellani e volontari, di personale medico cattolico

– servizi di counselling pre e post-test e supporto alla cura domiciliare di base

– individuazione e diagnosi della sieropositività

– partecipazione a progetti con altre agenzie della cooperazione

– sostegno a progetti nazionali di lotta contro l'AIDS-MST-TUB

– sostegno ad associazioni caritative (Caritas)

– promozione e sostegno di gruppi di mutuo aiuto

– creazione di case di accoglienza per malati di AIDS

– centri di riabilitazione

– progetti di assistenza dei malati di AIDS e dei loro familiari dal punto di vista sanitario, umano, psicologico e spirituale (Progetto Buon Samaritano – Messico)

D. Presa in carico

ed accompagnamento pastorale

– presa in carico psico-sociale e sanitaria delle persone con AIDS

– presa in carico degli orfani, delle vedove e dei vedovi

– accompagnamento persone con AIDS nelle istituzioni di detenzione coattiva

– sostegno attività dirette alla reintegrazione sociale delle persone HIV+

– case per bambini e le loro mamme HIV+ (Argentina)

– case per uomini e donne HIV+ in stato di abbandono

– case comunità,

Allo scopo di realizzare tali azioni programmate sono stati richiesti contributi economici nel 48,2% dei casi ad Organismi diversi tra cui:

- MISEREOR
- C.R.S (Catholic Relief Service)
- MEMISA
- CARITAS INTERNATIONALIS (CAFOD)
- CHIESE ESTERE
- OMS
- BANCA MONDIALE
- UNICEF
- UNESCO
- UNDP (United Nations Development Programme)
- AGENZIE DONATRICI ESTERE
- ORGANISMI NAZIONALI
- GOVERNI E MINISTERI SANITÀ

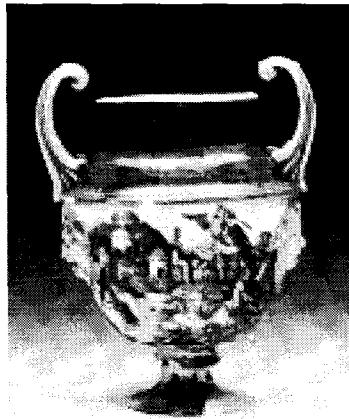
con esiti prevalentemente positivi (42,9%).

Anche a livello diocesano appare sussistere una azione programmata e sistematica di pastorale sul tema, come dichiarato nel 57,1% dei rispondenti, tuttavia con uno scarto molto più sottile rispetto alle Chiese che dichiarano di non averla ancora definita. Punti essenziali di tale azione programmata sono:

- A. prevenzione
- B. formazione
- C. assistenza.

L'azione pastorale a livello diocesano ricalca il modello definito dalle Chiese locali, anche se con una maggiore attenzione alle esigenze concrete del territorio e della popolazione.

Esistono diversi interventi diretti alla presa in carico sanitaria e psico-sociale delle persone con HIV-AIDS e degli orfani che diventano sempre più numerosi. Tuttavia, nonostante il progressivo aumento del numero degli orfani costituisca un problema urgente, pochi sono ancora gli sforzi in questa direzione. L'attenzione risulta infatti concentrarsi prevalentemente sull'assistenza ai malati e sulla prevenzione. Si segnalano alcune importanti attività, promosse e sostenute dalle Chiese locali, che stanno producendo risultati confortanti come: l'Ambulatorio Provi-



dencia Outpatient Clinic di Rio de Janeiro, il Programma EVA in Cameroun ed il programma pastorale del Buon Samaritano in Messico, la Open Hearth House in Irlanda. Attività attraversano tutto il contesto socio-sanitario, adottando strategie di approccio multidimensionale ai problemi delle persone che vivono con HIV-AIDS.

L'obiettivo che, attualmente, le *Diocesi* pongono come prioritario rispetto al problema AIDS, risulta essere l'educazione all'amore ed alla castità per i giovani (67,9%), l'aiuto ai malati ed alle loro famiglie (66,1%) e l'educazione sessuale (58,9%).

Formazione dei candidati al sacerdozio riguardo la Pastorale per i malati di HIV-AIDS

Si sta lentamente inserendo l'insegnamento di questo particolare approccio pastorale o nell'ambito del Corso di Morale Speciale o nel Corso di Educazione alla vita, o nell'unità sul Counselling Pastorale durante gli studi di Teologia Pastorale, o nel corso di Medicina Pastorale, nel corso di Educazione Pastorale, nei corsi di formazione per cappellani o comunque nell'ambito della formazione dei giovani candidati al sacerdozio.

L'insegnamento e la formazione si avvalgono di cassette audio-video, la cui visione viene fatta seguire da commenti individuali; di testimonianze di persone con esperienza di tale approccio; di sessioni illustrative ed esplica-

tive delle MST e dell'HIV-AIDS; di conferenze; di esperienze dirette di pastorale sociale.

Si cerca poi di sviluppare le capacità di counselling; di incoraggiare il contatto con i pazienti e di incentivare i collegamenti tra i seminaristi e gli operatori sanitari di settore.

I servizi e gli interventi socio-sanitari

Occorre anzitutto precisare che, circa il numero degli ospedali cattolici dotati di aree specialistiche in AIDS ed il numero dei centri cattolici non ospedalieri che assistono malati di AIDS, non sarà possibile offrire dati affidabili e significativi, dato l'esiguo numero di Paesi che sono stati in grado di censirli.

È invece possibile rilevare che si presentano con una distribuzione piuttosto omogenea le tipologie dei centri di recupero cattolici non ospedalieri, attestandosi sia i centri medico-sanitari, che socio-assistenziali, socio-educativi e di sostegno sociale, in media al 35%. Tuttavia i centri socio-assistenziali sono quelli in corrispondenza dei quali si registra la massima frequenza, il 42,9%, che ci conferma la direzione dell'impegno prevalente della Chiesa di fronte al problema AIDS. L'assistenza si accompagna tuttavia ad una serrata azione educativa e formativa diretta alla persona, olisticamente intesa. Educazione ed assistenza i due grandi capisaldi della risposta che la Chiesa dà all'AIDS con la sua azione.

Sia i centri cattolici ospedalieri che quelli non ospedalieri si concentrano nelle aree urbane, anche se non mancano di essere presenti in molte aree rurali o dell'entroterra, spesso molto pericolose e dove la Chiesa costituisce l'unico riferimento e sostegno possibile per la popolazione abbandonata a se stessa.

In relazione alla valutazione della *capacità di rispondere alle esigenze* dei pazienti da parte di questi centri, i rispondenti o non sono stati in grado di rispondere (32,1%) oppure

l'hanno definita *discreta*, ed infatti l'accesso dei pazienti e dei malati terminali per il ricovero negli stessi e nei centri non ospedalieri risulta piuttosto facile (39,3%-37,5%). Tuttavia, l'accesso dei malati terminali a strutture per il ricovero e per cure specifiche risulta decisamente più difficile.

Per quanto concerne i servizi a carattere medico-sanitario si è cercato di registrare il grado di accessibilità ad alcuni tra gli esami maggiormente traccianti del sistema dei servizi sanitari disponibile nei Paesi dei nostri intervistati.

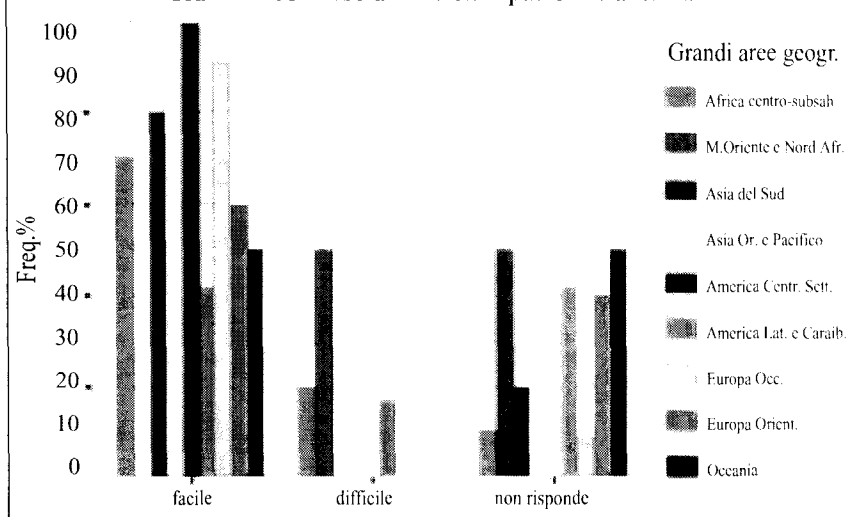
Innanzitutto va dichiarato che in questi items sono stati rilevati molti "non risponde", probabilmente per la specificità della questione toccata. Tuttavia, dall'esame della distribuzione per grandi aree geografiche delle opinioni espresse sul grado di accessibilità al *test anti-HIV* si osserva che ormai l'accesso a questo tipo di test per l'individuazione della sieropositività è piuttosto diffuso ed alla portata anche dei Paesi più poveri, come quelli asiatici; tuttavia in Africa, dove potrebbe costituire un mezzo importante per il monitoraggio del fenomeno, risulta ancora di difficile accesso (Graf. 10).

cientemente sistematizzato nei Paesi dell'America Latina e dei Caraibi (Graf. 11).

cor più impossibile e irraggiungibile per i Paesi in via di sviluppo.

22

Graf. 11 - Accesso a assistenza pastorale ai malati



Per gli *esami immunologici* si rileva una certa difficoltà di accesso, soprattutto nei Paesi ancora in via di sviluppo come l'Asia e l'Africa.

Per gli *inibitori delle proteasi*, accanto ad un accesso generalizzato ad essi nei Paesi più ricchi come gli Stati Uniti, si registra una impossibilità di accesso a tali cure nei Paesi più poveri, che non dispongono delle risorse economiche per fronteggiare la spesa deri-

Questo quadro evidenzia come il *livello dei servizi* rispetto al fabbisogno risulti, nel 55,4% dei casi, ancora *insufficiente*, in particolare nell'Africa subsahariana ed in Asia, nonostante l'impiego di figure professionali quali: medici, infermieri, assistenti sociali, assistenti spirituali, personale volontario e religiosi. Meno diffuse le figure professionali dello psicologo, del tecnico di laboratorio e del consulente legale.

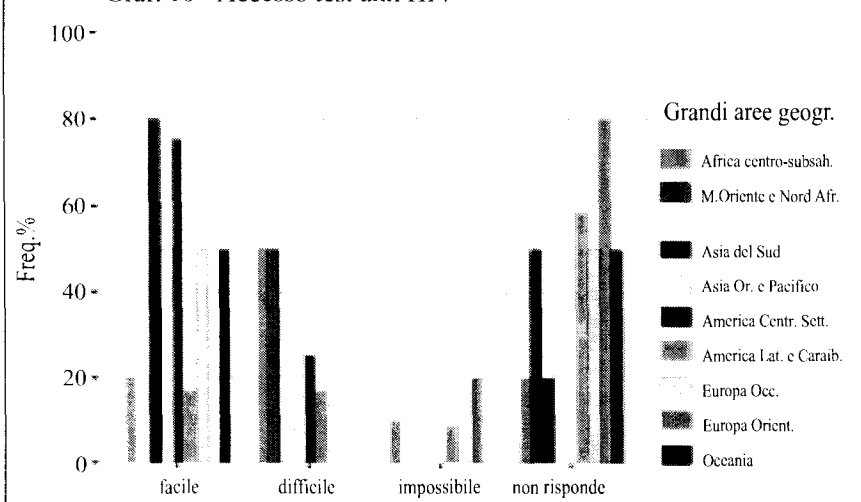
Nel 64,3% dei casi si rileva che l'aggiornamento degli operatori sanitari si effettua almeno ogni 12 mesi, assicurando così un livello medio di professionalità che nel 50% dei casi è stato definito "buono".

I progetti e le sperimentazioni

Al fine di migliorare la risposta ai bisogni delle persone con HIV-AIDS nei settori di intervento individuati da questa ricerca, sono attualmente in corso, nel 76,9% dei Paesi, progetti e sperimentazioni a carattere prevalentemente nazionale (64,3%), sempre più spesso sostenuti da realtà a carattere internazionale (32,1%).

Di seguito i più significativi:
 -- creazione di Istituti di Igiene sociale e di malattie in-

Graf. 10 - Accesso test anti HIV



Per quanto concerne l'*assistenza pastorale*, le opinioni sembrano convergere verso un quasi pieno accordo circa l'elevato grado di accessibilità a questo tipo di sostegno, al contrario non ancora suffi-

vante dall'acquisto di questo pacchetto farmacologico.

Infine, per quanto concerne la *prevenzione farmacologica materno-fetale* si osserva che è largamente adottata negli Stati Uniti, mentre rimane an-

fettive; di centri medico-sociali; programmi di rafforzamento delle capacità diagnostiche;

– in Germania, Belgio, Stati Uniti e Australia: studi farmacologici, studi sulle mutazioni del virus per la creazione di un vaccino;

– programmi ecumenici di lotta contro l'AIDS; cellule di riflessione sull'AIDS; formazione di volontari per l'assistenza domiciliare di base ai malati;

– in Argentina: apertura di case per madri sieropositive con il proprio bambino;

– in Perù: progetto "Casa Hogar" per figli di genitori sieropositivi;

– nel Burundi: progetto "Nuove esperienze" di Brijumbura; creazione del Centro Nyamugari di Gitega; il progetto nazionale "Famiglie per vincere il AIDS"; creazione Associazione sieropositivi e malati di AIDS; programma nazionale di assistenza agli orfani;

– in Uganda: CRS-CAFOD-CARITAS per un progetto di assistenza medico-sanitaria e di sostegno agli orfani; UNAIDS per la prevenzione della trasmissione materno-fetale; fondi della Banca Mondiale;

– in Guinea: progetto per la creazione di 3 Centri medico-sanitari e di sostegno sociale nelle Diocesi del Paese; progetto per la creazione di una cellula di riflessione ed azione della Chiesa cattolica nella lotta contro l'AIDS;

– in Costa d'Avorio: Piano nazionale AIDS della Chiesa cattolica per il triennio 1995-1997 e Piano triennale SIDA della Chiesa Cattolica 1998-2001;

– in India: conferenze e workshops sul tema; collaborazioni tra il Catholic Institutes, NGOs e Diocesi; pubblicazione di 2 libri: libro di testo per le scuole su AIDS e libro sull'assistenza pastorale;

– In Polonia: progetti di collaborazione con Ministero della Sanità e grosse NGOs, creazione di un telefono di fiducia gratuito dedicato all'AIDS ad opera dell'Associazione Volontari contro l'AIDS; sostegno alla vita fa-

miliare, produzione di materiali informativi destinati ai sacerdoti;

– in Brasile: progetti di lotta alla povertà ed all'indigenza; progetti a favore di bambini, adolescenti e giovani a rischio; progetti per omosessuali; progetti diretti al miglioramento della qualità della vita delle persone con HIV-AIDS; Providencia Clinic di Rio de Janeiro.

Attualmente si assiste alla crescente *collaborazione tra gli organismi pubblici/governativi e le NGO cattoliche* (71,4%), anche se non sempre in misura soddisfacente (solo nel 30,4% dei casi). Alcune tra le collaborazioni più significative si sono orientate al finanziamento, da parte degli Organismi pubblico/governativi, di progetti di formazione di volontari, di preparazione al counselling, di acquisto di farmaci per le infezioni opportunistiche, per aiuti alimentari, per la sorveglianza dell'infezione da HIV nelle donne in gravidanza, per la creazione di Comitati scientifici ed etici, per seminari di studio ed azioni ecumeniche contro l'AIDS.

La *collaborazione tra organismi pubblici/governativi e le NGO non cattoliche* è ancor più intensa (78,6%) ma anche in questo caso non sempre si rivela soddisfacente (33,9%). Le esperienze più significative riguardano la realizzazione di micro-progetti, l'organizzazione di seminari informativi e dibattiti, aiuti alimentari e non, aiuti in medicinali per le infezioni opportunistiche, la distribuzione gratuita di condoms, programmi per la somministrazione di metadone e contro lo scambio di siringhe; programmi contro l'emarginazione e l'esclusione sociale; diffusione di materiale sulla difesa della sessualità.

Le problematiche emergenti

a) Nel tessuto sociale

La *povertà* costituisce senza alcun dubbio il problema che coinvolge tutti i Paesi le

cui Chiese siamo andati ad intervistare. Ad essa si associano gravi forme di marginalizzazione della popolazione non solo dalla vita sociale ma anche dal sistema sanitario.

Alla povertà si collegano la *disoccupazione*, perché il lavoro non c'è e laddove c'è i salari sono bassissimi; ne consegue un esodo di massa dei giovani dalle aree rurali a quelle urbane e l'abbandono degli anziani nei villaggi; i bassi livelli di istruzione, soprattutto in alcuni Paesi.

Questi problemi radicati nel tessuto sociale producono l'esposizione di una larga parte della popolazione a comportamenti a rischio rispetto alla trasmissione dell'HIV:

– la *prostituzione*: donne, spesso giovanissime, si prostituiscono, entrano negli entourage del turismo sessuale, gestiscono case per appuntamenti;

– la *tossicodipendenza*: uso di droghe di vario genere, lo scambio di siringhe.

b) Aspetti etico-morali

Oggi la modalità di trasmissione dell'HIV maggiormente diffusa è il rapporto eterosessuale. Questo fatto pone vari e seri problemi etici e morali, tra cui:

– la protezione del coniuge/partner non infetto;

– la discriminazione sociale verso le persone (anche bambini) sieropositive o malate di AIDS nel lavoro, nei servizi ed in ambito familiare;

– riscatto dei valori morali e spirituali;

– maggiore rispetto per le tradizioni culturali;



- una maggiore solidarietà tra i vari gruppi con differenti stili di vita;
- la promozione della vita umana;
- educazione all'amore ed alla sessualità.

c) *Interventi di Pastorale Sanitaria*

Si rileva la richiesta ricorrente di un maggiore sostegno all'azione delle parrocchie e dei sacerdoti da parte delle Chiese locali così come una *richiesta urgente di linee guida* di Pastorale nel campo specifico, volte a fissare direttive certe riguardo le modalità di prevenzione e controllo dell'HIV-AIDS secondo i parametri etici e morali della Chiesa di Roma.

Si avverte inoltre la necessità di una formazione specifica di religiosi e religiose in questo ambito di intervento; un maggior coordinamento delle diverse esperienze su questo tema ed una più rigorosa sistematicità ed organizzazione dell'azione pastorale.

d) *Servizi ed interventi Socio-Sanitari*

Si rileva la necessità di maggiori risorse finanziarie, umane (formate professionalmente) e materiali per rispondere efficacemente alle esigenze dei pazienti.

Si rendono inoltre necessarie:

- assistenza psico-sociale e medico-sanitaria più capillari;
- utilizzo di tecniche mediche moderne;
- accesso più agevole a farmaci antiretrovirali ed ai servizi sanitari specifici;
- prevenzione di malattie opportunistiche;
- un maggior numero di centri ospedalieri e sociali di ispirazione cattolica.

Proposte e suggerimenti

La *Comunità internazionale* dovrebbe intervenire sul problema AIDS favorendo lo stanziamento di Fondi e risorse finanziarie per la realizzazione di progetti che prevedano la facilitazione dell'acces-



so ai farmaci antiretrovirali e per le infezioni opportunistiche; iniziative volte alla promozione dello sviluppo socio-economico; la creazione di una rete "credibile" di partnership disinteressate di Organismi ed Associazioni non governative impegnati nella lotta contro le MST e l'HIV-AIDS, capaci di sostenere le attività in corso e di riprodurre quelle più riuscite altrove; sostegno all'azione dei singoli Governi nazionali; appoggio ad iniziative delle NGOs cattoliche e non.

Le *Chiese locali* dovrebbero riuscire ad influire sulle politiche sanitarie nazionali, anzitutto stabilendo legami e collaborazioni più strette con il potere pubblico, divenendo un partner inevitabile dello Stato. Si rendono necessarie una presenza più significativa di religiosi e religiose all'interno delle strutture socio-sanitarie; una lotta congiunta contro la povertà e l'analfabetismo; lo stabilire un orientamento chiaro in materia di Pastorale Sanitaria dell'AIDS.

Occorre trovare sostegni economico-finanziari significativi per favorire l'attività di organismi ecclesiali impegnati a promuovere politiche di protezione della vita, sfidando le politiche preventive correnti fondate, spesso unicamente, sulla diffusione dei condoms.

Imparare ad usare in modo maturo ed appropriato la stampa ed i mezzi di comunicazione.

Il 58,8% delle Chiese intervistate riconosce che *solo in parte* le legislazioni nazionali offrono una risposta adeguata in materia di AIDS.

Gli aspetti migliorabili sono:

- rafforzamento del diritto alla salute e alle cure adeguate per tutti;
- protezione dei diritti dei malati di HIV-AIDS;
- riduzione dei costi delle cure ed agevolazione al loro accesso;
- obbligo del counselling pre e post-test;
- controlli e test del sangue;
- creare ed applicare norme contro la discriminazione sociale;
- studiare sistemi preventivi efficaci;
- garantire la conservazione del posto di lavoro ai sieropositivi e ai malati di AIDS;
- sostegno ai gruppi a rischio.

L'attuale legislazione risulta rispondere adeguatamente alle problematiche poste da questa malattia solo in parte (58,8%) e spesso il maggior problema consiste nell'applicazione della stessa. Il settore pubblico, infine, molto spesso non prevede la possibilità di mettere a disposizione dei centri cattolici risorse finanziarie pubbliche e questo costituisce un ulteriore problema ai tanti emersi da questa ricerca.

Credo che con questa indagine di ampio respiro il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute si sia fatto portavoce del coraggio e dell'impegno con cui la Chiesa si continua a porre di fronte al problema AIDS, in un momento in cui se ne sente parlare troppo poco: dimostrazione di come la Chiesa non dimentichi mai gli ultimi ed i più soli. Questo lavoro vuole essere solo un modesto punto di partenza, una piattaforma di indicazioni e suggerimenti da cui questa prestigiosa assemblea possa trarre spunto per avviare un lavoro che conduca a gettare le fondamenta di quelle linee guida che la maggior parte delle Chiese locali richiedono per una maggiore uniformità ed incisività di azione e di messaggio.

Dott.ssa FIORENZA
DERIU BAGNATO
*Ricercatrice sociale
Italia*