



/ DONNE
VITE DA SALVARE



**/ ATTI DELLA CONFERENZA
INTERNAZIONALE
/ DIRITTI E SALUTE
SESSUALE E RIPRODUTTIVA
NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO
/ PROBLEMI SOLUZIONI
RISORSE.**

ROMA / 24 / 26.11.2004

/ A CURA DI DANIELA COLOMBO

La conferenza internazionale "Diritti e salute sessuale e riproduttiva nei paesi in via di sviluppo: problemi, soluzioni, risorse" si è tenuta a Roma dal 24 al 26 novembre del 2004.

E' stata l'attività conclusiva della campagna "Donne / vite da salvare" che Aidos ha condotto con un co-finanziamento dell'Unione Europea - per far conoscere da un lato la realtà della vita delle donne nei paesi in via di sviluppo a partire dalla loro salute sessuale e riproduttiva, dall'altro il lavoro delle organizzazioni internazionali, sia pubbliche che private (Ong), per cambiare questa realtà.

L'obiettivo della campagna era di stimolare il Governo italiano e gli uffici della cooperazione decentrata ad aumentare le risorse per programmi e progetti destinati alle donne.

La conferenza si è conclusa con la presentazione del Rapporto di Population Action International su "I progressi dell'aiuto pubblico internazionale finalizzato alla salute sessuale e riproduttiva: il caso dell'Italia" e una tavola rotonda di parlamentari.

/ DONNE VITE DA SALVARE

Introduzione

- 07 **Gli obiettivi di sviluppo del millennio e salute sessuale e riproduttiva**
Daniela Colombo
Presidente Aidos
- 11 **Il lungo cammino per affermare i diritti riproduttivi delle donne**
Stefania Prestigiaco
Ministra per le pari opportunità
- 13 **L'impegno della città di Roma per le donne nello scenario internazionale**
Mariella Gramaglia
Assessora per le pari opportunità,
Comune di Roma
- 15 **Quando le organizzazioni non governative indicano la strada**
Francesco Cottafavi
Direzione generale per la cooperazione
allo sviluppo, Ministero degli Affari esteri

Diritti e salute sessuale e riproduttiva

- 17 **Dieci anni dopo la conferenza del Cairo: nuove opportunità**
Heli Batija
Dipartimento per la salute sessuale
e riproduttiva, Oms, Ginevra
- 21 **Diritti sessuali e riproduttivi nel contesto dei crescenti fondamentalismi**
Pinar Ilkaracan
Presidente, Women for women's human
rights - New ways, Istanbul
- 28 **L'approccio integrato e olistico nei servizi per la salute sessuale e riproduttiva**
Antonietta Cilumbriello
Ginecologa, esperta Aidos

- 30 **Per il benessere delle donne e delle adolescenti giordane**
Paola Cirillo,
Funzionaria ai programmi Aidos
Manal Tahtamouni
Direttrice dell'Istituto per la salute
della famiglia di Sweileh
- 36 **Dalla pianificazione familiare all'assistenza integrale**
Maria Grazia Panunzi
Vice presidente, Aidos
Ana Teresa Perez
Direttrice del Centro per la salute sessuale
e riproduttiva di Barquisimeto
- 45 **Una rivoluzione nella Valle di Katmandu**
Tara Shakya
Direttore del Centro per la salute
comunitaria di Kirtipur
Cristiana Scoppa
coordinatrice per la comunicazione, Aidos
- 51 **Introduzione al concetto di parto attivo**
Ornella Fantini
Ostetrica, esperta Aidos

Situazioni di emergenza

- 58 **Le dinamiche di genere nelle situazioni di emergenza**
Leila Baker
Unfpa, Gerusalemme
- 62 **La mia esperienza in Afghanistan**
Maria Pia Dradi
Esperta, Direzione generale
cooperazione allo sviluppo

Gli aspetti socio-culturali della salute sessuale e riproduttiva

- 67 **Il contesto in cui si innesta la salute sessuale e riproduttiva**
Bina Pradhan
Esperta Sid, Nepal
- 70 **La posizione delle religioni**
Elfriede Hart
Catholics for a Free Choice, Francia
- 76 **L'esperienza dell'Iran**
Farzaneh Davari
Direttrice del progetto Unfpa per la
salute riproduttiva, Iran

- 80 **Mutilazioni dei genitali femminili e salute riproduttiva**
Arro Hersi
Ginecologa
Cristiana Scoppa
Esperta comunicazione, Aidos
- 86 **L'importanza della formazione di genere**
Simonetta Cengarle
Docente, Università di Mahidol, Thailandia

La pandemia dell'Hiv/Aids

- 90 **La dimensione di genere**
Noerine Kaleeba
Consigliera per le partnership,
UNAIDS, Ginevra
- 95 **Mettere le donne al centro della prevenzione**
Paola Giuliani
Action Aid International, Italia
- 97 **Ruolo e obiettivi dell'Osservatorio italiano sull'azione globale contro l'Aids**
Loretta Peschi
Coordinatrice, Osservatorio italiano sull'azione globale contro l'Aids
- 99 **Scoprire l'Hiv. Differenza di genere nell'accesso a test a cure antiretrovirali. Un'esperienza in Burkina Faso.**
Nuccia Saleri, Cecilia Pizzocolo,
Giuseppina De Iaco
Istituto di Malattie infettive e tropicali,
Scuola di specializzazione in medicina tropicale, Università degli Studi di Brescia - Medicus mundi Italia

Violenza contro le donne

- 105 **Il volto della violenza**
Sandra Kabir
Funzionaria ai programmi,
Icomp, Gran Bretagna
- 112 **Prevenire e curare la violenza sulle donne in contesti culturali diversi**
Cristina Angelini
Psicologa, Esperta Aidos
- 116 **Sfigurate con l'acido**
Elena Doni
Giornalista
- 118 **Affrontare la violenza di genere attraverso il sistema sanitario di base**
Bina Pradhan
Esperta Sid, Nepal

La sostenibilità dei progetti

- 121 **Una sfida difficile**
Maria Grazia Panunzi
Vice presidente, Aidos
- 124 **Il ruolo dei sistemi di protezione speciale su base comunitaria**
Francesca Moneti
Esperta internazionale, Ilo,
Progetto Step 2004
- 133 **User fees nei paesi poveri: il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie e la ricaduta sulla salute**
Carlo Resti
Esperto, Cuamm
Medici per l'Africa, Padova
- 136 **Sostenibilità e proprietà collettiva: un'esperienza in Nepal**
Bharat Pradhan
Direttore, phect-Nepal
- 140 **Salute sessuale e riproduttiva nel mondo arabo: elementi di sostenibilità e approccio Sud-Sud**
Emira Sghaier
Responsabile progetti paesi arabi,
Ricerca e Cooperazione, Roma
- 142 **Il modello dell'offerta attiva dei servizi primari e la sua sostenibilità**
Michele Grandolfo



/ INTRODUZIONE



/ GLI OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL MILLENNIO E LA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

Daniela Colombo
Presidente Aidos

Ridurre la povertà, vale a dire, in termini di diritti umani, accelerare lo sviluppo e ridurre le disuguaglianze tra le nazioni e all'interno di esse tra i cittadini, e quindi anche tra donne e uomini, è ormai una priorità mondiale assoluta, almeno sulla carta. Negli anni '90 e all'inizio del nuovo secolo, una serie di Conferenze e summit delle Nazioni Unite hanno fornito un forum di discussione per i leader mondiali che hanno raggiunto un consenso sugli obiettivi dello sviluppo interconnessi tra di loro. E ogni volta hanno riaffermato la necessità di migliorare la condizione delle donne affinché siano ancora di più strumento di sviluppo. Riassumendo velocemente, nel 1990 il

Summit mondiale per l'infanzia aveva assunto come priorità il miglioramento della vita dei/delle bambini/e e degli/delle adolescenti e aveva posto l'accento sul rispetto dei diritti umani dei minori.

La dichiarazione e il Programma di azione adottati alla Conferenza dei diritti umani a Vienna nel 1993 per la prima volta avevano riconosciuto che i diritti delle donne sono diritti umani e che tra i diritti delle donne doveva essere riconosciuto il diritto alla salute riproduttiva, il diritto all'eguaglianza di genere e la liberazione da qualsiasi tipo di violenza.

Il Programma di Azione del Cairo approvato nel 1994 e il programma di azione della quarta conferenza sulle donne di Pechino, 1995, avevano ribadito che l'empowerment delle donne non è soltanto un fine giustificabile di per sé, ma anche un elemento fondamentale per uno sviluppo sostenibile. Al Cairo e a Pechino i governi, sotto la spinta della società civile, riunita nei più grandi fora di Ong che si fossero visti fino allora, avevano convenuto di migliorare la condizione sociale, economica e politica delle donne, di far progredire la loro istruzione e di migliorare la loro salute, inclusa la salute riproduttiva.

Nella Piattaforma del Cairo, per la prima volta erano stati inclusi degli obiettivi concreti e si era fatto un calcolo delle risorse necessarie per il loro raggiungimento.

Il Summit per lo sviluppo sociale svoltosi a Copenaghen nel 1995 aveva riaffermato gli obiettivi della Piattaforma del Cairo, ribadendo la necessità di porre in essere strategie per la riduzione della povertà che fosse rispettose dei bisogni umani fondamentali e che, al tempo stesso, riducessero le disuguaglianze economiche e sociali.

Nel 2001, la Sessione Speciale della Assemblea delle Nazioni Unite sull'Hiv/Aids aveva riaffermato gli impegni precedentemente presi con l'approvazione del Programma di Azione del Cairo e aveva posto l'attenzione sull'importanza centrale dell'eguaglianza di genere per la prevenzione e la cura dell'Hiv.

Nel 1992, il Summit mondiale sullo sviluppo sostenibile, a dieci anni dalla Conferenza di Rio de Janeiro, aveva riaffermato gli impegni presi nelle precedenti conferenze. Anche in questo caso la Dichiarazione del Summit aveva convalidato il legame tra salute e diritti umani e il Piano di esecuzione ribadisce la necessità di garantire accesso universale all'informazione e ai servizi di contraccezione, alla maternità senza rischi, la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale e l'eliminazione della coercizione sessuale e della violenza contro le donne.

L'aver messo l'insieme delle esclusioni che le donne subiscono in un quadro di diritti umani ha fatto sì che fosse più facile spingere i governi ad adempiere ai loro obblighi in base al diritto internazionale.

Le Conferenze delle Nazioni Unite dell'ultima decade del passato millennio avevano deliberatamente legato le varie tematiche e i piani di azione, creando un movimento globale che ha condotto al Summit del Millennio, nel settembre del 2002, durante il quale i leader del mondo, riuniti a New York, presso la sede delle Nazioni Unite hanno stabilito una serie di nuove iniziative, tra cui gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals, Mdg), fissando dei traguardi precisi per ridurre la povertà su scala globale entro il 2015. Si tratta di otto obiettivi concepiti non tanto come un fine in se stessi, ma piuttosto

come uno strumento per raggiungere uno sviluppo sostenibile e duraturo e lo sradicamento della povertà.

Con i target fissati per ogni obiettivo, sono oggi diventati lo standard secondo il quale si misura il progresso nello sviluppo dei paesi.

Li riassumo brevemente.

Obiettivo N.1

Eliminare la povertà estrema e la fame.

Entro il 2015, dimezzare la percentuale di popolazione che vive con meno di un dollaro al giorno e di coloro che soffrono la fame.

Obiettivo N. 2

Garantire l'accesso universale all'istruzione elementare.

Entro il 2015 assicurare che tutti i bambini e le bambine completino la scuola elementare.

Obiettivo N. 3

Promuovere l'eguaglianza di genere e l'empowerment delle donne.

Eliminare le disuguaglianze tra maschi e femmine nell'istruzione primaria e secondaria possibilmente entro il 2005 e a tutti i livelli entro il 2015.

Obiettivo N. 4

Ridurre la mortalità infantile.

Entro il 2015, ridurre di due terzi il tasso di mortalità fra i bambini di meno di 5 anni.

Obiettivo N. 5

Migliorare la salute materna.

Entro il 2015 ridurre di tre quarti la percentuale di donne che muoiono di parto.

Obiettivo N. 6

Lottare contro l'Hiv/Aids, la malaria e le altre malattie.

Entro il 2015, fermare la crescita della pandemia dell'Aids e cominciare a invertire la tendenza; ridurre l'incidenza della malaria e di altre malattie a grande diffusione.

Obiettivo N. 7

Assicurare la sostenibilità ambientale.

Integrare i principi dello sviluppo sostenibile nelle politiche e nei programmi nazionali e arrestare la distruzione delle risorse

ambientali. Entro il 2015 ridurre della metà il numero di persone che non dispongono di acqua potabile. Entro il 2020 raggiungere un significativo miglioramento delle condizioni di vita di almeno 100 milioni di abitanti delle bidonville.

Obiettivo N. 8

Costruire una partnership globale per lo sviluppo.

Sviluppare ulteriormente, a livello nazionale e internazionale, un sistema aperto di relazioni commerciali e finanziarie, che preveda l'impegno a praticare correttamente la governance e promuovere lo sviluppo e la riduzione della povertà. Affrontare i particolari bisogni dei paesi meno sviluppati e dei paesi in via di sviluppo senza sbocco al mare o su piccole isole. Affrontare in maniera esauriente i problemi legati al debito dei Pvs. Sviluppare opportunità di lavoro decorose e produttive per i giovani. In collaborazione con le aziende farmaceutiche, assicurare nei Pvs la vendita a prezzi accessibili dei farmaci essenziali. In collaborazione con il settore privato, rendere disponibili i vantaggi delle nuove tecnologie, specialmente nel campo delle comunicazioni e dell'informazione.

A leggerli così, uno dopo l'altro, possono sembrare obiettivi assolutamente minimi. Eppure si sa già che sarà estremamente difficile raggiungerli.

Riguardo al tema di cui ci occupiamo in questa conferenza, vorrei sottolineare subito che la salute e i diritti riproduttivi non sono stati inseriti negli Obiettivi del millennio. Vorrei ricordare la definizione di salute riproduttiva data nel Piano di azione del Cairo "la salute riproduttiva è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità, in tutti gli aspetti relativi al sistema riproduttivo, le sue funzioni e processi. La salute riproduttiva implica perciò che le persone siano in grado di avere una vita sessuale sana e soddisfacente e che abbiamo la possibilità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto spesso farlo". Data l'importanza della riproduzione per la vita stessa del pianeta, forse

la salute riproduttiva meritava di essere un obiettivo a se stante. E il fatto che non lo sia dimostra chiaramente che il diritto di una donna a determinare il suo destino riproduttivo continua ad essere estremamente controverso e che le conquiste dell'ultimo decennio non sono ancora da considerare permanenti.

E' comunque chiaro che ognuno degli Obiettivi dipende almeno in parte dai diritti e dalla salute riproduttiva delle donne: dalla loro capacità di decidere liberamente quanti figli avere e a che intervallo, senza paura di violenza, di gravidanze non desiderate, di malattia e morte. Come ha dichiarato il Segretario generale delle Nazioni Unite, Koffi Annan, alla quinta conferenza sulla popolazione dell'Asia e del Pacifico, tenutasi a Bangkok nel dicembre 2002, "Gli obiettivi del millennio per lo sviluppo, particolarmente l'eliminazione della povertà estrema e della fame, non possono essere raggiunti se i problemi relativi della popolazione e della salute riproduttiva non sono correttamente affrontati. Ciò significa un più forte impegno per promuovere i diritti delle donne e maggiori investimenti nell'istruzione e nella salute, compresa la salute riproduttiva e la pianificazione familiare".

Gli unici due obiettivi direttamente collegati alla salute riproduttiva sono il 5°, il miglioramento della salute materna, e il 6°, combattere l'Hiv/Aids. C'è comunque uno degli obiettivi del millennio che dà alle donne speranza e maggiori opportunità: ed è l'obiettivo N.3: la promozione dell'uguaglianza di genere e l'*empowerment* delle donne. E' un obiettivo che riguarda non soltanto l'eliminazione di ogni disparità nell'accesso all'istruzione, ma anche l'eliminazione delle discriminazioni nel mercato del lavoro e l'aumento delle donne nei livelli decisionali.

Era stato questo uno degli obiettivi fondamentali del Piano di Azione del Cairo, dove per la prima volta si era parlato di empowerment delle donne. L'uguaglianza di genere non si può raggiungere senza l'esercizio dei diritti riproduttivi. Ma è vero anche il contrario: la disuguaglianza di genere

compromette l'autonomia sessuale e riproduttiva delle donne.

Quando le ragazze devono lasciare la scuola per badare ai familiari o per sposarsi, non hanno accesso all'istruzione che ad esempio consente loro di leggere e di proteggersi dalle malattie a trasmissione sessuale e dalle gravidanze indesiderate. Quando le donne devono dipendere dagli uomini per il cibo e la casa, perché la legge o le norme consuetudinarie negano loro i diritti di proprietà e di eredità, o quando non possono avere accesso al credito perché non hanno niente da dare in garanzia, gli ineguali rapporti di potere che ne derivano rendono loro impossibile avere libertà di scelta. Quando le donne non hanno voce politica per sollevare le questioni importanti per loro, è sicuramente improbabile che passino delle leggi che garantiscano la loro salute sessuale e riproduttiva. E' chiaro che le donne non potranno partecipare in modo completo allo sviluppo del loro paese, fino a quando non potranno controllare le loro vite. Quindi per poter raggiungere l'obiettivo 3 si devono garantire i diritti sessuali e riproduttivi delle donne e l'accesso a servizi di qualità. Se questo non verrà fatto, ogni strategia di sviluppo sarà destinata a fallire.

All'inizio dell'anno prossimo si farà un bilancio dei risultati a dieci anni dalla Conferenza di Pechino. Possiamo però affermare che, nonostante i molti progressi realizzati, soprattutto dal punto di vista legislativo, nascere donna in molti dei Pvs vuole ancora dire far parte della metà della popolazione più povera, meno istruita, più marginalizzata, con la salute più cagionevole. Degli 862 milioni di persone che nel mondo non sanno leggere e scrivere, circa due terzi sono donne. E le donne difficilmente hanno accesso al mercato del lavoro formale. Tutte queste disuguaglianze limitano severamente l'empowerment sociale ed economico.

Altre aree necessitano di attenzione particolare. Da un lato, la violenza contro le donne. In qualsiasi parte del mondo le donne sono colpite dalla violenza solo perché sono donne. La violenza assume forme diverse: violenza domestica, traffico, delitti d'onore,

mutilazione dei genitali femminili, stupro, matrimoni forzati, gravidanze forzate. Dall'altro lato la pandemia dell'Hiv/Aids che sempre più assume volto di donna. Più della metà delle persone afflitte dal virus sono donne mentre nell'Africa subsahariana sono circa il 60 per cento dei giovani ammalati tra i 15 e i 24 anni.

Negli anni recenti, ideologie politiche reazionarie e fondamentalismi religiosi hanno cercato di erodere le conquiste del movimento delle donne e soprattutto i diritti riproduttivi garantiti da numerose convenzioni internazionali. Basta ricordare l'azione del Presidente americano Bush, che ha posto il veto su ogni finanziamento stanziato dal Congresso americano a favore del Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione. In questo clima è necessaria una forte leadership delle donne a tutti i livelli, internazionale, nazionale, comunitario e familiare. A livello internazionale i network delle donne sono molto forti e bene organizzati, aiutati dalle tecnologie dell'informazione che ci permettono di agire in tempi reali.

A livello nazionale, anche nei paesi che ancora non riconoscono i diritti delle donne, il movimento femminista sta crescendo. L'eguaglianza delle donne deve essere universale e legata ad ogni aspetto della vita, così che nessun governo, nessun interesse particolare, nessuna interpretazione fondamentalista possa più distruggere quello che le donne, il movimento delle donne ha realizzato.

/ IL LUNGO CAMMINO PER AFFERMARE I DIRITTI RIPRODUTTIVI DELLE DONNE

Stefania Prestigiacomio
Ministra per le Pari Opportunità

Questa tre giorni di lavoro, che giunge a 10 anni dalla Conferenza del Cairo, per l'ampiezza dei contributi, la pluralità dei temi trattati, l'autorevolezza delle testimonianze previste, rappresenta un momento di grande rilievo per mettere a fuoco i progressi fatti e il molto cammino che resta ancora da percorrere in materia di "Diritti e salute riproduttiva nei paesi in via di sviluppo".

Un tema che, giustamente, viene inquadrato come uno snodo decisivo nelle politiche demografiche, e quindi, nelle strategie che puntano ad uno sviluppo compatibile del nostro piccolo e sempre più affollato pianeta. Ma che ha ancora più valore perché pone al centro non solo numeri, dati economici, pur importanti, ma soprattutto diritti umani, benessere degli individui, aspettative di vita e di qualità di vita delle donne e dei giovani, le fasce più deboli della popolazione.

Prendere atto delle terrificanti cifre delle donne, oltre 500 mila, che ogni anno muoiono per cause legate alla gravidanza o al parto, o dei 38 milioni di ammalati di Aids la maggioranza dei quali vive nell'Africa subsahariana dove il 60% degli ammalati è formato da donne, è una denuncia che, pur nella sua drammaticità, rischia di non uscire da un ambito solidaristico. Il salto qualitativo che è stato fatto con la Conferenza del Cairo e l'anno dopo con quella di Pechino è stato quello di definire queste emergenze come emergenze planetarie strettamente

connesse con le dinamiche sociali e politiche di tutto il sistema, che coinvolge i paesi poveri ma anche i paesi ricchi. L'emergenza demografica mondiale con la popolazione del pianeta che - si stima - nel 2050 raggiungerà i 9 miliardi di persone, di cui quasi 8 miliardi nei paesi in via di sviluppo, è tema strettamente legato all'affermazione dei diritti alla salute sessuale e riproduttiva nei paesi in via di sviluppo. Solo un intervento internazionale incisivo, preciso, chiaro e articolato sulle diverse problematiche in campo potrà consentire di assumere le iniziative necessarie, delineate nel Programma d'azione del Cairo ma solo parzialmente attuate per carenza di fondi. Chiedere che milioni e milioni di coppie al mondo possano avere accesso alle conoscenze e agli strumenti per avere figli in modo consapevole; chiedere che si compia un grande sforzo per fronteggiare la pandemia di Aids che sta flagellando il continente africano con 14 mila nuove infezioni al giorno; chiedere che venga cancellato il dato agghiacciante di un terzo delle donne incinte che non riceve nessuna assistenza sanitaria durante la gravidanza; chiedere che non muoiano, come accade oggi, 213 donne al giorno per aborti clandestini praticati in assenza di qualsiasi controllo e assistenza medica; chiedere che non subiscano mutilazioni genitali seimila bambine al giorno, 2 milioni l'anno, che si vanno ad aggiungere ai 150 milioni di donne mutilate nel mondo; chiedere tutte queste cose come fa l'Aidos, come fanno le donne di tutto il mondo, non è terzomondismo femminista, è affrontare in modo serio questioni che ci riguardano tutti, perché riguardano diritti inviolabili della persona, perché riguardano il futuro di tutta l'umanità. Quelle popolazioni premono già sulle nostre frontiere, premono fisicamente con un epocale flusso migratorio, premono in termini di dramma economico, premono con i loro conflitti che spesso diventano i nostri conflitti, premono con la loro fame, che stermina popolazioni che spesso vivono in territori ricchissimi di risorse naturali. Ma tutto ciò preme soprattutto sulle nostre coscienze. Sono consapevole che la questione per noi occidentali è duplice: da un lato c'è l'aspetto culturale, fondamentale. C'è l'importanza della sensi-

bilizzazione diffusa dinanzi a problemi che sono geograficamente lontani ma che ormai quotidianamente si affacciano dalle nostre finestre sul mondo globalizzato. L'altro aspetto fondamentale è quello economico. Perché la più salda delle prese di coscienza rischia di restare sterile e retorica se ad essa non fa seguito un impegno concreto di sostegno economico dei programmi in atto per fronteggiare queste emergenze.

L'Italia in passato si è segnalata per una speciale e lodevole attenzione in questo campo e confido che anche per il futuro tale primato sarà confermato, superando le difficoltà sempre esistenti. Ma oltre al fronte internazionale su queste tematiche c'è anche un fronte interno, piccolo rispetto ai numeri dell'emergenza planetaria, ma certamente importante.

Mi riferisco in particolare agli interventi legislativi in via d'approvazione per definire come una fattispecie penale autonoma le mutilazioni genitali e al contempo sostenere con campagne di comunicazione la consapevolezza della inaccettabilità sotto il profilo umano di tali pratiche.

Le ondate migratorie hanno infatti condotto anche in Italia migliaia di famiglie provenienti dalle aree in cui vengono eseguite tali mutilazioni e c'è il rischio che le bambine di tali comunità vengano sottoposte, in Italia o all'estero, a questi barbari interventi. E' una realtà nuova che impone un'attenzione nuova e una netta condanna culturale, ma anche legale, tale da ribadire fermamente la inviolabilità del corpo umano.

Oltre a sostenere come Governo l'iter parlamentare della legge, il mio ministero si è attivato facendo stampare un opuscolo in otto lingue, rivolto ai genitori delle bambine a rischio infibulazione, per spiegare loro i pericoli di tali pratiche e il deciso divieto per ogni forma di mutilazione genitale che esiste nel nostro paese.

Sono sicura che questo convegno sarà un'altra tappa importante del cammino intrapreso per una civiltà globale che tenga conto dei diritti di tutti e contribuisca a costruire un futuro migliore e più equo per tutta la nostra comunità umana.

/ L'IMPEGNO DELLA CITTÀ DI ROMA PER LE DONNE NELLO SCENARIO INTERNAZIONALE

Mariella Gramaglia

Assessora per le Pari Opportunità,
Comune di Roma

Questo convegno organizzato dall'Aidos dà a tutte noi l'opportunità di misurarsi con il mondo; perché di questo si tratta: sapere che la comunità femminile non si ferma ai confini nazionali, li supera, ma talvolta superandoli, patisce sulla propria pelle, nella mente, nel corpo, la percezione profondissima delle differenze. Ciò, naturalmente, non toglie nulla all'impegno che tutte noi, e soprattutto chi ha posizioni istituzionali, dobbiamo mantenere, per rendere sempre più pari le opportunità fra uomo e donna nei nostri paesi avanzati. Ma sono assolutamente preziosi questo sguardo ampio, questo sguardo lungo che Aidos e, naturalmente, tante altre organizzazioni della stessa qualità morale e politica ci consentono di avere. Io vorrei intanto testimoniare di una collaborazione che ha anche un incardinamento istituzionale nel rapporto tra Aidos e Assessorato Pari Opportunità del comune di Roma, con molte attività in comune. Noi come comune di Roma abbiamo scelto di fare del tema dei diritti umani delle donne nel mondo uno degli assi fondamentali, portanti del lavoro dell'Assessorato alle Pari Opportunità, consapevoli del fatto che, peraltro, questa nostra scelta ha una sua collocazione non banale, non marginale, dentro una sensibilità più condivisa, più di squadra, che è una sensibilità molto forte nel sindaco Veltroni, il quale ha deciso di spendere con molta intensità l'impegno di Roma sullo scenario internazionale, cioè di pensare alla comunità

civica romana non solo in termini di servizio alla nostra comunità, come è giusto che sia, ma anche - per ragioni storiche, legate al ruolo, al prestigio di questa città, anche alla sua dimensione simbolica - moltissime energie, moltissimi sforzi perché Roma abbia voce anche sul fronte della pace, della cooperazione internazionale e della promozione dei diritti umani.

Le iniziative sono tante, per ultima la manifestazione che si è fatta al Colosseo contro la pena di morte nel mondo. Quanto al rapporto tra il nostro assessorato e Aidos, dicevo, vorrei citare tre esempi. Il primo: abbiamo aperto a Roma una piccola casa, la casa dei diritti umani delle donne nel mondo. In questa casa accogliamo casi drammatici di donne i cui diritti sono stati violati, ovunque questo sia accaduto.

Abbiamo avuto ospiti donne da Pakistan, Bangladesh, Etiopia, Nepal, Turchia ecc. Casi terribili: sfiguramenti, violenze sessuali, crudeltà, e anche mutilazioni fisiche che difficilmente troverebbero soluzione nei paesi d'origine.

E quindi, la gestione della casa ci ha anche indotto a costruire una rete di relazioni con alcuni medici sensibili.

Nel comitato di garanzia della casa ci sono le associazioni più prestigiose che a Roma operano per la promozione dei diritti umani delle donne, e fra queste l'Aidos.

La casa è un luogo simbolo che permette ad associazioni diverse di incontrarsi, e di promuovere, anche attraverso esempi positivi di solidarietà concreta, le proprie politiche per una creazione di maggiore sensibilità e di crescita di coscienza dell'opinione pubblica in generale, e, naturalmente, di quella femminile in modo particolare. In secondo luogo, ogni anno ci troviamo per l'otto marzo in Campidoglio con un momento simbolico, che è anche un momento di manifestazione artistica, di ricordo dell'importanza dei diritti umani delle donne nel mondo; l'otto marzo di due anni fa fu dedicato, fruttuosamente, alla salvezza della vita di Amina Lawal.

In quella giornata dedicata a lei, nel corso di una rappresentazione dentro la piazza del Campidoglio in suo onore, Aidos ha letto pubblicamente, e il comune di Roma ha

sottoscritto, una dichiarazione molto importante contro le mutilazioni genitali nei confronti delle donne.

Aidos ci sta affiancando in un lavoro iniziato in Nigeria: quando ci fu il processo contro Amina, avendo raccolto in quell'occasione in Campidoglio pacchi e pacchi di firme, decisi di essere là, di partecipare a una sessione del processo e di portare alle autorità nigeriane le firme delle cittadine e dei cittadini di Roma, che erano venuti in Campidoglio a chiedere la salvezza della vita di Amina. Naturalmente, andando lì, anche nel villaggio dove Amina ha vissuto, capii il nesso inscindibile tra la sua impossibilità di comprendere ciò che le stava accadendo e di difendersi - perché è chiaro che l'analfabetismo, la marginalità, la povertà estrema di quel villaggio, erano state le ragioni fondamentali per le quali era incappata nella prima condanna a morte per adulterio. Ecco, tutto questo mi ha fatto pensare che potevamo consegnare al villaggio di Amina, a quella zona particolarissima della Nigeria, a quella zona particolarissima della Nigeria, un segnale di solidarietà attraverso la cooperazione decentrata del comune di Roma: un progetto di alfabetizzazione, costruzione di autonomia, avvio al lavoro di giovani ragazze. Ci stiamo lavorando, spero con buoni frutti, presto. Sono molto d'accordo su un punto politico: Daniela Colombo diceva: "Noi abbiamo un impegno e una responsabilità come Ong di cambiare le politiche dei governi"; cioè, di non pensare solo alla cooperazione, pure un importantissimo momento solidaristico di vicinanza alle donne di altri popoli, di altri paesi, ma anche come un momento di impegno politico e civile, che ha dentro la sua cornice le grandi, come dire, decisioni di principio degli organismi internazionali. Non è una parte contro l'altra, una civiltà contro un'altra cultura e un'altra civiltà, è un mondo di persone sensibili alla cooperazione e alla solidarietà internazionale, che ha dalla sua la cornice giuridica di grandi decisioni di organismi internazionali. Questo è fondamentale, perché costruisce un terreno di certezza del diritto, dentro il quale la nostra passione civile e politica può avere elementi saldi. Questo è molto importante perché sono molto preoccupata per il fatto che

possa prevalere negli stati più forti, il principio che se noi ce l'abbiamo fatta, ce la possono fare anche gli altri. Non è il caso di insistere sul riequilibrio dei poteri e delle risorse tra i paesi, costa troppo e se non ce la fanno, vuol dire che non sono bravi abbastanza, no? Ecco, sono veramente molto preoccupata dal rischio che alcune culture neolibériste che riemergono con molta potenza nei paesi ricchi, facciano crescere questa utopia negativa. Che è poi l'utopia negativa della rimozione, perché siccome è materialmente impossibile che si riesca a trovare un equilibrio con l'ambiente estendendo complessivamente il modello di sviluppo dei paesi avanzati dal polo sud al polo nord, dall'estremo oriente all'estremo occidentale in tutto il pianeta; è evidente che inseguire questa utopia negativa è un modo per rimuovere il problema, cioè per pensare ai soliti fatti propri.

Allora lo sforzo di tutti noi, di chi cerca di governare in modo attento alle sorti del mondo, e di associazioni come Aidos, è proprio quello di lottare con tutta l'intelligenza e la passione che possiamo mettere, contro le illusioni dell'utopia negativa.

/ QUANDO LE ORGANIZZAZIONI NON GOVERNATIVE INDICANO LA STRADA

Francesco Cottafavi

Direzione Generale per la cooperazione allo Sviluppo, Ministero degli Affari Esteri

Sotto il profilo politico, il fatto che la Ministra per le Pari Opportunità abbia anche sostenuto la necessità di una maggiore attenzione al tema della donna nello sviluppo, sia sotto il profilo della struttura istituzionale che sotto quello dei finanziamenti, è secondo me un fattore importante, perché noi siamo dei tecnici. Diplomatici, ma sempre tecnici. Seguiamo, in fondo, il governo, e nel governo il ministro rappresenta appunto quello che si deve fare per le pari opportunità. Quindi terremo conto con estrema attenzione dei risultati di questo convegno. Vi ringraziamo, perché la giornata di oggi, la vostra campagna, la vostra attività, sono, in fondo, una modalità di aiuto alla nostra attività: se non c'è credibilità per quello che facciamo, non ci sono nemmeno i finanziamenti, non si vede il motivo per cui assegnare fondi. Quindi, grazie per tutto quello che fate, perché consente a noi, poi, di lavorare. Naturalmente, la situazione economica generale del paese condiziona un po' tutti.

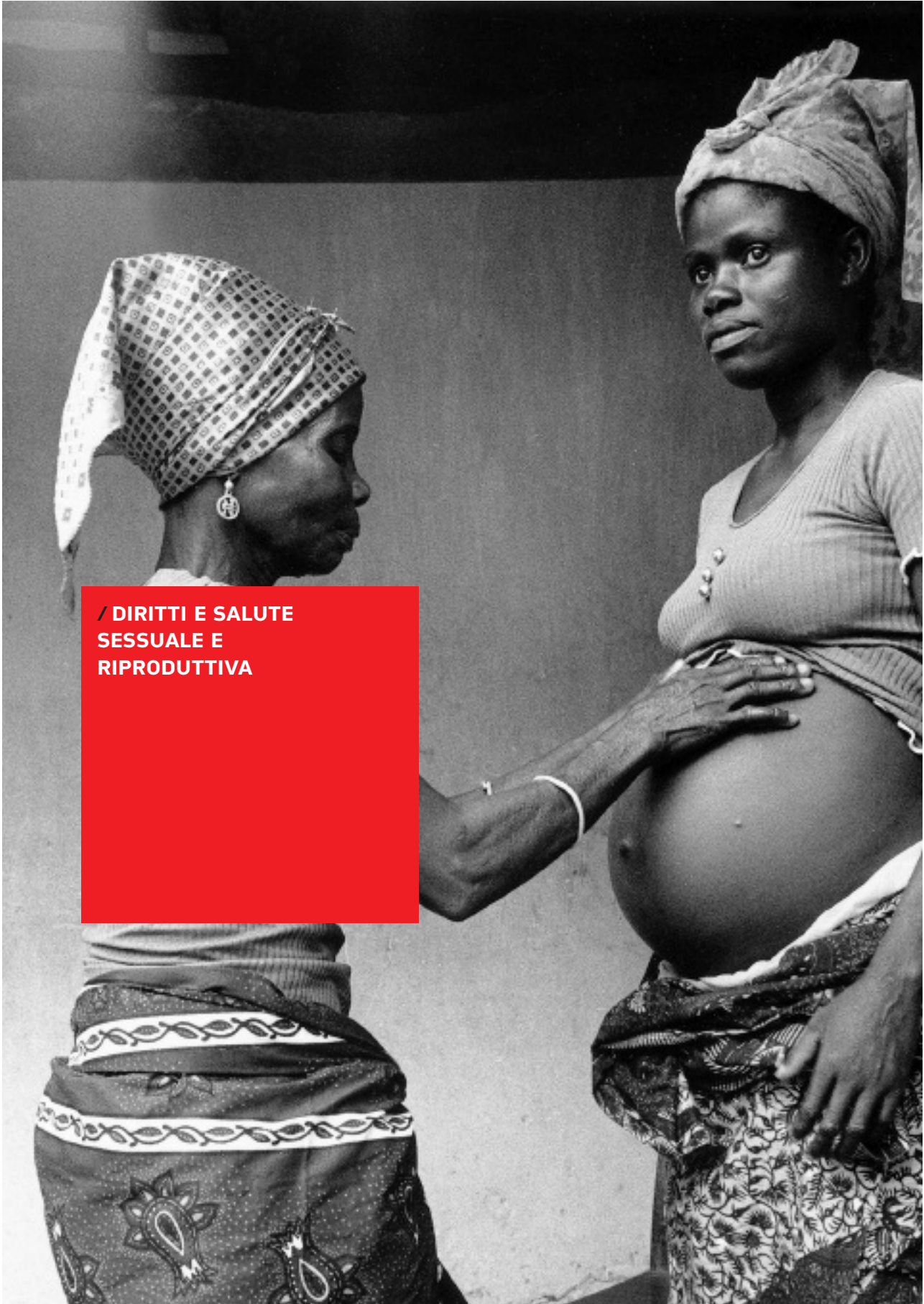
Siamo stati condizionati anche noi; però, come diceva giustamente la Ministra, abbiamo ricevuto recentemente un'ottima notizia: cento milioni di euro ci sono stati restituiti. Due giorni fa. Avevamo già tutto pianificato, l'avevamo già speso, in realtà, questo denaro; dovevamo solamente far fronte agli impegni presi. Speriamo veramente che la situazione economica ci consenta di uscire dall'incertezza. L'anno prossimo cercheremo di finalizzare ancora di più la nostra

attenzione sulle attività a favore dei diritti e della salute riproduttiva delle donne.

La cooperazione decentrata è un punto importante, non per scaricarci delle responsabilità, ma la realtà è che noi rappresentiamo ormai meno della metà, in Italia, di quello che viene speso dall'Italia per la cooperazione allo sviluppo.

Il resto è fatto da tutti coloro che hanno una gran passione. In Italia la passione c'è.

Quindi, le organizzazioni che la movimentano, che cercano di portarla a risultati costruttivi, produttivi sul piano della cooperazione allo sviluppo, sono nostre alleate, lavoriamo insieme. La cooperazione decentrata funzionerà al meglio, e così anche la spesa in Italia, se e quando lavoreremo bene insieme. E' indispensabile. Noi abbiamo un settore, un ufficio di cooperazione decentrata, con il bravissimo Ministro Serafini. Chiedete, proponete. L'ufficio ha anche dei mezzi. Facciamo delle cose insieme. La cooperazione decentrata è un modo per risolvere il problema della mancanza di passione, dovuta anche al fatto che l'economia generale non va così bene. Se poi riprenderemo, invece, e arriveremo ai livelli degli impegni presi (che nessuno peraltro raggiunge nel mondo) allora potremo fare molto di più. Tra le priorità, ci saranno senz'altro la donna e la salute riproduttiva.



**/ DIRITTI E SALUTE
SESSUALE E
RIPRODUTTIVA**

/ DIECI ANNI DOPO LA CONFERENZA DEL CAIRO: NUOVE OPPORTUNITÀ

Heli Batija

Organizzazione mondiale
della sanità (Oms),
Dipartimento per la salute
sessuale e riproduttiva

Nel 2004 l'Assemblea mondiale sulla salute ha approvato una strategia globale per la salute sessuale e riproduttiva. Il documento che la presenta parla di persone, non solo di numeri. Parla di noi, delle nostre sorelle e fratelli, delle nostre figlie e figli, di madri e nonne, di padri e nonni, di zii e zie.

La Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo

Possiamo e dobbiamo chiederci che cosa è avvenuto a dieci anni dalla Conferenza internazionale del Cairo su popolazione e sviluppo, del 1994. Fino ad allora, l'incremento demografico era stato esplosivo. Dall'inizio del '900 in poi, la crescita è stata - e continua ad essere - molto rapida. Nel 1965, l'Assemblea mondiale sulla salute, che rappresenta tutti i paesi del mondo, aveva chiesto al direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità di sviluppare un programma in merito ai servizi di riferimento, agli studi sugli aspetti medici della sterilità e dei metodi di controllo della fertilità, e agli aspetti della salute nelle dinamiche di popolazione. Nonostante il fatto che si facesse riferimento alla salute, l'accento era decisamente sulla popolazione. Poi, nei decenni che sono seguiti, ci sono state tre conferenze delle Nazioni Unite sulla popolazione: la Conferenza mondiale sulla popolazione di Bucarest (1974), la Conferenza internazionale sulla popolazione a Mexico City (1984) e la Conferenza inter-

nazionale su popolazione e sviluppo del Cairo (1994). Che cosa accadde nelle prime fasi della conferenza del Cairo? Fu chiaramente esplicitato un cambiamento di paradigma, fu sviluppata la definizione di salute riproduttiva. Per la prima volta fu stabilito che si tratta di "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente di un'assenza di malattia o di infermità, in tutti gli aspetti che si riferiscono al sistema riproduttivo, alle sue funzioni e ai suoi processi..." Quindi, se consideriamo quello che è successo, quali erano i punti di divergenza fra i vari orientamenti e la fondamentale svolta del Cairo, è esattamente a quel punto che si inizia a parlare di persone, non di obiettivi, e che la più generale agenda degli impegni inizia ad essere declinata in maniera più dettagliata. Un nuovo modo di lavorare, più centrato sull'utente, più fondato sui diritti, più sensibile al genere. Queste parole, prima, venivano usate separatamente, a quel punto furono messe insieme. Inoltre, l'attenzione si focalizzava anche sui gruppi trascurati, come i giovani - gli uomini - e i profughi, e su temi prima negletti. La violenza contro le donne e la mutilazione di genitali femminili trovarono il loro posto nell'agenda degli impegni. L'obiettivo era che tutti i paesi, attraverso i loro sistemi di assistenza sanitaria di base, dovevano sforzarsi di rendere più accessibili i servizi di salute riproduttiva a tutti gli individui di età adeguata nei tempi più brevi possibili e non oltre il 2015. Restano solo undici anni per raggiungere questo obiettivo. Ed è molto importante notare che l'idea era, ed è ancora, che i servizi di salute riproduttiva non devono essere di difficile accesso, ma dovrebbero invece essere disponibili attraverso i sistemi sanitari di base.

Dopo il Cairo. Lati positivi e lati negativi. Nel 1995 l'Oms ha confermato il proprio ruolo all'interno della strategia globale per la salute riproduttiva riaffermando la volontà di continuare a lavorare nei settori dell'advocacy, negli aspetti normativi, nella ricerca e nella cooperazione tecnica. L'Oms è molto brava nel produrre un sacco di documenti e alcuni di quei documenti purtroppo non vengono notati dal grande pubblico.

Le osservazioni che seguono sono tratte dal Documento di strategia ma anche da uno degli ultimi studi sulla condizione della salute riproduttiva nei vari paesi; può risultare molto utile nell'attività di advocacy. Il concetto di salute riproduttiva è stato fatto proprio da molti paesi. Prima si parlava di salute della madre e del bambino, di pianificazione familiare; negli ultimi dieci anni la maggior parte dei paesi ha adottato il concetto di salute riproduttiva. E sono stati avviati nuovi programmi, politiche e approcci. Ad esempio, in India, il programma generale sulla salute riproduttiva e l'infanzia, che non ha un target specifico, ed è più orientato ai bisogni delle persone. Inoltre, negli ultimi dieci anni sono nate e sono cresciute molte organizzazioni, private e pubbliche. Ed è andata avanti la ricerca sulla realtà delle malattie provocate da una cattiva salute riproduttiva, e si è cercato e si sta cercando di promuovere lo studio e l'applicazione delle "pratiche migliori" (dunque, quello che si dovrebbe fare e come). Qual è il lato negativo? Sfortunatamente, ci sono troppi progetti di piccole dimensioni. Ad esempio, l'applicazione solo parziale di programmi che dovrebbero invece essere olistici e integrati e la mancanza di coordinamento. Inoltre, molto denaro viene speso su piccoli progetti, giusto per mettere alla prova gli approcci, ma quando si tratta di ampliare la portata del progetto, diventa molto difficile trovare fondi. E i sistemi sanitari continuano a essere deboli. In molti posti sono state avviate delle riforme del settore sanitario, ma la situazione è ancora tutt'altro che ideale. Esistono nuovi strumenti di sviluppo, i risultati non sono negativi, ma spesso viene trascurata la salute riproduttiva, si parla solo di riduzione della povertà, di documenti strategici e così via. Forse la cosa peggiore per noi è stata la politicizzazione della salute riproduttiva e dei diritti riproduttivi da parte di certi paesi e di certi gruppi.

Ci sono stati passi avanti?

Possiamo affermare che nei paesi in via di sviluppo si è registrato un netto aumento nell'uso dei contraccettivi: da una percentuale del 20% negli anni 60-65 a oltre il 60% nel 2003. I paesi sviluppati hanno mantenu-

to più o meno lo stesso livello. Ma c'è un gran bisogno di continuare a lavorare sulla contraccezione. Infatti, se prendiamo in considerazione il numero di gravidanze, vediamo che un terzo continua a non concludersi con la nascita di un bimbo vivo, il che vuol dire che ci sono ancora molte gravidanze indesiderate e anche molte interruzioni volontarie di gravidanza.

L'aborto compiuto in condizioni di rischio per la salute continua ad essere un problema molto grave: si stima che ogni anno avvengano diciannove milioni di aborti a rischio. Il lato peggiore del problema degli aborti a rischio è che chiaramente si tratta di un problema per le giovani, soprattutto in Africa, dove si calcola che circa il 60% di tutti gli aborti a rischio riguardano ragazze dai quindici ai ventiquattro anni. Secondo la ricerca che abbiamo condotto all'Oms, non è un problema solo di adolescenti ma anche di ragazze giovani. Per quanto riguarda la mortalità delle madri, le cifre sono ben note: 529 mila donne morte di parto nel 2000. Dodici paesi da soli contribuiscono ai due terzi di quelle morti e il più alto tributo è ancora una volta pagato dall'Africa, dove la situazione generale si riflette anche in questo campo. Un altro problema riguarda le morti neonatali; se la mortalità infantile è diminuita, quella nella prima settimana di vita è rimasta più o meno la stessa.

Tra le infezioni sessualmente trasmissibili degli adulti, è impressionante notare che ogni anno ci sono 340 milioni di nuovi casi di malattie sessualmente trasmissibili; dunque ogni giorno circa un milione di persone in questo mondo rimane contagiata, ed è un problema che nella maggior parte dei casi si potrebbe evitare e curare. Per quanto concerne le cifre dell'Hiv/Aids, se consideriamo la speranza di vita al momento della nascita, possiamo notare che nei paesi più colpiti dall'Aids nell'Africa sub-sahariana, essa ha subito una riduzione drastica negli ultimi dieci anni, e il trend continua.

Possiamo quindi affermare di aver fatto dei progressi? Se pensiamo all'aumento nell'uso dei contraccettivi e al calo della mortalità infantile, sì. Ma dobbiamo rispondere di no se pensiamo alla mortalità delle madri che è sempre elevata, alla mortalità neonatale, alle infezioni sessualmente trasmissibili, e

all'Hiv/Aids, e agli aborti a rischio..... In moltissime aree siamo ancora molto lontani dall'obiettivo. Possiamo dire che c'è qualche passo avanti nel comportamento sessuale (se ne è parlato molto) e nella riduzione della percentuale di bimbi nati morti.

In questi ultimi dieci anni siamo riusciti a mettere in evidenza il fatto che, nel problema globale rappresentato dalla malattia, la cattiva salute riproduttiva è una grossa componente, anche se è molto difficile da quantificare. Possiamo dire che il 20% del peso globale della malattia è causato da una cattiva salute riproduttiva.

Se poi prendiamo in considerazione il problema delle disuguaglianze nel mondo, quali sono le conseguenze sulla salute riproduttiva? E perché il problema globale della mortalità materna? Tantissime donne continuano a partorire senza un aiuto qualificato al momento del parto, e questo ora è stato individuato come il fattore più importante dal quale può dipendere la differenza nell'esito; è qualcosa su cui dovremmo veramente impegnarci molto. Ricorrere a un aiuto qualificato al momento del parto, anche nei paesi più poveri, dipende dal livello di benessere. Persino nei paesi più poveri, i ricchi si possono permettere un'assistenza, mentre i poveri non possono avvalersi di quella assistenza nemmeno nei paesi più ricchi. Quindi, si tratta di un grande problema di disuguaglianza.

Come potete vedere, lo stesso può dirsi del tasso di mortalità delle madri, collegato alla condizione sociale e alle possibilità economiche della stessa famiglia. Anche prima lo sostenevamo, ma riferendoci all'economia di un dato paese e al livello generale della mortalità materna. Invece, i dati appaiono direttamente correlati anche al benessere economico della famiglia: sono molto più alti i tassi di mortalità delle madri nelle famiglie povere. Allo stesso modo, in molti paesi i bambini delle famiglie povere hanno più probabilità di morire prima di compiere un anno.

Che fare? Gli Obiettivi di sviluppo per il millennio

Nel 2000, i governi di 189 paesi hanno adottato il documento strategico "Obiettivi di sviluppo per il millennio. Anche se nel docu-

mento non appare un obiettivo specifico di salute riproduttiva, tre degli otto obiettivi individuati sono direttamente collegati: la riduzione della mortalità infantile, il miglioramento della salute materna, la lotta all'Hiv/Aids, alla malaria e ad altre malattie. Ma anche gli altri obiettivi del documento, in realtà, sono in qualche modo collegati alla salute riproduttiva.

Nel 2002, l'Assemblea mondiale della sanità ha chiesto al direttore generale di mettere a punto una strategia per accelerare i progressi in questo campo. La strategia elaborata è stata il risultato di un gran numero di consultazioni in tutto il mondo. Abbiamo lavorato con molti esperti, con le Ong, con le altre agenzie dell'Onu, con moltissime persone. Ci siamo detti che i problemi sono veramente tanti, ma ci sono anche molte opportunità ed è su quelle che ci dovremmo concentrare, soprattutto per capire che quando si parla di salute delle donne, per tanto tempo è stato considerato un problema di donne, o di salute, ma in realtà si tratta di un problema di sviluppo, un problema di diritti umani. Questa è una cosa che ognuno di noi dovrebbe dire ad almeno cinque persone oggi stesso: si tratta di un problema di diritti umani e ciascuno può fare qualcosa.

La strategia globale dell'Oms per la salute riproduttiva

Il documento si compone di tre parti. La prima è una specie di descrizione della situazione globale. Nella seconda parte sono descritti i principi guida: il principio dei diritti umani e quindi, il diritto ad accedere a servizi di qualità. La terza parte riguarda le azioni. E proprio questa parte relativa all'azione è quella che ha richiesto moltissime discussioni, nel Consiglio esecutivo dell'Oms e anche nell'Assemblea mondiale della salute, perché certi paesi erano molto restii all'uso di certe parole; se vedono quelle parole stampate da qualche parte pensano immediatamente che il documento li obbliga a fare qualcosa. Ad esempio, per quanto riguarda la questione degli aborti a rischio, il documento diceva che bisogna fare in modo che ci sia la possibilità di abortire e diceva anche che, nel caso in cui esista una legge che autorizza l'aborto, allo-

ra è in questo modo che deve essere fatto, deve essere accessibile, deve essere sicuro.

La parte che riguarda l'azione ha dunque richiesto infinite discussioni, ma i cinque principi sono chiaramente individuati:

- rafforzamento dei sistemi sanitari;
- miglioramento dell'informazione per stabilire una lista di priorità.
I paesi hanno molte informazioni ma da queste devono passare a individuare le priorità e appoggiarli è l'obiettivo che abbiamo nel breve termine;
- rafforzare e rendere più dinamica la volontà politica; è molto difficile farlo nei paesi in via di sviluppo perché ci sono così tante priorità e così tanti problemi da affrontare; ma si cerca di farlo.
Vi sono molte prove del fatto che quando c'è la volontà politica, il successo non tarda;
- creare una struttura normativa di sostegno, altro fattore assolutamente importante e finora spesso ignorato;
- rafforzare il monitoraggio e la valutazione. Questo diventa sempre più importante quanto più i fondi scarseggiano; dunque occorre assolutamente far bene quello che si fa. Il che richiede una struttura sistematica.

Ho detto che ci sono state delle obiezioni a questa strategia della salute riproduttiva; in realtà, l'unico paese che ha respinto il piano sono gli Stati Uniti. Tutti gli altri paesi sono stati molto d'aiuto e hanno dato il loro completo appoggio al piano. Ora, come vogliamo che venga usato? Abbiamo dei sogni e delle visioni, ma dipenderà da gente come voi come verranno realizzati in concreto. Io credo, innanzitutto, che sarà di guida a noi dentro l'Oms, con tutte le attività che stiamo portando avanti. A livello dei singoli paesi, molti hanno già messo in atto le proprie strategie in materia di salute riproduttiva, e la strategia serve ad aiutarli a riesaminare il loro approccio, a vedere quello che è veramente necessario e possibile.

E poi, questo serve per fornire un contesto per l'elaborazione di strategie specifiche di area e contribuire a rafforzare il ruolo della salute riproduttiva e sessuale in relazione agli Obiettivi del Millennio e alla lotta contro l'Hiv/Aids.

Alcuni problemi stanno rendendo difficile la messa in pratica della strategia.

Tecnicamente gli strumenti ci sono, c'è la strategia, c'è l'impegno politico degli stati membri, ci sono molte risorse umane ma non ci sono le risorse finanziarie. Non ci sono, da nessuna parte, non solo all'Oms. Ci sono state tante promesse, ma quei fondi non sono diventati realtà; le risorse economiche a disposizione sono un quarto di quanto i fumatori spendono per le sigarette. Noi del Dipartimento per la salute riproduttiva dell'Oms siamo 92-95 persone le cui attività dipendono da contributi volontari dei paesi membri. Non possiamo contare su finanziamenti nell'ambito del bilancio ordinario dell'Oms per andare avanti con la nostra agenda di impegni. Quindi, siamo costretti a sforzi continui per trovare finanziamenti da fondazioni private e dai governi per poter svolgere il nostro lavoro. Abbiamo avuto gravi difficoltà con gli Stati Uniti, soprattutto dal 2002, e la situazione non è migliorata in seguito. Ciononostante, abbiamo ad esempio l'appoggio di Kofi Annan il quale ha detto: "Dobbiamo riconoscere nella salute riproduttiva uno degli strumenti chiave nella più ampia lotta contro la povertà. E dobbiamo deciderci a destinare risorse materiali e impegnare volontà politica a favore della salute riproduttiva, mezzo per costruire una famiglia umana più sana, più forte e prospera".

/ DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI NEL CONTESTO DEI CRESCENTI FONDAMENTALISMI

Pinar Ilkkaracan

Presidente

Women for Women's Human Rights
New Ways

Fin dalla sua creazione nel 1993 la mia organizzazione, Women for Women's Human Rights (Wwhr) - New Ways, ha lavorato per la salute e i diritti sessuali, del corpo e riproduttivi, incoraggiandone la promozione, cercando appoggi politici e facendo corsi di formazione, sia a livello locale che nazionale e internazionale. Il nostro lavoro a livello locale comprende la realizzazione di laboratori di formazione sui diritti umani con riferimento alla salute e ai diritti riproduttivi e sessuali delle donne, come parte integrante del nostro Programma di educazione sui diritti umani delle donne della durata di quattro mesi. Questo Programma, che portiamo avanti da dieci anni, attualmente si tiene in quarantadue centri comunitari e in trenta città, sparsi in tutte le regioni della Turchia. Recentemente è stato scelto come "migliore esempio" dal progetto internazionale New Tactics in Human Rights, coordinato dallo statunitense Centro per le vittime della tortura, per il suo approccio globale nei confronti dei diritti umani delle donne, per la sua diffusione sul territorio nazionale e per l'uso efficace delle risorse disponibili, in particolare nei centri comunitari, nel promuovere i diritti umani delle donne, tra cui i diritti sessuali e del corpo, a livello locale.

A livello nazionale, dopo anni di riuscite campagne contro le prove di verginità e i delitti d'onore, dal 2002 al 2004 abbiamo avviato e coordinato una campagna per la riforma del Codice penale turco da un punto

di vista di genere, che si è appena conclusa con grande successo.

Il 26 settembre 2004, la proposta di legge per il Codice penale turco è stata approvata dall'Assemblea plenaria nazionale del Parlamento turco. Grazie al successo ottenuto dalla campagna condotta dal movimento delle donne, il nuovo Codice Penale include oltre trenta emendamenti che costituiscono un fondamentale passo avanti in Turchia verso l'uguaglianza di genere e la protezione dei diritti sessuali e del corpo delle donne e delle ragazze.

Il nuovo Codice penale turco stabilisce nel suo primo articolo che scopo della legge è quello di "proteggere i diritti e le libertà degli individui", definizioni progressiste e pene più severe per i crimini sessuali; penalizza lo stupro nell'ambito del matrimonio; elimina qualunque riferimento a concetti patriarcali quali castità, moralità, vergogna o comportamento indecente; abolisce le discriminazioni fino ad allora esistenti contro le donne non vergini e non sposate; penalizza le molestie sessuali sul luogo di lavoro e considera le aggressioni sessuali da parte delle forze di sicurezza come un crimine aggravato. Ciononostante, siamo consapevoli che i nostri sforzi sul piano nazionale non saranno sufficienti a fare piazza pulita di pratiche tradizionali profondamente radicate, che vanno dalle mutilazioni dei genitali femminili fino ai delitti d'onore, o anche a smantellare le idee fondamentaliste in fatto di sessualità. Nel 2000 abbiamo pubblicato un libro dal titolo "Donne e sessualità nelle società musulmane". In seguito alle reazioni molto positive con cui Ong di donne, studiosi e attivisti l'hanno accolto, abbiamo avuto l'idea di creare una rete di solidarietà tra le Ong e gli studiosi che si occupano di temi relativi alla sessualità in Medio Oriente e Nord Africa. Dal 2001, coordiniamo questa rete, inaugurata in occasione di un incontro internazionale a Istanbul. Essa è nata in un momento storico di cruciale importanza, che vede le forze della destra religiosa in tutto il mondo portare un attacco ai diritti sessuali e riproduttivi delle donne, e si è progressivamente allargata nel 2004 fino a comprendere diversi paesi e comunità musulmane del Sud e del Sud-Est asiatico.

Diritti sessuali e riproduttivi e movimenti della destra religiosa nelle società musulmane

Negli ultimi due decenni, il corpo e la sessualità delle donne sono sempre più diventati terreno di forte scontro. Le forze politiche della destra conservatrice e religiosa stanno furiosamente cercando di mantenere o rafforzare i tradizionali meccanismi di controllo sulla sessualità delle donne e addirittura crearne dei nuovi.

Le quattro conferenze Onu tenutesi negli anni '90 - la Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (Icpd) del 1994 al Cairo, la Conferenza di Pechino del 1995, la valutazione quinquennale della Icpd (Icpd + 5) del 1999 e la valutazione quinquennale della Conferenza di Pechino (Pechino + 5) del 2000 - hanno visto la destra religiosa cattolica e musulmana impegnate in una collaborazione che non ha precedenti per contrastare e limitare il diritto delle donne al controllo sulla propria sessualità e sul proprio corpo.

Allo stesso tempo, le donne di tutto il mondo hanno unito le proprie forze per opporsi alle strategie messe in atto dalla destra religiosa e conservatrice e hanno lanciato un'offensiva internazionale contro le violazioni dei loro diritti sessuali e riproduttivi. La loro lotta trascende le frontiere nazionali oltre che le dicotomie, vere o inventate, nord-sud ed est-ovest. Un segno evidente del suo successo è il cambiamento significativo nel linguaggio usato dagli enti internazionali. Man mano che il movimento delle donne ha guadagnato forza e che l'approccio dei "diritti" ha acquisito credibilità, il discorso sui "diritti" riproduttivi è andato sostituendo in maniera sempre più diffusa i termini "salute" e "salute sessuale" ed è diventato un tema di interesse comune oltre che entrare a far parte della terminologia corrente. Il passaggio dalla "salute sessuale" ai "diritti sessuali" costituisce l'ultimo anello di questa successione di cambiamenti a livello globale imposti dal movimento mondiale delle donne.

In questo contesto, diverse pratiche culturali imposte dalla tradizione nelle società musulmane, comprese quelle del Medio Oriente - il delitto d'onore, la lapidazio-

ne delle donne accusate di adulterio, le prove di verginità o la mutilazione dei genitali femminili - in questi ultimi anni hanno attirato in misura sempre maggiore l'attenzione dei mezzi d'informazione e del pubblico occidentali, come violazioni dei diritti umani. La mancanza di informazione sull'Islam e sulla grande diversità delle società musulmane, la contemporanea ascesa della destra islamista, che rivendica tali pratiche tradizionali come proprie dell'Islam, oltre che la tendenza a "semplificare" la religione musulmana, sono tra i fattori che hanno portato l'occidente a farsi l'idea errata che tali pratiche siano islamiche. Questa idea non solo è fuorviante, ma è anche in netto contrasto con gli sforzi messi in atto dai movimenti delle donne nelle società islamiche che, lottando contro tali pratiche, cercano di dimostrare all'opinione pubblica che si tratta di pratiche contrarie all'Islam. Questa immagine sbagliata contribuisce alla causa della destra religiosa musulmana, che si sforza di creare forme estreme di controllo sulle donne e sulla loro sessualità, facendo proprie e universalizzando, in nome della religione, le peggiori pratiche tradizionali.

La sessualità e l'uguaglianza di genere, temi fra sé inestricabilmente connessi, sono argomenti altamente politicizzati in quasi tutti i paesi del Medio Oriente e del Nord Africa fin da quando, nel diciannovesimo secolo, è iniziato il processo di riforma verso la modernizzazione e/o l'occidentalizzazione.

Mentre anche fra le forze e i movimenti politici antagonisti c'è un consenso generale sulla necessità di uno sforzo modernizzatore in campo tecnico, amministrativo e finanziario, le riforme riguardanti i rapporti di genere e la sfera del privato sono da sempre motivo di conflitto nella regione.

Mentre i modernisti si sono perlopiù espressi a favore dell'uguaglianza di genere, la liberazione sessuale e il libero amore, i tradizionalisti e i conservatori islamici hanno successivamente cercato di limitare gli effetti della modernizzazione a tutti gli altri campi, lottando nel contempo per la conservazione di quella che era la loro interpretazione dei "valori religiosi e morali" e mantenendo la loro predominanza soprat-

tutto nella sfera del privato, e cioè per quanto riguarda la condizione delle donne nella famiglia e le norme che riguardano il loro comportamento sessuale (1). Esiste una grande diversità nel mondo musulmano in termini di formulazione delle leggi, regimi politici, contesti socio-economici e nozioni e pratiche culturali. Mentre la Turchia, ad esempio, è un paese totalmente laico, dotato di un sistema giuridico basato sui codici europei (2), la maggior parte dei paesi del Golfo ha mantenuto la propria interpretazione della giurisprudenza legale islamica come fondamento di legge in tutti i campi giuridici. Ciononostante, è interessante notare che, ad esempio in Medio Oriente, la maggioranza dei paesi ha abbandonato la giurisprudenza islamica in tutti i campi ma ha conservato la "propria" versione di un "codice islamico sullo status personale". Tuttavia, poiché il codice sullo status personale include soprattutto le leggi sulla famiglia, cioè la sfera del privato, di fatto la conservazione delle cosiddette leggi religiose in questo campo in realtà tende e serve al controllo della sessualità e del corpo delle donne da parte degli uomini, della famiglia e della società. Nonostante questa diversità, i contesti politici in cui lavoriamo evidenziano numerosi elementi comuni. In Medio Oriente esiste una lunga storia di femminismo e gli ultimi decenni hanno visto una rapida crescita dell'attivismo sul tema dei diritti umani delle donne, ma la sessualità, in particolare la sessualità delle donne, e i diritti sessuali sono rimasti argomenti tabù. La crescita della destra religiosa islamica fin dagli anni '80 non solo ha creato nuovi meccanismi e parametri di controllo sulla sessualità delle donne, ma ha anche profondamente limitato lo spazio politico per la formulazione di richieste progressiste, soprattutto quelle relative alla sessualità, nella maggior parte dei paesi. Ciò è in parte dovuto a un effetto di raffreddamento, ma anche alle minacce concrete che i fondamentalisti esercitano nei confronti degli attivisti impegnati sui temi della sessualità. Anche in quei paesi dove la destra religiosa islamica è all'opposizione, come in Tunisia, in Egitto, in Siria, in Algeria, in Libano e in

Marocco, la sua crescita ha creato un clima in cui le richieste di un regime più democratico e l'attivismo in tutti i campi vengono messi a tacere da parte dei vari governi. Sempre più spesso, i governi impongono restrizioni antidemocratiche alle Ong e agli attivisti con la pretesa contraddittoria di proteggere la democrazia. Sia i nazionalisti che i conservatori religiosi danno dei temi e delle richieste connessi all'autonomia sessuale delle donne un'immagine di fenomeno esportato dall'occidente, destinato a provocare una "degenerazione" della società. Di conseguenza, c'è una notevole pressione sugli attivisti affinché mettano a tacere le loro richieste, pena la loro denuncia come traditori della nazione o della comunità musulmana. Anche se la loro natura cambia moltissimo da un paese all'altro, esiste un certo numero di pratiche tradizionali il cui fine comune è quello di esercitare un controllo sul corpo e sulla sessualità delle donne, come le mutilazioni genitali femminili, i delitti d'onore, i matrimoni temporanei, i matrimoni forzati, le leggi *hudoon*, la lapidazione in caso di adulterio e le prove di verginità. Ad esempio, della mutilazione dei genitali femminili non si sapeva nulla in Turchia, finché le attiviste sudanesi ed egiziane non hanno portato questi delitti all'attenzione del mondo, mentre i delitti d'onore non esistono in molte società islamiche dell'Africa sub-sahariana, del Sud-Est Asiatico o in Algeria. In realtà, la maggior parte di queste pratiche sono di fatto contrarie ai principi islamici contenuti nel Corano. Nella maggior parte dei paesi del Medio Oriente si assiste a un notevole aumento della povertà e delle disuguaglianze di reddito, non compensati da alcun aumento nelle spese pubbliche per le donne in generale o per i servizi legati alla loro salute sessuale e riproduttiva in generale. Come risultato, si può facilmente sostenere che il livello di violenza esercitata sulle donne per fare in modo che si pieghino alle norme patriarcali in fatto di sessualità, la crescita della destra religiosa islamica, la mancanza di empowerment delle donne e la povertà, fanno dei temi della sessualità e dei diritti sessuali una questione di vita

o di morte per la maggioranza delle donne nelle società islamiche.

Problemi fondamentali da risolvere in Medio Oriente e Nord Africa rimangono i tabù sulla sessualità, il controllo limitato delle donne sul proprio corpo, i codici penali che riflettono la nozione che il corpo e la sessualità delle donne non sono di proprietà di queste ultime, ma piuttosto degli uomini, della famiglia e della società, le pratiche tradizionali che costituiscono forme estreme di controllo sulla sessualità delle donne. La regolazione della sessualità femminile e la protezione dell'istituto del matrimonio sono alla base di molte delle pratiche che costituiscono altrettante violazioni dei diritti umani delle donne, delle giovani e dei giovani, delle minoranze sessuali nella regione. A un incontro regionale sul tema "Diritti sessuali e del corpo come diritti umani in Medioriente e Nord Africa", organizzato da Women for Women's Human Rights (Wwhr) - New Ways nel 2003, nel campo della sessualità sono state indicate come comuni nell'area pratiche quali: stupro nell'ambito del matrimonio; matrimoni precoci, forzati e temporanei; delitti d'onore; criminalizzazione dell'omosessualità; costrizione alla sessualità nell'adolescenza, prima del matrimonio o al di fuori del matrimonio sulla base di leggi o di norme sociali; mutilazioni dei genitali femminili; aborti in condizioni pericolose per la salute; violenza sessuale, ad inclusione di stupri, molestie sessuali e abusi sessuali, e infine la situazione giuridica dei figli nati al di fuori del matrimonio (3).

Una crescente militarizzazione che contribuisce all'appoggio popolare per le ideologie nazionaliste, la riduzione degli spazi per le riforme progressiste e il progressivo rafforzamento dei regimi autocratici, sono tutti fattori che contribuiscono a ridurre le opportunità di far avanzare le riforme in materia di genere e sessualità nella regione. La situazione creatasi nella regione dopo l'11 settembre ha inasprito il clima di antagonismo che già esisteva nei confronti dell'occidente e ha ulteriormente contribuito a dare di quello stesso occidente e della sua cultura un'immagine minacciosa, "nemica". Un simile clima contribuisce alla causa della destra religiosa islamica; essa sfrutta

a proprio favore la percezione di quella minaccia per ricostruire un'identità musulmana che si basa su nozioni estremamente polarizzate dei cosiddetti valori "occidentali" e "musulmani", puntando soprattutto alla regolazione della sessualità e delle relazioni di genere.

La ricostruzione di una sessualità "musulmana" in opposizione ad una sessualità "occidentale" da parte della destra religiosa necessita di vari elementi, quali: una maggiore pressione esercitata sulle donne affinché si facciano portatrici di identità di gruppo indotte attraverso, ad esempio, il velo, il simbolo politicamente più visibile; la rivendicazione di pratiche tradizionali che puntano al controllo di una sessualità delle donne che si vuole islamica e che mettono alla liberazione sessuale l'etichetta di prodotto dell'occidente inteso a provocare la degenerazione delle società musulmane; o la definizione dell'omosessualità come una pratica occidentale.

Di recente, i movimenti della destra religiosa islamica hanno adottato un nuovo corso caratterizzato da rivendicazioni sovranazionali, dal ricorso a metodi radicali e a un'ideologia estremamente conservatrice che si pretende islamica, come osserviamo nel caso di Al-Qaida.

L'estremismo di tale ideologia conservatrice è visibile soprattutto nell'estrema polarizzazione delle identità maschile e femminile e nella dichiarata ostilità mostrata nei confronti delle donne, come incarnazione naturale del "femminile".

D'altro canto, gli sforzi messi in atto dalla destra religiosa islamica per ridefinire e restringere i parametri del comportamento sessuale sono messi a dura prova da numerosi elementi di cambiamento in materia di comportamenti sessuali e nella politica nella regione.

Il cambiamento di fattori socio-economici e di modelli di comportamento, quali un numero sempre crescente di giovani che praticano il sesso prematrimoniale, il crescente bisogno di educazione sessuale e di programmi che riguardano la salute sessuale, richiedono riforme urgenti. Gli anni '90 hanno visto la nascita di un nuovo movimento femminista che sta mettendo sempre più in discussione il controllo della ses-

sualità delle donne da parte degli uomini e della società. I nuovi movimenti sociali, come i movimenti gay e lesbici che stanno facendo la loro apparizione, costituiscono una sfida ai grossi tabù che pesano sugli orientamenti sessuali.

Negli anni '80 e all'inizio degli anni '90, la maggior parte dei governi della regione, perfino quelli laici, ha risposto alla sfida dei movimenti fondamentalisti adottando idee e politiche religiose conservatrici nel tentativo di togliere terreno all'opposizione islamica e di recuperare legittimità.

In questo contesto, le questioni relative all'uguaglianza di genere e all'autonomia sessuale sono state individuate come quelle su cui potevano più facilmente e rapidamente trovare un compromesso. In realtà, questa strategia si è rivelata controproducente, poiché invece ha contribuito alla crescita dei movimenti di opposizione della destra religiosa.

Ciononostante, le pressioni nazionali e internazionali sui governi della regione perché affrontino le questioni che riguardano i diritti sessuali e del corpo sono aumentate notevolmente negli ultimi anni.

Una strategia fondamentale a cui fanno ricorso le donne che sono in lotta contro tali pratiche è quella di far aumentare la pubblica consapevolezza che quelle pratiche non solo costituiscono delle gravi violazioni dei diritti umani delle donne, ma sono anche in contraddizione con l'essenza stessa dell'Islam.

L'aumento della militanza in tema di diritti di lesbiche, gay bisessuali e transgender (Lgbt) in quest'ultimo decennio è notevole, anche se i rapporti con individui dello stesso sesso sono punibili per legge nella maggioranza delle società musulmane (ad eccezione della Turchia, ad esempio, e della Tunisia in Medio Oriente e nel Nord Africa). Nonostante le minacce legali, esistono numerose reti clandestine di gay e lesbiche in altri paesi, che fanno uso delle nuove tecnologie, tra cui internet. In Turchia, l'ultimo decennio ha visto la nascita di numerose organizzazioni di militanti Lgbt.

Tuttavia, devo sottolineare che la sessualità è diventata un terreno di contestazione non solo nel mondo musulmano, ma anche sulla scena mondiale.

Diritti sessuali e riproduttivi a livello globale attraverso la lente degli ultimi eventi Onu

Il termine "diritti sessuali" è apparso per la prima volta alla Quarta conferenza mondiale sulle donne che si è tenuta a Pechino nel 1995. In quell'occasione un'alleanza formata da alcune delegazioni musulmane e cattoliche conservatrici, sotto la guida di Papa Giovanni Paolo II, ha manifestato una forte opposizione all'uso del termine. I temi relativi alla sessualità, e più specificamente all'orientamento sessuale, il controllo delle donne sul proprio corpo e l'aborto sono stati gli argomenti di maggiore conflitto alla Conferenza di Pechino. Nonostante una feroce opposizione da parte delle forze conservatrici all'inserimento della definizione "diritti sessuali", un'alleanza mondiale di donne, di tutte le appartenenze religiose e culturali, è riuscita ad imporre l'inclusione del paragrafo 96 nel Piano d'Azione della Conferenza di Pechino: "I diritti umani delle donne includono il loro diritto di esercitare il controllo della propria sessualità e di poterne decidere in maniera libera e responsabile, compresa la propria salute sessuale e riproduttiva, libere da coercizione, discriminazione e violenza."

Il Vaticano e gli stati conservatori musulmani e cattolici, col sostegno di alcuni paesi africani e latino-americani, hanno continuato ad opporsi all'inclusione dei vari diritti sessuali nei documenti dell'Onu a partire dalla Conferenza di Pechino. Diversi successivi eventi Onu, tra cui la conferenza Pechino + 5 nel 2000, la Sessione speciale dell'Assemblea Generale dell'Onu su Hiv/Aids nel 2001, la Sessione speciale dell'Onu sull'infanzia nel 2002, la Quinta conferenza asiatica e pacifica sulla popolazione nel 2002 e la 59esima e 60esima Sessione della Commissione Onu per i diritti umani che si sono tenute nel 2003 e 2004, hanno visto feroci battaglie su temi quali i diritti sessuali, l'educazione sessuale, l'aborto e l'orientamento sessuale.

Le linee di confronto che dividono le delegazioni a favore o contro i diversi temi legati alla sessualità indicano modelli di schieramento variabili. L'esistenza di forti movimenti di donne ai livelli nazionali e le con-

sequenze di un'efficace azione svolta dalle Ong nazionali per conquistare l'appoggio delle delegazioni ufficiali, fanno sentire il loro peso sulle oscillazioni degli schieramenti e svolgono un ruolo fondamentale nell'indurre certi stati a un mutamento di posizione. Ad esempio, alla Conferenza Pechino+5, in seguito alle forti ed efficaci pressioni esercitate dai gruppi di donne, le delegazioni di alcuni paesi musulmani hanno svolto un ruolo chiave che ha permesso di includere nel documento finale lo stupro da parte del marito, i delitti d'onore e i matrimoni forzati. La Turchia, per la prima volta nella sua storia, è stata tra i paesi che hanno proposto l'inclusione dei "diritti sessuali", e questo in seguito alla forte spinta di una rete di Ong di donne. Un episodio simile e ancora più significativo si è visto sul versante dei cattolici. Ancora una volta grazie al successo dei gruppi delle donne, alcuni governi latino-americani e caraibici, che avevano espresso delle posizioni conservatrici, soprattutto in tema di diritti sessuali e riproduttivi, alla Conferenza di Pechino del 1995, hanno poi formato un fronte noto come Slacc (4) e hanno espresso posizioni a sostegno dei diritti sessuali e riproduttivi in opposizione al Vaticano. Tuttavia, quella che è rimasta costante fino a poco fa è un'alleanza tra gli stati conservatori musulmani e cattolici e il Vaticano, che si oppone a qualunque riferimento a diritti sessuali, riproduttivi e del corpo. Questa situazione ha subito un cambiamento negli ultimi tempi, poiché, con l'ascesa al potere del governo Bush, sono stati gli Usa ad assumere un ruolo di guida sulla scena mondiale, soprattutto contro l'aborto, l'educazione sessuale e l'uso dei contraccettivi. Col ricorso a metodi diversi, tra cui l'espedito di concedere finanziamenti solo alle Ong e alla ricerca che sostengono la loro causa, nonché l'intimidazione, la censura sulla ricerca e le pressioni esercitate sulle organizzazioni cristiane che lavorano all'estero, il governo Bush ha cercato di impedire l'uso dei preservativi e ha insistito per il ricorso a programmi che prevedano solo e unicamente l'astinenza per la prevenzione dell'Hiv/Aids, nonostante il fatto che numerosi esperti abbiano ripetutamente criticato questo approccio che mette in peri-

colo la vita di milioni di donne in tutto il mondo. A un incontro della Commissione economica e sociale dell'Onu per l'Asia e il Pacifico (Escap) nel dicembre del 2002, la delegazione Usa è rimasta completamente isolata nei suoi incessanti sforzi per ottenere l'appoggio al suo tentativo di annacquare la terminologia nel Documento finale che era stato elaborato nel 1994 alla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (Icpd) al Cairo. Nonostante il fatto che gli Stati Uniti partecipassero ufficialmente all'incontro solo in veste di osservatori, la delegazione statunitense ha esercitato pressioni sui governi regionali affinché questi eliminassero qualunque riferimento a "cura della salute riproduttiva", "servizi per la salute sessuale" e "diritti riproduttivi". La reazione dei governi regionali, molto diversi tra loro per cultura e religione, è stata impressionante, dato che tutti hanno espresso voto unanime contro gli interventi Usa e hanno riconfermato il Programma d'azione dell'Icpd.

Sulla questione dell'orientamento sessuale, tuttavia, alcuni stati musulmani sono tuttora in prima linea nell'opposizione a qualunque tentativo di riconoscere l'orientamento sessuale come diritto umano protetto dall'Onu. Alla Conferenza di Pechino del 1995, erano islamici la maggior parte dei venti stati che si opposero all'inclusione di qualunque riferimento all'orientamento sessuale nel documento finale, e non un solo stato islamico figurava nella lista dei trentatré stati che invece erano a favore (5). Cinque anni più tardi, alla Conferenza Pechino+5 nel 2000, quello dell'orientamento sessuale fu di nuovo uno dei due temi più controversi (l'altro essendo l'aborto); l'opposizione fu capeggiata da Pakistan, Libia, Iran, Iraq e Sudan in alleanza con Vaticano e Nicaragua. Nel 2003 e nel 2004, una risoluzione presentata dal Brasile alla 59esima e 60esima sessione della Commissione Onu per i diritti umani a Ginevra, che incitava gli stati a proteggere e promuovere i diritti umani di tutte le persone indipendentemente dal loro orientamento sessuale, ha scatenato un pandemonio. Il primo tentativo di presentare la risoluzione nel 2003 fu bloccato da Pakistan, Libia, Arabia Saudita, Egitto e Malaysia con il sostegno di alcuni altri paesi

sotto la pressione del Vaticano. Parlando a nome degli stati dell'Organizzazione della Conferenza Islamica (Oic), il Pakistan dichiarò che il testo puntava direttamente contro "la nostra religione, le nostre leggi e noi non intendiamo permettere loro di imporci questo sistema di valori".

L'Oic inviò un promemoria e una lettera a tutte le delegazioni, chiedendo loro di votare contro la risoluzione, con l'argomentazione che era politicamente scorretta e "un insulto diretto al miliardo e duecento milioni di musulmani di tutto il mondo". Nel 2004 la risoluzione è stata nuovamente rinviata di un altro anno, di fronte alle pressioni degli stati arabi e del Vaticano. Tra gli stati musulmani, Iran, Egitto, Pakistan, Libia, Iraq e Sudan dal Medioriente si sono messi alla testa dell'opposizione a qualunque diritto relativo all'orientamento sessuale.

La veemenza dell'opposizione degli stati del Medioriente all'orientamento sessuale è indubbiamente la conseguenza di forti tabù che pesano sulle minoranze sessuali in Medioriente. Uno dei più profondi esempi di ipocrisia in tema di morale sessuale nella regione. Nonostante l'esistenza di abbondanti prove e diffusa conoscenza del fatto che l'omosessualità è una pratica diffusa nella regione da secoli, e nonostante una relativa visibilità di travestiti maschi come cantanti e artisti popolari, il silenzio "pubblico" che ricopre di un velo le scelte sessuali resta eccezionalmente pesante. Ciononostante, resta dubbio se il quadro che risulta dagli schieramenti di voto degli stati del Medioriente alle sessioni dell'Onu sia realmente rappresentativo della regione. Comunque, nell'ultimo decennio, nonostante un ambiente sociale minaccioso e delle leggi che criminalizzano l'omosessualità, tranne che in Turchia, in Tunisia e in Iraq, le minoranze sessuali sono diventate sempre più visibili.

In Turchia, Libano, Egitto, Palestina, Malaysia e Indonesia, esistono diverse Ong e iniziative che operano per il riconoscimento dei diritti umani delle persone Lgbt. Un proficuo uso di internet da parte delle minoranze sessuali ha contribuito in maniera significativa alla creazione di nuove reti, sia formali che informali, a canali di comunicazione e informazioni per gay, lesbiche e

trans-gender, sia a livello nazionale che regionale, e questo anche in paesi dove l'omosessualità è considerata un crimine. Tuttavia, la forte minaccia di proibizioni legali, oltre che la condanna sociale riservata all'omosessualità, continuano a frapporre delle pesanti barriere all'aspirazione delle persone Lgbt a far valere i propri diritti sulla scena pubblica.

Tutti questi esempi stanno ad indicare che c'è una grande necessità di scambio di informazioni, di uno sforzo comune per smantellare le nozioni fondamentaliste sulla sessualità femminile e creare reti e alleanze per strategie e azioni comuni da parte degli attivisti di tutte le provenienze religiose e geografiche.

NOTE

[1] Per maggiori informazioni sugli aspetti controversi delle riforme di genere nelle società islamiche, vedi John L. Esposito (1998), "Introduzione: donne nell'Islam e nelle società islamiche" in Yvonne Yazbeck Haddad e John L. Esposito (eds.) **Islam, Gender and Social Change** (New York: Oxford University Press) e Pinar Ilkkaracan "Donne, sessualità e cambiamenti sociali", **Social Research**, 69 (3), autunno 2002, ristampato in Al-Raida, 20 (99).

[2] Il Codice Civile turco è stato basato sul Codice Civile svizzero e il Codice Penale turco è stato basato sul Codice Penale italiano nel 1926, dopo la fondazione della Repubblica Turca nel 1923.

[3] Vedi Liz Ercevik Amado (2004) "Diritti sessuali e del corpo come diritti umani in Medioriente e in Nord Africa: relazione di un laboratorio", **Istanbul: Women for Women's Human Rights - (WWHR) - New Ways**.

[4] SLACC sta per "Some Latin American Countries and the Caribbean".

[5] I venti stati che avevano espresso la loro opposizione erano: Algeria, Bangladesh, Belize, Benin, Costa d'Avorio, Egitto, Ghana, Guatemala, Iran, Giordania, Kuwait, Libia, Nigeria, Senegal, Susan, Siria, Uganda, Emirati Arabi Uniti, Venezuela e Yemen, vedi Douglas Sanders (2003), "Diritti Umani e Orientamento Sessuale nella Giurisprudenza Internazionale" **The Amnesty International Home Page**, 12 luglio 2004
http://www.aigbt.org/resources_other.htm, p.24

L'APPROCCIO INTEGRATO E OLISTICO NEI SERVIZI PER LA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

Antonietta Cilumbriello
Ginecologa, esperta Aidos

La premessa al lavoro svolto nei Centri di salute riproduttiva creati dall'Aidos in diversi paesi (Palestina, Giordania, Nepal, Venezuela), nasce dalla convinzione che la cura rivolta al completo benessere psico-fisico delle donne si costruisce attraverso la relazione, in una dinamica continua di scambi tra culture diverse.

Per questo, la transculturalità è il paradigma di fondo del nostro lavoro e strumento indispensabile per verificare quanto il confronto fra le diverse arti di cura può cambiare e accrescere le conoscenze di ciascuna controparte.

L'obiettivo principale della nostra metodologia è dare alle donne che afferiscono ai nostri Centri l'idea di essere una controparte attiva, degna di ricevere attenzione e di richiedere consulenze per tutto quello che riguarda il loro corpo e l'intera sfera psico-affettiva e sociale.

Abbiamo operato una sintesi tra il concetto di medicina integrata, che implica la conoscenza e l'uso di diverse arti di cura e quello di salute sessuale riproduttiva, coniato dopo la Conferenza mondiale su Popolazione e Sviluppo, che rimarcava tra i fondamenti etici l'importanza della interrelazione tra gli aspetti fisiologici, sociali, religiosi e psicologici, il rispetto della donna come persona e il suo diritto all'autodeterminazione sessuale.

Il forte impatto nel rapporto con le donne dei diversi paesi in cui lavoriamo ci ha permesso, sempre insieme a loro, di cambiare

e affinare la metodologia di partenza. Il primo aspetto del nostro lavoro è creare gli strumenti per acquisire una metodologia scientifica che garantisca da un punto di vista strettamente medico il diritto alla salute in tutte le fasi della vita riproduttiva delle donne e si stacchi dalla modalità "assistenziale" che regna troppo spesso nei paesi in via di sviluppo, o a causa di situazioni di emergenza (come accade in Palestina) o per l'estrema povertà (come accade in Nepal).

La nostra metodologia medico-scientifica, che si attiene a quelle che sono le linee guida dell'Oms, costruisce il terreno per la realizzazione dei diritti alla salute delle donne (dall'adolescenza alla menopausa); il diritto per esempio, a una gravidanza pianificata e non a rischio, alla scelta del contraccettivo più idoneo, alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, alla prevenzione del cancro della cervice e della mammella.

Per fare questo è sempre necessario introdurre i concetti di "prevenzione", "qualità della cura" e "integrazione dei servizi", e costruire un sistema di riferimento sia all'interno del centro stesso, tra i diversi livelli di cura (medico, psicologico, sociale e legale), sia all'esterno con strutture pubbliche o private, specializzate nel campo medico o in altri campi di possibile supporto ai nostri differenti servizi.

La nostra formazione avviene quindi con tutto lo staff, costituito da sole donne e dal *male counselor*, ed è proprio in questa delicata fase dei progetti che, dal confronto, emerge - proprio da quelle donne chiamate ad essere "operatrici" ma allo stesso tempo potenziali utenti - quell'impregnazione culturale e religiosa che, più tardi, produrrà "ostacoli fisiologici" all'attivazione del progetto e che solo "conoscenza" e "informazione" (concetti che come operatrici dovrebbero loro stesse promuovere nella comunità femminile) abatteranno.

È in questa fase, spesso lunga e densa di complicazioni, che le due culture a confronto scoprono e ridisegnano il confine tra il diritto a essere e a esprimersi e le delegittimazioni che le diverse culture e religioni hanno costruito per le donne.

I concetti base della formazione sono quin-

di: passare da una cultura di emergenza a una cultura di informazione e quindi erogazione di servizi di qualità basati sul concetto di assistenza personalizzata con tempi di ascolto lunghi ed esaustivi della problematica posta; educare noi stesse (operatrici) e quindi le donne al diritto di chiedere la cura, in paesi dove la non conoscenza, la povertà, le situazioni di chiusura totale (accade per esempio a Gaza), creano oppressione e a-reattività nel corpo e nelle potenzialità creative delle donne.

Si delineano così concetti fondamentali come quello di dare, a chi riceve, l'idea di essere una controparte degna di prendere, degna di avere attenzione e di poter quindi avere un ruolo nella determinazione del proprio essere; dinamica questa non contemplata e difficilmente portata a livello di coscienza se si vive in situazioni coatte. Sono questi i momenti più emozionanti della nascita di giovani operatrici che non solo identificano linee personali di comportamento per diffondere principi nuovi, ma si destrutturano del ruolo di potere che la professione di ginecologa, psicologa, infermiera, assistente sociale o direttrice aveva permesso loro di conquistare; per affrontare con professionalità, ma anche con umanità, una nuova relazione operatrice-paziente che è quella basata sull'ascolto dei bisogni e sul suggerimento di strategie di risoluzione, di conoscenza e consapevolezza. È stata proprio questa maniera di stare insieme alle operatrici, esse stesse sempre più consapevoli di essere tra le prime utenti, a far nascere in loro la voglia di ascoltare le altre donne con modalità "attiva".

Ne è quindi derivata l'idea dei gruppi tra donne nella stessa fase di vita riproduttiva (adolescenza, gravidanza, menopausa) e poi anche di uomini, intesi come momento di informazione, condivisione, conoscenza e sostegno. Questo perché, accanto all'attenzione per gli aspetti clinici, era necessario avviare un programma mirato all'autostima e alla scoperta delle proprie potenzialità. Si è passati quindi dall'idea del "corso" dove le donne hanno per definizione un ruolo passivo, all'idea di incontri interattivi, condotti dalle nostre operatrici, dove si accolgono disagi e conflitti ma dove si scoprono anche talenti.

Emerge la creatività passando attraverso il gioco e la percezione del corpo.

Attraverso il gioco, la farsa, la simulazione è possibile rivivere e rielaborare situazioni pesanti, ma anche scaricare l'aggressività; invece, la percezione del corpo, facilitata da pratiche di rilassamento, respirazione, yoga e riflessologia plantare, permette di conoscere meglio il proprio corpo e di imparare a curarlo. Il gruppo è pertanto strumento completo che permette di accrescere l'autostima.

Il processo di empowerment delle donne potrà comunque realizzarsi solo se la comunità intera, l'unità familiare (le suocere per esempio) e soprattutto gli uomini conoscono e imparano ad approvare la metodologia che è all'origine dei Centri di salute riproduttiva. Per questo, in tutti i nostri centri si svolge anche un programma di offerta attiva all'esterno, nell'area di azione del progetto (*outreach program*), comprendente tutte le implicazioni del concetto di salute sessuale e riproduttiva.

Un programma specifico, innovativo ma anche difficoltoso, è quello che riguarda il coinvolgimento degli uomini, ad opera in particolare di un *male counselor*, ma in pratica di tutto lo staff. Il nostro operatore organizza gruppi e incontri per uomini, divisi per età e quindi per necessità, dentro il Centro o in luoghi specifici all'interno della comunità. Quest'ultima è la sfida più raffinata dei nostri progetti che permette di ampliare, attraverso la sensibilizzazione delle coscienze degli uomini, le strategie per restituire alle donne uguali opportunità.

/ PER IL BENESSERE DELLE DONNE E DELLE ADOLESCENTI GIORDANE

Paola Cirillo

Funzionaria ai programmi, Aidos

Manal Tahtamouni

Direttrice dell'Istituto per
la salute della famiglia di Sweileh

Nel febbraio 2002 Aidos ha avviato per la prima volta un progetto per il rafforzamento di un Istituto per la salute materno infantile e la sua trasformazione in un centro di salute riproduttiva. L'Istituto è situato in Giordania a Sweileh, un quartiere periferico e disagiato di Amman che conta una popolazione di circa 60.000 abitanti di cui il 20-25% circa sotto la linea di povertà. Fino ad allora Aidos aveva realizzato cinque centri per la salute riproduttiva: in Argentina, in due campi profughi nella Striscia di Gaza, in Nepal e in Venezuela acquisendo una notevole esperienza in questo campo. Si era finora sempre trattato di creare dei centri *ex novo* mentre in Giordania si interveniva per prima volta su una realtà già esistente per trasformarla.

Il progetto è realizzato in collaborazione con la Noor Al Hussein Foundation (NHF) ed è co-finanziato dalla Commissione Europea, dal Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (Unfpa) e da fondi privati. La NHF è una Ong che dal 1985 lavora per migliorare la qualità di vita della popolazione giordana rispondendo ai diversi bisogni socio-economici, introducendo modelli di sviluppo innovativi, dinamici e sostenibili. I programmi della NHF hanno contribuito con successo allo sviluppo di strategie di sviluppo sociale integrato in linea con le politiche nazionali. La salute della donna e del bambino, e della famiglia rappresenta uno dei settori di intervento della Ong giordana.

La NHF è partner dei progetti Aidos in Giordania dal 1991. L'esperienza positiva di cooperazione tra le due Ong in progetti di comunicazione e di promozione dell'artigianato femminile, la professionalità della NHF, la sua apertura a progetti innovativi e al contempo il suo rispetto per la tradizione e la cultura locale, e infine la convergenza di approccio e di metodologia hanno spinto Aidos a continuare il rapporto di collaborazione con l'Ong giordana e a esplorare nuovi settori di intervento.

La NHF gestiva dal 1986 l'Istituto per la Salute del Bambino, situato a Sweileh, che offriva servizi sanitari per la salute della madre e del bambino con un'attenzione particolare alla diagnosi precoce delle inabilità infantili e con un approccio integrato alla salute fisica, mentale, psicologica e sociale del bambino. L'Istituto svolgeva anche attività di formazione sui temi delle inabilità infantili.

L'idea di realizzare un centro per la salute riproduttiva è nata a seguito di un incontro tra Aidos e NHF organizzato nel mese di gennaio 2000 ad Amman, durante il quale la NHF ha chiesto l'assistenza di Aidos per la realizzazione di un intervento innovativo mirante al soddisfacimento dei bisogni di salute riproduttiva delle donne e delle adolescenti in Giordania attraverso l'Istituto per la Salute del Bambino.

In Giordania, il tasso di fertilità è del 4,4% con una percentuale di donne che fanno uso di metodi anticoncezionali pari al 53%. Molti adolescenti hanno problemi psicosociali e di salute ma il loro accesso a servizi per la salute riproduttiva è limitato a causa sia della mancanza di centri specializzati nella salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti sia delle credenze e delle barriere socio-culturali e religiose. La vita delle adolescenti è messa a rischio dalla consuetudine di effettuare matrimoni in giovane età con conseguenti gravidanze precoci e interruzione degli studi. Aborti illegali e complicazioni durante la gravidanza sono molto diffusi tra le adolescenti, con rischi di morte. Infine frequenti matrimoni tra consanguinei aumentano l'incidenza di inabilità genetiche ed ereditarie. Di qui l'importanza di realizzare attività di informazione e sensibilizzazione sui rischi e i danni dei matrimo-

ni degli adolescenti e tra consanguinei per salvaguardare molte adolescenti dai dannosi effetti fisici e psicologici di gravidanze precoci, l'importanza dell'educazione sessuale per aiutare le/gli adolescenti a far chiarezza sui propri valori, a evitare gravidanze indesiderate e a rischio, e a prendere decisioni responsabili per la loro salute riproduttiva e infine l'importanza di servizi di informazione e pianificazione familiare per aiutare a ritardare la prima gravidanza e a programmare consapevolmente quelle successive.

Anche le donne in menopausa necessitano di assistenza sanitaria con particolare attenzione ai problemi legati alla sessualità e alla fine del periodo riproduttivo.

La depressione che colpisce molte di loro è talvolta legata a disfunzioni fisiche.

Abitudini errate possono portare senso di affaticamento e problemi di vista e udito che aumentano il senso di isolamento e contribuiscono ad aumentare la depressione. In Giordania i servizi disponibili per problemi legati alla menopausa sono limitati alla Terapia di Sostituzione Ormonale (TSO) e al trattamento dell'osteoporosi ma sono accessibili solo alla classe media e sono offerti, tra l'altro, senza adeguate analisi miranti a eliminare i rischi della terapia. Vi era pertanto un grande bisogno di servizi di informazione su la TSO, l'osteoporosi, sulla diagnosi precoce di malattie benigne e maligne del seno e del sistema uro-genitale, e sugli aspetti emotivi e psicologici della menopausa.

Il progetto mirava dunque a migliorare la salute riproduttiva, dall'adolescenza alla menopausa, delle donne delle zone urbane disagiate di Amman attraverso il rafforzamento dell'Istituto dotandolo delle risorse umane e materiali necessarie affinché si trasformasse in Centro per la Salute Riproduttiva, il primo di questo genere in Giordania.

Oggi l'Istituto offre un'assistenza di tipo integrale a livello socio-sanitario ed educativo rivolta alle donne, agli adolescenti, agli uomini e ai gruppi familiari appartenenti agli strati socialmente meno avanzati della popolazione. Il personale offre servizi di assistenza ginecologica di primo livello, prevenzione del cancro al seno e all'utero e

delle infezioni dell'apparato genitale, cure pre e post natali, *counselling* e servizi sulla contraccezione, assistenza psicologica, consulenza legale, programmi di informazione per gli adolescenti e per gli uomini, programmi di informazione e assistenza per la menopausa, corsi di baby massage, di yoga, di ginnastica, assistenza psicologica alle donne vittima di violenza.

L'Istituto continua a offrire cura e assistenza ai bambini disabili.

Ma in che cosa è consistito questo processo di trasformazione? Come si è svolto?

Quali sono stati i problemi incontrati?

Quali invece i vantaggi di lavorare con una struttura già esistente?

Si è trattato di proporre un nuovo approccio alla salute riproduttiva, introdurre una nuova metodologia di lavoro, rivolgersi a un target diverso con attività nuove, trattare nuovi temi e infine riorganizzare la struttura dell'Istituto.

Fino ad allora l'Istituto si era rivolto principalmente ai bambini e alle donne solo nella loro qualità di madri, con un approccio molto legato alla medicina tradizionale.

Il progetto proponeva *un approccio alla salute riproduttiva* delle donne che considerasse le diverse fasi della loro vita riproduttiva dall'adolescenza alla menopausa, guardando tutti gli aspetti della salute sia fisica sia psicologica, privilegiando la prevenzione alla cura e beneficiando dei risultati ottenuti anche dalla medicina alternativa oltre che da quella tradizionale. Questo nuovo approccio è stato introdotto da Aidos grazie all'assistenza tecnica di un gruppo di esperte/i nei diversi settori di competenza del progetto quali ginecologhe, ostetriche, psicologi/che che si sono recati in Giordania e hanno presentato questo nuovo approccio al personale dell'Istituto, discutendo con loro la sua applicabilità al contesto giordano e lavorando insieme al suo adattamento alla realtà locale. Un gruppo di operatori dell'Istituto ha poi effettuato tre viaggi studio in Italia dove ha avuto l'opportunità di visitare diversi centri per la salute riproduttiva delle donne sia pubblici sia privati, di incontrare il personale di questi centri e di scambiare le diverse esperienze dei due paesi. In un contesto come quello giordano dove la medicina tradizionale prevaleva e

dove scarsa importanza era data ai bisogni legati alla salute riproduttiva degli adolescenti e delle donne in menopausa, e dove il ruolo degli uomini nel benessere fisico e psicologico della donna non era riconosciuto, l'introduzione di questo nuovo approccio ha richiesto molto tempo sia per la mancanza di esperienze precedenti nel paese, e quindi di modelli di riferimento già sperimentati, sia a causa della resistenza di alcuni operatori abituati a un approccio tradizionale alla salute e poco disposti inizialmente a confrontarsi con un nuovo modello. La costanza di Aidos e dei suoi esperti nell'accompagnamento del personale locale, il sostegno e l'entusiasmo degli altri membri dello staff interessati e aperti a questo nuovo approccio, i primi risultati positivi hanno contribuito al coinvolgimento di tutto lo staff nella realizzazione di questo progetto, sebbene a livelli e gradi diversi a seconda dell'età, del tipo e livello di istruzione, e di contesto culturale.

Un'altra grande sfida è stata cambiare il *metodo di lavoro*, il modo di rapportarsi agli utenti dell'Istituto e di lavorare con altre istituzioni ed enti. Si proponeva una metodologia dell'ascolto, la partecipazione delle donne, degli uomini e degli adolescenti alla definizione dei loro bisogni e all'identificazione delle attività da condurre nell'Istituto per soddisfarli tenendo in considerazione anche la loro età. Gli operatori dell'Istituto dovevano diventare dei *facilitators*, dei mediatori capaci di ascoltare, di conquistare la fiducia delle persone e tradurre le necessità della comunità in azioni mirate e appropriate, da realizzare in collaborazione con altre istituzioni, enti, organizzazioni pubbliche e private che operavano negli stessi settori di intervento del progetto e che si rivolgevano allo stesso target. Voleva dire uscire dall'Istituto, contattare questi enti, identificare aree di intervento comune, condurre attività in collaborazione, lavorare in modo sinergico. L'Istituto ha stabilito contatti con organizzazioni comunitarie di base, strutture sanitarie governative per creare un sistema di riferimento e di rete e per la realizzazione di attività congiunte. L'Istituto ha firmato accordi con centri specializzati nella lettura dei pap test, in mammografia e in esami per l'osteoporosi, a cui poter indiriz-

zare le utenti del Centro e con ospedali e strutture specialistiche dove indirizzare le donne per cure che l'Istituto non è in grado di offrire. Ma occorreva anche andare nella comunità, nelle case delle persone, soprattutto di coloro che non conoscevano l'Istituto o non avevano la possibilità di recarvisi, di presentare l'Istituto che, operando in un'area molto vasta, era sconosciuto a molti, o meglio era conosciuto come centro per i bambini disabili e per le madri e a cui le altre donne, gli adolescenti e gli uomini non si sarebbero rivolti per i loro problemi. Voleva infine dire instaurare un rapporto personalizzato con gli/le utenti. Il lavoro non è stato semplice. Questa metodologia era nota a molti operatori nella teoria, ma non era stata mai veramente messa in pratica come base portante del lavoro dell'Istituto. Anche in questo caso la novità e una certa resistenza da parte di alcuni operatori a cambiare metodo di lavoro, (alcuni continuano ancora farlo), hanno richiesto un grande lavoro da parte di Aidos, della NHF e degli operatori più coinvolti. Ma è anche vero che oggi la maggior parte di loro ha condiviso questa metodologia facendola propria. Adesso l'Istituto è conosciuto non solo nella comunità di Sweileh ma anche nella città di Amman per questa sua peculiarità. E ora università, centri di formazione, ospedali si rivolgono all'Istituto per apprendere questa metodologia e approccio. Studenti universitari e specializzando svolgono tirocini presso l'Istituto contribuendo così non solo alla diffusione della metodologia ma anche alla sostenibilità culturale e finanziaria del progetto.

Il progetto si rivolge a un target nuovo, non più solo bambini disabili e madri, ma donne dall'adolescenza alla menopausa, adolescenti e uomini. In una società conservatrice e tradizionale come quella giordana in generale, e di Sweileh in particolare, dove molti aspetti della salute fisica e psicologica sono ancora tabù e pertanto poco conosciuti, dove i rapporti tra i due sessi sono molto controllati, occorreva conoscere bene le caratteristiche e i bisogni diversi del nuovo target. La lunga esperienza della NHF nella comunità di Sweileh, la sua conoscenza della società ha indubbiamente fornito un contributo fondamentale all'identificazione

di queste caratteristiche e bisogni, ma per definire appropriatamente il quadro di intervento e calibrare le attività del progetto sui bisogni della comunità di Sweileh rispetto alla salute riproduttiva, è stata condotta un'indagine tra le donne e gli/le adolescenti dell'area per capire quali fossero le loro conoscenze, le loro attitudini e il loro comportamento riguardo a questa tematica. Un professore dell'University of Jordan, con il supporto dell'Istituto per la Ricerca sulla Popolazione e le Politiche Sociali del CNR di Roma, ha condotto questa indagine che si è rivolta a un campione di 800 donne di età compresa tra i 19 e i 50 anni e 500 adolescenti di entrambi i sessi di età compresa tra i 12 e 18 anni. Le domande hanno riguardato la conoscenza del corpo, dei suoi cambiamenti, il matrimonio precoce e tra consanguinei, la pianificazione familiare, la gravidanza, il parto, le cure post natali, la menopausa e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e dell'Aids.

I risultati hanno delineato una comunità dove le donne ancora conoscono poco l'esistenza e l'importanza di servizi di prevenzione e dove le donne in menopausa non si rivolgono a centri specializzati che offrono servizi esclusivamente curativi riguardanti l'aspetto fisico. L'indagine ci descrive adolescenti con conoscenze poco chiare e imprecise riguardo la loro salute sessuale e riproduttiva, interessati a capire quale è la posizione della religione a riguardo ma che si rivolgono agli insegnanti o ai loro amici per conoscerne di più, adolescenti che nel 24% dei casi pensa che spetti ai genitori scegliere un partner per loro, e che in quasi il 23% dei casi preferisce il matrimonio tra consanguinei e non conosce bene le conseguenze negative di questi matrimoni o delle gravidanze precoci.

Per rispondere ai bisogni della comunità l'Istituto ha introdotto nuove attività. Nell'ambito dell'assistenza ginecologica si è data grande importanza al concetto di prevenzione: prevenzione delle infezioni ginecologiche, delle malattie sessualmente trasmesse, del tumore al seno e all'utero. È stato introdotto e promosso il pap test: la ginecologa preleva il campione che è analizzato da un laboratorio di analisi con cui l'Istituto ha stipulato un accordo per un

trattamento economico di favore; in occasione di campagne di informazione e prevenzione il test è offerto alle donne gratuitamente. Si è insegnato alle donne a fare l'auto-palpazione al seno e, in casi sospetti, le donne sono indirizzate a strutture mediche specializzate per analisi più approfondite. Il centro offre un servizio di ecografia che è stato potenziato con l'acquisto di una sonda vaginale. Per migliorare la salute fisica e psicologica delle donne e per migliorare il loro rapporto con il corpo, sono state introdotte attività fisiche, quali ginnastica e yoga, condotte da una fisioterapista e rivolte a donne e adolescenti. È stata costruita ed equipaggiata una palestra, nel sotterraneo dell'Istituto, che sarà utilizzata da un pubblico vasto pagante e che contribuirà alla sostenibilità finanziaria dell'Istituto. La riflessologia plantare è stata accolta con grande interesse ed entusiasmo sia dallo staff sia dagli/dalle utenti ed è utilizzata anche dagli operatori che si occupano di bambini disabili per la cura di patologie lievi. I corsi di preparazione al parto rappresentano un'ulteriore novità: le donne che si recano dalla ginecologa per i controlli durante la gravidanza, sono informate dell'esistenza del corso e invitate a parteciparvi negli ultimi tre mesi di gravidanza. E una volta nati i loro figli, l'Istituto insegna alle madri le tecniche del massaggio per migliorare il benessere fisico e psicologico dei loro bambini. I servizi offerti agli/le adolescenti e alle donne in menopausa rappresentano una grande novità nel paese dove l'attenzione a questi gruppi della popolazione era stata fino ad allora molto limitata se non assente. La presenza di un avvocato donna e la possibilità per le donne di accedere a servizi di consulenza legale e di informazione sui propri diritti all'interno di un centro per la salute costituisce un'altra novità, così come anche i servizi di consulenza e di coinvolgimento degli uomini. L'Istituto di Sweileh è il primo dove le donne vittime di violenza hanno la possibilità di raccontarsi, di uscire dal loro isolamento, di condividere la loro difficoltà con altre donne vittime di violenza che possono capirle e con le operatrici del centro che possono ascoltarle e offrire il supporto psicologico e sociale di cui hanno bisogno.

Nell'Istituto si affrontano ora temi nuovi: salute sessuale, problemi dell'adolescenza, violenza domestica e abuso sessuale, depressione, coinvolgimento degli uomini per l'empowerment delle donne, prevenzione, diritti delle donne, la legge islamica, il diritto matrimoniale, il "genere". Tutti temi difficili da introdurre per il loro significato culturale e da trattare in modo scientifico e rispettoso della cultura e religione locali. Il tema della violenza domestica è stato quello più difficile da introdurre: era un argomento tabù e ancora oggi la strada da fare a proposito è lunga. Fino al 2002 la Ong Jordan River Foundation era l'unica associazione giordana a interessarsi di abuso e violenza sui minori. La violenza domestica e la violenza sulle donne non era ancora un argomento da trattare così apertamente e anche la Noor al Hussein Foundation aveva espresso in principio alcune perplessità. Ma a partire dal 2003, su iniziativa della regina Rania, il tema della violenza domestica ha cominciato a essere discusso su giornali, riviste, durante dibattiti e conferenze. Il tabù era stato almeno a livello ufficiale rotto, il primo passo era stato fatto, la volontà politica era stata espressa e si poteva ora pensare di procedere in modo più pratico ed efficace a intraprendere iniziative a riguardo. Il personale del centro e soprattutto alcune operatrici particolarmente motivate, attente e sensibili a questo tema hanno creato, con l'assistenza dell'esperta psicologa di Aidos, gruppi di sostegno alle donne vittime di violenza, i primi in Giordania. Le operatrici, rischiando a volte anche la propria incolumità in alcuni casi di violenza domestica, hanno portato avanti la loro azione. Si sono creati contatti con il dipartimento per la protezione della famiglia e del bambino del ministero degli interni giordano, che tuttavia si occupa soprattutto di abuso su minori ma che non ha ancora strumenti e mezzi sufficienti per occuparsi delle donne. L'altro tema difficile da portare avanti è quello del coinvolgimento degli uomini. Il programma di consulenza e di informazione ha faticato a decollare per una serie di ragioni, prima fra tutte la resistenza da parte del primo direttore dell'Istituto, la insufficiente competenza del *male counsellor* selezionato tra lo staff esi-

stente, la mancanza di esperienza nel rivolgersi a un pubblico maschile per trattare temi quali la salute riproduttiva e sessuale e i diritti delle donne in una comunità, come quella di Sweileh, molto tradizionale e conservatrice. È stato assunto un nuovo psicologo, molto competente, motivato, sensibile, che ha fatto finalmente decollare questo programma sebbene ancora con problemi e difficoltà, ma gli uomini della comunità iniziano a venire al centro il pomeriggio, dopo il lavoro, quando l'Istituto è chiuso al grande pubblico. Si tratta di piccoli gruppi ma anche in questo caso il ghiaccio è stato rotto. Tra i nuovi temi introdotti va citato quello della salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti, che hanno partecipato in gran numero, soprattutto le ragazze (il coinvolgimento degli adolescenti è, come per gli uomini, più complesso) ai gruppi organizzati all'Istituto: si parla dei loro problemi, si cerca di rispondere alle domande che non osano fare in casa.

Si parla di relazioni fra i due sessi: le adolescenti hanno rappresentato con disegni la loro idea di relazioni di genere, dove ancora chi prende le decisioni, chi è libero, chi gode di molti privilegi è il ragazzo e dove chi è considerata spesso solo per il suo aspetto fisico, chi si occupa della casa, chi deve ubbidire è la ragazza. Sono disegni molto interessanti ed estremamente significativi. Oltre a discutere tra di loro in gruppo e con le operatrici del centro, le adolescenti partecipano a lezioni di yoga, sono molto interessate ed entusiaste e molte di loro hanno chiesto di poter fare di più, di poter contribuire al programma e si sono offerte come promotrici nella comunità.

Ma, come in ogni progetto, alla base di tutto ci sono le risorse umane. Per poter realizzare il progetto come auspicato occorreva rivedere la composizione e l'organizzazione del personale locale. Si interveniva su una realtà già esistente e si è cercato di ricorrere quanto più possibile alle risorse disponibili. Alcune operatrici hanno conservato il loro ruolo, come ad esempio l'ostetrica, l'infermiera, la psicologa, la responsabile della comunicazione e anche il personale amministrativo (direttore, amministratrice, segretaria, personale di supporto). Ma per le nuove attività dell'Istituto occorreva intro-

durre nuovi profili professionali: dove è stato possibile e opportuno, alcuni operatori dell'Istituto hanno cambiato ruolo trovando nel progetto la possibilità di esprimere meglio la loro professionalità (le tre operatrici comunitarie, il *male counsellor*). Infine è stato assunto personale *ex novo* per altre figure professionali non disponibili all'interno dell'Istituto quali la ginecologa, l'avvocato, l'assistente sociale, l'infermeira professionale, la tecnica di laboratorio e la fisioterapista. Tutto il personale del progetto è stato formato e assistito dalle esperte Aidos che hanno condotto missioni regolari sul campo per introdurre e adattare la metodologia del progetto al contesto giordano, per formare il personale nella ideazione e organizzazione delle attività nuove e infine per fornire loro gli strumenti per lavorare in gruppo. Quest'ultimo aspetto è stato forse quello più complesso e quello che ha richiesto maggiori sforzi. Il far operare insieme persone che già lavoravano all'Istituto e che avevano conservato la loro posizione, con colleghi che hanno cambiato ruolo e con personale nuovo in un progetto innovativo non è stata un'impresa facile.

Oltre a difficoltà oggettive, all'inizio del progetto nell'Istituto vi era una situazione molto tesa e conflittuale, determinata dalla stessa struttura organizzativa estremamente verticistica e gerarchica, che lasciava alla direzione e all'amministrazione la facoltà di prendere le decisioni. Tale dinamica alimentava, in senso negativo, il livello di competizione e vedeva, nel lavoro di gruppo, un fattore destabilizzante per il potere costituito. Creare un'atmosfera di collaborazione e far lavorare insieme persone che, fino ad allora, vedevano nella propria collega una potenziale concorrente è stata la sfida più grande. Anche in questo caso la volontà e il supporto della NHF, la costanza di Aidos e la professionalità delle esperte hanno reso possibile questa trasformazione. È stato ovviamente un processo lento e graduale che non si è ancora concluso. Un grande contributo al cambiamento è stato dato dalla nuova direttrice dell'Istituto, una giovane ginecologa che ha subito inteso e condiviso la natura e l'approccio del progetto apportando una svolta nelle relazioni tra il personale dell'Istituto. Oggi, sebbene alcune

dinamiche persistano, vi "si respira" un'aria di collaborazione e partecipazione. Dopo quasi tre anni di progetto e a più di un anno dal termine, si lavora già alla nuova fase in cui si cercherà di coinvolgere il settore ospedaliero pubblico e privato in questa esperienza; le basi di collaborazione con le strutture ospedaliere e con il ministero della salute sono state già poste. L'interesse politico c'è, il ministro della salute che ha visitato l'Istituto in occasione di una visita della regina Noor al progetto, ha chiesto che il progetto Aidos rappresenti il modello da seguire, la volontà di Aidos e della NHF è quanto mai forte. Si tratterà ora di reperire le risorse finanziarie necessarie.

/ DALLA PIANIFICAZIONE FAMILIARE ALL'ASSISTENZA INTEGRALE

Maria Grazia Panunzi
Vice Presidente Aidos

Ana Teresa Perez
Direttrice del Centro per
la Salute Sessuale e Riproduttiva
di Barquisimeto in Venezuela

Introduzione

In Venezuela Aidos ha realizzato un'esperienza di cooperazione internazionale molto significativa nell'ambito della promozione dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne. Infatti, grazie al sostegno e all'assistenza tecnica ricevuti da Aidos l'associazione locale Asociación Larense de Planificación Familiar (Alaplaf) che ha realizzato il progetto, dopo circa 30 anni dalla sua costituzione ha deciso di modificare il proprio statuto e introdurre, tra i suoi obiettivi, quello di "promuovere il diritto di donne, uomini e adolescenti a godere della propria salute sessuale e riproduttiva con un'attenzione integrale". Tutto questo grazie al riconoscimento della validità di una metodologia di intervento che Aidos ha sperimentato negli anni in diversi contesti culturali e che ha riproposto anche in Venezuela. Lo sforzo affrontato in questa esperienza è stato quello di promuovere l'adozione di un approccio di intervento integrale che, oltre a offrire servizi integrati, permetta anche di raccogliere le necessità delle donne, nel rispetto e promozione dei loro diritti, in linea con le indicazioni internazionali in materia di salute sessuale e riproduttiva. Tutto ciò è stato possibile anche grazie alla professionalità e all'esperienza delle esperte internazionali che hanno garantito una valida formazione del personale locale, alla professionalità e intuito delle coordinatrici e dello staff locale, delle/dei rappresentanti di Alaplaf che, riconoscendo l'importanza della

metodologia proposta, hanno potuto individuare e proporre strategie di intervento utili e adeguate alle necessità delle donne e delle adolescenti dell'area del progetto. È stato così possibile passare da un approccio prettamente medico, in cui predominava una relazione medico-paziente scarsamente attenta ai diritti e alle sensibilità delle utenti, ad un approccio centrato sulle utenti e capace di stimolarne la partecipazione per favorire una domanda attiva di servizi socio-psicologici, sanitari e legali. In questo modo le donne vengono sostenute nell'assumere una soggettività politica con la consapevolezza della titolarità dei propri diritti umani tra cui, imprescindibile, quello alla salute.

Si è trattato di un percorso lungo, avviato nel 1996, e che ha visto la realizzazione di un progetto diviso in due fasi, la prima realizzata negli anni 1999 - 2001 e la seconda dal 2003 al 2005. Durante questo periodo si sono alternati momenti di entusiasmo e momenti di "energico" confronto che comunque hanno contribuito alla riuscita dell'esperienza e al consolidamento di una relazione di partenariato basata sullo scambio e sul rispetto reciproco.

La sfida affrontata da Alaplaf è stata quella di adottare una metodologia di intervento del tutto innovativa e sperimentale e di proporla, per la prima volta, sul territorio. I risultati ottenuti tra i/le beneficiari/e, gli apprezzamenti di altre associazioni locali e di istituzioni locali e nazionali che stanno richiedendo assistenza e/o la collaborazione di Alaplaf costituiscono i segni concreti di una scelta valida.

Storia del progetto

Alaplaf nasce a Barquisimeto nel 1976 come associazione affiliata all'IPPF (International Planned Parenthood Federation), una federazione internazionale fondata nel 1952 allo scopo di fornire servizi di pianificazione familiare. In linea con gli obiettivi della federazione, Alaplaf avvia una serie di attività informative, offre servizi specifici relativi alla pianificazione familiare e, grazie alla sua capacità, si afferma sul territorio raccogliendo il riconoscimento della popolazione. A lungo diretta dal dottor Jesus Davila, medico ginecologo, Alaplaf diventa un punto di riferimento significativo

soprattutto per le donne di classe media che, presso il centro avviato nella zona di Barquisimeto chiamata Bararida, trovano informazioni e servizi medico ginecologici e di pianificazione familiare. Le attività che si svolgono si riferiscono unicamente alla sfera medica dove il medico, per cultura, assume una posizione predominante rispetto alle utenti, totalmente priva di attenzione alle sensibilità delle donne.

La Piattaforma di Azione stabilita dalla conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del Cairo (1994) che definisce la salute riproduttiva come **“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale - e non semplicemente un’assenza di malattie o di infermità - su tutti gli aspetti relativi all’aparato riproduttivo, ai suoi processi e alle sue funzioni”** (Par. 7.2) era appena stata sottoscritta dai governi ma Alaplaf, in linea con la sua impostazione metodologica, non la assume come propria nel suo operare. L’incontro con Aidos avviene nel 1995 quando entrambe le associazioni partecipano a un seminario organizzato a Caracas dalla delegazione della Comunità Europea con l’obiettivo di verificare possibilità e strategie di collaborazione tra le Ong venezuelane e quelle europee. Da questo incontro, Aidos e Alaplaf tornano nelle loro città con un’ipotesi di progetto che si concretizza nel 1997, quando insieme elaborano la proposta di progetto successivamente presentata da Aidos alla Comunità Europea per un cofinanziamento. Si tratta di una proposta molto ambiziosa: creare un centro regionale per la salute riproduttiva delle donne a Barquisimeto. Vi erano buone potenzialità di riuscita ma anche diversi ostacoli: il carattere dimostrativo e innovativo del progetto, la natura dell’associazione locale fortemente condizionata dalla personalità del suo direttore esecutivo e l’obiettivo di Aidos di promuovere un approccio integrale e partecipativo. Nel 1999 Aidos riceve l’approvazione della Comunità Europea per il progetto intitolato “Creazione di un centro regionale per la salute riproduttiva delle donne a Barquisimeto, stato Lara” che viene avviato ufficialmente il 1 luglio dello stesso anno. È la prima volta che la Comunità Europea finanzia un’azione a favore della salute riproduttiva delle donne nell’area e questo

fa crescere ulteriormente le aspettative intorno alla realizzazione dell’azione che, perciò, diventa ancora più ambiziosa.

Contesto socio economico in cui si inserisce il progetto

Negli ultimi 20 anni, la popolazione venezuelana ha risentito di un progressivo impoverimento che ha colpito soprattutto la popolazione rurale e quella che vede le donne capofamiglia; la percentuale di popolazione povera è passata dal 33,5% nel 1982 al 67,3% nel 1997 e se ne prevedeva un ulteriore aumento negli anni. Nel 2003, in Venezuela l’indice di sviluppo umano (HDI) è passato da 0.63 nel 1971 a 0.691 (1) contro lo 0.21 per l’Italia e lo 0.55 per il Messico. Lo stato Lara, dove si realizza il progetto Aidos/Alaplaf, è situato nella regione occidentale del Venezuela e presenta indici ancora più critici rispetto al resto del Paese: la popolazione povera corrisponde al 69,13% della popolazione e il 34,66% si trova in estrema povertà. Quasi simili queste percentuali per lo stato Yaracuy, dove alcune comunità sono state coinvolte nel progetto.

Negli ultimi 30 anni, il reddito pro-capite annuo è sceso vertiginosamente, passando da più di 500 dollari USA a poco più di 200 a livello nazionale, mentre negli stati Lara e Yaracuy si è passati da poco più di 400 dollari a poco più di 200 dollari, confermando l’andamento nazionale. (2)

Relativamente agli obiettivi stabiliti alla Conferenza sulla popolazione del Cairo (1994), nel 2004, in Venezuela, la mortalità infantile corrisponde a 19 per ogni 1.000 nati vivi, la speranza di vita è di 70,9 anni per gli uomini e di 76,7 per le donne; l’indice di mortalità materna, ossia le donne decedute per cause legate alla gravidanza e al parto, è di 96 su 100.000 nati vivi. Ogni 1.000 nascite, 95 sono da donne giovani, di età compresa tra i 15 e i 19 anni. La percentuale di diffusione dell’Hiv/Aids tra le persone di età compresa tra i 15 e i 49 anni è dello 0,9% tra gli uomini e lo 0,5% tra le donne. (3)

In Venezuela, ogni 3 donne incinte, 1 è adolescente. Lo stato Lara, con il 6% della popolazione venezuelana, conta il 21% delle gravidanze precoci del paese. L’interruzione

volontaria della gravidanza è illegale ma costituisce la prima causa di mortalità tra le giovani; il cancro al seno e all'utero sono anch'esse tra le principali cause di mortalità delle donne. Altri dati relativi alla popolazione sono: il tasso medio di crescita della popolazione tra il 2000 e il 2005 ammonta a 1,9% con una grossa percentuale di crescita della popolazione urbana che è dell'88% contro una crescita del 2.1% per quella non urbana. Alla urbanizzazione sono collegati altri fenomeni e problematiche: diffusione delle malattie a trasmissione sessuale; violenza di genere: ogni 12 giorni a Caracas una donna viene uccisa dal proprio partner/sposo, mentre nel resto del paese questa proporzione scende a 1 donna ogni 30 giorni.

Relativamente alla zona dell'intervento, i dati sul contesto socio-economico relativi alla popolazione derivano da un'analisi realizzata dalle/dagli operatori/trici del progetto nelle comunità attraverso un'indagine comunitaria partecipativa che ha coinvolto attivamente la popolazione. Da essa risulta che: nelle comunità selezionate per l'intervento è stata stimata una popolazione totale di oltre 82.000 abitanti (il 5,5% della popolazione totale dello stato Lara), di cui il 68% vive in contesto urbano o semi-urbano e il 32% in quello rurale. La metà circa di questa popolazione è femminile. Di questa 28.000 sono donne maggiori di 15 anni e 21.000 costituiscono il totale delle donne in età fertile su cui il progetto avrebbe avuto un impatto sia diretto che indiretto.

Dal punto di vista economico, si tratta di comunità rurali in cui predomina l'agricoltura (canna da zucchero, ananas, melone, ortaggi) e l'allevamento (capre); in alcuni casi, trattandosi di comunità in zone semi-desertiche, sono scarsissime le opportunità di sviluppo economico. Nelle comunità urbane la popolazione, proveniente dalla campagna, lavora principalmente come operai, artigiani o semplicemente venditori ambulanti nella città di Barquisimeto. La scarsità dei servizi di base è un denominatore comune sia nelle comunità rurali che in quelle urbane, dove sono precarie o assenti le infrastrutture indispensabili a garantire una qualità di vita accettabile. Rispetto ai servizi sanitari ed educativi, solo

una delle comunità coinvolte è dotata di un ospedale e di una clinica privata e, delle rimanenti, solo 6 dispongono di un servizio ambulatoriale. In nessuna delle comunità analizzate viene realizzato un programma di salute sessuale e riproduttiva da parte del governo. A livello educativo, sono più diffuse le scuole primarie e in poche comunità vi sono scuole private superiori. In quasi tutte le comunità sono garantiti i trasporti e l'illuminazione mentre scarseggiano la telefonia, la vigilanza e la raccolta dei rifiuti. Quasi assenti parchi pubblici, piazze, asili infantili e scarsi gli impianti sportivi, centri per l'infanzia a sostegno delle donne lavoratrici e case comunali.

Le associazioni di "vecinos" (appartenenti alle comunità) e le comunità educative costituiscono la forma organizzativa più rilevante presente nelle comunità; solo tre delle comunità hanno un "comité de salud". L'indagine partecipativa ha riguardato anche l'identificazione dei problemi relativi alla salute sessuale e riproduttiva che, a parere della stessa popolazione, risultano essere i più urgenti: in primo luogo le gravidanze tra le adolescenti e la carenza di assistenza ginecologica e di pianificazione familiare. Seguono la violenza, la diffusione di malattie a trasmissione sessuale, l'alcolismo e la droga tra i giovani e i bambini. Altri problemi sono la mancanza di informazione sulla salute sessuale e riproduttiva, le donne con numerose gravidanze, bambini con problemi mentali, aborto e omosessualità. Tale analisi ha permesso ad Aidos e Alaplaf di poter individuare strategie operative che, in qualche modo, potessero rispondere alle necessità riscontrate.

Potenzialità e difficoltà dell'intervento

La missione di apertura della I fase (1999/2001) avviene i primi 15 giorni di luglio. Le responsabili Aidos per il progetto arrivano a Barquisimeto dove il dottor Davila aveva organizzato un intenso programma di incontri istituzionali e di interviste radio televisive per garantire la visibilità al progetto e all'associazione.

Sono subito evidenti le difficoltà: la personalità dai toni autoritari del dottor Davila che, per età e formazione, privilegia la componente medica a svantaggio di quelle

sociale, psicologica e legale introdotte con il progetto, si ripercuote e condiziona pesantemente le relazioni tra i componenti dello staff locale, tra il personale e le utenti e perfino l'organizzazione degli spazi fisici del Centro. L'attenzione e assistenza alle utenti si basa su una relazione di potere e non di ascolto come sollecitato da Aidos; le dottoresse hanno lo stesso atteggiamento distaccato e "machista" tipico della classe medica del paese. Le utenti vedono scarsamente rispettate le loro sensibilità ed esigenze anche di ascolto prima ancora che di assistenza e cura; viene posta poca attenzione alla privacy delle utenti che vengono visitate in ambulatori ricavati con pareti divisorie, senza soffitto, impossibilitate a "contenere" le emozioni e, a volte, il pianto delle donne; le infermiere assistono le dottoresse passivamente; nel corridoio, trasformato in sala di attesa, viene proiettato un video informativo sulla salute sessuale e riproduttiva, molto noioso e anche scomodo da vedere; il Centro è poco accogliente e le utenti vi sostano quasi in punta di piedi.

Gli sforzi per raggiungere le comunità, dove portare i servizi del Centro, sono enormi considerate le necessità, le distanze e la scarsità delle risorse finanziarie disponibili per questo tipo di lavoro.

Tutti questi elementi rendono problematica l'introduzione della metodologia olistico integrale che Aidos propone, consapevole dei risultati che produce, e che risulta però essere totalmente innovativa sia per l'associazione che per il contesto in cui si lavora. Sono necessari: 1) un nuovo approccio nella formazione degli/delle operatori/trici che comprenda la qualità dell'assistenza, l'integrazione dei servizi e l'introduzione del ruolo di facilitatore per il personale impiegato; 2) la partecipazione comunitaria che permette di raccogliere le informazioni necessarie sulle priorità, necessità e bisogni delle persone, nel rispetto delle caratteristiche culturali, sociali, religiose e economiche della popolazione beneficiaria. Per favorire questa partecipazione, si prevede di stimolare e sostenere processi organizzativi a livello comunitario, al fine di promuovere un ruolo attivo della popolazione nella organizzazione delle comunità anche nel settore della salute; 3) l'informazione, l'educazione

e la prevenzione in materia di salute sessuale e riproduttiva facendo in modo di individuare e riconoscere le percezioni della popolazione beneficiaria relativamente alle malattie e capire i modi e le pratiche messe in atto rispetto ai trattamenti delle stesse. Per questo è auspicabile che gli/le operatori/trici sostituiscano al tradizionale concetto dell'"aiuto" una concezione volta a costruire una cultura dell'informazione e conoscenza scientifica. Sarà auspicabile il coinvolgimento degli uomini nelle attività per permettere loro di assumersi delle responsabilità nelle questioni di salute sessuale e riproduttiva; 4) il coordinamento con altri Centri o gruppi attivi nel settore della salute delle donne, locali e internazionali, al fine di realizzare attività coordinate che garantiscano da un lato la distribuzione appropriata delle scarse risorse disponibili e dall'altro sostengano praticamente la complementarità e la multidisciplinarietà che contraddistinguono la salute riproduttiva; 5) la sensibilizzazione in materia di salute riproduttiva. Il sostegno in questo campo significherà, infatti, combattere affinché si riduca la mancanza di coscienza sia nella popolazione utente che nel gruppo di operatori/trici della salute.

Questi criteri necessitano di un intenso lavoro di gruppo in cui la comunicazione e il coordinamento costituiscono gli elementi fondamentali. Un valido e efficace lavoro di gruppo garantisce l'auspicata integrazione dei servizi e la realizzazione di un proficuo ed efficiente sistema di riferimento interno ossia tra gli/le operatori/trici del Centro, ed esterno ossia tra centri e istituzioni attive nei settori di competenza del Centro a cui dirigere le domande per eventuali approfondimenti (ambulatori, ospedali, tribunali, ecc) e il Centro. La realtà locale, la distanza, la limitatezza delle risorse che ha comportato una inadeguata programmazione delle missioni di assistenza tecnica di Aidos e delle esperte internazionali, e i rapporti interpersonali esistenti tra lo staff del Centro rendono ancora più difficile la realizzazione del progetto secondo i principi esposti.

Nella prima fase, però, grazie alla sua sensibilità e al suo impegno politico e sociale, la coordinatrice venezuelana del progetto coglie

la novità e la validità dell'intervento, ne facilita la promozione sia nei settori svantaggiati e poveri della città sia tra le associazioni locali, combattendo le resistenze interne del Centro per la Salute Sessuale e Riproduttiva (Ccsr). Aidos la sostiene in questa direzione. E non è sola. Anche le assistenti sociali, la avvocata e altre figure professionali impiegate partecipano attivamente e favoriscono l'avvio degli auspicati cambiamenti metodologici, intuendone la validità.

La coordinatrice svolge un intenso lavoro di informazione e promozione dei temi sulla salute sessuale e riproduttiva; si producono materiali informativi più attraenti di quelli realizzati in precedenza da Alaplaf.

Purtroppo, però, il lavoro nelle comunità viene limitato dalla scarsità delle risorse finanziarie: si possono svolgere solo attività di informazione e sensibilizzazione senza la fornitura di una serie di servizi integrati.

Alla fine della prima fase, durata due anni, i risultati più significativi sono stati: a) l'esistenza dell'unico centro regionale per la salute sessuale e riproduttiva (Ccsr) nello stato Lara a Barquisimeto che presta assistenza integrale alle donne; b) un evidente cambiamento attitudinale da parte delle utenti relativamente alle proprie "credenze" - idee sull'assistenza in materia di salute riproduttiva. Le donne accedono al servizio e reclamano un'assistenza integrale che comprenda la dimensione psicologica, sociale e fisica; c) la formazione di un gruppo di operatori/trici sanitari/e che ha adottato un approccio integrale nel proprio lavoro; d) la sensibilizzazione di donne nelle comunità che sollecitano un'assistenza in ambito della salute riproduttiva nei centri di salute pubblici e negli spazi sociali a cui hanno accesso come la famiglia, la scuola e il quartiere; e) l'attenzione dei mass-media al tema della salute sessuale e riproduttiva e alla sua visione olistica che ha motivato anche altre organizzazioni verso un'assistenza che sia veramente integrale nelle sue azioni.

Alla fine della prima fase, i punti di forza su cui contava il Centro erano pertanto: l'esperienza positiva e il prestigio tradizionale di Alaplaf; l'appoggio di organismi privati e ufficiali; una crescente accettazione e una

domanda di servizi da parte delle comunità; le relazioni intra-istituzionali con organismi locali e nazionali come università, fondazioni, programmi e organizzazioni; la struttura organizzativa del Centro e la sua capacità di rispondere alla domanda.

Le missioni di assistenza tecnica delle esperte Aidos e quelle di monitoraggio, oltre a permettere la formazione del personale locale e a monitorare il lavoro svolto in termini di risultati attesi e ottenuti, hanno permesso di avere una conoscenza diretta delle dinamiche esistenti all'interno del Centro e di approfondire le problematiche estremamente difficili vissute dalle donne povere delle comunità marginali urbane e rurali di Barquisimeto nel settore della salute sessuale e riproduttiva. La domanda di servizi in questo settore aumenta con il passare del tempo e il Ccsr continua a raccogliere numerose richieste di intervento soprattutto da parte delle comunità più isolate che hanno un accesso scarso o nullo ai servizi. Le altre organizzazioni locali attive con programmi propri nelle comunità, conoscono i problemi e le situazioni difficili di violenza vissute dalle donne ma non sono in grado di affrontarli. Denunciano questa realtà e premono affinché il Centro operi anche in queste comunità. Dichiarano la loro disponibilità in termini di promozione dei servizi del Centro e si stabiliscono così delle alleanze molto positive e utili per le donne che, finalmente, hanno la possibilità di prendersi cura di se stesse.

Viene così elaborata la seconda fase che, oltre al proseguimento del lavoro già in corso, prevedeva: un approfondimento della metodologia di intervento per un coinvolgimento più ampio della popolazione e una maggiore diffusione del raggio d'azione del Ccsr presso quelle comunità rurali e marginali in cui è scarso o inesistente l'accesso ai servizi per la salute e, nello specifico, per la salute sessuale e riproduttiva. Era già evidente che si sarebbe dovuto far fronte anche al crescente problema della violenza di genere, affrontato per ora a livello informativo. Anche nella realizzazione di questa seconda fase, Aidos e Alaplaf hanno vissuto momenti di tensione dovuti alla volontà di Aidos di rafforzare la metodologia già sperimentata

nel Centro e che Alaplaf aveva manifestato voler approfondire e alla resistenza di Alaplaf ad aprire il suo intervento a livello comunitario, soprattutto relativamente alla sensibilizzazione e informazione e pertanto a privilegiare il momento della prevenzione rispetto a quello della cura, a coinvolgere le organizzazioni comunitarie e garantire loro l'offerta dei servizi integrali del Ccsr, trasferendo lo staff del Centro nelle comunità. L'idea di Aidos era quella di individuare degli spazi appropriati che le comunità avrebbero reso disponibili per svolgere le attività e offrire i servizi già offerti presso il Centro a Barquisimeto. In questo modo non solo le comunità avrebbero aderito al progetto ma si sarebbero innescati processi partecipativi e organizzativi validi sia per la creazione di una domanda attiva da parte della popolazione che per la sostenibilità futura del progetto, a livello sociale e culturale. In questi locali si sarebbero svolte le visite specialistiche e gli incontri informativi e di sensibilizzazione; qui un'automobile avrebbe trasferito lo staff del progetto secondo un calendario previamente stabilito. La necessità di garantire alle donne delle comunità l'offerta di esami specialistici ginecologici, data la totale assenza di questo tipo di servizio, ha motivato Alaplaf ad acquistare e attrezzare la prima clinica mobile dell'area che costituisce, anche per Aidos, la prima esperienza del genere. Nonostante la diversità di orientamento, sin dall'inizio è stato possibile valutare molto positivamente l'impatto della clinica per la popolazione beneficiaria: Aidos e Alaplaf hanno individuato strategie e risorse per permettere agli altri operatori del Ccsr di raggiungere le comunità e favorire quell'offerta di servizi integrali ad ampio raggio. Gli apprezzamenti delle persone, delle autorità locali e/o sanitarie e delle organizzazioni locali sono stati numerosi. La preoccupazione che, anche in questa seconda fase, il lavoro integrato nelle comunità potesse essere compromesso è stata condivisa con la coordinatrice in loco che, al contrario, ha agito in modo tale da sostenere questa componente del progetto, assicurando un sostegno e un contributo rilevante ai fini dei risultati ottenuti. L'intelligenza, la sensibilità e la preparazione della coordinatrice in loco,

insieme alla professionalità e alla validità delle relazioni stabilite tra lo staff hanno favorito la riuscita del progetto utilizzando le potenzialità e le risorse e migliorando, così, l'impatto del progetto sulla popolazione che ha ricevuto una risposta ai propri bisogni reali. Questo è avvenuto, per esempio, relativamente al problema della violenza di genere. Infatti, in fase di elaborazione della proposta, si era stabilito di svolgere un lavoro di informazione e sensibilizzazione coinvolgendo uomini e giovani. Con l'esperienza e la presenza dello staff sul campo è stato possibile misurare il livello di violenza vissuto dalle donne e rendersi conto che il problema andava affrontato trattando i casi e assistendo le donne vittime di violenza. Si è pertanto stabilito di stornare le risorse finanziarie previste per la formazione dello staff sul lavoro nelle comunità, che nel frattempo era garantito dalla presenza di una persona a tempo pieno, a favore della formazione dello staff sul tema della violenza. A tale riguardo sono state selezionate esperte locali con comprovata esperienza sul tema ed è stato elaborato un articolato programma di formazione che ha coinvolto anche le "promotoras". Queste ultime sono rappresentanti delle comunità che per interesse e impegno partecipano al progetto e ricevono una formazione specifica; rappresentano il collegamento tra il Centro e le comunità dove promuovono i servizi e le attività del primo. Sono stati elaborati anche due protocolli per l'assistenza alle vittime di violenza domestica e sessuale sulla base di quelli di altre associazioni e formato il personale locale per renderlo idoneo a trattare e assistere casi di violenza contro le donne che arrivavano al Ccsr sempre più numerose. Molto lavoro va ancora fatto in questo settore visto che, mentre si svolgono le attività a riguardo, emerge sempre di più la vastità del fenomeno e si afferma l'urgenza di affrontarlo. La certezza di trovare personale preparato rassicura le donne vittime che vincono le loro paure e denunciano la violazione dei loro diritti.

Una giornata al Centro per la Salute Sessuale e Riproduttiva (Ccsr)

Al locale 65 del 2 piano del Centro commerciale El Recreo, dove è ubicato il Ccsr, la

signora Miriam arriva la mattina presto per pulire i locali e rendere funzionale il Centro. Arrivano Marianela, la segretaria, e Maria l'amministratrice e subito iniziano a svolgere le loro mansioni organizzative. Il signor Mauro, l'autista, è sempre puntuale e si prende cura delle persone e della clinica mobile con affetto e attenzione; la prepara affinché possa condurre le operatrici del Centro presso una comunità, seguendo il programma settimanale stabilito e dove Aura, la "promotora" ha organizzato il suo arrivo in casa o in un locale pubblico, come ad esempio una scuola, dove si può contare su acqua, luce e sicurezza. Anche Jumana, una delle due ginecologhe e Dilia, una delle due infermiere, arrivano presto al C SSR per partire di buon'ora: a volte si viaggia anche per 3 ore su strade non asfaltate per raggiungere donne e adolescenti in attesa di essere visitate, magari per la prima volta nella loro vita, come ha riferito alle operatrici del C SSR una donna di circa 65 anni di età. A volte la pioggia impedisce alla clinica di raggiungere la comunità perché la strada è praticamente interrotta e la comunità isolata. In alcuni casi, ospedali locali che non hanno una loro unità di ginecologia indirizzano le utenti alla clinica mobile che si trasforma, così, nell'unica possibilità di offerta di servizi ginecologici per popolazioni isolate da contesti urbani e dove le donne e adolescenti non hanno accesso a questo tipo di servizi. Con le strutture sanitarie locali presenti nelle comunità si sono stabilite convenzioni in modo da lavorare insieme. Il rientro della clinica mobile è previsto nel pomeriggio o in serata dopo aver svolto un intenso programma di visite ed esami, anche 10/12 al giorno. Il personale della clinica torna in serata stanco ma soddisfatto, portando con sé anche uova e verdura regalate loro dalle donne visitate che, non potendo offrire nessun contributo di tipo finanziario, offrono quello che producono. Questo avviene 4 giorni alla settimana, il venerdì la clinica non viaggia. La visita della clinica alla comunità è un evento: la *promotora* prepara il calendario delle visite, le donne si incontrano e stanno insieme, nel luogo stabilito trovano manifesti informativi, realizzati dalle *promotoras*, sui temi della salute sessuale e riproduttiva, ascoltano le

informazioni fornite anche dalla infermiera che dialoga con le utenti motivandole sulla necessità di farsi visitare. Anche l'autista partecipa e le utenti si raccontano con allegria tra un caffè o un "refresco" offerti gentilmente dalla padrona di casa che, convinta della validità e dell'importanza di avere un certo tipo di servizi, mette a disposizione del progetto la sua casa, compresa la corrente elettrica indispensabile al funzionamento dell'aria condizionata della clinica mobile e delle attrezzature mediche lì installate, tra cui ecosonografo.

Intanto, Luzmila, l'altra ginecologa e Johanna, l'altra infermiera, lavorano al C SSR tutti i giorni, a partire dal pomeriggio; a rotazione si alternano tra C SSR e comunità e il venerdì lavorano tutte presso il C SSR, dove le citologie raccolte vengono esaminate dal medico incaricato.

Tutte le mattine, al Centro arriva Ana Teresa, la coordinatrice locale, che con attenzione e rispetto valorizza le capacità professionali e umane del personale impiegato, promuovendone l'attiva partecipazione al progetto. Anche Delia, la responsabile del lavoro nelle comunità, è sempre puntuale. A lei il compito di coordinare il lavoro di educazione e sensibilizzazione nelle comunità beneficiarie svolto dal cosiddetto "equipo tecnico": due assistenti sociali, Nory e Ghada, e Olindo, l'operatore incaricato del lavoro con gli uomini. Questo *equipo* elabora e produce i materiali informativi e formativi da utilizzare nei seminari e incontri. Si coordina anche la presenza di Alema, l'avvocata e di Claudia, la psicologa, entrambe impegnate nelle comunità e nel C SSR ove svolgono un lavoro di sensibilizzazione e di assistenza individuale. Spesso Alema incontra le utenti e le accompagna quando vengono chiamate per le udienze relative ai loro casi.

In linea generale, i servizi offerti sono gratuiti. Nel caso in cui, a seguito di un'analisi socio-economica di ciascuna utente, si riscontrano le condizioni per il pagamento di un contributo finanziario, questo viene richiesto e diventa una forma di autofinanziamento del Centro.

L'*equipo tecnico* visita le comunità secondo un calendario stabilito: qui si svolgono incontri di formazione sui temi della salute

sessuale e riproduttiva a partire dalla formazione sul genere e sviluppo personale; si fa monitoraggio degli incontri realizzati dalle "promotoras", si organizzano seminari a seconda del genere e l'età. Purtroppo, il lavoro con gli uomini ha risentito sia della lontananza di alcune comunità da Barquisimeto che delle condizioni di insicurezza presenti in alcune comunità. Infatti, sebbene si sia riscontrato interesse da parte degli uomini adulti, questi avrebbero potuto partecipare alle riunioni solo in serata, una volta terminato il loro lavoro. Per garantire la presenza dell'operatore del C SSR nelle comunità, in contesti in cui la sicurezza personale era compromessa, l'operatore avrebbe dovuto pernottare in loco in quanto i tassisti non erano disposti a viaggiare dopo una certa ora del pomeriggio. Un'assistente sociale si è ritrovata in una sparatoria e la figlia di una delle "promotoras" è stata vittima, non grave, di un colpo di pistola. Per queste ragioni, alcune comunità non sono più state assistite dal progetto.

Una grande mole di lavoro viene svolta per il coordinamento delle "promotoras" che vivono nelle comunità. Era stato previsto che ne sarebbero state formate 10 ma alla fine del progetto ne sono state formate 26 (di cui 1 uomo) che a loro volta hanno formato 872 "multiplicadores", di cui 23 uomini, per favorire una diffusione più capillare sul territorio dei temi trattati. Le *promotoras* sono state formate sui temi della salute sessuale e riproduttiva e hanno il compito di: realizzare incontri informativi nelle comunità di appartenenza, organizzare le visite della clinica mobile, seguire alcuni casi sul campo su indicazione delle operatrici del C SSR, promuovere i servizi del C SSR e della clinica mobile, raccogliere le necessità della popolazione beneficiaria del progetto, individuando eventuali problematiche da riferire alle operatrici del Centro. Per fare questo, oltre alla formazione delle assistenti sociali e dell'operatore per gli uomini, le "promotoras" ricevono anche una formazione specifica su temi proposti dalle esperte internazionali e nazionali: integrazione dei servizi, assistenza pre e post parto, violenza contro le donne. E' stato proprio grazie a tale formazione che una "promotora"

ha capito che qualcosa era successo alla sua bambina di 7 anni e così, con la dovuta attenzione, è riuscita a far emergere un triste episodio di molestia sessuale che si stava verificando nella scuola elementare. Con l'assistenza integrale dello staff del progetto, il caso è giunto in giudizio, il professore ha subito un processo e le bambine, accompagnate dalle loro madri, hanno testimoniato senza timore, reclamando il loro diritto ad una vita senza violenza.

Il coinvolgimento emotivo delle operatrici del C SSR con le utenti è notevole e riguarda un numero molto alto di casi difficili: gravidanze di bambine di 13 anni, casi di violenza domestica sulle donne, abusi su minori, malattie e povertà! Molte giovani mamme ricevono gratuitamente anche integratori alimentari dalle dottoresse che ne constata- no il precario stato di denutrizione!

La coordinatrice e la responsabile del lavoro comunitario svolgono anche un intenso lavoro di pubbliche relazioni e di incontri per creare una rete di scambio e di assistenza reciproca. Il riconoscimento per il lavoro del C SSR è arrivato presto e il Centro ha assunto un ruolo significativo e propositivo sul territorio affermandosi come un modello di intervento estremamente utile, innovativo e funzionale.

Le richieste di collaborazione come centro di formazione, gli inviti a partecipare a reti nazionali attive sul tema della popolazione e a presentare l'esperienza quale modello replicabile in altri contesti socio-culturali hanno reso il C SSR un soggetto significativo a cui guardano altre associazioni presenti in altre aree del Venezuela.

Per gli anni 2003/2005 (seconda fase del progetto 1 aprile 2003 - 31 maggio 2005) si possono citare i seguenti dati: 38 comunità raggiunte dai servizi del Centro, di cui 31 rurali e 7 urbane o semi-urbane, per una popolazione totale di 93.734 persone, di cui 23.769 in età fertile; 8.632 visite mediche specialistiche di cui 2.788, pari al 32.3%, realizzate nelle comunità grazie alla clinica mobile; 5.381 donne sono state visitate dalle ginecologhe; 1.498 donne hanno ricevuto un'assistenza pre-parto e 9 post-parto. 3.497 persone hanno ricevuto consulenza per la pianificazione familiare e di queste 519 hanno adottato un metodo contraccetti-

vo mentre 2.978 hanno ricevuto controlli e consulenza. Gli esami specifici (ecografie, citologie e colposcopie) realizzati sono stati 10.444. Le consulenze psicologiche sono state 999, mentre 412 sono state le consulenze legali che hanno previsto anche l'avvio di procedimenti giudiziari con accompagnamento presso i tribunali e in giudizio. 1.025 uomini hanno partecipato alle attività educative, di cui 378 adolescenti, 344 adulti hanno preso parte ad attività specifiche e 329 hanno partecipato agli incontri seminari tenuti dai/dalle *multiplicadoras*. *L'equipo tecnico* del progetto ha svolto 63 corsi di formazione di *multiplicadores*, della durata di 33 ore cadauno, a cui hanno partecipato in totale 2.483 persone. Sono state formate 872 *multiplicadores* che a loro volta hanno svolto 201 incontri, a cui hanno preso parte 2.392 persone.

Durante la realizzazione del progetto, le *promotoras* hanno visitato 5.062 utenti per seguire casi e fornire informazioni sulle tematiche del progetto.

Risultati ottenuti e prospettive future

I risultati ottenuti alla fine della II fase sono stati molteplici e significativi e lasciano ben sperare in termini di sostenibilità del progetto: a) il Centro per la salute sessuale e riproduttiva (Ccsr), dotato di una identità propria, ha rafforzato la sua fisionomia affermandosi sul territorio come soggetto attivo in grado di rispondere ad una domanda crescente relativamente ai bisogni legati alla sfera sessuale e riproduttiva della popolazione dell'area; b) l'ampliamento del target nelle attività e servizi offerti: sono stati raggiunti uomini e adolescenti/giovani favorendone il coinvolgimento sui temi della salute sessuale e riproduttiva compresa la violenza. In questo caso il Ccsr si è fatto promotore di un'esperienza del tutto innovativa che ha raccolto interesse soprattutto tra i giovani; c) l'avvio e consolidamento di un efficace sistema di riferimento esterno creato grazie alle relazioni e ai rapporti stabiliti nel tempo con enti e soggetti, pubblici e privati, attivi sul territorio. Infatti, per poter affrontare e risolvere alcuni casi che non potevano trovare soluzione presso il Ccsr, le operatrici del Centro hanno stabilito una serie di contatti che hanno alimentato il

flusso dei casi da e verso il Ccsr. Ad esempio, alcuni casi legali sono stati indirizzati e seguiti anche in giudizio e i tribunali competenti, da parte loro, hanno indirizzato al Ccsr casi che potevano trovare presso il Centro la dovuta assistenza. Lo stesso è accaduto per le donne che avevano bisogno di determinati esami medici che non venivano offerti presso il Centro e che venivano indirizzate verso altre strutture. Anche in questo caso si è avuto come ritorno che molte donne sono state indirizzate al centro da altre associazioni.

Il Ccsr è diventato un punto di riferimento molto significativo e importante per la triste realtà di Barquisimeto e, grazie al suo lavoro, riesce a raccogliere le necessità e i bisogni della popolazione, in particolare per quanto riguarda la violenza contro le donne, fenomeno che è emerso con il tempo nella sua drammaticità. Si è passati, infatti, dalla sensibilizzazione sul tema al trattamento delle vittime di violenza fino a elaborare un nuovo programma specifico per assistere le donne vittime e formare personale sanitario a trattare i casi di violenza. E' in questa linea che il Ccsr vorrebbe continuare a lavorare. Inoltre, vi è la volontà di proseguire il lavoro sul campo trattando, in modo specifico, gli/le adolescenti soprattutto relativamente alla problematica delle gravidanze precoci, fenomeno molto diffuso a Barquisimeto e nelle sue comunità. Vista la realtà del paese e le necessità rilevate, l'auspicio più grande è che nel prossimo futuro progetti di questo genere si possano concretizzare avviando esperienze innovative in grado di rispondere alle necessità della popolazione. Si tratta, anche questa volta, di una bella e grossa sfida che Aidos e Alaplaf possono accettare contando sull'esperienza maturata in questi sei anni di partenariato.

NOTE

[1] Undp, Rapporto 2003 sullo sviluppo umano 14 "Le azioni politiche contro la povertà", Rosenberg & Sellier, 2003

[2] Central Bank of Venezuela

[3] Unfpa, Lo stato della popolazione nel mondo 2004, Aidos, Roma, 2005

/ UNA RIVOLUZIONE NELLA VALLE DI KATMANDU

Tara Shakya

Direttrice del Centro per la salute comunitaria di Kirtipur

Cristiana Scoppa

coordinatrice per la comunicazione, Aidos

Basta dare un'occhiata alle cifre che descrivono la popolazione del Nepal, uno dei paesi più poveri del mondo, per poter avere un quadro delle condizioni di vita delle donne. In Nepal vivono poco più di 25 milioni di persone, ma le Nazioni Unite prevedono che, al tasso di natalità attuale, la popolazione sarà raddoppiata entro il 2050. Il numero medio di figli per donna è 4,26, ma solo l'11 per cento delle nascite è assistito da personale qualificato e la spesa sanitaria è pari appena all'1,5 per cento del prodotto nazionale lordo. Il che espone le madri a continui rischi per la propria vita. L'indice di mortalità materna è di 740 donne decedute per 100 mila nati vivi, e il Nepal è uno dei pochissimi paesi al mondo in cui la speranza di vita per le donne è più bassa che per gli uomini (59,6 anni per le donne, 60,1 per gli altri). Il 61 per cento dei bambini nasce sotto peso e il 51 per cento presenta successivamente un ritardo nella crescita, conseguenza della denutrizione materna. Il tasso di analfabetismo femminile è impressionante: il 74 per cento delle donne con più di 15 anni non sa leggere e scrivere, contro il 38 per cento degli uomini. Il sistema scolastico è molto scadente e il territorio montagnoso e impervio rende ancora più difficile l'accesso alle zone rurali. Secondo l'Unicef, 67 bambine su 100 e 79 bambini su 100 vengono iscritti ogni anno alla scuola elementare, ma solo 37 e 50 rispettivamente arrivano alle superiori. Le ragazze si sposano giovanissime, e que-

sto spiega l'alto numero di abbandoni scolastici e il fatto che 117 donne su 1000 tra i 15 e i 19 anni abbiano già dato alla luce un figlio. Nella maggior parte dei casi i matrimoni sono combinati dalle famiglie, e il parere della sposa non conta nulla. Anche in Nepal, come in altre società tipicamente patriarcali, si continua a pensare che investire nell'educazione di una figlia corrisponde a "annaffiare e concimare una pianta che porterà i suoi frutti a qualcun altro", cioè alla famiglia dello sposo presso la quale la ragazza si trasferirà dopo le nozze. Per lei questo significherà soprattutto un aumento del carico di lavoro domestico, con l'obbligo di servire i suoceri, ben poche possibilità di partecipare alle decisioni che la riguardano, e una consegna al silenzio e all'umiltà anche quando il focolare domestico si trasforma in un teatro di botte e violenza. La cultura della violenza contro le donne è in effetti assai diffusa, interiorizzata persino dalle donne stesse. Il Sondaggio demografico e sanitario realizzato in Nepal nel 2001 ha rilevato che nei contesti urbani il 29 per cento delle donne ritiene che il marito sia in diritto di picchiarla se lei ha trascurato i figli, mentre il 13,2 ritiene che lo possa fare se è uscita senza il suo permesso, l'8 per cento se ne discute le decisioni e il 3,9 se ha bruciato la cena. Tali percentuali diventano rispettivamente il 24,8, 12,1, 8,8 e 5,1 nelle campagne. Ma solo una percentuale oscillante tra il 2,7 e il 3,1 (in città e campagna rispettivamente) ritiene che il marito sia in diritto di picchiarla se si rifiuta di avere rapporti sessuali con lui. Il sondaggio ha anche rilevato chi prende le decisioni in famiglia. Le risposte lasciano pochi dubbi: anche se si tratta della salute della donna, sono i mariti a decidere nel 51 per cento dei casi, oppure qualche altro membro della famiglia (21,1 per cento). Le decisioni sono prese insieme da moglie e marito solo nel 12,1 per cento dei casi e da lei, da sola, nel 13,4 per cento dei casi.

Il Centro per la salute comunitaria di Kirtipur: numeri e servizi

I dati raccolti sulla condizione delle donne in Nepal non lasciavano dubbi in merito a cosa fare. Per migliorarla occorreva innanzitutto partire dall'esperienza prioritaria e

qualificante nella loro vita, quella della maternità, intorno alla quale sembra ruotare tutto il resto.

Non sposarsi e non avere dei figli è impensabile per una donna nepalese.

Farlo in maniera da non rischiare la vita ad ogni parto, permettere alle donne di acquisire gradatamente la consapevolezza di avere diritto a una vita sana, sicura, senza violenza, e fornire loro i servizi necessari per realizzare questi diritti, sono stati gli obiettivi del Centro per la salute delle donne fin dal suo inizio.

Una donna non è un pianeta isolato e autarchico: la dimensione familiare e comunitaria è molto forte. Perché una donna possa cambiare i propri comportamenti, perché possa, ad esempio, distanziare un po' le nascite dei propri figli, negoziando con il marito l'uso di contraccettivi, o anche semplicemente farsi visitare da un medico, oppure frequentare un corso o avviare una piccola attività economica, o ancora assicurare alle proprie figlie la stessa istruzione che la famiglia riserva ai figli maschi, perché tutto questo possa accadere il cambiamento deve coinvolgere anche gli uomini, che in Nepal come in tante altre parti del mondo sono "quelli che decidono", e poi i/le giovani, che saranno i genitori di domani, e la comunità tutta.

È questa la caratteristica principale del Centro per la salute delle donne che Aidos e Phect-Nepal hanno realizzato a Kirtipur, nella valle di Katmandu. Il 40 per cento della popolazione di Kirtipur vive in povertà. La popolazione è composta di un gruppo principale: i Newari, tribù originaria dell'Himalaia, che ha mantenuto nel tempo una propria lingua e una cultura distinta nonostante abbia condiviso questa terra con i Nepalesi per secoli.

L'urbanizzazione inarrestabile ha portato alla creazione di numerosi slum, tanto che ormai la periferia di Kirtipur, proprio come quella di Katmandu, sembra un'unica distesa di baracche. È qui che si ammassano le persone che svolgono i lavori più umili: svuotare le latrine, raccogliere le immondizie, e qualsiasi altro lavoro "sporco" oppure rischioso. Sono le comunità più vulnerabili e più emarginate, quelle che rientrano nella casta degli "intoccabili", trascurati anche

dai limitati servizi sociali esistenti: il personale di ospedali e ambulatori spesso rifiuta di accoglierli e curarli, le scuole non accettano i bambini tra i loro iscritti. Questo, nonostante siano fonte indispensabile di manovalanza a basso costo per occupazioni che nessun altro vuole svolgere, essenziali per l'economia urbana e il funzionamento della città. Addirittura c'è chi li considera la fonte di malattie e contagi, senza considerare che le poverissime condizioni abitative, la mancanza di igiene, la povertà non sono certo una loro scelta.

Per la maggior parte dei 97.000 abitanti della zona del progetto, i servizi sanitari pubblici sono troppo costosi, e quelli specifici per la salute riproduttiva sono assolutamente insufficienti. Nel 1999, quando ebbe inizio il progetto, solo il 7,4 per cento dei parti era assistito da un'ostetrica professionale.

Lo sforzo per migliorare la salute riproduttiva a Kirtipur si inserisce nel contesto sociale della divisione in caste e del patriarcato. In questa società, una donna malata è una donna non desiderabile, che dunque nasconderà i sintomi del proprio malessere. Essa si rivolgerà a un presidio sanitario solo se il malessere raggiungerà una gravità estrema, se il marito le darà il permesso e se i guaritori tradizionali non hanno migliorato il suo problema.

Phect-Nepal, acronimo di *Public Health Concern Trust*, è un'organizzazione non governativa laica, non politica, no profit, che ha salute e sviluppo come proprie aree prioritarie di intervento. "Riconoscendo che la salute è la capacità individuale di raggiungere e mantenere una relazione armonica con il proprio essere e con la natura in senso lato, la missione di Phect-Nepal", recita lo statuto, "è di lavorare per una società di persone sane". Per fare questo, l'organizzazione punta alla "creazione di un modello sostenibile di sistema sanitario, basato su principi di equità, giustizia sociale, partecipazione e auto gestione". La metodologia per i servizi del Centro è stata elaborata insieme dal personale di Aidos e Phect-Nepal.

I servizi offerti dal Centro

Abbiamo cercato di trovare il giusto equilibrio tra tradizione e modernità anche nelle

cure, in modo da non suscitare bisogni e desideri che poi non fosse possibile soddisfare, non creare fratture e frizioni dentro la comunità, ma anche per evitare conflitti all'interno delle coppie e delle famiglie. Un equilibrio sottile e dinamico, che è mutato e muta continuamente, via via che la popolarità del Centro cresce, e il numero delle/gli utenti passa dalle poche migliaia iniziali, alle oltre 12 mila attuali, compresi gli/le adolescenti.

Il personale del Centro comprende due medici, di cui una ginecologa, alcuni/e infermieri/e, alcune ostetriche, una segretaria che si occupa anche della prima accoglienza, un paio di operatori sociali, una psicologa, un'avvocata, un consulente per gli uomini, una contabile e una tesoriera. Tutto il personale è nepalese, formato dalle esperte di Aidos secondo i Principi guida di questa Ong e secondo protocolli precisi per l'accoglienza, la prima visita ginecologica, le visite di controllo, la preparazione e l'assistenza al parto secondo i principi della "nascita attiva" che vede una forte responsabilizzazione della donna in una chiave di autocura, le visite e il *counselling* psicologico, le attività di gruppo per l'autostima, la scelta contraccettiva.

Il Centro ha istituito anche sei cliniche mobili che sono presenti nelle zone rurali più remote un giorno alla settimana per quattro ore. Il team sanitario è composto da un medico, un'infermiera, un'ostetrica o operatrice sanitaria specialista nella preparazione al parto, un'assistente sociale per il *counselling* e un'operatrice comunitaria. Per comprendere quanto tutto questo è rivoluzionario, basta sapere che in molte comunità rurali nessuna donna incinta ha contatti con un operatore sanitario nel corso dell'intera gravidanza. In oltre un terzo dei 75 distretti rurali del paese, solo il 10 per cento della popolazione usa un qualche metodo anticoncezionale.

I servizi specifici per la salute sessuale e riproduttiva, che fanno la parte del leone tra quelli offerti dal Centro, comprendono visite ginecologiche, pap test, visite pre e post natali con monitoraggio ecografico della gravidanza, assistenza ostetrica al parto, *counselling* per la pianificazione familiare e somministrazione dei contraccettivi, coun-

selling per la prevenzione del prolasso dell'utero e delle malattie a trasmissione sessuale, compreso l'Hiv-Aids, screening per la prevenzione del cancro del collo dell'utero e del seno, *counselling* sull'aborto, recentemente legalizzato in Nepal grazie all'azione delle associazioni femminili e delle Ong, dopo che centinaia di donne hanno passato anni in carcere per essersi sottoposte a un'interruzione di gravidanza clandestina. La metodologia di lavoro applicata dal Centro combina la medicina ufficiale con gli approcci tradizionali alla salute, alla gravidanza e al parto. Anche se le donne curano il proprio corpo con la medicina tradizionale e le pratiche ayurvediche, le loro condizioni igieniche spesso sono scarse a causa della carenza di acqua potabile e di fognature (meno del 30 per cento della popolazione nepalese ha accesso alla rete fognaria) e la loro alimentazione carente a causa della povertà e di tabù culturali. La somministrazione di vaccini antitetanici e di integratori alimentari, vitamine, ferro, è dunque parte del programma di maternità sicura, insieme a informazioni per migliorare le condizioni igieniche, pur nella ristrettezza dei mezzi a disposizione.

Le donne che si rivolgono al Centro sono sottoposte a controlli per individuare eventuali malattie sessualmente trasmissibili o l'Hiv/Aids. Nel corso della visita si esplorano i desideri in merito alla procreazione e si individua un possibile percorso di pianificazione familiare. Se sono incinte, si insegna loro a riconoscere i segni di un parto rischioso, da affrontare rivolgendosi a strutture adeguate, come il Kathmandu Model Hospital gestito dallo stesso Phect-Nepal. Dall'apertura del Centro a oggi, il numero di donne che fanno uso di metodi contraccettivi è passato dal 3,2 per cento del 1999 all'attuale 23 per cento. Oggi il 20 per cento delle donne della zona di Kirtipur che hanno già un figlio/a sotto i tre anni si rivolge al Centro per avviare un programma di pianificazione delle nascite.

Il Centro offre anche regolarmente corsi di yoga, massaggio, riflessologia, respirazione profonda e tecniche di rilassamento: discipline tradizionali perfettamente funzionali a una maggiore consapevolezza di sé come unità psico-fisica, e utilissime nella prepa-

razione al parto .

Questo approccio olistico, che significa essenzialmente interconnessione tra corpo, mente e anima, e relazione dell'individuo con l'ambiente circostante, la comunità, la cultura di appartenenza, diventa un elemento essenziale per il proprio benessere.

E questo acquista un valore particolare nel momento della gravidanza, quando la donna si confronta con un fenomeno sempre nuovo e straordinario, quale quello della generazione della vita.

Le domande di fronte ai cambiamenti del corpo, le preoccupazioni circa le condizioni del feto, i dubbi circa la propria capacità di affrontare il dolore del parto, sono comuni a tutte le donne.

A questi il Centro risponde con corsi di preparazione al parto in cui il dialogo, la partecipazione, l'ascolto attivo sono le parole d'ordine per un percorso di esperienza e crescita personale che mira a mettere le puerpere in condizione di gestire la gravidanza con consapevolezza e autonomia. Grazie all'uso di audiovisivi, atlanti e modelli illustrativi, le operatrici guidano a una conoscenza più scientifica del proprio corpo e delle sue trasformazioni nell'arco dei nove mesi della gravidanza e poi successivamente al parto. Attraverso lo yoga, così presente nella cultura tradizionale del sub continente indiano, le future mamme imparano come controllare il respiro e affrontare il dolore, e preparano il proprio corpo all'esperienza del parto. Mentre il tradizionale massaggio neonatale praticato in Nepal, che alcuni ritengono essere la vera origine dell'atteggiamento sempre pacifico, calmo e accogliente dei nepalesi, viene integrato nelle informazioni relative all'allattamento al seno, alle vaccinazioni, all'igiene della mamma e del bambino nel periodo post natale.

Il programma di formazione

Un programma di formazione continua realizzato nel tempo da Aidos presso il Centro e presso il Model Hospital di Katmandu, tiene alto il livello delle conoscenze specifiche del personale e la qualità dei servizi offerti. Nel corso degli anni, la formazione ha riguardato i settori più diversi: gestione finanziaria, procedure amministrative, approccio di genere, servizi per gli ado-

scienti, servizi per la salute psicologica, maternità senza rischi, prevenzione delle infezioni, coinvolgimento e partecipazione delle comunità, teatro di strada, capacità di presentazione e comunicazione, gestione informatica.

L'impegno nella formazione e il coinvolgimento delle volontarie e dei volontari delle comunità, dalle ostetriche tradizionali agli operatori sanitari dei villaggi, è un ulteriore elemento cardine del successo del progetto. La presenza sul territorio e i contatti con istituzioni e personaggi chiave per l'offerta di servizi sanitari, hanno rafforzato la struttura completandone i servizi. Il Centro ha individuato e formato 125 operatrici volontarie di comunità ed 87 operatori.

La partecipazione alla formazione di personale professionale di altre istituzioni che si occupano di salute ha avuto un profondo impatto a Kirtipur in termini di cooperazione sanitaria, contribuendo alla costruzione di una efficace rete di riferimento tra Ong e istituzioni pubbliche.

Questo sistema è la chiave per la qualità della cura dei casi più seri individuati nella zona di Kirtipur.

Dal 1999 al 2003, il Centro ha organizzato 564 workshop con le comunità che hanno visto la partecipazione di più di 5.000 persone (donne, uomini e adolescenti). Alcuni eventi speciali sono stati organizzati e sponsorizzati da altre associazioni: la Giornata mondiale della salute, la Giornata internazionale della donna, la Giornata dell'Aids e la Giornata del preservativo.

Il servizio per le/gli adolescenti

Un elemento essenziale della metodologia del Centro è il coinvolgimento degli adolescenti. Il naturale ciclo della vita li rende infatti particolarmente curiosi e ricettivi a tutto quanto ha a che fare con la sessualità e la riproduzione: è dunque un momento fondamentale per intervenire sulle conoscenze e i comportamenti relativi. Gli adolescenti rappresentano il 22 per cento della popolazione totale del Nepal. All'incirca il 25 per cento delle ragazze è già madre.

Sempre più spesso giovani donne vengono coinvolte nella tratta a fini di sfruttamento sessuale. Secondo stime ufficiali sono almeno 12mila i minorenni che ogni anno

entrano in questo lucroso mercato che esporta all'estero manodopera sessuale a basso costo o piccoli schiavi per le faccende domestiche in qualche ricca famiglia indiana o del Golfo.

Cosa può nascondersi dietro una proposta di matrimonio piena di promesse da parte di uno sconosciuto, come si trasmette il virus Hiv e come si manifesta l'Aids, cosa comporta una gravidanza indesiderata e come prevenirla, come rispondere alle avances di un coetaneo e come discutere dei propri sentimenti con i genitori onde evitare matrimoni combinati senza amore: sono alcuni degli argomenti affrontati negli incontri settimanali e mensili con le adolescenti, al punto che il Centro è diventato un vero luogo di riunione per loro, anche indipendentemente dall'organizzazione di specifiche attività. A dimostrarlo, qualche dato: alla fine del 2002, un adolescente ogni tre aveva visitato il Centro, il 33 per cento lo aveva visitato due o più volte ed il 95 per cento lo consiglierebbe a un'amica/o. Nello stesso periodo la percentuale di ragazzi tra i 10 e i 14 anni che conosceva almeno due metodi di trasmissione di malattie sessualmente trasmissibili e dell'Aids è passata dall'1 al 66 per cento e la percentuale di adolescenti tra i 15 e i 19 anni è aumentata dal 50 al 92 per cento. E la testimonianza di una delle ragazze che lo frequenta parla chiaro: "Non sapevo nulla di salute riproduttiva. Tutto era nuovo per me.

Ora posso parlarne con gli amici e fare domande senza imbarazzo. Grazie ai gruppi di discussione sono diventata più sicura. Siamo molto aperti l'uno/a verso l'altra/o, maschi e femmine, e riusciamo a condividere i nostri problemi". Un bagaglio prezioso per il futuro.

Il coinvolgimento degli uomini

Alla luce dei dati rilevati dal Sondaggio demografico e sanitario è chiaro come il potere decisionale sia saldamente nelle mani degli uomini.

Anche quando si tratta di decisioni che riguardano la donna in prima persona, quali quelle relative alla propria salute. La mortalità materna si previene con una combinazione di servizi sanitari e pianificazione familiare, perché distanziando le

nascite le donne hanno il tempo per recuperare, fisicamente, dopo lo sforzo della gravidanza e dell'allattamento, e perché il minor numero di parti riduce i rischi. Eppure ancora oggi gli uomini si assumono pochissima responsabilità per la contraccezione e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili compreso l'Hiv/Aids. Ma la donna da sola, senza il consenso del marito e la sua attiva partecipazione, può fare ben poco, spesso nemmeno uscire di casa. Per questo con il Centro collaborano alcuni uomini, *male counsellor*, che organizzano incontri privati oppure seminari rivolti a un numero maggiore di partecipanti. Questi ultimi servono a mostrare la realtà di Kirtipur secondo una prospettiva di genere, a individuare collettivamente dove e come i diritti delle donne vengono sistematicamente violati, spesso senza alcuna intenzione, a rendere consapevoli delle conseguenze di rapporti di potere sbilanciati, in cui gli uomini sono percepiti come "quelli che comandano" e le donne come "quelle che ubbidiscono".

I consulenti sono poi a disposizione per incontri personalizzati, in cui affrontare problemi e dubbi specifici.

I risultati non hanno tardato a realizzarsi: gli uomini accompagnano le mogli alle visite di monitoraggio della gravidanza, oppure aspettano seduti pazientemente in veranda fino alla fine della visita per poi incontrare insieme la consulente per la pianificazione familiare. Conferma una delle clienti del Centro: "Prima mio marito si ubriacava, spendeva i soldi che guadagnava per bere e la situazione a casa era difficile.

Dopo aver frequentato il Centro le cose hanno cominciato a cambiare, c'è meno tensione, i problemi si affrontano insieme. Per me questo è un miracolo: non pensavo potesse succedere".

I consulenti seguono i casi anche attraverso visite domiciliari. Le richieste di questi servizi sono in continuo aumento. Tra il 1999 e il 2002, 2.670 uomini hanno usufruito di un consulto privato, e 600 coppie hanno partecipato alle campagne di sensibilizzazione e d'informazione. Uno di loro sintetizza così i risultati raggiunti: "Prima il Centro era un centro per le donne. Ora è diventato veramente della comunità".

La prevenzione della violenza contro le donne

La violenza contro le donne era, e in molti casi ancora è, un tabù, in Nepal. Preceduti da una fama di mitezza e cordialità, nessuno sembrava credere davvero che dietro le pareti domestiche gli uomini nepalesi potessero comportarsi né più né meno che come tanti altri uomini in ogni paese e in ogni fascia sociale: prendendosi con la moglie quando le cose non vanno bene, riempendola di botte, spesso includendo nella sfuriata anche i bambini. Per non parlare della violenza sessuale. E dell'incesto. Eppure le denunce di organizzazioni di donne non mancavano.

A febbraio 2002 è iniziata la sperimentazione di un approccio innovativo alla violenza di genere. Elemento chiave della metodologia elaborata dall'Unfpa per individuare i casi di violenza e per avviare un processo di terapia e prevenzione, attraverso un progressivo cambiamento dei comportamenti, è il sistema sanitario. L'unico presente, sia pure in maniera imperfetta, in ogni paese, anche là dove mancano infrastrutture ad hoc per la violenza: case rifugio, centri di accoglienza e simili.

Il personale del Centro è stato formato dalle esperte di Aidos secondo la metodologia e i protocolli messi a punto nel manuale dall'Unfpa: come condurre un'intervista nel caso di una violenza sospetta, come rispondere alla richiesta di aiuto, come e quando rivolgersi alla polizia. Contemporaneamente è stato individuato sul territorio un network di strutture cui rimandare le vittime di violenza, nel caso il Centro non sia in grado di accoglierle e fornire l'assistenza richiesta. L'effetto di questa iniziativa è stato quello di introdurre la tematica della violenza contro le donne nelle discussioni e negli incontri organizzati nelle comunità. E questo ha portato ben presto a far emergere un fenomeno rimasto fino ad allora in ombra: quello della violenza sui minori.

Ora, quando le operatrici responsabili per l'accoglienza al Centro o le operatrici delle cliniche mobili individuano casi che necessitano assistenza particolare, casi di conflitto familiare, alcolismo, abuso di droga, mancanza di autostima, i/le pazienti vengono indirizzati/e alle/ai consulenti specializ-

zati. Una psicologa e un'operatrice sociale li/le incontrano a domicilio oppure presso il Centro. Gli incontri aiutano a rivelare e affrontare conflitti nella comunità o in famiglia, problemi coniugali, alcolismo, ansie e fobie, malattie mentali e problemi legati all'adolescenza, alla vecchiaia e alla vedovanza. Alla fine del 2003, 4.747 donne avevano usufruito dei servizi di consulenza per problemi legati al loro stato psicologico o sociale, spesso come conseguenza di una violenza subita.

Kirtipur, una comunità che cambia

Era stata la municipalità a donare a Phect-Nepal l'edificio in cui il Centro avrebbe trovato casa: i lavori di ristrutturazione lo avevano trasformato in un ambiente accogliente e gradevole, in cui lavorare è piacevole, in cui le donne si sentono rispettate e accolte, come persone, prima ancora che come pazienti. Lo stesso hanno fatto i sei poverissimi villaggi sperduti sulle montagne, mettendo a disposizione della clinica mobile del Centro una stanza umilissima, che potesse fungere da ambulatorio. Non mancare mai a un appuntamento settimanale, non deludere mai le aspettative di chi ha meno di tutti, di chi lavora duramente nelle risaie inerpicate sulle pendici delle montagne e ha sacrificato una giornata di lavoro e quindi parte del magro ricavo per prendersi cura della propria salute e di quella del suo bambino, è stato un punto qualificante dell'approccio del Centro verso la comunità rurale.

L'alta qualità dei servizi offerti, lo spazio protetto di dialogo e *counselling*, la dimensione sia individuale che collettiva delle attività, sono stati gli elementi essenziali per guadagnare la fiducia della comunità, che sempre di più sente il Centro come "il proprio Centro". E sono stati anche l'elemento che ha permesso un concreto lavoro di *empowerment* delle donne, con spazi di autonomia decisionale via via accettati e riconosciuti da mariti e padri, ben al di là della scelta di "cosa cucinare per cena".

/ INTRODUZIONE AL CONCETTO DI PARTO ATTIVO

Ornella Fantini
Ostetrica, esperta Aidos

La gravidanza è un evento naturale ed è essa stessa la vera prima preparazione al parto. Quello che più sorprende è come ancora molte donne conoscano così poco, sia dal punto di vista fisico che energetico, delle potenzialità del corpo e della mente, non solo in termini di adattamento al fenomeno della gravidanza ma anche rispetto alla crescita del bambino in utero e alla capacità di farlo nascere. I corsi di sostegno alla maternità sono importanti per molteplici ragioni. Nascono dalla esigenza sempre più diffusa delle donne di comprendere i cambiamenti fisiologici e psicologici legati alla gravidanza. Nel ciclo vitale femminile e della coppia questo momento rappresenta un'esperienza di crescita e cambiamento che si esprime attraverso la capacità di prendersi cura del proprio bambino. La partecipazione a un corso di sostegno alla maternità rappresenta una grande opportunità per la donna di iniziare un percorso che potrà toccare diversi livelli, partendo da quello fisico fino al livello emozionale e spirituale. L'obiettivo principale di questi corsi è quello di aiutare le donne a scoprire l'universo del loro corpo, non solo in termini fisici, insegnando loro ad ascoltarsi, per vivere in modo più consapevole l'avventura che hanno iniziato. L'idea fondamentale dell'approccio olistico è proprio l'interconnessione tra corpo, mente e spirito, che formano un tutto integrato; inoltre è importante l'interconnessione dell'individuo con l'ambiente circostante, la comunità, la

cultura di appartenenza, essenziali per il nostro benessere. In quest'ottica nei corsi si potenziano i pensieri positivi, l'entusiasmo, il coraggio, la speranza, l'ottimismo, perché anche il corpo e la mente più deboli possano diventare forti e sani.

Quindi il seguire un gruppo di preparazione al parto, scambiando il proprio vissuto con le altre donne nella stessa condizione, e con la guida di un facilitatore, sia esso ostetrica o educatore prenatale, è di per sé una pratica di benessere e di autocura.

Discussione, partecipazione, ascolto attivo sono le parole d'ordine per un percorso che sia realmente esperienziale e utile ai fini della crescita personale di tutte le partecipanti. L'insegnante naturalmente spiega, istruisce, insegna le tecniche appropriate al travaglio e controlla che le allieve sappiano rilassarsi e respirare adeguatamente, ma il tutto con scambio di idee tra le donne del gruppo. L'impostazione deve necessariamente tenere conto del livello socio-economico e culturale delle donne alle quali si rivolge, al fine di evitare metodi autoritari o eccessivamente scolastici che potrebbero inibire o creare distacco nel gruppo.

Prima di iniziare il lavoro nei Whc (Women's Health Centers), abbiamo sempre uno scambio, generalmente già in Italia, con le operatrici dei centri, proprio per impostare il lavoro nel rispetto delle esigenze delle singole situazioni. Poi il lavoro continua quando si inizia la missione, modulando in modo più idoneo i servizi erogati. Durante la permanenza in Italia, le operatrici dei centri vengono in contatto con diverse realtà italiane di ambulatori e servizi per le gravidanze, e ginecologici in generale, sia pubblici che privati, in modo da iniziare a realizzare anche visivamente l'organizzazione e la qualità dell'assistenza.

Per le donne più povere o di basso ceto sociale, come sono le utenti dei Whc in Oriente e Medio Oriente, la scaletta degli argomenti dovrà tenere conto della necessità per loro di conoscere meglio l'anatomia e la fisiologia dell'apparato genitale, dell'importanza dell'alimentazione corretta, delle necessità nutrizionali della madre e del feto in utero, del suo sviluppo, associandoli all'idea di essere una buona madre, sia quando il bambino è ancora in utero, sia

durante il travaglio e il parto. Migliorare le condizioni e lo stile di vita della madre nel periodo di gestazione realizzerà un'efficace opera di prevenzione primaria migliorando la salute e il benessere psicofisico del bambino e dell'unità madre-bambino, prima e dopo la nascita.

E' sempre necessario l'uso di audiovisivi, sia atlanti che modelli illustrativi, perché le donne possano capire meglio tutto quello che viene loro spiegato; argomenti utili saranno l'igiene, sia della madre che del neonato, dall'importanza della pulizia alla cura del moncone ombelicale, l'allattamento prolungato, la contraccezione responsabile, nell'ambito della coppia, ai fini di pianificare e distanziare le gravidanze. E' importante sostenere l'allattamento al seno prolungato, a richiesta, senza restrizioni, beneficiando dell'effetto nutrizionale perfetto del latte materno rispetto a quello artificiale, ma anche sfruttando l'effetto anticoncezionale di un allattamento completamente a richiesta soprattutto notturna.

L'allattamento materno al seno rappresenta il modo più naturale e soddisfacente di nutrire un bambino nei primi mesi di vita, non solo dal punto di vista degli apporti nutrizionali, ma anche per favorire l'instaurarsi di un buon rapporto psico-affettivo madre-neonato. La caratteristica progressiva mutazione nella composizione del latte materno, tale da continuare a soddisfare le esigenze del bambino nel corso della crescita, può almeno in parte spiegare i risultati di studi recenti che confermano un più alto quoziente intellettivo nei bambini allattati al seno rispetto a quelli sottoposti ad allattamento artificiale. L'Unità Nutrizionale Dunn dell'Università di Cambridge ha rilevato in uno studio che, all'età di otto anni, bambini prematuri allattati al seno presentavano un vantaggio di 8 punti di Q.I. rispetto ai coetanei, parimenti prematuri, allattati artificialmente. In Italia questo è argomento mai abbastanza approfondito nei corsi, e in effetti a tre mesi dal parto la maggior parte delle donne non allatta più, con grande beneficio esclusivamente delle ditte produttrici di latte artificiale, arrivando a uno svezzamento precoce del bambino con sequele ancora da stabilire del tutto per la sua salu-rogenesi. Devono pertanto essere attivati

percorsi facilitanti il precoce contatto madre-bambino e il rooming-in durante il ricovero ospedaliero; la sensibilizzazione delle gestanti sull'importanza di ricevere questo tipo di assistenza ne condizionerà la realizzazione. Al fine di non perdere la possibilità di ricovero della gestante, le strutture dovranno adempiere a queste disposizioni che dal lontano 1990 l'Unicef, attraverso "La dichiarazione degli innocenti", aveva ampiamente dimostrato gettando le basi dell'iniziativa "Ospedale amico del bambino", iniziativa che veniva nello stesso anno adottata dal Summit mondiale per l'infanzia di New York. Il documento finale sottoscritto anche dal governo italiano, annunciava: "Tutte le donne dovrebbero essere messe in grado di praticare l'allattamento al seno esclusivo e tutti i neonati dovrebbero essere nutriti esclusivamente con latte materno dalla nascita ai sei mesi di età. In seguito, i bambini possono essere allattati al seno fino ai due anni di età ed oltre, ricevendo contemporaneamente appropriati e adeguati alimenti complementari".

Gli argomenti teorici devono tenere conto anche della relazione madre-padre-bambino, i bisogni del neonato e della nuova famiglia, della simbiosi madre-bambino, dell'importanza della devozione materna, argomenti tendenzialmente di competenza psicologica, del puerperio da un punto di vista emotivo, degli stati d'animo, del terremoto ormonale, della responsabilità verso il neonato, del rapporto di coppia dopo la nascita del bambino, della sessualità in puerperio. E naturalmente della contraccezione.

Da tutto ciò si deduce che la conduzione dei corsi deve possibilmente prevedere sia la competenza dell'ostetrica che della psicologa; scambi tra gestanti e chiarimento costante e regolare di dubbi e paure, ma anche semplicemente un luogo che le gestanti sanno di poter frequentare con senso di appartenenza e con profonda motivazione, per incontrarsi regolarmente e trarre beneficio dalla presenza delle stesse altre partecipanti.

Introduzione al concetto di parto attivo

Il concetto di parto attivo indica la cultura della gravidanza e del parto assistiti con consapevolezza, affezione, emozione e con-

divisione e soprattutto la capacità di ispirare nelle donne la massima fiducia nella loro capacità di saper bene partorire i loro bambini. Partorire in modo attivo significa stare in piedi, muoversi, prendere liberamente tutte quelle posizioni che faranno sentire meno dolore (posizioni antalgiche) e che permetteranno di riuscire a controllare la propria volontà e la propria determinazione nella progressione del travaglio e del parto utilizzando il respiro, attivare cioè al meglio le proprie risorse interiori, trovando all'interno del proprio corpo il miglior sistema per portare a buon fine il parto. Significa inoltre rispetto per le gestanti e il loro nucleo familiare, i loro ritmi e i loro tempi. Nel travaglio e nel parto, significa avere accanto le persone che per le gestanti sono importanti affettivamente, e che perciò potranno essere loro di aiuto, tenendo conto delle diverse abitudini culturali delle gestanti; occorrerà attivarsi al massimo per creare le migliori condizioni per l'espletamento del parto: rispettare i tempi naturali del travaglio che sono personali, di quella madre e del suo bambino, al fine di favorire un buon adattamento della gestante alle diverse fasi del parto, e dare al bambino il tempo necessario per attivare gli ormoni che lo aiuteranno a superare lo stress della nascita. Questo tipo di assistenza non invasiva porterà inevitabilmente ad avere parti più naturali e meno traumatici sia per la madre che per il neonato, con minore ricorso all'utilizzazione di anestesie epidurali o di tagli cesarei. Va di pari passo l'introduzione al concetto di parto dolce, senza violenza, nel rispetto del neonato che è una persona capace di sentire, di provare dolore e paura, seguendo i suggerimenti espressi ormai molti anni fa - ma non ancora ampiamente recepiti non solo in Italia - da due ginecologi che ne sono stati i pionieri, Frédérick Leboyer e Michel Odent. Le modalità di accoglienza del bambino in sala parto saranno effettuate nel rispetto del suo ritmo personale, della sua inesperienza alle temperature fredde, alla luce troppo forte, così spesso presente nelle nostre sale parto (tecnologiche forse, ma poco attente ai delicati occhi di un neonato), ai rumori troppo forti e quasi sempre inutili, frutto solo della mancanza di attenzione del troppo

personale che è inutilmente presente nelle sale parto (chi ha avuto esperienza di parti in ospedale sa cosa vuole dire per una donna, messa obbligatoriamente in posizione litotomica, partorire davanti ad una folta platea di medici, ostetriche e studenti, infermieri e chi altro sia, che parlano tra di loro e magari fanno anche un tifo da stadio...). Infine è di estrema importanza la non separazione della madre dal bambino, necessità primaria per entrambi, al fine di facilitare il *bonding* e l'attaccamento precoce al seno, per velocizzare il distacco della placenta attraverso la contrazione dell'utero indotta dalla suzione al capezzolo senza utilizzare alcun farmaco, ma soprattutto per facilitare l'auto-attaccamento del neonato al seno materno.

La recente ricerca sulla abilità del neonato di muoversi sulla pancia della madre verso il seno, di attaccarsi senza aiuto e di succhiare correttamente è stata pubblicata nel 1990 su *The Lancet* (Righard e Alade, 1990). I neonati del gruppo di ricerca "non medicalizzati", messi subito sulla pancia della madre, dopo 50 minuti si erano auto-attaccati al seno e succhiavano correttamente. I bambini di un altro gruppo, non medicalizzati ma lavati, misurati dopo la nascita e rimessi sulla pancia della madre erano anche essi capaci di attaccarsi da soli al seno, ma la metà di loro non succhiava correttamente. I bambini nati da parti medicalizzati erano troppo addormentati per succhiare.... (Klaus & Klaus, *Your Amazing Newborn*, 1998).

Per Raymond Castellino, "comprendere il comportamento di autoattaccamento del neonato, dopo la nascita, allarga la comprensione del processo di attaccamento durante il bonding, essendo eventi di natura somatica, neurofisiologica e psicologica. Le madri dal canto loro iniziano ad accudire meglio i bambini e collaborano meglio durante la crescita".

L'attiva partecipazione del bambino al parto (Cohen 1993) e l'esperienza dell'auto-attaccamento dà al neonato l'esperienza di: iniziare un processo interno con le proprie capacità innate (Hoffmann et al 1998); sentirsi capace e competente durante il processo di auto-attaccamento (Grey 1992); rilassare eventuali tensioni e ansie subite

durante il processo di nascita.

Quindi il neonato si sente rilassato, sicuro e in pace con l'altra "emotivamente significativa" per lui/lei, che è felice e fiera del compimento del suo bambino (Klaus & Klaus, 1998).

Queste esperienze sono una conferma: della teoria delle relazioni oggettuali (Moberly 1985), dell'inizio della formazione di un modello di funzionamento interiore (Bowlby 1969), della capacità del bambino di saper regolare la relazione affettiva all'interno di una struttura del Sé.

Tutto ciò sarà possibile se riusciremo a preparare le donne ad essere attive e responsabili in prima persona, per la propria salute e quella del loro bambino, prima in utero e poi neonato, attraverso i corsi di sostegno alla gravidanza ma anche prima, con l'inserimento dell'educazione sessuale e della procreazione responsabile tra le materie di studio obbligatorie nella scuola.

Tecniche yoga e di massaggio bioenergetico

Il lavoro pratico durante gli incontri si basa su tecniche yoga. La pratica dello yoga può essere una strada per arrivare a portare consapevolezza e autostima. Le posizioni dello yoga distendono e rilassano il corpo, migliorano la postura e sono efficaci prima e dopo il parto. Le tecniche di respirazione e rilassamento possono essere utilizzate anche durante il travaglio e l'allattamento, e a beneficiarne saranno sia i genitori che il neonato. Yoga significa unione, andare insieme. Unione del corpo con la mente, e della mente con lo spirito. Praticare yoga non è una sorta di ginnastica, è molto più che fisico. È concentrazione cellulare, mentale, intellettuale e spirituale, e coinvolge la persona completamente. È l'unione dell'anima individuale con lo spirito universale. "La scienza dello yoga aiuta a considerare il corpo come un tempio cosicché diventi pulito come l'anima". (B. K. S. Iyengar, *The Tree of Yoga*). Attraverso le posizioni (asana) produrremo stiramenti ed esercizi correttivi sui meridiani energetici, per affrontare meglio i cambiamenti del corpo e prevenire o curare i più comuni disturbi della gravidanza, quali nausea, ipertensione, varici, edemi, emorroidi o malposizioni fetali, etc

Si interviene nella correzione della postura e del respiro con allenamento alla padronanza delle tecniche, per riuscire ad affrontare il travaglio e poi entrare in modo più consapevole nella relazione con il bambino. Largo spazio si darà anche al rilassamento, per riuscire a crearsi uno spazio personale di recupero energetico e come momento di studio dei propri bisogni. Non dimentichiamo che è nel riposo che il corpo allenato si corregge. Importanti le visualizzazioni con pensiero positivo per aiutare la mamma nel percorso di conoscenza del proprio corpo e del suo bambino e favorire così la relazione nella coppia madre-figlio. Con lo scambio di massaggi e il lavoro in coppia si impara a sentire sull'altro le tensioni e aumentare la capacità di comunicazione e di ascolto dei limiti dell'altro, in una vicendevole espressione. Insomma provare ad imparare ad ascoltare quello che il corpo dice.

Durante la gravidanza, si ricorre all'utilizzo di tecniche di massaggio bio-energetico, attraverso quello che Eva Reich chiama "mothering the mother"; il massaggio è stato creato per i bambini prematuri, ma può essere utilizzato anche per gli adulti e le donne incinte. È un massaggio dolce, molto gradevole, che non agisce tanto sui muscoli quanto sulla pelle, procurando una gradevole sensazione di distensione e calore; determina l'attivazione e l'armonizzazione di tutte le funzioni vitali, contribuisce a rinforzare il sistema immunitario e una positiva percezione del sé. Durante la gravidanza, quando la madre è molto aperta, sembra che attraverso il lavoro bioenergetico con il contatto (fisico e verbale) la donna possa sciogliere blocchi del suo vissuto che si sono formati forse nella prima infanzia, forse durante il parto o prima. Può entrare in profondo contatto con le sue emozioni e schemi affettivo-motori bloccati possono ora svilupparsi. È come se la natura in questo particolare momento mettesse a disposizione della coppia madre-bambino tutto il potenziale di autoguarigione.

Una madre toccata dolcemente il suo bambino dolcemente. Il massaggio rafforza la relazione con la madre, è il contatto energetico attraverso il quale il neonato si nutre affettivamente dopo la nascita. Le terminazioni nervose della pelle portano le sti-

molazioni al cervello, che elabora le sensazioni in percezioni, emozioni, sentimenti. Attraverso le esperienze della pelle, il bambino impara risposte psicomotorie ed emozionali che sono la base per la formazione della sua personalità. E' noto che i neonati soffrono della mancanza di contatto con la madre, lo considerano un abbandono, e la loro paura è simile alla paura di cadere; protestano, ma se i loro bisogni non vengono soddisfatti, si contraggono per sentire meno paura, "bloccando" il diaframma, trattengono il respiro e perdono la loro innata capacità di autoregolare il libero scambio bio-emozionale con la madre. Si instaura così una dinamica da "circolo vizioso" nel bonding tra madre e neonato che può incidere negativamente sia a livello psichico che somatico, sulla futura salute del bambino.

Eva Reich è figlia di W. Reich, scienziato e psicanalista, che ha sviluppato un approccio bioenergetico alla psicoterapia, oggi alla base di tutte le psicoterapie corporee. Eva Reich ha assistito ai lavori del padre ed era particolarmente interessata ai neonati e alle loro madri. Ha lavorato come medico nel reparto pediatrico dell'Harlem Hospital di New York con il metodo della bioenergetica dolce da lei inventato.

Già trent'anni prima del boom della moderna ricerca neonatale (è nata nel 1924) aveva sviluppato strumenti terapeutici per accompagnare i bambini traumatizzati nel periodo pre-peri-post natale, trattando e insegnando temi di grande attualità come per esempio il bisogno biologico del "contatto bioenergetico" pelle contro pelle nel neonato, del contatto oculare, l'importanza di non separare madre e bambino al momento della nascita, l'importanza della prevenzione prima e dopo la nascita.

I neonati si emozionano come noi, e le emozioni sono alla base della loro salute, sono movimenti della bio-energia nel corpo. Massaggiando con tocco leggerissimo la pelle del bambino si stimola l'energia bio-emozionale, la si fa fluire e gli si procurano quelle sensazioni piacevoli che sono alla base del proprio benessere. La scoperta più importante di W. Reich è che quando siamo felici l'energia si espande verso il mondo, quando abbiamo paura l'energia si ritira dentro di noi. Quando la paura permane, il

flusso di energia si blocca e si bloccano i nostri sentimenti positivi. Obiettivi del massaggio sono quindi: promuovere un forte attaccamento tra madre e bambino, cioè la salute e la capacità di amare; prevenire i disturbi psico-somatici; prevenire i traumi della nascita; curare i traumi della nascita od altri traumi. Il bambino massaggiato è più tollerante allo stress e ha migliore gestione dell'ansia; è più capace di stabilire rapporti, di amare e di suscitare amore negli altri; ha un migliore sviluppo delle vie nervose e un sistema immunitario più forte; è più vigile. I buoni effetti misurabili a livello fisiologico sul neonato sono: aumento del peso; ritmo del sonno; sistema respiratorio; sistema digestivo; sistema circolatorio.

Un punto di vista olistico

Qui ritorniamo al punto di vista olistico della salute o della guarigione, che sostiene che nessun problema e nessuna parte del corpo può essere trattata con successo isolatamente e che per ottenere un miglioramento duraturo tutta la persona deve cambiare per migliorare le funzioni a tutti i livelli.

Spiega Ashley Montagu (in "Il linguaggio della pelle"): "Le madri che sono state toccate con cura e dolcezza durante il parto, subito dopo toccano i loro neonati con mani più abili. Se invece le loro esperienze di contatto sono state fredde e impersonali, saranno più insicure nel rapporto con il bambino. Bisognerebbe ottenere che il marito accarezzasse regolarmente il corpo di sua moglie durante la gravidanza, durante il travaglio e il periodo dopo. Questo dovrebbe anche diventare una regola nella pratica ostetrica. Un massaggio alla madre iniziato nel secondo o terzo giorno dopo la nascita potrebbe impedire una depressione post-partum". Abbiamo a questo punto tanti spunti per il nostro intervento, al fine di rendere il più possibile rispettoso e coerente il nostro lavoro. E' evidente che la strada da percorrere è ancora lunga, per sensibilizzare anche la comunità maschile sull'importanza dell'approccio olistico dei nostri centri, e a questo scopo occorre lavorare sul territorio con seminari e incontri e coinvolgere gli uomini nelle attività. Si tratta di

raggiungere gli ospedali di riferimento per l'espletamento del parto, creando le condizioni perché queste donne vengano accolte e assistite con percorsi che tengano conto del lavoro svolto, sensibilizzando e formando gli operatori ospedalieri.

Infine un accenno ad un'altra attività che viene promossa nei centri di salute per le donne, e cioè all'inserimento nelle procedure terapeutiche della riflessologia plantare, terapia sui punti riflessi del piede. Tutte le parti del corpo umano hanno nel piede le loro precise zone di proiezione, le zone riflesse, da cui si possono rilevare, con prese manuali precise e localizzate, le condizioni dell'intero organismo ed intervenire per riordinare ed armonizzare la condizione energetica degli organi.

Può essere utilizzata per indurre rilassamento o apportare guarigione o miglioramento a disturbi quali: sovraccarichi muscolari e osteo-articolari; disturbi digestivi (meteorismo, epatopatie, stitichezza); dismenorrea e altri disturbi del ciclo mestruale; sindromi da raffreddamento acute o croniche; sinusiti; sovraccarico linfatico; cefalee; dolori lombari o sciatica; nevralgie; problemi circolatori (varici, emorroidi); malposizioni fetali in utero e induzione al travaglio di parto nelle gravidanze protratte.

Questa tecnica è particolarmente utile per risolvere, senza l'uso di medicine o in sinergia con terapie naturali, i più frequenti disturbi in gravidanza e puerperio. Quello che personalmente ho constatato nel lavoro sia in Medio Oriente (Gaza e Amman) sia in Nepal, è che le operatrici sono molto attratte da questo tipo di intervento terapeutico, sono molto interessate ad applicarlo e molto coinvolte nell'apprendimento, mentre da parte loro le pazienti, e non solo le donne incinte, hanno grande piacere e disponibilità a ricevere trattamenti naturali, tenendo anche conto delle medicine tradizionali che appartengono a queste popolazioni, e all'abitudine ad utilizzare rimedi empirici. Ascoltare, toccare con gentilezza e rispetto, crescere insieme, donne con altre donne, per arrivare ad una guarigione comune, pazienti e terapiste incamminate sulla lunga strada della scoperta delle proprie potenzialità.



**/ SITUAZIONI
DI EMERGENZA**

/ LE DINAMICHE DI GENERE NELLE SITUAZIONI DI EMERGENZA

Leila Baker
Unfpa, Gerusalemme

Rappresento l'Unfpa, e interverrò anche a nome della mia collega Ferial di Gaza, il cui centro lavora in partnership con Unfpa e Aidos nei campi di rifugiati. Non ha potuto essere con noi per le difficoltà di ottenere un visto di uscita da Gaza...Forse è utile ricordarlo, visto l'argomento e il titolo di questa sessione che hanno a che fare con il ruolo dei servizi di salute riproduttiva nelle situazioni di emergenza.

Ciò che è valido in situazioni normali è valido anche nelle emergenze? Riferiamoci ad esempio alle questioni culturali e ai servizi di salute riproduttiva, ad esempio in Medio Oriente. Abbiamo parlato di violenza di genere, di Aids; e di accesso alle cure e ai servizi. Ora, tutti questi aspetti sono validi in ogni circostanza, ma nelle situazioni di conflitto la dinamica di genere viene azzerata. E sfortunatamente le donne sono più vulnerabili a tutti questi elementi, per il loro svantaggio economico e anche per il cambiamento di ruoli e dinamiche, in particolare nel contesto della famiglia.

Ci saranno dunque un aumento delle gravidanze non desiderate, una crescita delle emergenze ostetriche, un aumento della mortalità e morbilità materna.

Nelle situazioni di emergenza le donne possono vedersi impedito l'accesso alle cure materno-infantili, così importanti per la salute riproduttiva. L'impoverimento delle donne, la povertà delle donne aumentano la miseria generale. In una situazione di conflitto, dove la situazione economica diventa

più che critica, le donne sono anche più svantaggiate. Alla mancanza di risorse si aggiunge il peso dell'emergenza; una situazione che riduce la loro possibilità di accedere ai servizi di salute riproduttiva; il che colpisce poi, ovviamente, tutta la famiglia. C'è la questione della riallocazione delle risorse familiari, per esempio. Quando l'economia è in profonda crisi, c'è una riduzione del reddito familiare destinato alle spese per la salute, e chi ne riceve il maggior danno, in generale? Le donne.

Comunque, dobbiamo tenere conto del fatto che la dinamica di genere è una relazione fra le donne e gli uomini, le donne e la famiglia, le donne e la comunità ecc...

E probabilmente abbiamo trascurato il ruolo degli uomini nella salute riproduttiva, dato che le situazioni di conflitto hanno un impatto negativo anche su di loro.

Nelle società tradizionali, quando si arriva a tassi molto elevati di incarcerazione e disoccupazione, la conseguenza è la perdita dell'autostima da parte degli uomini. Questi ultimi quindi debbono essere inseriti nei programmi di salute riproduttiva, affinché non perpetuino una situazione violenta, trasferendo nelle proprie case quella violenza che domina all'esterno.

E in una situazione di crisi, in cui aumenta la violenza di genere e la violenza domestica e si riduce l'accesso alle cure mediche come diretta conseguenza della mancanza di risorse, peggiora la situazione della salute riproduttiva, con gravidanze non desiderate, aborti a rischio, emergenze ostetriche...D'altra parte in una situazione di conflitto, dove tutti i fattori di stress ricadono sulle donne dalle quali ci si aspetta che tutto riassorbano, lo stress psicologico si ripercuote inevitabilmente sulla loro salute fisica. In quanto soggetti di cura più di ogni altro, nelle società tradizionali le donne hanno da sopportare pesi ancora maggiori durante le emergenze.

Allora, cosa fare in queste terribili situazioni? Si possono fare e si fanno interventi anche molto positivi se si guarda al risultato in termini di salute riproduttiva. Intanto occorre fare in modo che la salute sessuale e riproduttiva resti una priorità. E, in una situazione di emergenza, con il governo al

collasso, con un'elevatissima disoccupazione, con conflitti armati in atto, dobbiamo raddoppiare gli sforzi in questo senso per assicurare che le donne non si sentano abbandonate e che la salute riproduttiva rimanga nell'agenda. Costruire reti è fondamentale a questo scopo. Se un'istituzione è in grado di avere collegamenti al di fuori di sé, riuscirà anche, in casi di emergenze, a rinviare le proprie risorse per coprire le aree lacunose. E l'istituzione deve assicurare che lo staff sia qualificato per un'appropriate analisi di genere, per lavorare in modo olistico. Troppo spesso c'è mancanza di expertise in materia di analisi e programmazione di genere, ma del resto in una situazione di emergenza occorre essere molto dinamici, dunque rivedere le proprie strategie e accertarsi che si tenga conto delle dinamiche di genere. Queste cambiano nelle situazioni di emergenza, per la perdita di autostima dei maschi, per i maggiori pesi riversati sulle donne; occorre mettere in atto strategie speciali.

E bisogna stabilire i legami con la collettività. Pochi hanno la volontà e capacità di uscire ed entrare nella comunità. Non è la stessa cosa quando non si è sul terreno, quando non si vedono con i propri occhi persone in situazioni critiche; dal di fuori è difficile cogliere e dar seguito ai loro bisogni effettivi. Un buon programma deve venire da un'esperienza di prima mano, dal cuore. Dunque, nelle emergenze, quando tutto cambia, occorre tornare sul terreno e non mandarci qualcun altro.

E poi bisogna sostenere quei centri già esistenti che hanno una buona reputazione di assistenza. Troppo spesso, nelle emergenze, ci si lancia in ogni sorta di strategie e istituzioni alternative. Eppure ci sono persone e centri che hanno una buona esperienza, che forniscono servizi giorno dopo giorno: a quelli occorre collegarsi. Si tratta di capire come si possono sostenere i servizi che già esistono, come si può costruire su quelli.

E adesso cambio berretto; per parlare a nome della mia collega Ferial che non ha potuto essere qui. Vorrei spiegare come il suo Centro, sostenuto con continuità da Unfpa e Aidos, è riuscito a superare la situazione di crisi. Questi due centri si tro-

vano nei campi di rifugiati, campi assistiti da un'agenzia dell'Onu chiamata Unrwa (United Nations Relief and Works Agencies for Palestinian Refugees). Le agenzie coinvolte nel centro sono il Women's Health Center di Bureji retto da una Ong locale chiamata Culture and Free Thought Association, mentre Aidos è l'agenzia esecutrice del progetto sin dall'inizio nel 1995. Il progetto è sostenuto dall'Unfpa grazie a un contributo molto generoso da parte del governo italiano e da fondi belgi.

I servizi offerti sono gratuiti e coprono la salute di base. Negli ultimi nove anni, il Centro di Bureji ha avuto un enorme successo, e ha offerto alle donne un servizio sanitario più completo e olistico. Dettaglio importante, in molti casi i suoi servizi non sono gratuiti, eppure le donne li preferiscono. Una lezione da cui imparare.

Una delle ragioni per cui le donne vengono al nostro Centro è il calore con cui sono accolte. E' un luogo dove possono condividere e scambiarsi storie di vita. Troppo spesso, nella salute riproduttiva ci si focalizza sul servizio, sulla formazione e su altre componenti di questo tipo; sono tutte importanti, ma una delle chiavi del successo di questo Centro è che ha uno spazio molto aperto che permette alle donne di discutere punti di vista.

Gli obiettivi del Centro sono contribuire all'empowerment e arrivare a standard elevati nei servizi di salute riproduttiva. Ciò riguarda tutte le componenti della professionalità dello staff, così come la sua capacità di avere un rapporto empatico con le donne utenti del Centro, un approccio sensibile al genere, la volontà di integrarsi pienamente nella comunità. Certo, nelle situazioni di emergenza, è molto importante riuscire a realizzare obiettivi immediati, magari lasciando in un cantuccio gli obiettivi a lungo termine, mantenendoli vivi ovviamente, ma un po' laterali. Occorre migliorare il benessere psicofisico delle donne e delle famiglie palestinesi - parlo di famiglie, benché si tratti di un Centro di donne per le donne, ma è fondamentale che nell'analisi di genere si abbia presente l'intera struttura familiare e la comunità. Occorre promuovere il concetto e la pratica di una pianificazio-

ne familiare responsabile, raggiungendo la comunità, ad esempio le scuole, anziché fornendo solo servizi nel Centro. E occorre portare gli uomini a sostenere il concetto dell'empowerment delle donne (questa è stata una componente molto difficile del lavoro). Questo è lo specifico delle situazioni di emergenza. I servizi "normali" del Centro, poi, sono quelli di cui si è discusso in questo convegno a proposito di altri paesi, ma accentuano l'aspetto di consulenza psicologica, legale e sociale.

Come sempre, si guarda alla salute riproduttiva da un punto di vista olistico, e non solo di assenza di patologie o malattie fisiche. Si tengono anche lezioni di educazione fisica, programmi per il controllo del peso corporeo, e altro a cui la comunità non avrebbe altrimenti accesso.

Ecco alcuni cenni su che cosa significa emergenza a Gaza. Circa la metà delle donne, o anche un po' di più, sono anemiche. E circa l'80% di queste donne anemiche sono in età riproduttiva, dai 15 ai 49 anni. C'è un livello elevato di matrimoni precoci, il che riduce le chances di ricevere un'istruzione e di entrare nel mercato del lavoro, con conseguenze in termini di povertà. Si sta verificando una riduzione nelle visite prenatali rispetto agli standard dell'Oms, che stabiliscono almeno tre visite durante la gravidanza; secondo le statistiche del Ministero della Sanità questo servizio ha riguardato l'80% delle donne, mentre in precedenza riguardava il 96%. E l'80% delle donne non ricevono cure post-natali; dunque i casi con complicazioni non ricevono follow-up. Inoltre, 3.500 donne sono diventate vedove o hanno perso un figlio; il reddito della loro famiglia si è fortemente ridotto e con esso la loro capacità di accedere a servizi di salute riproduttiva a pagamento. Abbiamo avuto 69 casi di parto ai check-point....e se i diritti riproduttivi sono parte integrante dei diritti umani, certo dover partorire in quelle situazioni è una grave violazione dei diritti umani. Una delle tante.

Si è osservato un aumento della violenza domestica, e questa è una delle cose su cui dobbiamo lavorare, in termini di documentazione e sensibilizzazione.

Non abbiamo statistiche accurate su temi

molto delicati, come la violenza domestica, la prevalenza di Hiv/Aids e altre patologie trasmissibili, tutti aspetti tabù.

A Gaza le persone si sentono come in gabbia. Il territorio si estende su soli 30 km da Nord a Sud, e solo 12 km fa Est a Ovest. Ci sono 1,2 milioni di abitanti in questo spazio; il 65% della superficie è occupato dagli insediamenti israeliani. La frammentazione della comunità palestinese, la chiusura delle città, i check points, le chiusure delle frontiere hanno avuto un impatto grave sui servizi di emergenza, impedendo di focalizzarsi sullo sviluppo. Un'energia enorme viene investita in servizi di emergenza, creando nuovi tipi di meccanismi e nuovi servizi, piuttosto che concentrarsi su ciò che è già sostenibile, costruendo su quelle capacità e investendo su quelle. La mancanza di protezione civile e le violazioni dei diritti umani, il fatto che la popolazione di Gaza sia in trappola, l'occupazione militare di Gaza e della West Bank, e le incursioni militari giornaliere, sono tutti elementi che ostacolano pesantemente la protezione dei civili. Non essendo la Palestina una nazione con un vero esercito, alla fine l'obiettivo delle incursioni militari sono proprio i civili. Ma vorrei sottolineare questo: la gran parte dei fondi internazionali se ne va in soccorsi di emergenza, piuttosto che focalizzarsi sulle reti che sono già esistenti e funzionanti e potrebbero essere probabilmente un investimento migliore.

Cosa abbiamo fatto per rispondere alla crisi? I due centri partner a Jabalia e Bureji, a causa delle chiusure, hanno valutato le proprie capacità in termini di staff e se le sono scambiate. Quando non era possibile per lo staff riuscire ad arrivare al lavoro, è stata utile la collaborazione con altre realtà, e la rete si è rafforzata. Si tratta di una Ong, quindi deve riferirsi ad altri centri. E' fondamentale la rete con i partner locali e la mobilitazione delle risorse della comunità, soprattutto quanto a tempo e volontarie. E ci sono stati diversi successi. Una raccomandazione: dal momento che Jabalia e Bureji hanno operato così bene, nei tempi di maggiore crisi e nella risposta alle richieste urgenti, ritengo che continuare il sostegno

ai due centri li possa mettere in grado di fare al meglio il loro lavoro. Quando i fondi internazionali diminuiscono, il lavoro di centri davvero innovativi come questo va valorizzato e sottolineato.

Occorre rafforzare la collaborazione fra le reti di servizio delle Ong e le reti per la salute delle donne; aumentare la consapevolezza di aver a che fare con donne che escono da situazioni di violenza di genere. Poi, collegare donne, in situazioni di grave svantaggio, a progetti di fondi e crediti è molto importante: l'ostacolo economico alla salute riproduttiva può essere superato e l'empowerment economico femminile è un passo chiave nello sviluppo generale.

È importante anche integrare i servizi di salute riproduttiva nei servizi assicurativi, così che l'accesso delle donne alle cure non sia precluso dalla mancanza di denaro.

Si tratta anche di aumentare l'efficacia dei nostri programmi, e la copertura dei costi; ma solo fino a un certo punto: in una situazione molto critica, così economicamente svantaggiata come Gaza, non è certo sempre possibile ottenere la copertura dei costi attraverso il finanziamento da parte del cliente.

/ LA MIA ESPERIENZA IN AFGANISTAN

Maria Pia Dradi

Esperta, Direzione Generale
cooperazione allo Sviluppo

Durante l'anno in cui ho vissuto e lavorato a Kabul, come rappresentante dell'Unfpa in Afghanistan, dal maggio 2003 al maggio 2004, ho avuto occasione di partecipare a riunioni a livello regionale e quindi di ascoltare le esperienze di colleghi e colleghe responsabili dei *Country Offices* in paesi come Cina, India, Laos, Cambogia; in particolare, ho anche potuto conoscere direttamente l'esperienza e il lavoro dell'ufficio Unfpa di New Delhi. Ascoltando le loro esperienze commentavo: "Questo in Afghanistan non si può fare, è irrealistico...". Di fronte alla mia preoccupazione i colleghi e anche l'allora direttore della divisione Asia dell'Unfpa, mi tranquillizzavano dicendomi: "Don't worry, this doesn't fit Afghanistan, this does not fit your situation. So, go on as you can". "This does not fit Afghanistan": è prima la frase che mi viene in mente, anche in un'occasione come questo importante convegno. Tutto ciò che ho sentito questa mattina, in relazione a ciò che si può fare o a ciò che si dovrebbe fare a favore della salute riproduttiva e, in particolare, delle donne - secondo le strategie, la metodologia, le esperienze realizzate dalle grandi organizzazioni delle Nazioni Unite, in primo luogo l'Unfpa, che detiene il mandato per la salute riproduttiva, ma anche da Ong come Aidos e altre, da paesi donatori, insomma, da quell'insieme di partner che dalla Conferenza del Cairo ad oggi hanno lavorato molto su questa tematica, tutto ciò non è, al

momento, applicabile all'Afghanistan. La sua situazione è diversa e, per certi aspetti, molto più difficile di quella esistente nella maggior parte dei Pvs del mondo. Fornirò ora alcuni dati che riguardano il quadro generale della salute riproduttiva. Successivamente vi informerò su quanto si è fatto dal 2002 ad oggi e per ultimo accennerò a quanto si può fare nel breve e medio periodo. Innanzitutto due dati ufficiali, pubblicati dall'Unfpa nel Rapporto sullo stato della popolazione del 2004, e condivisi da Oms e Unicef. Mortalità materna: la media nazionale è di 1.900 donne decedute su centomila nati vivi.

Se compariamo il dato afgano con quello italiano, di dieci donne decedute su diecimila nati vivi (dato che rientra nella media europea), ci rendiamo conto della drammaticità della situazione in Afghanistan. Quella è la media nazionale, ma se guardiamo alle province in cui l'Unfpa ha scelto di lavorare - Badakshan, al nord, al confine con l'Uzbekistan, e Bamyán, al centro (la famosa regione dei Buddha distrutti dai talebani) - la mortalità materna tocca un picco di seimila donne decedute ogni centomila nati vivi. Questa cifra è stata rilevata da alcuni studi compiuti in loco dalle Nazioni Unite nel 2002 e 2003.

Nei giorni scorsi, mentre preparavo il mio intervento, ho riguardato le statistiche relative a questi indicatori negli altri continenti. Ebbene, solo nel Corno d'Africa abbiamo dati, a livello nazionale, simili a quelli afgani. In Asia nessun Paese ha situazioni così drammatiche.

Veniamo ora alla mortalità infantile, dato che, come a tutti noto, è strettamente legato a quello della mortalità materna. In Afghanistan si calcolano 162 morti su mille nati vivi, in Italia cinque su mille; anche in questo caso il dato italiano riflette la media europea.

Un terzo dato significativo è quello relativo alle gravidanze precoci: 111 nascite ogni mille donne di età compresa tra i 15 e i 19 anni. In realtà, per quanto non disponiamo ancora di statistiche certe, in Afghanistan dobbiamo abbassare l'età, poiché, secondo

il modello culturale predominante, bambine intorno ai dodici-tredici anni (ma a volte anche solo di dieci anni) sono obbligate, nella stragrande maggioranza dei casi, ad unirsi o a sposarsi, spesso nel ruolo di seconde mogli. Ciò determina gravidanze talmente precoci da poter essere definite infantili, essendo le madri vere e proprie bambine. Come ho già sottolineato, queste cifre non possono ancora essere considerate del tutto attendibili, è, tuttavia, opinione corrente che siano inferiori a quelle reali. L'Unfpa sta lavorando sul tema e ci auguriamo di poter disporre a breve di dati più articolati e attendibili. Comunque, anche se sottostimato, il dato ufficiale è fortemente preoccupante, soprattutto se comparato con quello dell'Italia, dove si registrano sei nascite ogni mille donne tra i 15 e i 19 anni. Queste problematiche così drammatiche si inseriscono in un contesto nazionale politico e socio-economico altrettanto drammatico, che ancora risente degli oltre vent'anni di guerra, iniziati nel 1979 con l'invasione del paese da parte dell'ex Unione Sovietica, a cui è seguita una sanguinosa guerra civile, che ha portato al potere i talebani e il loro regime dittatoriale e integralista. Questo lungo periodo di conflitto e di distruzione ha non solo cancellato quel processo di modernità iniziato negli anni '60, ma ha anche impedito di porre rimedio alle carenze esistenti prima dell'invasione sovietica in tema di salute riproduttiva e, in generale, di assistenza sanitaria. E non sono bastati gli interventi dei sovietici negli ospedali di Kabul e dei capoluoghi di provincia - peraltro oggi difficilmente documentabili, vista la distruzione avvenuta negli anni successivi al ritiro sovietico - a colmare il vuoto di politiche sanitarie, così come di politiche educative, sociali e via dicendo. Il regime dei talebani ha, senza dubbio, portato alle estreme conseguenze una situazione già catastrofica. Dunque, è più appropriato parlare oggi di costruzione che non di ricostruzione. Per quanto riguarda le donne, le necessità sono enormi, non solo nel settore sanitario, ma anche in quello educativo. Si calcola, infatti, che l'analfabetismo femminile oscilla tuttora tra il 95% e il 98%. Da ultimo, vorrei segnalare le persistenti difficoltà politiche, accentuate dalle precarie

condizioni di sicurezza nel paese. A tutti sono noti i fatti susseguitisi all'11 settembre 2001, che hanno determinato la caduta dei talebani e l'inizio di una fase nuova per l'Afghanistan, anche se instabile e travagliata. Il governo Karzai, per quanto confermato e legittimato dal voto popolare dell'ottobre 2004, stenta ad imporre la propria autorità al di fuori di Kabul e ciò ha riflessi negativi sull'applicazione di politiche e interventi nei diversi settori della vita del paese. Credo che, parlando di Afghanistan e di salute riproduttiva, il titolo di questo convegno "Donne - Vite da salvare" non potrebbe essere più appropriato! Veniamo ora a ciò che si è fatto dal 2002 ad oggi. E quando dico si è fatto, intendo riferirmi ai vari attori che ho nominato in precedenza. Prendiamo, per esempio, l'Italia: era l'autunno del 2001 e la guerra era in corso quando la cooperazione italiana destinò all'Unfpa cinque miliardi di lire, all'incirca due milioni e mezzo di euro, per ripristinare una struttura sanitaria a Kabul, con l'obiettivo di assicurare quella che chiamiamo la *emergency obstetric care*, cioè l'assistenza sanitaria di base per il parto. L'Unfpa, con la collaborazione di Unops e di una Ong italiana, scelse di riabilitare un ospedale nato durante l'epoca sovietica: l'ospedale di Karkhana, situato nell'omonimo quartiere a nord di Kabul, in un'area che conta circa un milione di abitanti. Nel mesi successivi altri donatori, in particolare l'Unicef e alcune importanti Ong internazionali, da tempo presenti nel Paese, hanno cercato di migliorare, qualitativamente e quantitativamente, l'assistenza ospedaliera al parto non solo per le donne di Kabul, ma anche per quelle di Herat, Mazar, Faizabad e altri capoluoghi. Per quanto al di sotto degli standard internazionali, i servizi creati a seguito di questi interventi hanno avuto il merito di rendere concreta, almeno per le donne delle città, la possibilità di partorire in condizioni più dignitose e sicure, incrementando in tal modo il grado di ospedalizzazione per il parto, così come l'assistenza prenatale e post-natale. Quando si è formato il primo governo Karzai e si sono riattivati i ministeri, l'Unfpa ha risposto all'appello del Ministero della Salute, insieme con Unicef, Oms, Ong internazionali come

Médecins Sans Frontières, Save the Children, Oxfam, ecc., per elaborare le prime politiche sanitarie a livello nazionale, all'interno delle quali la salute riproduttiva ha occupato una posizione fondamentale, considerata la gravità dei problemi summenzionati. In tal senso il 2003 è stato un anno di grande fervore e lavoro; con il supporto attivo dell'Unfpa, il governo ha prodotto importanti documenti di *policy* concernenti la strategia nazionale di salute riproduttiva, nonché singoli aspetti quali la formazione del personale medico, infermieristico e di villaggio (levatrici), con particolare attenzione al reclutamento di personale femminile, condizione sine qua non per l'assistenza alle donne; la pianificazione familiare; l'uso e approvvigionamento degli anticoncezionali, la pandemia Hiv/Aids e l'informazione e l'educazione sessuale agli adolescenti.

Confesso che quando arrivai a Kabul per la prima volta, nel maggio 2003, ebbi un attimo di perplessità di fronte alla mole di documenti alla cui redazione lavoravano con entusiasmo i vari partner del Ministero della Salute, distogliendo però tempo ed energie all'azione concreta sul campo.

Da lì a poco mi resi conto che quel lavoro di discussione, analisi ed elaborazione di strategie era estremamente importante per le nostre controparti afgane, soprattutto per quelle donne che ricoprivano l'incarico di ministri e che, finalmente, potevano mettere al centro dell'attenzione tematiche prima totalmente censurate.

Attualmente il Ministro della Salute e quello per gli Affari Femminili sono donne e la prima è medico. Inoltre la Presidente della Commissione afgana per i diritti umani (ex-Ministro per gli Affari Femminili), come ginecologa si è prodigata per molti anni in difesa della salute riproduttiva delle donne, sia in Afghanistan, sia nei campi di rifugiati in Pakistan. Spero che queste donne rimangano ai loro posti anche nel nuovo governo. Da un lato, dunque, l'Unfpa e i principali partner nel settore sanitario hanno sostenuto il Ministero della Salute nell'attività di *policy*, che, per quanto lunga e non sempre lineare, ha avuto il merito di delineare i caratteri generali di una strategia nazionale per la salute riproduttiva, destinata non sol-

tanto alla popolazione urbana, ma soprattutto a quella delle zone rurali che vive in condizioni di estrema povertà, arretratezza culturale e isolamento geografico.

Dall'altro, si è scelto di appoggiare le Ong afgane e internazionali che lavorano nelle zone più remote del paese e che spesso sono le uniche ad avere accesso alla popolazione. Non dimentichiamo, infatti, che si tratta di un paese dalle grandi distanze, con poche vie di comunicazione e ciò aggrava il già limitato accesso alle scarse infrastrutture sanitarie esistenti. Le Ong attive sul territorio sono riuscite a creare piccoli ambulatori, o in certi casi a ristrutturare strutture fatiscenti, nell'ambito delle quali l'assistenza alle donne gravide costituisce una delle priorità di base. Tra i tanti problemi incontrati, l'insufficienza di personale afgano femminile è uno dei maggiori, poiché, come ho menzionato in precedenza, solo in presenza di una medico donna o di una infermiera le donne possono accedere alle strutture sanitarie, sempre che ottengano il consenso del marito o degli altri componenti maschi della famiglia. Il discorso è molto complesso e non abbiamo il tempo di approfondirlo in questa sede.

L'ultimo punto: che fare? Credo che le energie di tutti debbano essere concentrate, nel breve-medio periodo, nella realizzazione della strategia nazionale per la salute riproduttiva, affinché anche le zone più remote possano beneficiarne. È un lavoro lungo, faticoso, che va portato avanti ma senza illusioni, poiché dovrà passare molto tempo prima che si possano apprezzare risultati tangibili. I problemi sono, infatti, determinati non solo dalla mancanza di infrastrutture, attrezzature, medicinali, povertà estrema e isolamento geografico; il problema culturale è altrettanto serio di quelli materiali, se non più serio. Noi possiamo aiutare il governo a creare belle strutture, centri sanitari moderni, ma dobbiamo soprattutto aiutarlo a far sì che le donne si rivolgano a queste strutture, a questi centri. E non mi riferisco solo a strutture ospedaliere e sanitarie, parlo anche di centri per le donne, parlo di quel complesso, quel network di consultori, piccole associazioni, che esiste in tanti altri paesi, ma non in Afghanistan. E la causa di ciò non è l'assenza di interesse da parte

delle donne, ma il loro stato di completa subordinazione; esse possono accedere agli ospedali o ai centri sanitari solo se il marito e/o i componenti maschi della famiglia concedono loro il permesso.

Penso che, nel medio - lungo periodo, proprio su questo aspetto si dovrà lavorare, anche con studi antropologici e sociologici (oggi inesistenti) che possano migliorare la nostra comprensione della situazione socio-culturale del paese e, dunque, permetterci di meglio aiutare la popolazione, in primo luogo le donne, ma anche gli uomini, al fine di superare pregiudizi antichi che tanto dolore causano.

Tutte le donne occidentali che hanno vissuto e lavorato in Afghanistan sono state accusate di voler imporre il modello occidentale alle donne afgane. Ognuna di noi ha sempre rigettato questa accusa, rispondendo che, in realtà, volevamo, vogliamo salvare vite umane, in particolare donne e bambini.

Personalmente sono convinta che questo sia il punto d'entrata migliore, sul quale può formarsi una convergenza di intenti anche con gli uomini afgani. Ma tutto ciò deve essere portato avanti nella maniera più appropriata, senza creare nuovi conflitti o esacerbare quelli antichi.

Su questa linea si muovono le organizzazioni delle Nazioni Unite, tra le quali l'Unfpa, che prevede il coinvolgimento degli uomini e dei leader religiosi in interventi volte a promuovere l'informazione e l'educazione sulla salute riproduttiva.



**/ GLI ASPETTI
SOCIO-CULTURALI
DELLA SALUTE SESSUALE
E RIPRODUTTIVA**

/ IL CONTESTO IN CUI SI INNESTA LA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

Bina Pradhan
Sid Nepal

Per questa sessione di lavoro, vorrei introdurre l'argomento dell'importanza essenziale, sociale e culturale, della salute riproduttiva perché si tratta di un fattore piuttosto spinoso dato che entrano in gioco fattori politici, sociali e culturali. Si tratta di una questione di cruciale importanza. Nel programma di azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del 1994 (Icpd), la salute delle donne è stata riconosciuta come una questione fondamentale, sono stati creati approcci nuovi e abbastanza progressisti, ma ora siamo arrivati ad un punto cruciale, in cui ci troviamo faccia a faccia con i conservatori e rischiamo di tornare indietro. Mi limiterò a illustrarvi il contesto dell'Icpd, le prospettive teoriche di tutta la questione della salute riproduttiva nel contesto dell'Icpd, e poi alcuni dei problemi, le questioni di fondo che vi sono in qualche modo collegate.

L'Icpd in realtà era basata sul principio che ogni individuo dovrebbe poter godere appieno dei migliori livelli di salute mentale e fisica, sull'uguaglianza tra donne e uomini, sull'accesso universale alle cure, sul diritto delle coppie e degli individui di operare scelte indipendenti in merito al proprio corpo e alla propria sessualità.

Dunque si parla di benessere fisico, mentale e sociale. E' importante il benessere sociale, dal punto di vista socio-culturale e non solo della malattia. Che cosa significa questo? Il fatto è che la salute non ha solo delle conseguenze biologiche e fisiche, ma

anche conseguenze per i rapporti di genere, per le convinzioni sociali e culturali, e potremmo anche aggiungere per le decisioni e la volontà politiche, che sono tutti fattori non medici, con un impatto molto profondo sulla salute umana. La prossima cosa da fare è comprendere un contesto sociale e culturale più ampio sul quale si va ad innestare tutta la questione della salute riproduttiva. Dobbiamo riconoscere il legame che esiste tra mortalità materna e cattivo stato di salute, tra disuguaglianze sociali, ineguaglianze di genere e povertà.

Dobbiamo far avanzare questo concetto, riducendo la mortalità delle madri e migliorando la salute riproduttiva e i diritti delle donne. L'Icpd ha segnato l'inizio di una nuova era dello sviluppo umano, e quegli aspetti sono molto legati allo sviluppo umano. Ora, a dieci anni dalla Conferenza del Cairo, diverse valutazioni affermano che molte delle promesse dell'Icpd non sono state mantenute.

In realtà stiamo tornando indietro. Certo, ci sono stati molti passi avanti, soprattutto nelle politiche. Molti paesi in via di sviluppo hanno di fatto sottoscritto e di fatto adottato un'ampia politica di salute riproduttiva.

Ma ci sono state rilevanti marce indietro nell'applicazione, e come risultato abbiamo tassi di mortalità materna molto alti, soprattutto nel Sud-Est asiatico. Vi fornirò alcuni esempi dal Sud-Est asiatico, da Pakistan, India, Nepal e Bangladesh, dove ancora muoiono di parto dalle 340mila alle 600mila donne ogni anno. Ecco perché dobbiamo esaminare in maniera più approfondita quali sono i fattori che determinano la mortalità delle madri.

La maggior parte dei programmi sono realizzati pensando alla fornitura di cure mediche rispondenti a quelli che noi riteniamo essere i bisogni, piuttosto che mettendosi dalla parte delle donne e degli uomini. I diritti e la salute riproduttivi hanno fatto dei grandi passi indietro: una delle ragioni è la politica retriva degli Usa in fatto di diritti e salute riproduttivi, i tagli alle risorse e l'assenza della salute riproduttiva dagli Obiettivi di sviluppo per il millennio (Mdg). Questa, io credo, è una grande sconfitta. Ancora una volta stiamo tornando a mettere l'accento sulla salute materna delle donne invece che

sulla loro salute riproduttiva, che è una conseguenza dei ruoli di genere degli attori sociali e culturali.

In termini concreti, secondo alcune valutazioni, i tagli delle risorse per le attività dell'Unfpa, a causa delle suddette retrive politiche, provocheranno 2 milioni di gravidanze non desiderate, quasi 800.000 aborti e 4.700 morti di madri. Da tutte queste cifre risulta che la salute delle donne ne sarà danneggiata; ecco un altro fattore critico per la salute delle donne che avrebbe potuto essere evitato.

Vorrei anche sottolineare che la promozione dei diritti riproduttivi è stata male interpretata, o non capita. E' stata intesa come promozione di promiscuità, aborto e lesbismo. I diritti sessuali delle donne non sono stati accettati, e i diritti devono ancora essere promossi. Non sono state realmente sviluppate delle politiche in materia. E poi, la politica statunitense in materia di pianificazione familiare e aborto è una rivisitazione della pratica di usare la salute delle donne come esibizione di potere politico e di conservatorismo ideologico dei valori professati dai partiti al potere. Mi sembra che stiamo tornando alla classica situazione in cui le donne vengono "esposte" per dimostrare la propria ideologia o i propri valori politici o cose del genere. Questa, quindi, è una delle cose che ora dobbiamo veramente prendere in considerazione, a dieci anni dall'Icpd.

Per quanto riguarda quello che ho detto delle prospettive socio-culturali, voglio solo fornirvi alcuni esempi di quello che sarebbe la salute riproduttiva o la salute delle donne. In realtà, gli Obiettivi per il millennio e molti altri programmi, parlano ancora di salute materna.

Ma bisogna considerare la salute delle donne in un contesto unico, in cui la salute non legata alla gravidanza è uno degli aspetti, e un secondo aspetto è la salute materna. Si può dire che quest'ultima è un fenomeno essenzialmente biologico, ma la salute riproduttiva come conseguenza è un fenomeno condizionato dai ruoli di genere, dai valori socio-culturali, dalle strutture sociali e di parentela. Nei Mdg questo insieme di aspetti della salute delle donne è completamente ignorato. Allora, dove stiamo andando? E' un problema fondamentale

sul quale dobbiamo veramente riflettere.

Quando si affronta la questione della salute delle donne, bisogna prima identificare i problemi.

Come ho detto, i problemi relativi alla salute delle madri, cioè quelli collegati alla gravidanza - numero di figli, età al momento del matrimonio, età al momento del parto - tutti questi aspetti sono solo alcuni degli elementi relativi alla salute delle madri. E poi c'è il resto della salute, gli aspetti legati alla salute riproduttiva, e cioè problemi ginecologici, malattie croniche, Hiv/Aids. In Nepal, c'è un alto numero di prolassi dell'utero; le donne soffrono di prolasso a causa dei grossi carichi di lavoro, della fatica.

Poi c'è il tema dell'accesso alla salute.

Quali sono i fattori che concretamente impediscono alle donne di adire i servizi di salute? Bisogna vedere questi problemi nel contesto degli impedimenti. Quando parliamo di diritti, dobbiamo vedere che tipo di diritti. Si tratta di diritti non solo legali ma anche di altro tipo. Quali sono i fattori che provocano la violazione dei nostri diritti?

Uno degli aspetti evidenti è quello dei fattori socio-culturali ed economici. Proprio come i rapporti di parentela, perché è proprio tutta la struttura nel suo insieme a poter influenzare, limitare o addirittura violare il diritto delle donne a godere di buona salute o ad avere accesso alle risorse. E poi ci sono i valori, le pratiche culturali e le norme.

E anche questo condiziona lo stato di salute delle donne o il loro accesso alle cure mediche. Poi ci sono i rapporti basati sui ruoli di genere e le condizioni socio-economiche della famiglia; bisogna considerare anche tutto questo come elemento che facilita o mina la salute delle donne.

Occorre inoltre considerare la percezione che le donne hanno di sé e le nostre percezioni derivano dalle norme e dai valori e da quello che noi stessi crediamo. Se non siamo in grado di vedere oltre un problema, se non consideriamo un problema il fatto di avere un prolasso, o qualche tipo di malattia sessuale o una malattia legata alla sessualità, lo percepiremo come una cosa di donne e non cercheremo un aiuto medico. Quindi, la percezione è molto importante, e da dove venga quella percezione è ancora una volta il prodotto del sistema socio-culturale della

comunità in cui una donna vive. Altro fattore: il comportamento maschile, che può costituire un forte elemento di costrizione. Un esempio è rappresentato dal comportamento maschile in termini di violenza contro le donne. Anche questo è un prodotto sociale e costituisce una violazione dei diritti delle donne. L'altro elemento è il modo in cui le famiglie della comunità reagiscono ai bisogni di salute delle donne. Questo, di per sé, può essere un fattore che condiziona la salute delle donne.

E poi: l'azione dello stato, il sistema legale, dobbiamo esaminare anche questo.

E i conflitti politici, che attualmente coinvolgono tante aree.

Dobbiamo veramente tener conto di tutti questi aspetti, oltre ai fattori più specifici che determinano la salute delle donne e la salute delle madri, e anche capire perché la salute delle donne non sta migliorando quanto dovrebbe.

Fra le varie situazioni che sono state oggetto dei miei studi ne cito solo una, per brevità: una situazione emblematica dei fattori che pesano sulla salute delle donne. Questa donna vive nell'estrema parte occidentale del Nepal, ed è madre di quattro figlie; si è sposata a diciassette anni e a venti ha avuto la prima bimba. Undici giorni dopo il parto stava già facendo tutti i lavori di casa, andava a prendere l'acqua, si occupava della terra e di tutto il resto; così ha avuto un prolasso dell'utero. Lo ha detto alla suocera che le ha risposto: "Ce l'abbiamo tutte, anch'io ce l'avevo, non è niente di importante, è una cosa di noi donne"; e lei non va a consultare alcun un medico. Non usufruisce dei servizi sanitari. Trova il coraggio di dirlo al marito il quale le suggerisce: "Perché non lo dici a mia madre?". Così la donna continua a convivere con il prolasso per un certo numero di anni, fino a che lei e la cognata non vanno in un ospedale. Là lei racconta tutto al dottore, descrive tutti i sintomi, mal di testa, inappetenza; tutto tranne il prolasso. Torna a casa con alcune medicine, un po' di vitamine e un po' di stimolanti dell'appetito, ma non guarisce pur avendo speso 800 rupie. Quando l'abbiamo incontrata era incinta. Le abbiamo chiesto: "Vuoi un altro figlio, oppure è una gravidanza indesiderata?" Voleva a tutti i costi avere un

maschio, per sventare la minaccia della suocera che cercava un'altra moglie per il figlio, che gli desse un maschio. In questo tipo di situazione, la pianificazione familiare è la risposta giusta? Qual è la risposta? Il problema non è medico. E' un problema sociale, di valori sociali, e a meno che non affrontiamo questo tipo di problemi, che sono radicati nel sistema, non possiamo pensare che un sistema sanitario risponda a fattori che sanitari non sono.

/ LA POSIZIONE DELLE RELIGIONI

Elfriede Hart

Catholics for a Free Choice,
Francia

Catholics for a Free Choice (Cffc) è un'organizzazione non governativa internazionale. Attraverso il dialogo, l'educazione e il sostegno, Cffc delinea e fa avanzare un'etica sessuale e riproduttiva che sia fondata sulla tradizione di giustizia sociale, che rifletta un impegno a favore del benessere delle donne e che rispetti e riconosca la capacità morale di donne e uomini ad attuare delle scelte sicure e responsabili per la loro vita. La salute sessuale e riproduttiva è importante per le tradizioni religiose perché ha un ruolo centrale nel benessere fisico, mentale e sociale delle donne e degli uomini. Ed è importante anche perché costituisce un elemento di conflitto all'interno della maggior parte delle religioni, oltre che nella vita di molti uomini e donne. Inizierò con un'illustrazione dei maggiori valori e principi condivisi dalla maggior parte delle religioni nel mondo che mettono in primo piano un approccio etico e giusto alla salute riproduttiva. Vedremo che questi valori sono compatibili con il programma di azione della Conferenza del Cairo del 1994, ragione per cui le persone di fede dovrebbero essere tra le più convinte promotrici e sostenitrici dell'agenda della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo (Icpd) adottata al Cairo nel 1994. Poi parleremo dell'aumento in tutto il mondo degli estremismi religiosi che, indipendentemente dalla tradizione religiosa a cui dichiarino la loro appartenenza, sono invariabilmente caratterizzati dalla misogi-

nia. Per concludere metteremo l'accento sul fatto che le persone di fede sono più di altre chiamate a non dimenticare i loro principi e valori religiosi fondamentali e quindi ad impegnarsi per il raggiungimento di una totale uguaglianza fra i sessi, anche all'interno delle loro comunità religiose e per l'eliminazione della supremazia maschile, dato che tale uguaglianza è un imperativo per la santità dell'intero creato.

Principi e valori condivisi

Le varie religioni nel mondo si sono sviluppate in contesti storici e culturali diversi (1). Ciononostante, condividono delle sensibilità morali. Le diverse tradizioni religiose mettono l'accento sulla complementarità dei valori. In molte religioni indigene si ritrova un'ampia visione dei rapporti tra gli esseri umani e la terra; l'induismo manifesta grande tolleranza e apprezzamento della diversità; il buddismo è caratterizzato da una profonda comprensione della sofferenza e dalla compassione; il confucianesimo da una fortissima consapevolezza della reciprocità e del dovere nei rapporti tra gli esseri umani; il taoismo da una permanente ricerca di armonia ed equilibrio; il giudaismo da un profondo rispetto per la santità della vita; il cristianesimo da una profonda comprensione della carità e della pietà; l'islam da una sconfinata devozione all'uguaglianza e alla giustizia.

Queste caratteristiche non sono mai state di una sola tradizione, sono trasversali alle frontiere religiose. Costituiscono il dono comune delle diverse religioni alla comunità degli esseri umani.

Questi valori sono magnificamente espressi nel Programma d'azione adottato al Cairo dall'Icpd, che ha proposto una serie di principi coerenti con le quattro norme morali che riflettono i principi essenziali delle religioni del mondo: uguaglianza, giustizia, libertà e rispetto (2):

1. L'uguaglianza, messa in risalto dall'affermazione dell'Icpd che donne e uomini, quali che siano le loro differenze, sono uguali in dignità e diritti e che istruzione e servizi generali di salute fisica e mentale sono il requisito fondamentale per una piena partecipazione alla società umana.
2. La giustizia, che secondo l'Icpd è violata

nelle situazioni di povertà e di grande disparità economica, e su cui si fonda la sua affermazione che la famiglia, nelle sue diverse espressioni e in quanto unità di base della società, deve essere difesa e sostenuta.

3. La libertà, implicita nel rifiuto dell'Icpd della coercizione nei processi decisionali relativi alla riproduzione e nel riconoscimento che tutte le donne e tutti gli uomini devono essere liberi nel loro agire morale.

4. Il rispetto, rappresentato dall'appello dell'Icpd a favore di azioni politiche pubbliche che siano rispettose delle identità culturali e dal suo ribadire l'esigenza che le nazioni non emarginino migranti e rifugiati.

Tradizioni religiose, diritti riproduttivi e aumento dell'estremismo religioso

La problematica di genere e la gestione della salute riproduttiva sono influenzati da valori e credenze sulla riproduzione e la sessualità. Vengo dalla tradizione cattolica romana che ha una grande tradizione di giustizia sociale, ma è restrittiva nei confronti delle donne, della riproduzione e della sessualità. Ma non dobbiamo dimenticare che le posizioni della chiesa come istituzione sull'aborto, i moderni metodi di contraccezione e sulla sessualità non sono monolitiche e i punti di vista avanzati dai rappresentanti della chiesa istituzionale sono soggetti a diverse interpretazioni nel contesto della stessa chiesa cattolica. L' "assoluto divieto" della Santa Sede per quanto riguarda l'aborto, la contraccezione e i preservativi per evitare la diffusione dell' Hiv/Aids non ricade nell'ambito dell'infallibilità del papa e i cattolici sono liberi di essere in disaccordo con queste prese di posizione istituzionali. Per quanto riguarda le posizioni espresse dall'istituto della chiesa in merito a salute e diritti sessuali e riproduttivi, va notato che le posizioni della chiesa istituzionale rappresentano un'opinione di minoranza nel contesto del cattolicesimo.

La subordinazione delle donne è assiomatica nelle sfere dominanti delle cosiddette grandi religioni. Le caratteristiche patriarcali delle tradizioni di fede tendono a esacerbarsi nei momenti storici in cui il patriarcato percepisce una minaccia, come appunto avviene nei nostri tempi. Sono stati attuati profondi cambiamenti

socio-economici, la struttura della famiglia sta subendo una completa mutazione e i rapporti tra i sessi sono in via di ridefinizione. Questi cambiamenti vengono recepiti dai gruppi e dagli individui patriarcali come una minaccia e favoriscono l'insorgere dell'estremismo religioso a cui stiamo assistendo oggi, e questo al riparo di qualunque tradizione di fede, in tutti i paesi del mondo. Nell'induismo e nel buddismo patriarcali, la predominanza del maschile è manifesta nella trasmigrazione delle anime. Esiste una gerarchia che mette gli uomini in alto alla scala dei valori e gli animali in basso, lasciando alle donne un posto intermedio tra uomini e animali. Le versioni patriarcali delle tradizioni monoteiste, ad inclusione del giudaismo, dell'islam e del cristianesimo, definiscono le donne come create per un ruolo strumentale, per essere madri e per assicurare la sopravvivenza della specie. Tutte le visioni a orientamento patriarcale delle cosiddette grandi religioni tendono a manifestare accordo sul fatto che le donne esistono per procreare uomini. A seconda del grado in cui un gruppo o una comunità, incluse le comunità religiose, si sentano minacciati nella propria identità comunitaria, le capacità riproduttive delle donne verranno sottoposte a controllo. Molte altre religioni condividono con la tradizione cattolica, che è anche la mia, delle questioni morali complesse e conflittuali in tema di sessualità e riproduzione: la determinazione della dimensione della famiglia, il ricorso alla contraccezione, la sterilizzazione, le cure di fertilità e la disponibilità e accessibilità di aborto sicuro e legale. Tuttavia, al giorno d'oggi, e in misura sempre maggiore, molti dei fedeli scelgono di seguire la propria coscienza individuale in materia di decisioni riproduttive. Sempre di più, gli individui stanno diventando l'unità di base della società. La teologia femminista ha preso piede in tutte le tradizioni religiose, sfidando le istituzioni patriarcali dall'interno e minacciando gli elementi conservatori che, in ogni tradizione, considerano un'unica struttura di famiglia come quella comandata da Dio. In questa famiglia, gli uomini comandano e donne e bambini sono sottoposti ai loro ordini, anche se la realtà dei singoli membri che la compongono è

talvolta lontana dall'amore, dalla giustizia, dal rispetto e dal rifiuto della violenza. Per coloro che, in ogni singola tradizione di fede, considerano quest'unico modello di famiglia come il valore più importante e lo subordinano a tutti gli altri, compresi la giustizia, il rispetto e la libertà, è difficile considerare i diritti riproduttivi delle donne nella categoria dei diritti umani. E' peraltro difficile accettare il valore intrinseco dell'individuo, e in particolare dell'individuo donna, come soggetto a pieno titolo di diritti umani, in grado di agire moralmente e capace di prendere importanti decisioni in merito alla propria vita.

Gestione della salute riproduttiva e religione: le sfide

L'idea di famiglia e di persona umana si è evoluta nel corso dei secoli. E' stata messa in risalto dalla moderna teoria dei diritti umani, che riconosce i diritti umani individuali di tutte le persone, in particolare donne e i bambini. I diritti legali e civili individuali vengono considerati un requisito fondamentale per promuovere la salute delle famiglie. Il riconoscimento dei diritti individuali ha contribuito al rispetto per ognuno dei membri della famiglia, indipendentemente dal sesso o dall'età, e ha permesso alle famiglie di strutturarsi con modalità creative e dinamiche che consentano l'attuazione di bisogni e circostanze del tutto personali. Queste libertà hanno contribuito ad andare incontro ai bisogni e a migliorare il benessere dei bambini e degli adolescenti, degli anziani, dei disoccupati, dei disabili, dei malati e degli invalidi, delle persone non sposate in tutte le fasi della vita e degli individui e delle coppie che non hanno figli. Queste realtà in piena mutazione rappresentano una sfida per le persone religiose. E' importante per loro educare sé stessi e gli altri in merito a queste realtà e in merito alla gestione della salute riproduttiva. Insieme agli operatori della salute riproduttiva, gli educatori religiosi sono tenuti a fornire una solida formazione alle ragazze e alle donne sui fatti biologici e sociali e sui problemi politici. Poter accedere alla contraccezione e conoscerne le modalità - soprattutto per quanto riguarda l'uso del preservativo - è fondamentale per la salute

riproduttiva delle donne. E' necessario salvare la vita delle donne, e le religioni hanno il dovere morale di salvare e proteggere la vita. Malattie come l'Hiv/Aids sono presenti nelle diverse comunità religiose, quindi le persone di fede e i capi religiosi devono parlarne, insegnare la prevenzione e agire con compassione nei confronti di coloro che hanno contratto la malattia.

L'islam, il buddismo, l'induismo e una grande parte del giudaismo e del cristianesimo intendono il ricorso alla contraccezione come un bene morale. Capi religiosi che godono di grande rispetto hanno dichiarato che l'aborto è possibile in alcune circostanze. Il vescovo anglicano Desmond Tutu ha dato la sua approvazione alla norma costituzionale che ha legalizzato l'aborto in Sud Africa. E il Dalai Lama, pur restando generalmente contrario all'aborto, ha dichiarato che "l'aborto dovrebbe essere approvato o disapprovato a seconda delle circostanze".

Opposizione religiosa

Ciononostante, siamo in presenza di due potenti gruppi religiosi conservatori che stanno cercando di imporre il loro punto di vista, con conseguenze devastanti. Il primo è quello della destra cristiana negli Stati Uniti. Ha condotto una guerra senza precedenti contro le donne e ha mobilitato le sue truppe nella battaglia per la Casa Bianca. Ora sta reclamando la sua parte del bottino di guerra: il perdurare della regola dell'imbavagliamento globale, la nomina di giudici della Corte Suprema che siano contrari alla libera scelta per rovesciare l'esito del caso Roe contro Wade, la raccomandazione dell'astinenza come unica forma di educazione sessuale nelle scuole americane e nei paesi in via di sviluppo colpiti da epidemie di Hiv/Aids, nonché l'obbligo per questi paesi, che ricevono fondi statunitensi per la lotta all'Hiv/Aids, di comprare farmaci statunitensi, anche se il prezzo di questi ultimi è diverse volte più caro dei retrovirali prodotti, per esempio, in India.

Il secondo gruppo è il Vaticano, un fatto questo che io, in quanto cattolica, trovo particolarmente inquietante. La chiesa cattolica insegna che l'aborto diretto è un male morale obiettivamente grave ed è sempre proibito. Allo stesso tempo, la situazione per

le donne cattoliche che desiderino difendersi dalle gravidanze non desiderate è stata particolarmente difficile per la rigida posizione del Vaticano, contraria alla contraccezione.

In questo contesto, drammatico e contraddittorio, è importante sapere che gli insegnamenti cattolici anche in fatto di aborto e in merito alle decisioni morali in generale non finiscono con questo secco divieto.

La teologia cattolica prevede un grande margine per l'accettazione di politiche che favoriscano l'accesso a tutta la gamma di scelte possibili nel campo della salute riproduttiva, tra le quali la contraccezione e l'aborto. I più importanti principi, insegnamenti e tradizioni del cattolicesimo che riconoscono la libertà morale dell'individuo di decidere in favore dell'aborto e di appoggiare la creazione di leggi non restrittive dell'aborto, sono quelli che seguono:

- 1.** L'insegnamento cattolico considera una coscienza ben formata come l'arbitro finale delle proprie decisioni.
- 2.** Recenti insegnamenti della chiesa riconoscono che la chiesa stessa non sa quando un feto diventa una persona, quindi non è in grado di stabilire esplicitamente che l'aborto è un assassinio. Invece, non ci sono dubbi in merito allo stato di persona della donna incinta, e le protezioni che la gerarchia intende concedere alla vita del feto dovrebbero essere estese alla donna incinta che abbia una gravidanza difficile o insopportabile.
- 3.** La chiesa non ha definito i propri insegnamenti in materia di aborto come infallibili. Abbastanza recentemente, nella sua enciclica *Evangelium Vitae* del 1995, Papa Giovanni Paolo II e i suoi consiglieri hanno preso in esame e respinto l'inclusione dell'aggettivo "infallibile" per descrivere gli insegnamenti in materia di aborto.
- 4.** Il sistema cattolico del probabilismo sostiene il diritto dei cattolici di dissentire dagli insegnamenti della chiesa se esiste la concreta probabilità che l'insegnamento sia sbagliato e che questa convinzione sia sostenuta da teologi o che il dissenso sia informato da scoperte basate sulla preghiera e la riflessione.
- 5.** Le leggi canoniche che impongono l'immediata scomunica in caso di aborto preve-

dono delle eccezioni significative, ad includere coloro di età inferiore ai diciassette anni, coloro che sono all'oscuro degli insegnamenti della chiesa, coloro che agiscono in condizioni di coercizione, che non sono al corrente della pena prevista o che hanno agito in condizioni di non piena imputabilità. Per essere scomunicata automaticamente, la donna deve essere convinta di aver peccato. Nel caso in cui abbia fatto un esame di coscienza e abbia concluso di aver fatto la cosa giusta per il suo caso, non ha peccato e quindi non viene scomunicata.

6. I cattolici partecipano alla diffusione dell'insegnamento attraverso il principio della ricezione: questo vuol dire che un particolare insegnamento deve essere accettato dalla comunità che tale insegnamento riguarda. Non è concesso il dissenso fine a sé stesso, ma lo è una ponderata e prudente considerazione del problema. L'aborto, chiaramente, rientra negli spazi di contestazione della chiesa cattolica.

7. Nonostante gli sforzi per adeguare le politiche pubbliche ai suoi insegnamenti, l'insegnamento della chiesa esige che i cattolici rispettino il punto di vista degli altri gruppi religiosi e che la chiesa accetti il principio della separazione tra chiesa e stato.

Per quanto riguarda la contraccezione è importante tenere a mente che la posizione del Vaticano non è accettata in maniera unanime in tutti i campi di insegnamento e di pratica della chiesa.

Quando nel 1968 fu pubblicata l'Enciclica *Humanae Vitae*, numerose Conferenze episcopali, soprattutto europee (ad esempio la Conferenza episcopale tedesca, la "Königsteiner Erklärung") pubblicarono delle dichiarazioni che sottolineavano il principio della coscienza informata e con le quali mettevano fine al dibattito sulla contraccezione per la grande maggioranza dei cattolici di quei paesi.

Alcuni teologi cattolici mettono anche in discussione la posizione ufficiale della Chiesa sulla contraccezione, affermando che negare alle coppie cattoliche il diritto di operare una decisione in coscienza suggerisce implicitamente una mancanza di fiducia nella capacità delle persone di agire moralmente. (Bernard Häring)

L'uso del preservativo nella lotta contro la diffusione dell'Hiv/Aids

Particolarmente inquietante è la politica del Vaticano in merito all'uso del preservativo per impedire l'Hiv/Aids. La Santa Sede ha approfittato del suo statuto speciale di osservatore permanente (benché stato non membro) per stabilire e ribadire il suo totale divieto all'uso del preservativo come mezzo per ridurre la diffusione dell'Hiv/Aids.

L'ultima dichiarazione in questo senso è stata fatta alla Sessione speciale dell'Onu per i diritti dell'infanzia nel 2002. E' triste constatare che il Vaticano non ha esitato a ricorrere alla pubblicazione di false dichiarazioni scientifiche sull'affidabilità del preservativo nella sua smania di farlo proibire come metodo per il controllo sulla diffusione della malattia.

Ma di fronte alla catastrofe umanitaria e all'esplosiva pandemia nei paesi più poveri, il disagio rispetto a questa posizione molto discutibile è in aumento in seno alla stessa chiesa cattolica e tra i suoi capi. All'inizio di quest'anno, il cardinale belga Godfried Danneels si è fatto portatore di quanto affermato in passato dal vescovo sudafricano Kevin Dowling e ha dichiarato che una persona affetta da Hiv/Aids, sessualmente attiva, che ha rapporti sessuali deve fare uso di preservativo per impedire la trasmissione di morte. Lo scorso mese, il cardinale inglese Murphy O'Connor ha dichiarato ai mezzi d'informazione il suo accordo con il cardinale Danneels. La chiesa incontra difficoltà sempre maggiori nel negare la terribile realtà che l'Hiv/Aids colpisce in maniera sproporzionata le donne e che le donne più esposte sono quelle che all'interno o al di fuori del matrimonio non possono far valere le proprie ragioni per ottenere l'uso del preservativo, comprese le donne cattoliche. Sono sorti dei progetti pilota come *Catholic Aids Action* in Namibia, che è stato fondato ed è attualmente diretto da una donna cattolica, religiosa e ginecologa. Sottolinea l'importanza di dare empowerment alle donne, contribuire a costruire in loro un senso di autostima e dignità, fornire un'approfondita educazione sessuale che include le opzioni dell'astinenza, della fedeltà nel matrimonio e dell'uso del preservativo, dove sia il caso, come strumento di protezione. I

preservativi non vengono distribuiti, ma vengono indicati gli enti governativi dove è possibile ottenerne.

Sono molto grata di questa opportunità di asserire una posizione cattolica legittima e progressista, che è più in armonia con i principi religiosi esposti all'inizio e che costituiscono l'essenza stessa anche del cattolicesimo.

E' importante per i capi religiosi informare i loro governi e coloro che decidono le politiche, nonché divulgare le informazioni in seno alle proprie chiese e ai propri fedeli, di cui essi sono servitori, in merito ai valori religiosi, dottrine e dichiarazioni che incoraggiano l'accesso delle donne alla gestione della propria salute riproduttiva e dell'educazione ad essa relativa.

Donne e uomini devono poter vivere in armonia col proprio corpo, le une con gli altri e con la propria comunità al fine di portare la pace e la giustizia in questo mondo. Una sicura ed accessibile gestione della propria salute riproduttiva e dell'educazione a essa relativa è lo strumento per conquistare quell'armonia, e la gente di fede ha il dovere speciale di attivarsi e di aiutare gli altri a raggiungerla.

Raccomandazioni

Vorrei concludere con una lista di raccomandazioni per chi decide le politiche e per le organizzazioni della società civile.

E' indubbio che la religione può essere, e di fatto lo è stata, al servizio dei diritti umani, della giustizia sociale e del bene comune. Allo stesso tempo, la religione è servita a fomentare talune resistenze ai progressi nella protezione legale delle donne, soprattutto riguardo ai loro diritti riproduttivi. Coloro a cui spettano le decisioni hanno la responsabilità di valutare le prese di posizione politiche espresse pubblicamente dai capi religiosi nello stesso modo in cui valterebbero le prese di posizione espresse pubblicamente da altre organizzazioni non governative.

Nel valutare queste prese di posizione politiche, sia che la politica venga suggerita da un gruppo religioso oppure da qualunque altro gruppo, coloro a cui spettano le decisioni dovrebbero premurarsi di tenere conto dei seguenti criteri:

- 1.** Questo gruppo chi afferma di rappresentare? E gli individui che lo costituiscono sono d'accordo con le posizioni espresse dal gruppo stesso?
- 2.** Questo gruppo presenta fatti accurati e validi?
- 3.** I suggerimenti politici di questo gruppo rispettano i diritti di tutti nel contesto della società e servono il bene comune? I loro suggerimenti politici sono rispettosi delle altre religioni, del pluralismo e della tolleranza?
- 4.** La loro posizione politica può funzionare?

Alle organizzazioni non governative che lavorano nel campo della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi, vorrei fare le seguenti raccomandazioni:

- 1.** Le Ong dovrebbero creare delle coalizioni che includano organizzazioni laiche e religiose e sviluppare delle strategie che contrastino il fondamentalismo religioso e gli attacchi ideologici alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi (Sdsr)
- 2.** Le Ong dovrebbero stabilire dei contatti con i capi religiosi, i teologi e gli studiosi progressisti per farne degli alleati nella lotta per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, nonché dare il loro contributo intervenendo nel dibattito sui temi controversi e sui tabù culturali.
- 3.** Le Ong dovrebbero partecipare attivamente alle discussioni sulla "famiglia" per promuovere il riconoscimento della varietà nelle strutture familiari in tutto il mondo, in opposizione al concetto restrittivo di famiglia nucleare che determina i diritti dei bambini e degli adolescenti, nonché contrastare i tentativi di strumentalizzare il concetto di "famiglia" come leva per minare alla base la Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo (Icpd).

NOTE

[1] Religion Counts: The Rome Statement on the International Conference on Population and Development, 1999, pp 3-4

[2] Religion Counts: The Rome Statement on the International Conference on Population and Development, 1999, pp 4-5

/ L'ESPERIENZA DELL'IRAN NEL CAMPO DELLA PROMOZIONE DEI DIRITTI ALLA SALUTE RIPRODUTTIVA E L'EMPOWERMENT DELLE DONNE

Farzaneh Davari

Direttrice del progetto Unfpa per la salute riproduttiva in Iran

In seguito a una ricerca che è stata svolta nel 2000 sulla situazione delle donne e dei loro diritti alla salute riproduttiva in cinque settori, è risultato chiaramente che a livello provinciale e delle organizzazioni le donne non avevano svolto un ruolo importante nel processo decisionale per due ragioni: la prima è che non avevano abbastanza fiducia in sé stesse e la seconda che non avevano abbastanza conoscenze. Analizzando la situazione è risultato che gli uomini non avevano una buona immagine del potere delle donne e anche che la maggior parte degli uomini e delle donne non disponevano di sufficienti informazioni in merito ai diritti alla salute riproduttiva.

Per dare empowerment alle donne e far fronte ai due fattori di debolezza suindicati, sono stati costituiti i Gruppi in rete sul genere (Grg) con la partecipazione di donne da diverse organizzazioni (governative, non governative, e giornaliste che lavorano su problemi di donne a sostegno delle donne). I gruppi hanno incominciato a tenere degli incontri regolari al fine di individuare i bisogni in termini di informazione e dare alle donne l'opportunità di parlare e svolgere un ruolo nel processo decisionale nel corso degli incontri. Dopodiché si sono tenuti diversi seminari sulla presa di coscienza, finalizzati ad aumentare l'informazione, soprattutto per quanto riguarda il genere e i diritti alla salute riproduttiva, da una parte, e dall'altra a migliorare la capacità delle donne di lavorare in team nel

corso di processi decisionali.

Dopo anni e mezzo di lavoro, è risultato che i gruppi hanno bisogno di incrementare i loro ruoli tecnici per raggiungere l'uguaglianza di genere nella loro organizzazione e per essere in grado di analizzare l'impatto dei loro progetti sull'uguaglianza di genere. L'altro problema è stata l'esigenza di coinvolgere gli uomini nel processo di empowerment delle donne. Per attuare questo nuovo approccio, è stato preparato a cura di Aidos un manuale di formazione all'analisi di genere e dei diritti alla salute riproduttiva, basato sui risultati delle ricerche e sull'esperienza internazionale dell'Ong. Il manuale è un punto di svolta che ha permesso ai Grg di svolgere un ruolo importante nel processo di empowerment delle donne, soprattutto per quanto riguarda i diritti alla salute riproduttiva, e di far sì che anche degli uomini entrassero a far parte della rete. Dopodiché, i Grg si sono allargati in modo da poter agire a livello di centri abitati sparsi sul territorio. In questa riuscita esperienza, non solo il numero delle partecipanti donne è aumentato, ma anche uomini sono entrati a far parte dei gruppi. A quel punto di svolta, è stata creata una nuova agenda per le attività dei Grg a causa delle seguenti situazioni e ragioni: qualunque attività sul genere e sui diritti alla salute riproduttiva si trova ad avere a che fare con norme di genere; l'uguaglianza di genere è un percorso sconosciuto e richiede il consenso sociale come un paradigma e un'esperienza di tipo nuovo a livello dell'intera nazione.

La nuova agenda che è stata stabilita per i Grg è la seguente:

- 1.** Provvedere all'empowerment di donne e uomini che ne fanno parte, aumentando la loro capacità tecnica di analisi dei problemi di genere e di diritti alla salute riproduttiva nel loro ambiente;
- b.** Cambiare gli atteggiamenti personali per quanto riguarda le norme e i problemi di genere;
- c.** Dare avvio ad un processo verso l'uguaglianza di genere in diverse organizzazioni, creando una capacità di analisi di genere organizzativa che permetta di individuare i punti di disuguaglianza (che possono essere dovuti ad atteggiamenti personali, alle leggi

vigenti o ad un qualunque metodo di gestione strutturale, ecc.), di avviare le strategie iniziali per ovviare a questi tipi di ineguaglianze, e di applicare, monitorare e valutare i risultati;

d. Analizzare le conseguenze dei diversi programmi organizzativi e dei progetti sulla situazione di genere e cercare di trovare soluzioni, pianificando e organizzando varie attività per ridurre le conseguenze delle ineguaglianze di genere o incrementando quelle parti dei programmi che riguardano le ineguaglianze di genere;

e. Appoggiare il processo di empowerment basato sulla comunità femminile;

f. Far circolare l'informazione di genere presso i mezzi d'informazione grazie ad attiviste che sono giornaliste.

Analisi di genere e formazione ai diritti alla salute riproduttiva

Negli studi di base nei cinque settori scelti per l'inchiesta, le diverse ricerche sono state condotte per evidenziare la situazione socio-economica delle donne e la loro salute riproduttiva, cercando di individuare il comportamento come analisi di situazione, al fine di stilare un manuale di formazione. A questo scopo Aidos, con la sua esperienza internazionale sull'analisi della situazione in vari paesi (risultato di ricerche e visite sul terreno) ha elaborato una bozza di manuale che, dopo la valutazione culturale e scientifica da parte di una commissione, è stato approvato come base per la formazione. Al corso di formazione hanno partecipato diciannove persone altamente qualificate, di diverse provenienze (lavoratori sociali, psicologi, medici, ostetriche), selezionate tra oltre cento candidate. Le attività hanno avuto una durata di dieci giorni e si sono svolte in Iran nel febbraio del 2002. Daniela Colombo (presidente di Aidos) e Bina Pradhan (consulente regionale Unfpa) sono state le facilitatrici del corso.

Il manuale, che si compone di cinque moduli e di un'introduzione, affronta secondo un approccio partecipativo i seguenti temi:

a. Il primo modulo si occupa di analisi e pianificazione di genere. Si procede ad analizzare la struttura sociale di genere e la divisione sociale del lavoro sulla base del

genere, e l'analisi di genere delle fonti del potere permette ai partecipanti di comprendere le radici dell'ineguaglianza e il concetto di pianificazione di genere.

b. Il secondo modulo riguarda genere e salute. In questo secondo modulo i partecipanti imparano ad analizzare le conseguenze delle norme e dei ruoli di genere sulla vulnerabilità della salute di donne e uomini; ad analizzare le esistenti ineguaglianze di genere nelle diverse organizzazioni, arrivando così a cogliere il senso profondo delle ineguaglianze esistenti.

Alla fine, dopo aver capito la necessità di porre al centro le tematiche di genere e di come ciò si possa realizzare, i partecipanti sono in grado di individuare strategie proprie in questa direzione all'interno delle diverse organizzazioni.

c. Il terzo modulo chiarisce il concetto di diritti alla salute riproduttiva, passando in rassegna una scelta storica di politiche della popolazione, e permette ai partecipanti di confrontare i servizi di pianificazione familiare con l'approccio del controllo, dei bisogni di salute delle donne e del rispetto dei diritti umani.

d. Il quarto modulo è incentrato soprattutto sui concetti principali esposti alla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del Cairo e alla Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulla donna di Pechino. I diritti alla salute riproduttiva, la sessualità e l'*empowerment* sono stati individuati come temi essenziali per la promozione della salute e del benessere di donne e uomini.

e. Il quinto modulo, eminentemente pratico, è volto ad accrescere la capacità dei partecipanti di promuovere l'eguaglianza, in programmi e piani, in un ciclo di pianificazione (analisi, planning, monitoraggio e valutazione).

Dopo il primo corso tenuto da un gruppo di facilitatori, sono stati analizzati i risultati: oltre il 97 % lo ha trovato nuovo, pratico e adatto alla propria situazione. Dopodiché, per gli oltre 800 membri dei Grg governativi, non governativi, giornalisti, fra le cinque aree prese in considerazione a livello centrale, sono stati elaborati i risultati e abbiamo trovato che era il miglior strumento di collegamento per realizzare concetti, idee e

tecniche comuni per risolvere le ineguaglianze di genere.

Tre formulari sono stati distribuiti dopo ogni corso: uno per la valutazione del corso (quali erano le loro aspettative prima, e se si è rivelato pertinente, adeguato e utile nei vari moduli e attività); il secondo riguardava i campi di interesse dei partecipanti per interventi futuri nelle rispettive situazioni; il terzo era quello dell'autovalutazione, da riempire e spedire ogni due mesi per mettere in evidenza quello che i partecipanti erano riusciti a realizzare rispetto a quanto si erano proposti nel secondo formulario, quali erano stati gli ostacoli e che cosa si proponevano di fare al riguardo. Questo corso si è rivelato molto fruttuoso per gli incontri dei Grg.

Dopo il successo del corso basato sul manuale, il governo ha riconosciuto un bisogno di formazione a livello nazionale e ha approvato programmi di formazione, come corsi di 60 ore per il miglioramento del servizio. Molti partecipanti governativi e non governativi, dopo il corso, hanno manifestato interesse a partecipare ai Grg e a seguire questa formazione nelle loro organizzazioni o per le loro comunità.

Fino ad ora, più di 2500 persone hanno partecipato direttamente a questi corsi e molti altri corsi non ufficialmente riconosciuti sono stati tenuti da varie Ong. Mano a mano che l'atteggiamento dei partecipanti cambia gradualmente nei cinque giorni di corso e questi ultimi riescono ad analizzare i problemi di genere del proprio ambiente, il risultato di questa formazione si può valutare in quattro settori: la vita personale e le relazioni con il partner; la vita sociale, con una maggiore capacità di comprendere problemi e questioni nelle relazioni; le relazioni organizzative e gestionali; le legislazioni, piani e programmi.

Empowerment, su base comunitaria, delle donne su diritti alla salute riproduttiva e genere

Nell'ambito del Grg, per far crescere su base comunitaria l'empowerment delle donne in materia di diritti alla salute riproduttiva e di genere, è stato selezionato un villaggio per ognuna delle aree, diverse culturalmente ed economicamente. L'idea

generale era far sì che, nel processo di empowerment, ogni donna accumulasse sufficiente conoscenza dei propri bisogni e capacità, delle condizioni circostanti, della disponibilità di risorse e del modo di gestirle per rispondere ai bisogni. Questo può essere ottenuto attraverso un lavoro di gruppo dove si impara l'una dall'altra e ci si sostiene reciprocamente. In questo processo, il Grg di area può appoggiare i primi passi indirizzando alle risorse e alle opportunità disponibili. A questo scopo, le donne dei villaggi avevano bisogno di un'assistenza alla formazione. In tre dei villaggi in cui le ragazze istruite erano interessate a creare una Ong, noi le aiutiamo a seguire questa strada e in questo processo sono loro stesse a costruire empowerment per se stesse e per le donne del villaggio. In altri due villaggi, in cui i bisogni di base erano molto grandi e l'analfabetismo non permetteva alle donne del posto di creare una qualunque Ong a livello della comunità, è intervenuta una Ong volontaria, membro di un Grg di area, e in possesso di sufficienti nozioni in materia di diritti alla salute riproduttiva e di genere, per dare avvio al processo.

Ognuna delle Ong comunitarie ha diviso il villaggio stesso in vari gruppi di quartiere, di 15-20 case ognuno; ha poi iniziato una serie regolare (quindicinale) di incontri dei gruppi, per dare loro l'opportunità di esprimersi e di ascoltare, di individuare i bisogni. Quindi la Ong, in qualità di assistente alla formazione e di partecipante a un Grg di area, riportava i bisogni delle donne e chiedeva ai membri del gruppo di sostenere le donne del villaggio. Se il problema era la situazione sanitaria, il responsabile della salute del Grg faceva ricorso alle possibilità organizzative del Grg stesso in favore di quel villaggio, solitamente partecipando alle riunioni dei gruppi di villaggio al fine di stabilire migliori relazioni. In questo contesto, le donne capiscono quali sono le risorse disponibili e quali sono le regole per avere accesso ai servizi dell'organizzazione. C'era anche un piccolo fondo di credito a sostegno delle donne per la creazione di reddito. A partire dai bisogni delle donne, si sono svolti molti corsi e attività, con le quattro tematiche principali: diritti alla salute riproduttiva, ineguaglianze di genere, violenza contro le

donne, empowerment delle donne. E diverse opportunità di lavoro, alcune individuali, altre di gruppo, sono state create dalle donne dei villaggi.

Da questo processo di empowerment ci aspettavamo di poter intervenire positivamente su indici esterni ottenendo: una riduzione della povertà, un aumento della consapevolezza generale, un miglioramento del reddito, un maggiore accesso alle risorse locali, una diminuzione della violenza contro le donne e delle ineguaglianze di genere.

Quanto agli indici interni, ci aspettavamo parallelamente che aumentassero: la capacità di esprimere i propri bisogni, il livello di autostima; la capacità di servirsi delle risorse locali; le conoscenze personali in tema di servizi di salute riproduttiva.

Una valutazione partecipativa di questo processo in cinque villaggi ha verificato che in effetti la maggior parte di questi indici sono cambiati, anche se in misura variabile. In quei villaggi le donne sono adesso socialmente, economicamente e in una certa misura anche politicamente attive; alcune si sono candidate al consiglio di villaggio e alcune sono state elette.

Dal canto loro, le Ong coinvolte hanno accumulato una buona dose di conoscenze e tecniche di lavoro con le comunità in tema di diritti alla salute riproduttiva, ineguaglianze di genere, violenza di genere ed empowerment delle donne.

/ MUTILAZIONI DEI GENITALI FEMMINILI E SALUTE RIPRODUTTIVA

Arro Hersi

ginecologa

Cristiana Scoppa

coordinatrice per la comunicazione
Aidos

“La salute riproduttiva è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale - e non semplicemente un'assenza di malattie o di infermità - su tutti gli aspetti relativi all'apparato riproduttivo, ai suoi processi e alle sue funzioni.

La salute riproduttiva implica quindi che le persone abbiano una vita sessuale soddisfacente e sicura, che abbiano la possibilità di procreare e la libertà di decidere se, quando e quanto spesso farlo. Implicito in quest'ultima condizione è il diritto di uomini e donne [...] di avere accesso a servizi sanitari appropriati che permettano alle donne di affrontare la gravidanza e il parto con sicurezza e offrano le migliori opportunità di avere un bambino sano”.

Paragrafo 7.2,

Programma d'azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo, Nazioni Unite, 1994.

Versione italiana a cura di Aidos, tratta da

<http://www.dirittiumani.donne.aidos.it>.

Alla Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo nel 1994, 179 paesi hanno sottoscritto questa definizione di salute riproduttiva.

Una definizione ampia che riconosce implicitamente la sessualità e la riproduzione come uno degli aspetti fondamentali della vita dell'essere umano: ne determina le scelte di relazione, incide sul benessere psicologico e sulla stabilità e felicità dell'individuo.

Per le donne questo è tanto più importante, se si considera il valore fondante per l'identità femminile rivestito dalla maternità in tantissimi paesi, in particolare nel Sud del mondo. Una donna è riconosciuta e rispettata dalla società solo nel momento in cui si sposa e ha dei figli. Non riuscire ad avere figli può essere una ragione sufficiente per essere ripudiata dal marito, il che significa molto spesso per le donne una condanna alla povertà e all'emarginazione.

Le mutilazioni dei genitali femminili: cosa sono

Le mutilazioni dei genitali femminili (Mgf) sono una pratica tradizionale diffusa in 28 paesi dell'Africa sub-Sahariana, in alcuni paesi della penisola araba e del Medio Oriente ed Estremo Oriente.

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) riconosce diversi tipi di Mgf: dal taglio e asportazione del prepuzio del clitoride o di porzioni più o meno estese del clitoride (tipo I, detto anche circoncisione o clitoridectomia), all'escissione completa del clitoride, spesso accompagnata anche dal taglio delle piccole labbra (tipo II), alla forma più devastante, l'infibulazione (tipo III, detto anche circoncisione faraonica), che completa l'escissione con una incisione nelle grandi labbra che vengono poi suturate insieme in modo da lasciare solo una piccola apertura per il passaggio dell'urina e del sangue mestruale. Esistono poi altre forme, quali l'allungamento del clitoride, l'introduzione in vagina di erbe e altre sostanze per indurre maggiore secchezza, la pratica di tagli nelle pareti vaginali per aumentarne la rugosità (*gishiri cuts*), che l'Oms classifica come IV tipo.

Secondo i dati dell'Oms, oltre 130 milioni di donne nel mondo hanno subito una qualche forma di mutilazione dei genitali femminili, e 2 milioni di bambine sono a rischio ogni anno, ma queste cifre potrebbero essere presto corrette al rialzo in base ai risultati dei Sondaggi demografici e sanitari condotti da Macro International in una quindicina di paesi africani, e considerati i più attendibili anche perché basati sempre su un grande campione della popolazione. L'infibulazione è diffusa soprattutto nel Corno d'Africa, in Sudan e in Egitto, paesi nei quali, stando ai

dati dei sondaggi DHS, all'incirca il 90 per cento delle donne tra i 15 e i 49 anni hanno subito una qualche forma di Mgf.

Le bambine possono essere sottoposte alla pratica a partire da 4/5 anni e fino all'adolescenza, a seconda della cultura di appartenenza. In taluni casi la pratica viene effettuata immediatamente prima del matrimonio, in altri nel corso del primo anno di vita. Nei contesti rurali la pratica è eseguita da una praticante tradizionale, in genere senza anestesia, utilizzando un piccolo coltello rituale e suturando la ferita con rimedi naturali. Nei contesti urbani, anche in seguito alla diffusione di informazioni circa il rischio di infezioni ed emorragie, quando ciò è possibile le famiglie ricorrono a personale socio-sanitario, nonostante una pratica come le Mgf non sia consentita dalla deontologia medica e contravenga vistosamente al giuramento di Ippocrate. Ma in condizioni di grande povertà, la tentazione di arrotondare salari troppo magri spinge il personale sanitario a praticare le Mgf, con l'idea, per giunta, che così facendo "fanno del bene" poiché hanno accesso ad anestetici e disinfettanti che attenuano il dolore e contribuiscono a evitare infezioni.

La descrizione della pratica giustifica senz'altro la denominazione di "mutilazione" che il Comitato interafricano contro le pratiche tradizionali nocive per la salute di donne e bambine (Iac) nel 1984, e a seguire le organizzazioni internazionali e non governative che si sono impegnate per eliminarla, hanno adottato.

Eppure non è certo con l'obiettivo di infliggere alle proprie figlie una mutilazione, che la pratica continua a essere effettuata.

Un tempo tali pratiche contrassegnavano il passaggio della bambina all'età adulta, che poi è l'età in cui può essere data in matrimonio, poiché il destino pressoché unico per una donna nelle società tradizionali era quello di moglie e madre. Percepite come essenziali per attenuare il desiderio sessuale femminile e garantire, dunque, la verginità prima delle nozze e la fedeltà al marito durante il matrimonio, le Mgf sono ancora sentite come una pratica essenziale nella costruzione dell'identità femminile.

Esse contribuiscono a determinare, come ha scritto Carla Pasquinelli nel suo saggio

Antropologia delle mutilazioni dei genitali femminili (Aidos, 2000), il "prezzo della sposa", cioè una sorta di risarcimento alla famiglia della giovane, per la perdita della sua capacità produttiva e riproduttiva, trasferita con le nozze alla famiglia del marito. Questo scambio di ricchezza è determinante per consentire ai fratelli di lei, a loro volta, di acquisire una sposa "pagando" un analogo prezzo.

Le madri, sono consapevoli che, in società in cui il sostentamento di una donna dipende ancora dal suo diventare moglie e madre, è essenziale garantire alle proprie figlie tutte le condizioni perché questo avvenga, costi quel che costi.

Quindi, nonostante siano consapevoli del dolore e del trauma che le Mgf possono provocare, per averlo a loro volta vissuto, continuano a sottoporre le proprie figlie a questo rito.

Mutilazioni dei genitali femminili e salute riproduttiva

Se si prende in considerazione la definizione di salute riproduttiva adottata dalla Conferenza del Cairo con cui abbiamo aperto questo intervento, appare evidente come le mutilazioni dei genitali femminili siano un ostacolo enorme alla realizzazione di quanto indicato. Sia che si tratti di infibulazione, che di escissione o "più semplicemente" di clitoridectomia, le Mgf incidono sulla condizione psico-fisica della bambina e della futura donna, rendendo difficile raggiungere quello stato di "completo benessere" cui ciascun essere umano ha diritto.

Prendendo in esame le diverse fasi della pratica possiamo notare che:

a) Durante l'esecuzione la bambina è sottoposta a un notevole *shock*, che può essere accompagnato, qualora non si faccia uso di anestetico, da intenso dolore. Secondo l'esperienza della psicologa francese Dominique Lutz-Fuchs autrice di *Psychotérapies des femmes africaines* (L'Harmattan, 1994), frutto del suo lavoro in un centro per la salute materno-infantile a Bamako, in Mali, tale esperienza lascia tracce profonde nell'animo delle ragazze e donne, incidendo sull'autostima e la fiducia nell'altro, e arrivando a determinare casi di

depressione, incubi ricorrenti, apatia.

b) Affinché la praticante possa operare in sicurezza, la bambina è tenuta saldamente da alcune donne. Ma il suo divincolarsi, come pure l'imprecisione della praticante, spesso molto anziana e non più dotata di una vista buona, o la scarsa illuminazione durante l'intervento, possono portare a lesioni dei tessuti adiacenti, quali l'uretra, la vagina, il perineo e il retto, con conseguenti emorragie che, se non bloccate immediatamente, possono condurre la bambina alla morte.

c) Se la strumentazione non è perfettamente sterile, possono svilupparsi infezioni che nei casi più gravi possono trasformarsi in setticemia anche mortale. Oppure può essere contratto il tetano, anch'esso con conseguenze mortali.

Nel caso dell'infibulazione, inoltre, si può verificare una esplosione interna dell'infezione che può intaccare organi quali l'utero, le tube di Falloppio e le ovaie causando infezioni pelviche croniche e infertilità.

d) Tutte le donne ricordano con orrore il terribile bruciore sulla ferita la prima volta che hanno dovuto fare pipì dopo l'intervento. Tale esperienza può spingere a evitare di bere e a una ritenzione delle urine per 3 o 4 giorni, con il rischio di infezioni delle vie urinarie e dei reni.

e) Nel lungo periodo posso insorgere difficoltà nelle mestruazioni, con dismenorrea e, nel caso di infibulazione, ematocolpi per il ristagno del sangue mestruale nella vagina per molti mesi. In questi casi, il gonfiore dell'addome e l'assenza di mestruazione può indurre al sospetto di una gravidanza, con conseguenze gravi se si tratta di una ragazza non sposata.

Difficoltà nella minzione o incontinenza possono risultare da eventuali danni all'uretra: quest'ultima condizione può portare all'emarginazione della donna.

f) Nel corso degli anni le Mgf possono avere altre conseguenze: sviluppo di cheloidi, formazioni fibromatose cutanee di tipo iperelastico conseguenza di stimoli infiammatori cronici; di cisti dermoidi, provocate dall'inclusioni di un frammento cutaneo, possono dar luogo a tumore; di neuroma, qualora il nervo dorsale del clitoride viene tagliato: l'intera area genitale

diviene ipersensibile e causa dolori molto forti in modo permanente; di calcoli, in particolare nei casi di infibulazione, a causa dei residui del flusso mestruale o dei depositi urinari nell'area della vagina e nello spazio dietro

il ponte di pelle creato dalla sutura delle grandi labbra.

g) L'infibulazione, così come la chiusura parziale della vulva che si verifica nel caso di escissione con taglio delle piccole labbra, le quali spesso finiscono per unirsi rimarginandosi (sealing), ha conseguenze più gravi, poiché rende difficile la penetrazione durante i rapporti sessuali e successivamente il parto, qualora non si sia proceduto prima a una de-infibulazione, cioè alla riapertura della vulva, per facilitare il passaggio del bambino. In caso contrario, il travaglio prolungato può causare grave sofferenza fetale e importanti lesioni alla madre, che possono determinare la creazione di fistole.

h) Nel lungo periodo le infezioni protratte o mal curate, come pure le lesioni all'apparato riproduttivo possono trasformarsi in fistole, perforazioni o tunnel tra vagina e vescica o tra vagina e retto, dovute al danno causato dalle Mgf o dal ripetersi di de-infibulazione o re-infibulazione, ai rapporti sessuali o a parti difficili e prolungati. La continua perdita di urina e feci causata dalle fistole può tormentare la vita di queste donne fino a trasformarle in reiette della società.

i) Nei casi più gravi, le infezioni protratte possono portare alla sterilità, vero spauracchio per ogni donna africana: in tal caso una pratica perseguita per garantire il matrimonio finisce per portare alla sua rottura, soprattutto laddove non vige la poligamia, che permette all'uomo di sposare un'altra donna per avere figli.

Ancora da esplorare infine è l'area della sessualità: il dolore durante i rapporti sessuali, la mancanza di piacere, l'affievolirsi o l'assenza del desiderio nei confronti del marito, hanno spesso conseguenze importanti nella vita di coppia. E i prodotti per curare la frigidity risultano essere tra quelli più richiesti dalle donne, insieme ai rimedi contro la sterilità, sul mercato della medicina tradizionale, stando alle testimonianze di alcune attiviste dell'Africa occidentale.

Maggiori ricerche sono anche necessarie nel campo delle conseguenze psicologiche. In effetti, nei contesti rurali la pratica delle Mgf era inserita in un complesso rituale di passaggio all'età adulta che, nel periodo di guarigione e recupero delle ragazze dopo l'intervento (si trattava quasi sempre di eventi collettivi), le vedeva vivere in isolamento con un gruppo di donne adulte che le formavano al ruolo di mogli e madri che erano destinate a ricoprire. Il rito si prendeva anche cura del dolore, proponeva un modello femminile coraggioso nel quale identificarsi, stabiliva un legame forte tra le nuove donne e la propria comunità di appartenenza, dalla quale erano ora riconosciute e nella quale potevano assumere un ruolo più attivo.

E l'uscita dalla reclusione rituale era contrassegnata da feste che coinvolgevano tutto il villaggio.

Tutto questo è scomparso quasi completamente, come ha riscontrato Fatou Waggeh, dell'organizzazione Bafrow del Gambia, quando questa organizzazione ha condotto delle ricerche in vista della preparazione di un "rito alternativo" di passaggio all'età adulta, una delle strategie di prevenzione delle Mgf individuate nell'ambito di un corso di formazione organizzato da Aidos a metà degli anni novanta in collaborazione con l'Iac.

Nel contesto di forte urbanizzazione che l'Africa sta attraversando negli ultimi anni però, tali legami comunitari si affievoliscono. In molti paesi dall'inizio degli anni ottanta sono in corso campagne di informazione che mettono in evidenza gli aspetti negativi delle Mgf e che stanno progressivamente mutando l'atteggiamento nei confronti della pratica, soprattutto tra le giovani donne, anche se queste ultime spesso non osano ribellarsi alla tradizione e alle decisioni familiari, per il rischio di condannare le proprie figlie all'emarginazione sociale una volta divenute adulte. Molti paesi hanno approvato leggi che vietano la pratica. Per questo l'età a cui le bambine sono sottoposte alla pratica si abbassa continuamente. Le bambine sono ancora festeggiate e coperte di doni, ma questa "compensazione" per la sofferenza subita non basta a lenire il trauma, soprattutto quando la pra-

tica è effettuata nel retro della casa, in segretezza, a livello familiare. L'esperienza di socializzazione sparisce e rimane solo il trauma, con cui le giovani donne devono imparare a convivere.

Cosa possono fare i servizi per la salute riproduttiva

Il titolo dato da Aidos a un seminario sulle Mgf organizzato nel 2001 era "Mutilazioni dei genitali femminili. Conoscerle, prevenirle, curarle". Questo titolo sintetizza bene il ruolo che può essere ricoperto dai servizi per la salute riproduttiva (servizi materno-infantili), non solo nei paesi africani, ma anche in Italia e in Europa.

Il modello ideale per affrontare nell'ottica della conoscenza, della prevenzione e della cura le mutilazioni dei genitali femminili è senz'altro quello dei consultori, nati in Italia nel corso degli anni settanta e ottanta proprio per rispondere ai bisogni di salute sessuale e riproduttiva delle donne in una prospettiva di diritti e ascolto. In tali centri infatti, sono presenti contemporaneamente diverse professionalità mediche e paramediche: ginecologa, ostetrica, psicologa, assistenti sociali e, in taluni casi, esiste anche un servizio di assistenza legale.

La prima esperienza di questo tipo in Africa è stata avviata recentemente da Aidos in Burkina Faso, in collaborazione con l'organizzazione Voix de femmes, grazie al finanziamento della campagna di tesseramento dei Democratici di sinistra.

a) Conoscere le Mgf. Si tratta di una conoscenza in due direzioni. Da un lato i servizi per la salute riproduttiva possono conoscere meglio la pratica attraverso un approccio di accoglienza e ascolto nei confronti delle pazienti portatrici di Mgf.

Dall'altro, possono diffondere le conoscenze sulle Mgf nei contesti sociali di riferimento, attraverso una serie di azioni mirate: organizzazione di seminari e dibattiti; incontri con persone con capacità decisionali; realizzazione di corsi di formazione per personale di istituzioni pubbliche in contatto con donne portatrici di Mgf (per esempio le strutture di accoglienza delle persone migranti); diffusione di informazioni a giornalisti e media.

Parlare dei propri genitali, argomento tabù in molte culture, anche quelle in cui c'è un'apparente sovraesposizione della nudità attraverso i media o nella moda, non è mai facile per una donna.

Sia nei paesi dove la maggioranza delle donne ha subito la pratica, che in quelli in cui le Mgf non sono presenti, una donna con un problema di tipo sessuale legato alle Mgf si sente "diversa" dalle altre, "menomata", o "mancante" rispetto alla propria cultura.

Spesso sarà solo in occasione della maternità, o quando le sue condizioni di salute sono ormai gravi, che si avvicinerà a una struttura medica.

I centri per la salute riproduttiva costituiscono dunque un ambiente privilegiato in cui costruire una conoscenza della pratica "a doppio senso": apprendendo dalle donne e diffondendo poi questi saperi, accompagnati dalle informazioni che sempre più numerose ricerche scientifiche sul campo mettono a disposizione.

I centri potranno fungere così, nei contesti di immigrazione come l'Italia, da catalizzatori di un'integrazione e accoglienza concrete, fatte di comprensione e dialogo.

b) Prevenire le Mgf. È questa la fase più importante e delicata: un'azione di prevenzione efficace può scaturire solo dal dialogo e da un rapporto di fiducia instaurato tra le operatrici del centro, mediche, ginecologhe, psicologhe, assistenti sociali, e pazienti. Perché si tratterà di formulare le ragioni che stanno alla base dell'abbandono della pratica in maniera che esse siano non solo comprensibili, ma anche assimilabili dalla donna: esse devono essere coerenti con i valori della propria cultura, e occorre rassicurare la donna che scegliendo di non sottomettere la propria figlia alla pratica essa non le sta causando un danno (ad es. il rischio che non si possa sposare), ma le sta invece preparando un futuro diverso e migliore, privo di sofferenza. Occorre far comprendere alla paziente il legame di causa/effetto che c'è, ad es. tra le Mgf e problemi quali l'incontinenza o le infezioni pelviche per le quali magari lei stessa si è recata la prima volta al centro, due eventi che, essendo lontani

nel tempo, non vengono spesso posti in relazione tra loro.

Quando si interviene in un contesto di migrazione, il centro può informare sui diritti umani e sul concetto di salute riproduttiva definito a livello internazionale, e sulle misure legali vigenti, qualora ve ne siano, che proibiscono e puniscono la pratica. Ma soprattutto il centro può lavorare per promuovere l'accettazione da parte della comunità, di una generazione di bambine e donne che non hanno subito la pratica.

Come? Coinvolgendo gli uomini, innanzitutto, padri e futuri sposi, in incontri e dibattiti, affinché cresca anche in loro la consapevolezza. Organizzando incontri nelle scuole, presso associazioni o in altri luoghi di ritrovo. Informando, anche attraverso la produzione e distribuzione di materiale informativo, di quanto sta già avvenendo in altre zone, in altri paesi o, nel caso di migranti, nei paesi d'origine, dove sempre più numerosi sono i progetti che promuovono l'abbandono della pratica e le comunità e i villaggi che effettivamente hanno scelto di abbandonarla.

E, soprattutto, valorizzando un modello di donna svincolato dal destino di moglie e madre, e dalla dipendenza dal matrimonio per la sopravvivenza: promuovendo invece l'accesso delle bambine all'istruzione e l'avviamento a professioni remunerative; e soprattutto scardinando quell'immagine della sessualità femminile come selvaggia e incontrollabile, che necessita cioè di un intervento così radicale per garantire la verginità prima delle nozze e la fedeltà dopo. Questo lavoro si rivela essenziale anche per affrontare, con le donne infibulate che hanno partorito, il problema del "dopo": molte di loro infatti tendono a chiedere di essere "richiuse", in parte perché è così che hanno sempre conosciuto il proprio corpo, in parte perché temono il giudizio legato al fatto di non essere "chiuse" e la reazione di disgusto che potrebbe avere il marito. Questo cammino di riconquista del proprio corpo va dunque sostenuto adeguatamente, anche attraverso un sostegno psicologico e il dialogo con la coppia.

c) Curare le Mgf. È l'aspetto più evidente. I centri per la salute riproduttiva possono

fornire le cure per le conseguenze più generali (infiammazioni, infezioni pelviche croniche ecc.), e possono fungere da prima interfaccia per avviare le pazienti a servizi specialistici, come quelli chirurgici necessari nel caso di cheloidi, cisti o di fistole.

Ma i centri possono anche fornire una preparazione al parto adeguata, con una de-infibulazione, nel caso di donne che abbiamo subito la forma più grave di Mgf, effettuata con adeguato anticipo, onde evitare lacerazioni interne nel corso del travaglio, episiotomie gravi oppure parti cesari, una soluzione, quest'ultima, mai amata dalle donne immigrate, che in genere vogliono avere più di una gravidanza.

Inoltre i centri per la salute riproduttiva possono fungere da centri di formazione per il personale medico e paramedico di altre strutture, informando sulla pratica e sulle procedure mediche più adeguate, sui protocolli di accoglienza e presa in carico delle donne, sull'assistenza alla gravidanza e al parto, sul follow-up di eventuali interventi. Possono inoltre svolgere un ruolo importante per promuovere la de-infibulazione permanente per le donne che hanno subito questa pratica, affidando le pazienti a servizi specializzati qualora questi fossero disponibili, come ad es. in Inghilterra o in Francia. Gli specialisti che hanno messo a punto tali procedure (Dr. Gordon a Londra, Dr. Foldes a Parigi) hanno inoltre dimostrato che, sia nel caso dell'infibulazione che nel caso dell'escissione, è possibile recuperare un pochino del clitoride e del tessuto nervoso adiacente, e offrire così alle donne la possibilità di recuperare, insieme alla salute, una sessualità più completa. Un percorso nel quale essenziale diventa una assistenza psicologica adeguata, come quella che può essere fornita in strutture quali i consultori.

/ L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE DI GENERE

Simonetta Cengarle

Visiting Professor,
Università di Mahidol,
Bangkok

Che cos'è il genere?

Negli anni '70 il mondo accademico ha iniziato a fare differenza tra il concetto di sesso e quello di genere. Mentre il sesso è dato dagli attributi biologici di uomini e donne, il genere è una caratteristica che definisce come gli uomini e le donne dovrebbero concretamente interagire in una determinata società. Nei diversi contesti sociali esistono varie aspettative, in base alle quali sia gli uomini che le donne corrono rischi e ottengono vantaggi.

Il genere e la salute sessuale e riproduttiva

Se guardiamo più in dettaglio al motivo per cui il genere è importante, in realtà dovremmo osservare le dinamiche di potere, le interazioni tra uomini e donne, e il modo in cui le persone si aspettano che uomini e donne agiscano. Quindi, dovremmo prendere in esame la costruzione del modo di essere maschile e del modo di essere femminile in una determinata società. Noteremo che nella maggior parte dei paesi le donne sono svantaggiate: per quanto concerne l'accesso alle risorse, l'informazione, il processo decisionale, rispetto alla propria vita e alla propria salute. Quindi, se prendiamo in esame la mascolinità e la femminilità, dobbiamo anche osservare i diversi livelli. Perché non si tratta solo di una questione di genere, ma anche di classe. Ed è anche una questione di contesto; di etnicità, ad esempio. Quindi, in una data

società, ci possono essere diversi livelli. E anche se la comunità è la stessa, non tutte le donne avranno gli stessi problemi. Dipenderà anche dalla loro classe sociale, e anche dall'etnicità, dalle preferenze sessuali ecc.

Quindi, tutto questo contesto ha conseguenze sulla salute riproduttiva. Le donne attraversano diverse fasi vitali nel corso della loro vita, e il genere avrà sulle donne impatti diversi a seconda della fase che stanno attraversando. Hanno molto a che vedere con il genere anche il modo in cui si determina una gravidanza desiderata o indesiderata, il modo in cui le malattie sessualmente trasmissibili si possono prendere oppure no e, ad esempio, ciò che le persone pensano del piacere sessuale.

Determinanti socio-culturali di genere

Se approfondiamo la questione del genere, troviamo diversi livelli, e sono questi a determinare gli aspetti e le questioni socio-culturali nel campo della salute riproduttiva. A livello individuale troviamo ad esempio la socializzazione: quando si inizia ad imparare, a guardare ai modelli di ruolo, ad apprendere; si guarda agli altri, se hanno rispetto e responsabilità nelle proprie azioni. Questo diventa molto importante quando si parla di Hiv/Aids e di uomini, ad esempio. Sono responsabili delle proprie azioni?

Inoltre, si impara il proprio valore, la stima di sé, soprattutto le donne, e il senso di ciò a cui si ha diritto. A che cosa ha diritto ogni individuo? Quindi, il livello individuale è molto importante. Quando si imparano le relazioni e come ci si dovrebbe comportare con gli altri si crea la rete sociale.

Poi, c'è l'autonomia: se impari o meno. Se hai il controllo o meno dei tuoi atti sessuali, ad esempio, se sai o non sai in merito alle gravidanze desiderate o indesiderate, se puoi o non puoi fare sesso protetto, se puoi o non puoi negoziare il sesso. Se hai il controllo sulle risorse, che vuol dire soldi ma anche tempo. E su questo le donne di solito non possono negoziare; non possono disporre del tempo.

C'è poi un altro livello, che è quello delle istituzioni. Anche in questo caso, si tratta di un livello molto importante. Di solito fa capo alla scuola, alla religione e alle sue istitu-

zioni, ai media, istituzione molto potente. Ed è a questo livello che si imparano le norme e i tabù solitamente collegati alla sessualità, quello che le persone possono o non possono fare in una comunità.

Ci sono valori, ci sono aspettative, ci sono informazioni ed idee.

L'ultimo livello è quello delle leggi e delle politiche; ci possono essere leggi e provvedimenti riguardanti la salute riproduttiva (ad esempio, aborto legale o illegale, accesso o meno delle donne ai metodi di pianificazione familiare), favorevoli o sfavorevoli.

Ci possono essere leggi che promuovono l'eguaglianza di diritti, leggi a sostegno delle madri lavoratrici, leggi sulla proprietà. Tutti questi livelli interagiscono fra loro contribuendo alla formazione delle idee; ad esempio, su come un uomo o una donna dovrebbero comportarsi in una data società. Tutto ciò si riflette anche sui sistemi di salute e, ad esempio, determina se un certo sistema sanitario dà o no priorità e risorse alle donne, tiene conto o no di quello che donne e uomini desiderano, segue o no le donne con servizi specifici al di là della riproduzione; ed è questo a determinare anche le eventuali prevenzioni nei confronti delle donne da parte degli stessi responsabili dei servizi.

Ma prendiamo in esame le determinanti socio-culturali e come queste contribuiscono alle aspettative che ci creiamo rispetto al comportamento dell'altro.

Approcci di genere nella programmazione

Capita spesso che in un determinato programma qualche addetto dica: "Mi occupo di genere". Ma il più delle volte nessuno ha veramente analizzato la situazione per valutare se il programma risponde realmente agli approcci di genere. Non si ha la benché minima idea dell'impatto che il programma ha sui rapporti di genere, si tratti di interventi rurali o di ingegneria, di costruzioni di edifici o di strade.

Nei confronti del genere, a livello di programmi e progetti, le persone hanno diversi approcci. Eccoli, in breve.

I primi due approcci sono "parziali" o "neutrali" nei riguardi del genere. La parzialità di genere è quando i progetti sono comple-

tamente ciechi nei confronti degli stereotipi e quindi li riproducono.

Ciò è molto frequente per quanto concerne l'Hiv/Aids, dove l'idea diffusa è che gli uomini sono aggressivi e le donne sottomesse, e i programmi non fanno che riprodurre questo, andando ad aggravare la situazione anziché aiutare le donne e gli uomini a cambiare la situazione.

Poi c'è la neutralità, e questo si verifica quando i programmi sono troppo ampi e non fanno nulla per il genere. Non sono dannosi, ma non fanno nulla per cambiare i rapporti di genere.

Ritengo che qualunque programma ricada in una di queste due categorie, una volta analizzato, debba essere riformulato oppure non debba più essere finanziato.

In seguito troviamo gli approcci che mostrano un'attenzione al genere, i programmi che riconoscono effettivamente che donne e uomini sono diversi, hanno bisogno di servizi diversi, hanno bisogni basati sul loro genere e sulla loro sessualità. Questi progetti, di solito, hanno individuato molto bene i loro gruppi di riferimento, lavorano con loro, li ascoltano, ascoltano quello che vogliono le donne e ascoltano quello che vogliono gli uomini. E interagiscono.

I programmi poi che si spingono oltre questa attenzione al genere, sono quelli che fanno veramente qualcosa per cambiare la situazione rispetto ai rapporti di genere. Sono i programmi di trasformazione, gli approcci trasformativi che cambiano le situazioni di ineguaglianza.

Di solito, però, questi progetti funzionano benissimo con i giovani, i quali non hanno ancora delle opinioni definite; con loro è possibile lavorare cercando di spiegare le differenze, le dinamiche di potere; e i giovani, a volte, fanno proprie quelle idee e cambiano le cose. Parliamo quindi di programmi a lunga scadenza che di solito funzionano benissimo con i giovani. Poi ci sono i programmi di empowerment delle donne, attraverso i quali si cerca di equilibrare le ineguaglianze, dando effettivamente alle donne accesso all'informazione, alle risorse, dando loro delle opportunità, gli spazi per definire quello che sono e quello che vogliono, non in opposizione agli uomini, ma lavorando insieme a loro per la comunità,

con gli uomini, con i bambini, con tutti. All'interno di un programma, occorrerà operare ai livelli suindicati - individuale, politico, ecc. È importante intervenire a livello delle politiche e delle leggi, dunque nei luoghi di potere, dove si trovano le persone a cui spettano le decisioni.

Ma è importantissimo il livello della comunità, per operare un vero cambiamento della struttura sociale, la salute, i media, l'istruzione.

Ecco alcuni esempi di intervento. Un modo è attraverso la promozione, e di solito questo funziona per le politiche e le leggi.

Si possono fare interventi di programma, che non ricadano in nessuna delle prime due categorie di programmi che abbiamo visto. E si può operare per un maggiore impegno finanziario. Si può intervenire sulla revisione dei programmi scolastici; a scuola i bambini piccoli imparano valori e aspettative e quello che si dovrebbe fare.

Se i programmi scolastici sono parziali nei confronti del genere, vuol dire che gli studenti formati saranno a loro volta parziali nei confronti del genere. Anche le scuole di medicina sono talvolta caratterizzate da un forte approccio biomedico e spesso i medici non realizzano quello che c'è dietro una persona che è venuta al centro sanitario, e non capiscono cosa ci sia dietro la malattia. L'ultima modalità è la formazione intesa a creare delle conoscenze tecniche, di cui c'è un disperato bisogno per l'analisi di genere. Perché attualmente ci sono moltissime persone che fanno programmi senza avere la benché minima idea dell'analisi di genere e del modo in cui influisce sui loro programmi.

Esempi di programmi di formazione per sviluppare le conoscenze tecniche per l'analisi di genere

Nell'ambito di un programma sulla salute riproduttiva in Asia, finanziato dalla Commissione europea e dall'Unfpa, Aidos insieme al Women's Health Program della università di Witwatersrand ha realizzato un manuale partecipativo per i formatori, inteso a cambiare la mentalità dei funzionari ed esperti/e delle Ong e dei Governi, che sono incaricati dell'ideazione e della gestione di programmi; la qualità del loro approccio è

infatti molto importante per le donne e per la tematica di genere. Composto di quattro moduli, è un manuale di esercitazioni per fornire ai responsabili di programmi esempi concreti su cui poter lavorare e ai quali possono fare riferimento per riconsiderare il modo in cui creano i programmi stessi.

Il contenuto è altamente partecipativo, basato sulle esperienze dei partecipanti, molto sensibili ai contesti in cui hanno lavorato; essi possono riflettere sui propri errori, sulle proprie idee, sulle ragioni di fondo di un programma.

Un aspetto importante del manuale è che fornisce anche una prospettiva storica.

Alcune volte quando riflettiamo sul perché cerchiamo di puntare sul genere nella salute riproduttiva, la gente non è al corrente di questioni come il controllo della popolazione e del modo in cui sono trattati i corpi delle donne, dunque non capisce l'importanza di rispettare i diritti delle donne, i loro desideri. Il manuale allora sensibilizza i responsabili dando loro un'idea del perché è importante cambiare. Lavora molto sul tema dei diritti, diritti individuali, diritti delle donne, e sugli operatori dei servizi e su che cosa dovrebbero fare.

Dopo un primo corso di formazione formatori che è servito anche per testare il manuale, abbiamo adattato il testo a sei paesi: Bangladesh, Cambogia, Nepal, Vietnam, Pakistan e Sri Lanka.

I cambiamenti sono stati numerosi, soprattutto per quanto riguarda la distribuzione di informazioni utili. Abbiamo condotto molti corsi di formazione con le Ong; prima abbiamo formato i formatori in ogni paese e poi abbiamo formato le Ong locali attive in questo settore.

Con la collaborazione di Bina Pradhan, abbiamo poi fatto una valutazione dell'iniziativa, intervistando coloro che avevano partecipato ai corsi di formazione e la valutazione è stata molto positiva. La maggior parte degli intervistati ha dichiarato che il manuale e l'argomento erano molto importanti per il loro lavoro e circa il 22% delle persone lo ha apprezzato perché trattava un tema nuovo per loro. Quindi è venuto fuori che persone che lavoravano con la salute sessuale e riproduttiva non avevano nessuna idea riguardo al genere, non sapevano

proprio che cosa fosse.

E io credo che questa sia una cosa molto significativa. Non è irrilevante insegnare alle persone a svolgere analisi di genere, anche se lavorano nel campo dell'Hiv/Aids, quindi si trovano ad affrontare rapporti di genere tutti giorni; è importante capire il genere anche se si lavora nel campo dell'agricoltura, e tanto più se si lavora sulla salute sessuale e riproduttiva.

Le reazioni sono state molto positive anche per quanto riguarda la metodologia.

Non si tratta di lezioni di accademici che si alzano e si mettono a parlare; viene chiesto ai partecipanti di pensare ai problemi e di pensare a delle soluzioni per quei problemi. Con Aidos, in collaborazione con Shirkat Gha, stiamo facendo un esercizio simile anche in Pakistan, dove abbiamo elaborato un manuale, in questo caso per individuare le differenze di genere per la prevenzione della pandemia dell'Hiv/Aids, includendola nel più ampio contesto della salute sessuale e riproduttiva.

Perché, ancora una volta, le persone che lavorano sull'Hiv/Aids hanno talvolta una visione troppo ristretta e non prendono in considerazione la salute sessuale e riproduttiva di donne e uomini.

Quindi, abbiamo elaborato un nuovo manuale, anche questo molto partecipativo, ma a un livello diverso, semplificandolo un po', perché in Pakistan gli operatori non sono abituati a fare analisi di genere.

Quindi, siamo costrette a scendere di livello e a non fornire una prospettiva storica, ma a lavorare veramente sul tema del genere e sul problema dell'Hiv/Aids, per poi mettere insieme le due cose.

Ancora una volta, tutta l'importanza sta nella metodologia di apprendimento: i partecipanti devono analizzare, devono prendere in considerazione i problemi e devono fornire delle soluzioni. Il manuale è appena stato completato e verrà sperimentato nel febbraio 2005 in Pakistan durante un corso di formazione di formatori.

Ancora una volta, si tratta di dare loro degli strumenti pratici per fornire delle risposte programmatiche al problema dell'Hiv/Aids. Quindi potranno prenderne visione e lavorare sugli strumenti, potranno lavorare sul manuale e fornire loro stessi le soluzioni.

Conclusioni

Per concludere, il genere è estremamente importante, ed è una questione non ancora risolta. Purtroppo, molte persone non sanno quello di cui stanno parlando quando parlano di genere. E veramente non lo capiscono. Non dispongono degli strumenti per fare un'analisi di genere. Se non si tiene conto del genere, si rischia di perpetuare gli stereotipi, di riproporre, una generazione dopo l'altra, gli stessi programmi. Fra dieci anni, saremo ancora qui ad affrontare gli stessi problemi. Dobbiamo creare delle conoscenze tecniche sul genere e il nostro obiettivo importante sono le Ong, i funzionari di governo e tutte le persone che sviluppano programmi e ci lavorano sopra. I dirigenti a volte vengono dimenticati. E sono proprio loro a creare il primo livello di danni, non tenendo conto del genere. Un'attenzione al genere è di estrema importanza, soprattutto per coloro che forniscono i servizi, che dovrebbero a loro volta essere formati.

In questa sede abbiamo parlato di cultura e di valori. Vorrei ribadire che la cultura è estremamente importante, e che è in continuo movimento. E' un concetto dinamico, che passiamo alla generazione successiva.

**/ LA PANDENIA
DELL' HIV/AIDS**

SOS

/ LA DIMENSIONE DI GENERE

Noerine Kaleeba
Consigliera per le partnership,
UnAids

Parliamo di sfide e di speranze. Ebbene le giovani donne che ho incontrato di recente in un piccolo villaggio del Senegal rappresentano ai miei occhi l'essenza, la vera essenza delle sfide e delle speranze che il mondo si trova davanti.

Giovani donne le cui vite sono state offese dall'Aids, spesso diventate capofamiglia prima dei dodici anni, diventate vedove prima dei 25, madri di sei figli prima dei 30, o morte di Aids a quell'età... Ecco alcune, solo alcune delle sfide che abbiamo davanti. Parlo in nome dell'UnAids, e ringrazio l'Aids per l'invito. Ho anche il privilegio di essere stata nominata - la prima donna, e la prima africana - a presiedere il Comitato internazionale di ActionAid; è una grande sfida, ho bisogno anche del vostro aiuto. Ma sono qui anche come donna, una donna personalmente colpita dall'Aids.

A mio marito Christopher la malattia fu diagnosticata nel 1986, nel mio paese, l'Uganda. La mia famiglia è stata una delle prime nel continente africano a concretizzare in volti e persone la pandemia dell'Aids. Così, sono qui per condividere con voi, e per convincervi a entrare a far parte di un movimento il quale afferma che, come razza umana, possiamo sconfiggere l'Aids. Come donne, dobbiamo assumerne la guida. C'è una coalizione globale su donne e Aids, lanciata nel febbraio 2004, che riunisce attiviste e gruppi della società civile, reti e donne con Hiv, rappresentanti di governi e agenzie dell'Onu. Spero che anche voi che

siete qui, se non fate ancora parte del movimento femminile impegnato a fermare la pandemia, aderiate oggi stesso.

Ma dobbiamo anche avere chiare le dimensioni e le caratteristiche della tragedia; vi invito a leggere l'Epireport dell'UnAids, disponibile anche sul sito.

Esso contiene molte informazioni sulla situazione e sulla sua gravità, ma informazioni utili su che cosa possiamo fare, perché noi all'UnAids riteniamo che possiamo vincere la pandemia. Abbiamo imparato molte lezioni, ma sfortunatamente non le abbiamo ancora tradotte in azioni. Dunque, dobbiamo iniziare ad agire ora.

Sappiamo che più della metà dei 39 milioni di persone che convivono con l'Hiv/Aids sono donne; e nell'Africa Sub-sahariana il 76% dei giovani con Hiv/Aids sono ragazze. Sappiamo che la pandemia cresce tuttora, specialmente in Africa e in Asia, ma anche nell'Europa dell'Est, nella regione dei Caraibi, e cresce ancora di più presso le donne giovani. Milioni di ragazze diventano sessualmente attive ogni giorno nel mondo e con uno scarso o nessun accesso alla prevenzione. Mettere a repentaglio la salute delle donne è anche una tragedia sociale ed economica: sono le donne che si prendono cura dei figli e dei malati, sono le donne in molti contesti a produrre il cibo; e le donne sono sempre più spesso dei capifamiglia.

Spesso, quando si pensa all'Hiv/Aids, si pensa ai rischi; ma noi all'UnAids cerchiamo ormai di attirare l'attenzione del mondo anche sulla vulnerabilità. Infatti, non è solo il rischio a esporre le donne all'Hiv, è anche la loro vulnerabilità. Intanto la vulnerabilità biologica: molte donne si sposano o hanno relazioni sessuali in giovane età (in genere, non per propria scelta) quando, biologicamente parlando, la loro struttura sessuale e riproduttiva non è ancora matura.

Ci sono questioni di natura sociale e antropologica. Questione di sesso intergenerazionale: soprattutto nell'Africa sub-sahariana, donne giovanissime hanno rapporti sessuali con uomini adulti o anziani.

C'è la questione delle disuguaglianze di potere e c'è la questione della violenza. E la questione economica.

Ebbene, il messaggio di prevenzione che viene divulgato, quanto alle donne non cen-

tra il punto. Infatti, il messaggio è: astenersi dal sesso, oppure essere fedele a un singolo partner, oppure usare i preservativi. Ma, se si parla delle donne, come si fa ad astenersi dai rapporti sessuali se si viene stuprate o forzate? Le donne, soprattutto le ragazze, spesso non hanno scelta. Quanto all'essere fedele: sappiamo che, soprattutto nell'Africa Sub-sahariana, la maggior parte delle donne, delle giovani donne, sono state contagiate dai mariti. Si sono sposate, e sono andate a trovare nel matrimonio la malattia. Di fatto nel Sud del mondo proprio le donne che adottano i comportamenti a minor rischio - sposate, fedeli, non drogate - sono più a rischio, malgrado loro, e i loro tassi di contagio sono più alti di quelli di donne non sposate sessualmente attive. Quanto ai condom... dunque, se sei obbligata al sesso, se ti stanno stuprando, come fai a contrattare l'uso del preservativo? E se sei all'interno di una relazione in cui c'è poca possibilità di discutere e in cui come donna non hai il potere contrattuale che ti verrebbe dall'indipendenza economica, anche lì come fai a contrattare l'uso del preservativo? Dunque, decisamente questa strategia tripartita non è sufficiente, e non centra il punto, quanto alle donne.

La maggior parte delle giovani donne non possono scegliere di astenersi dal sesso. Pensiamo alle elevate percentuali di ragazze adolescenti che vengono sposate all'età di 15-18 anni; nell'Africa Meridionale e Orientale, l'area da cui provengo, quasi il 50 per cento delle diciottenni sono già sposate. Come fai ad astenerci? A 18 anni, puoi non essere abbastanza matura da riuscire a proteggerti. Per venti anni abbiamo lavorato sulla base dell'assunto che l'informazione è sufficiente a ottenere che le persone si proteggano da sé, ma stiamo realizzando che l'informazione specifica circa la protezione contro l'Hiv/Aids non raggiunge quelle giovani e quei giovani.

La percentuale di ragazzi e ragazze fra i 15 e i 18 anni che non sanno come proteggersi contro l'Hiv/Aids è elevata.

Non sanno, semplicemente! Non sanno dove trovare l'informazione. Non siamo dunque stati capaci di veicolare l'informazione in modo tale da farla arrivare ai più giovani. Ma voglio guardare ora alle speranze.

Guardando al fatto che un numero maggiore di ragazze vengono infettate, che i loro bambini lo saranno a loro volta, guardando a tutte le sfide, possiamo davvero avere speranze? E che cosa possiamo fare? Io, donna diventata vedova a causa dell'Aids, madre di cinque figli e madre adottiva di 26 ragazzi e ragazze, di speranza ne ho. Non mi resterebbe null'altro. La mia speranza è nelle azioni che tutti noi possiamo fare.

Questa speranza deve essere basata su sei principi. Primo: le donne non sono vittime. Non lo siamo mai state. Malgrado tutte le sfide che la nostra specie - giacché le donne sono una specie molto speciale! - ha dovuto affrontare, tali sfide non ci hanno fatte diventare delle vittime. Spesso racconto una storia: il giorno in cui ricevetti la diagnosi della malattia di mio marito, che stava morendo di Aids in un ospedale inglese, avrei potuto scegliere di sdraiarmi e aspettare a mia volta la morte. Ma come donna, passai in rassegna tutte le scelte che avevo e mi dissi: se muoio, lascio degli orfani. E decisi di risollevarmi e sfidare l'Aids. Ho scelto anche di sfidare lo stigma sociale e i relativi pregiudizi, che secondo me sono uno degli elementi che concorrono ad alimentare l'Aids. Pregiudizi, stigma, e la paura del muro che ci divide come razza umana, un muro ancora più formidabile di quello in Palestina che ha trasformato Gaza in una prigione a cielo aperto. Quelli di noi che camminano all'interno del muro chiamato Hiv/Aids, devono romperlo; perché i pregiudizi e le incomprensioni e i conflitti che hanno generato la situazione di Gaza sono fondamentali anche nell'alimentare la fiamma della malattia, come dell'Aids. E' molto importante per noi realizzare che pochissime donne corrono rischi rispetto all'Aids, e invece molte sono giuste in una posizione vulnerabile. La loro situazione non è di rischio quanto piuttosto di vulnerabilità, il che perpetua il contagio.

L'altro principio è che un cambiamento è possibile. E le donne positive all'Hiv sono la chiave della soluzione. Non sono il problema, sono la chiave della soluzione.

L'Unaid ci chiede di concentrare la nostra azione in sei direzioni importanti. In primo luogo, la prevenzione che si riferisce non solo al rischio ma alla vulnerabilità.

Dobbiamo dunque potenziare i servizi di salute riproduttiva delle donne, e mi riferisco a quei servizi che partono non dall'ospedale ma dalle case e dall'età in cui ragazze e ragazzi formano i propri atteggiamenti e apprendono concetti riguardanti l'attività riproduttiva; se non usciamo dall'ospedale per raggiungere le case e le comunità, continuiamo a combattere il fuoco senza spegnerne le cause.

L'altra area è la riduzione della violenza. Finché le donne saranno sottoposte alla violenza domestica, alla violenza di genere e simili, le donne non avranno mai il potere di gestirsi. Dobbiamo affrontare la violenza contro le donne.

E' anche molto importante, soprattutto nella regione da cui provengo, proteggere i diritti di proprietà, di eredità delle donne; perché molte ragazze, se perdono i genitori, possono essere sbattute fuori di casa, senza alcun bene, e sono nella strada.

E così il circolo vizioso dell'Aids continua.

La quarta area di intervento, e il quarto principio al tempo stesso, è garantire a donne e ragazze lo stesso accesso alle cure e al trattamento.

Spesso sentiamo, specialmente all'interno dei "circoli" dell'Hiv/Aids, molte discussioni a proposito degli orfani e di che farne. Ma ho speso i miei ultimi quindici anni di lotta in prima linea a dire: "Se possiamo investire nel tenere in vita i genitori, non avremo quegli orfani". Se ci prendiamo cura dei genitori, li manteniamo in vita, garantendo l'accesso alle cure, ecco risolto il problema degli orfani. Soprattutto dobbiamo cercare di tenere in vita almeno le donne, perché i bambini che diventano orfani di padre, possono continuare ad avere la mamma.

La quinta area è il miglioramento delle cure a livello domiciliare e comunitario.

E la maggior parte del lavoro condotto a domicilio e nelle comunità per la cura delle persone con Hiv è fatto dalle donne.

Senza riconoscimento alcuno, senza sostegno, senza aiuto nemmeno materiale, un minimo di attrezzature da infermiera, senza protezioni.

Finché continua a essere così, le donne saranno vittime di un circolo vizioso. Una nonna che accudisce la figlia viene magari contagiata, appunto mentre la cura...

Punto sei, promuovere l'accesso a nuove opzioni di prevenzione. Com'è possibile che la comunità scientifica e tecnica non siano riuscite in venti anni a ideare e realizzare un condom femminile facile da usare ed economico, un prodotto che le donne possano gestire da sé per proteggersi?

Un'altra area fondamentale è l'educazione.

E' un potente fattore di liberazione e di empowerment per le donne, lo sappiamo bene. Io sono sicura che, se quando venni a sapere della malattia di mio marito, non avessi avuto un'educazione di base, competenze, informazioni, malgrado la passione e l'impegno non avrei certo potuto trasformare me stessa nella donna che sono oggi, con un ruolo di guida nel continente africano e non solo. E' provato poi che la scuola è un fattore protettivo contro l'Hiv/Aids.

La percentuale di ragazze che non vanno a scuola e che non sono sessualmente attive è bassissima. Se vogliamo che slitti in avanti l'età del primo rapporto - anche perché una ragazza di 14-15 anni, come abbiamo detto, non è affatto biologicamente matura - allora la frequenza scolastica può giocare un ruolo, aumentando la consapevolezza delle allieve e tenendole al sicuro.

Lo dico con molta fiducia.

Noi in Uganda, quanto all'Hiv/Aids, siamo andati all'inferno, e ritorno.

Nel 1993 la percentuale di sieropositività fra le donne incinte era arrivata al 40 per cento; oggi è scesa al 9 per cento. Dal 40 al 9 per cento! Spesso mi chiedono: "Cosa ha funzionato in Uganda?". E fa parte del mio lavoro l'analisi degli elementi che hanno avuto successo nel mio paese.

Alcune delle "ricette" sono state pubblicate, e la maggior parte di esse sono sintetizzabili in un concetto: apertura. L'Aids è una malattia che prospera sul silenzio, sul pregiudizio, su atteggiamenti sbagliati.

L'apertura si riferisce a diversi aspetti.

Apertura rispetto al sesso e alla sessualità, temi sui quali noi umani in genere manteniamo il silenzio. Apertura rispetto alla violenza sulle donne, e a nuovi e diversi modi di guardare alle cose. Apertura nell'affrontare la cosa con i nostri figli. Posso testimoniare quanto difficile sia stato parlare di Aids anche dopo la morte di mio marito, e affrontare l'argomento del sesso con i miei figli.

Quando realizzai che stavano per diventare sessualmente attivi, ne fui terrorizzata. Ero da anni in prima linea, da anni dicevo a tutti che cosa dovevano fare con i loro figli. Ma quando si trattò dei miei, fu un'altra storia. Quando Elisabeth, la mia primogenita, raggiunse i 14 anni (ora ne ha 29) mi dissi: "Oddio, adesso si prende l'Aids e muore anche lei"; eppure non riuscivo a iniziare a parlarle. Così presi una scatola di condom e un giorno, mentre lei dormiva, gliela infilai nel cassetto della biancheria. E stetti in silenzio; pregando che non usasse i condom, e al tempo stesso pregando che invece li usasse, nel caso. Non mi disse nulla e io non osavo andare a verificare se li avesse usati, quanti ne avesse usati...Ero nel panico. Se condivido questa mia esperienza con voi, è perché pur essendo del mestiere, noi, che siamo tanto brave a dire agli altri come gestire la situazione, poi quando succede a noi non sappiamo come fare, e nemmeno possiamo chiedere aiuto, cosa direbbero? Siamo noi le addette ai lavori...Insomma, dopo due anni mia figlia minore mi venne a dire: "So che hai messo dei condom nel cassetto di Elisabeth. Me l'ha detto lei; insomma, perché non mi dici quel che hai bisogno di dirle? Glielo riferirò io".

Dobbiamo rompere i tabù altrimenti saremo qui allo stesso punto l'anno prossimo, e l'anno dopo e gli anni a venire.

Ma ho fiducia che attraverso il lavoro che tutti stiamo facendo, noi, e il lavoro di ActionAid, il lavoro di Aidos, possiamo aprire le porte al viaggio che deve essere fatto. Spezziamo i pregiudizi che come esseri umani abbiamo tenuto vivi e desti finora ma che devono cadere, adesso.

/ METTERE LE DONNE AL CENTRO DELLA PREVENZIONE

Paola Giuliani
ActionAid International

Sono qui per dare un volto e portare la voce di alcune donne del Kenya, mostrarne la sofferenza, i timori, le lotte quotidiane, le aspirazioni. Sono solo alcune delle tante donne con cui ActionAid International lavora, da anni, in molti paesi del mondo. In Italia con la campagna "No poverty No Aids", ci impegniamo per rafforzare il lavoro delle colleghe e dei colleghi sul campo, per sostenerli quando affrontano con determinazione le loro sfide di tutti i giorni.

Akina Mama Hai, svegliatevi donne!

È lo slogan del gruppo Sauti ("rumore" in Swahili), una delle organizzazioni al femminile più forti e attive in Kenya. Uno dei cardini della filosofia e dell'approccio di ActionAid International (Aai) è proprio il rafforzamento delle organizzazioni che promuovono i diritti e il ruolo delle donne, nelle famiglie come nelle comunità.

A Bombolulu, una delle due periferie dell'isola di Mombasa, Sauti porta avanti, con il sostegno alla formazione da parte di Aai, una vasta gamma di attività: dal counselling generale - con un focus particolare sulla violenza nei confronti delle donne e l'Hiv/Aids -, a proficue attività di advocacy a livello locale (i locali nei quali si svolgono i loro incontri periodici sono stati concessi dalle autorità del luogo), a incontri bimensili di pianificazione tra sole donne.

Sauti è forte anche perché è parte attiva del network nazionale sui diritti delle donne, insieme a Fida (avvocatesse in Kenya, che

danno assistenza legale nei casi di violenza domestica), Covaw (coalizione sulla violenza contro le donne), Kensip (Kenya School Improvement Programme).

Tra gli obiettivi primari di questa rete vi è l'emendamento al Criminal Law Act (legge penale) e l'*advocacy* per l'approvazione del disegno di legge sulla prevenzione e il controllo dell'Hiv/Aids.

Combattere l'Aids per Sauti significa agire a tutti i livelli e considerare la vita delle donne in tutti i suoi risvolti. Donne come Eunice Ondoro, sieropositiva di 32 anni, che fa parte del gruppo da circa 4 anni. Ha scoperto di essere stata contagiata quando si è sottoposta al test pre-natale all'ospedale di Mombasa. E' stata maltrattata dal personale medico che le diceva "Sei sicura di volere sapere il risultato?". Il marito, col quale era sposata dal 1998, è morto di Aids poco dopo la nascita del figlio: era stato lui a contagiarla. Eunice non sa ancora se suo figlio di 5 anni è sieropositivo: è molto spaventata e ha paura di fargli fare il test, visto che l'hanno maltrattata in ospedale. Il bambino alla nascita aveva un'aria malata ("una gran brutta pelle") e anche oggi piange sempre, ha macchie in faccia e problemi ai bronchi. Il gruppo Sauti le sta assicurando supporto psicologico per convincerla a sottoporre suo figlio al test. "Mi danno una grossa mano" - dice - "mi danno coraggio".

Karen è la fondatrice e la coordinatrice di Sauti. Persona entusiasta e vulcanica, il suo esempio di vita reale, con un modo nuovo di rapportarsi al marito, è lo stimolo più forte per le altre donne del gruppo. "Mio marito, influenzato negativamente dagli altri uomini del paese, si opponeva alle mie attività con Sauti". La chiave di volta che ha cambiato l'atteggiamento del marito di Karen è stato il dialogo e l'invito a partecipare di persona alle riunioni del gruppo.

Lo sguardo di Karen è luminoso quando ci dice che ora il marito è orgoglioso del suo impegno con Sauti e lo dimostra apertamente anche con gli altri uomini della comunità.

Le ha fatto persino trovare pronta la cena una sera al rientro...un risultato invidiabile per tutte le donne del mondo, direi!!

Ma, ancora più importante, ora Karen è coinvolta in pieno nelle decisioni familiari.

Aids - Je unajali? Ci pensi?

Pauline, giovane donna che lavora con AAI coordinando i programmi sull'Aids, ogni giorno fa la spola tra Mombasa e Likoni, la seconda delle due periferie della metropoli, collegate solo da un traghetto.

A Likoni vivono 30mila persone, ma dispensari, cliniche e scuole sono solo privati; la provvidenza - per chi non ha denaro per permettersi di pagare le cure - spesso è rappresentata solo dai dispensari gestiti da organizzazioni non governative. Proprio come il centro Mtongwe, sostenuto da Aai: qui l'assistenza è gratuita e i farmaci hanno prezzi più bassi. Aai sostiene il centro da circa 4 anni, e ha avviato ex novo la formazione dei volontari per informare la comunità su come prevenire la malattia e per assistere i malati a domicilio. Pauline dice che il problema più grosso in Kenya non sono le medicine o gli antiretrovirali, ma la discriminazione e lo stigma che circondano la malattia.

Molti malati non approfittano neppure della terapia gratuita all'ospedale di Mombasa (peraltro disponibile solo per 300 persone), perché dovrebbero ammettere la malattia! Anche sottoporsi al test è un problema...la paura dei giudizi degli altri è spesso più forte.

C'è quindi bisogno di curare tutti i malati, per raggiungere anche quelli con l'Aids; nel dispensario vengono distribuite medicine per cure generali e fatta formazione per l'assistenza domiciliare ai malati. Si distribuiscono 6000 preservativi ogni mese, 40 persone vengono assistite. Il centro funziona grazie anche all'aiuto di 40 volontari che visitano i malati nelle loro case.

Come Kibibi, che ha scelto di farlo per il bene della sua comunità: "Chi ha fatto del proprio meglio nel poco tempo avuto a disposizione, è come se avesse vissuto per sempre".

Lo stigma è forte nella comunità: ci sono 1000 orfani, ma all'inizio anche i volontari venivano evitati perché associati al virus...Addirittura si fa a meno di entrare nelle case dei malati. L'Aids è associato alla morte, un tabù così forte da determinare i comportamenti.

Ecco perché Aai in molte comunità - e in futuro anche a Likoni - lavora con metodo-

logie come *Stepping Stones* per favorire il cambiamento dei comportamenti e ridefinire le relazioni di potere tra uomini e donne nelle famiglie e nelle comunità.

Fondamentali sono i tanti ruoli di Miriam, una delle donne della comunità: la malattia del marito Amiss la costringe a guadagnare per sfamare l'intera famiglia; grazie alla formazione ricevuta dal centro riesce a prendersi cura del marito e a somministrargli correttamente i farmaci.

E' il legame indispensabile con il centro sanitario. Il suo desiderio è un carretto per trasportare la legna: ora è costretta a caricarla sulla schiena e a camminare anche per 20 chilometri!

La nonna di Juma, giovane malato di 36 anni, cura i nipoti. E' il fulcro di una famiglia forzosamente allargata: i genitori sono morti di Aids, un fratello tossicodipendente non è più tornato, le due sorelle forse sono costrette a prostituirsi per provvedere ai bisogni della famiglia.

La nonna rappresenta il supporto morale e reale dell'intero nucleo familiare.

Lo stigma è così forte che Juma non riesce a dare un nome alla sua malattia e sostiene di avere tutto ciò che gli serve: le medicine al dispensario e Kibibi che lo accudisce.

Ma la sua speranza concreta è quella di vivere a lungo e riacquistare la salute!

A Kisumu, nei pressi del lago Vittoria, ho incontrato Elizabeth, una donna decisa, dallo sguardo intenso. Voleva cibo e istruzione per i suoi figli....Ancor prima di pensare a se stessa, ai farmaci che potessero guarirla, il suo obiettivo era garantire un futuro migliore del suo ai suoi 4 figli, particolarmente promettenti negli studi. Voleva anche che non mi dimenticassi di lei una volta tornata in Italia.

Elizabeth si è spenta agli inizi del 2003, ma il suo sguardo e la sua determinazione sono ancora vivi dentro di me.

Insieme a quella di Miriam, Pauline, Kibibi, Eunice, Karen, la sua voce risuona alta e chiara nei messaggi della campagna No poverty No Aids. Anche in Italia.

/ RUOLO E OBIETTIVI DELL'OSSERVATORIO ITALIANO SULL'AZIONE GLOBALE CONTRO L'AIDS

Loretta Peschi

Osservatorio italiano sull'azione
globale contro l'Aids

Come Ong italiane e internazionali presenti in Italia abbiamo intuito (più che capito: all'inizio è stata veramente un'intuizione) che per migliorare la nostra capacità di lotta all'Aids dovevamo metterci insieme. Non potevamo più andare in ordine sparso in una materia così complicata, materia di salute, materia economica, materia sociale, e così ampia come dimensioni: si parla di 39 milioni di persone colpite dall'Hiv/Aids, e vorrei sottolineare che stiamo parlando di stime. Non sono numeri di cui siamo certi, non c'è un censimento vero. E temo che siano stime per difetto, oltretutto. In una situazione così complicata, andare in ordine sparso non era possibile. Allora, 24 Ong presenti in Italia hanno creato un coordinamento: l'Osservatorio sull'azione globale contro l'Aids, completamente autofinanziato. Questo nostro stare insieme vuole dire due cose: da una parte mettere in rete le esperienze, e anche le preoccupazioni che ciascuno di noi ha e riscontra sul campo, e, dall'altra parte, proprio perché siamo insieme, e proprio perché abbiamo delle esperienze vere, spesso possiamo diventare anche interlocutore credibile dei veri attori istituzionali, nazionali e internazionali. Che vuole dire conoscere questi interlocutori e queste istituzioni. Capirne le politiche. Valutarne l'efficacia, l'impatto. Esprimere preoccupazioni e prospettive che ci vengono dal campo, dal ragionamento, dallo scambio di idee. Al momento abbiamo messo sotto osservazione, per così dire, alcuni grandi

interlocutori; il primo è il Fondo globale per la lotta all'Aids, alla tubercolosi e alla malaria, istituito circa tre anni fa, anch'esso - sulla scia del G8 di Genova - con promesse importanti da parte dei grandi paesi donatori, inclusa l'Italia, la quale però sta facendo grande fatica ad onorarle.

Il Fondo globale ha la caratteristica di mettere insieme dei fondi provenienti dai governi e da soggetti privati: la fondazione Melania e Bill Gates, lo stesso Kofi Annan in prima persona, la Siemens e altri. Ha l'ambizione, potremmo dire, di chiedere ai paesi di mettere insieme pubblico e privato nella programmazione di spesa delle somme che il Fondo globale può erogare.

L'altro grande attore che stiamo osservando con attenzione è Unaid, la cui caratteristica è mettere insieme tutte le organizzazioni o le agenzie delle Nazioni Unite per arrivare a un coordinamento nelle politiche di lotta alla pandemia. Teniamo sotto osservazione la Banca Mondiale, che ha un approccio ancora diverso: va a finanziare direttamente piccoli attori.

Teniamo sotto osservazione, ovviamente, la Cooperazione italiana, con la quale tutto sommato abbiamo un buon rapporto di collaborazione; abbiamo fatto delle triangolazioni di cooperazione tra Cooperazione italiana, Fondo globale e Osservatorio, andando anche a fare degli studi sul campo, e naturalmente l'Oms, con la sua politica peculiare del *three by five*.

L'osservazione di tutto ciò deve essere costante, e direi anche meticolosa; al presente, noi abbiamo notato che una pluralità di politiche e di approcci probabilmente non aiuta. Se, come dice il rapporto di Unaid appena reso pubblico, noi abbiamo assistito al triplicarsi dei fondi a disposizione della lotta all'Aids negli ultimi tre anni (siamo infatti passati da due a sei miliardi di dollari a disposizione) e, nondimeno, c'è un trend di aumento della pandemia, allora c'è qualcosa che non funziona, ci sono degli sprechi! È evidente che qualche cosa va messo a punto, come si fa spesso con i motori: occorre una specie di *check up* per capire che cosa non sta funzionando e cercare di porre rimedio.

L'Osservatorio pone attenzione, e se occorre protesta, rispetto ai soldi non versati, ai

soldi spesi male, alla confusione fatta; e poi, come può, cerca di portare avanti alcuni aspetti che ritiene centrali. Uno dei contenuti su cui noi puntiamo tantissimo è l'idea di inserire in tutti i progetti che le Ong realizzano, la cura e la prevenzione in materia. Deve diventare un po' una questione trasversale, come lo sono state le questioni del genere, e dei diritti umani. Le Ong, internazionali e locali, sanno che oggi, per portare avanti bene un progetto in alcune parti del mondo, devono affrontare quantomeno il tema della presenza dell'Hiv/Aids per quanto riguarda il proprio personale.

Per non parlare naturalmente dei partner, dei *target group*, e compagnia bella. Quindi, su questo ci stiamo impegnando a fondo.

Nella misura del possibile, stiamo poi ampliando l'area del coinvolgimento nell'Osservatorio - e nella lotta in sé - ad altri soggetti, che forse un tempo ne erano esclusi o quasi, ad esempio i sindacati.

E stiamo infine valutando e facendo dei tentativi di mettere all'interno dell'Osservatorio anche i nostri partner nei progetti e nei programmi di lotta all'Aids: le associazioni, particolarmente quelle di donne con le quali lavoriamo, fra le quali Aidos e altre.

Facciamo sì che questa rappresentanza diventi diretta, limitandoci quindi noi a un'azione di supporto, smettendola di voler essere gli unici interpreti di tutto.

**/ SCOPRIRE L'HIV.
DIFFERENZA DI GENERE
NELL'ACCESSO A TEST
E CURE ANTIRETROVIRALI.
UN'ESPERIENZA IN
BURKINA FASO.**

**Nuccia Saleri, Cecilia Pizzocolo,
Giuseppina De Iaco**

Istituto di Malattie infettive e tropicali,
Scuola di specializzazione in medicina
tropicale, Università degli Studi di
Brescia - Medicus mundi Italia

Il Burkina Faso, paese di circa 12 milioni di abitanti situato al centro dell'Africa occidentale, confina con Mali, Niger, Benin, Togo, Ghana e Costa d'Avorio.

In tabella 1 sono evidenziati i principali indicatori socio-economici del paese, che lo caratterizzano come uno dei più arretrati al mondo sia sul piano economico sia su quello dello sviluppo umano.

Questo si spiega in primo luogo sulla base delle scarse risorse naturali che - a parte la coltivazione del cotone, l'allevamento di transumanza e l'estrazione artigianale dell'oro - non offrono occasioni per lo sviluppo dell'economia, limitato peraltro dall'assenza di sbocchi sul mare.

Secondo l'Istituto nazionale della statistica e della demografia (Insd), nel 2003 il 46,4% delle famiglie rurali non soddisfaceva i propri bisogni alimentari di base (circa 200 kg di cereale secco per persona e per anno) contro il 19,9% delle famiglie urbane [1].

A seguito di questa situazione, il fenomeno dell'emigrazione della manodopera maschile dalle aree rurali verso le città o gli stati costieri confinanti si è fatto sempre più pronunciato e tocca ad oggi quasi la metà degli uomini di età compresa tra i 20 ed i 40 anni. Ai molti e gravosi compiti che la società tradizionale assegna alle donne, negli ultimi decenni si è pertanto aggiunta la responsabilità della produzione cerealicola familiare. Il progressivo deteriorarsi della situazione alimentare si ripercuote in primo luogo sulla malnutrizione infantile che nel

Tabella 1
Principali indicatori socio-economici

Indicatori generali	1990	1995	2001	2002
Popolazione totale (milioni)		10,0	11,6	11,85
Tasso di crescita demografica (% annual)			2,4	2,3
Popolazione urbana (% popolazione totale)		15,0%		17,2%
Indice di sviluppo umano Hdi (Undp/Rdh 2002- su 175 Paesi)				0,33 (173°)
Reddito nazionale lordo (in Us\$)	2,6 miliardi	2,2 miliardi	2,5 miliardi	2,6 miliardi
Reddito pro capite (metodo Atlas - Us\$)	290,0	220,0	220,0	220,0
Tasso di alfabetizzazione adulta (-> 15 anni)	16,3	19,8	24,8	25,7
Tasso di fertilità totale (% nati per madre)	7,0	6,8	6,4	6,3
Speranza di vita alla nascita (anni)	45,4	45,3	43,5	42,9
Debito estero (% del Pnl)	30,2	58,4	60,0	..
Investimenti (% del Pnl)	20,6	25,8	25,4	26,0
Commercio (% del Pnl)	38,4	44,5	35,9	35,5

(Unesco, Banca mondiale, Undp, Fmi)

2003 interessava il 44,5% dei bambini burkinabè, contro il 36,8% del 1999 ed il 33,3% del 1993 [2].

Dal punto di vista sanitario il paese è caratterizzato da un elevato tasso di mortalità nei bambini sotto i 5 anni (197/1000) accompagnato da un altrettanto elevato tasso di

mortalità materna, pari a 1.400 decessi per 100mila nati vivi. La maggior parte delle cause sono peraltro originate da un contesto culturalmente poco attento ai problemi della donna, caratterizzato da un basso utilizzo della pianificazione familiare e da una scarsa copertura in visite prenatali ed in parti assistiti da personale sanitario. Tale contesto culturale domina ancora le campagne, mentre in area urbana la situazione comincia ad evolvere (tabella 2).

Tabella 2

Caratteristiche della popolazione femminile in età fertile (15 - 49 anni)

Caratteristiche	Zona urbana	Zona rurale
Nascite annuali x 1.000 donne 15 - 49 anni	137	247
% di adolescenti (15 - 19) che hanno già avuto una gravidanza	17%	28,5%
Copertura in consultazioni prenatali	97,5%	66,5%
Copertura in parti assistiti	94,5%	26%
Conoscenza della trasmissione verticale dell'Aids	88%	40,5%

Il Burkina Faso è uno dei paesi dell'Africa Occidentale più colpiti dalla pandemia da Hiv/Aids. Su una popolazione di poco più di 12 milioni di abitanti, l'UnAids stima infatti che quasi 400mila siano sieropositivi, con una prevalenza nella popolazione generale stimata del 2%, più alta in area urbana (3,7%) [1]. Le stesse fonti stimano inoltre che, ogni anno, circa 44mila persone contraggano l'infezione, tra cui oltre 10.000 bambini contaminati dalla madre durante la gravidanza, al momento del parto e nel corso dell'allattamento.

Dopo i primi casi dichiarati nella seconda metà degli anni '80, l'Hiv/Aids si è diffuso

rapidamente e principalmente per via sessuale, partendo da gruppi a rischio, quali le prostitute, gli autotrasportatori e la manodopera maschile che migra stagionalmente nei Paesi costieri. Attualmente, sulla base dei criteri di classificazione dell'UnAids, l'epidemia da Hiv/Aids in Burkina Faso può ormai definirsi generalizzata. I casi si ripartiscono in ugual misura tra la popolazione maschile e quella femminile. Oltre all'Hiv1 è presente, in meno dell'1% delle infezioni, anche l'Hiv2, che si caratterizza per una più lenta progressione della malattia e un minore rischio di trasmissione verticale. La trasmissione materno-infantile dell'infezione da Hiv è una delle vie principali di trasmissione nel paese, seconda solo alla trasmissione per via sessuale, e contribuisce a più di 5mila nuovi bambini infetti/anno [3]. A fronte di questa situazione, il paese si è dotato sin dalla fine degli anni '80, grazie al supporto tecnico e finanziario internazionale, di un Programma nazionale di lotta all'Aids, in seguito divenuto Quadro strategico di lotta all'Aids e alle infezioni sessualmente trasmissibili, coordinato dalla Presidenza della Repubblica. Questo Quadro strategico ha ormai integrato - oltre all'informazione e alla sensibilizzazione, alla promozione dell'uso del preservativo e alla prevenzione/trattamento delle infezioni opportuniste - anche l'utilizzo dei farmaci antiretrovirali (Arv) per la prevenzione della trasmissione madre-bambino dell'Hiv in gravidanza, per la profilassi in caso di esposizione accidentale al virus e per la terapia. Questa decisione è peraltro recente, in quanto il trasferimento dei progressi della medicina nella lotta all'Aids in contesti quali quello del Burkina Faso è rimasto a lungo condizionato da problemi di ordine economico, tecnico e dall'atteggiamento dei principali donatori. Tali ostacoli sono adesso in gran parte superati grazie in primo luogo alla mobilitazione dell'opinione pubblica internazionale e alle sue pressioni sulle agenzie di cooperazione e sulle case farmaceutiche che detengono i brevetti degli Arv. A seguito di queste pressioni, la produzione di Arv sotto forma di generici è ormai una realtà che permette ai paesi più poveri di approvvigionarsi a costi che non costituiscono più un ostacolo insormontabile all'utiliz-

zo di questi farmaci per azioni di sanità pubblica (a titolo di esempio, il costo mensile della triterapia Arv si aggira oggi intorno ai 30 euro, contro i 500 euro del 2002). Le strutture sanitarie della Delegazione camilliana, presenti da numerosi anni nel paese, operano in stretto partenariato con il locale Ministero della Sanità, e sono già da tempo coinvolte nella sensibilizzazione della popolazione e nella sorveglianza epidemiologica dell'Hiv. Inoltre la collaborazione con l'Università di Brescia e Medicus Mundi Italia, nell'ambito del Progetto Esther Italia, ha permesso il trasferimento di competenze specifiche nella gestione ottimale della terapia antiretrovirale, la garanzia di una adeguata formazione per il personale locale, l'acquisizione di strumentazione medico-diagnostica e infine l'accesso ai farmaci antiretrovirali.

Il Centro medico San Camillo di Ouagadougou (Cmsc), principale polo per la salute materno-infantile della città, grazie all'Iniziativa Oms/Italia di lotta all'Hiv/Aids e all'Unicef, è stata la prima struttura sanitaria in Burkina Faso a inserire la prevenzione della trasmissione madre-bambino dell'Hiv fra le prestazioni offerte alle donne in gravidanza [3,4,5]. Sulla base dei risultati ottenuti dal Cmsc, il Ministero della Sanità sta ora progressivamente estendendo questo protocollo preventivo su scala nazionale.

Nell'ambito del Progetto di prevenzione della trasmissione materno-infantile dell'infezione da Hiv, tra maggio 2002 e aprile 2004, 6.639 gravide, in larga maggioranza analfabete, hanno ricevuto visite prenatali e partecipato al counselling di gruppo sulla salute riproduttiva presso il Cmsc. Di queste, solo il 18,3% ha accettato di ricevere il *counselling* individuale per lo screening dell'infezione da Hiv. Le rimanenti donne in gravidanza hanno rifiutato l'esecuzione del test. L'età gestazionale era superiore alle 12 settimane in 900/1125 (80%).

Quasi tutte le donne che si sono sottoposte al test si sono presentate alla seduta di counselling post-test e quindi hanno ritirato il risultato. Escludendo le donne che già sapevano di essere sieropositive, il tasso di sieroprevalenza è risultato complessivamente del 10.6%, maggiore nelle donne più anziane, probabilmente a seguito del rischio

cumulativo di contrarre l'infezione.

Più del 90% delle donne intervistate durante la seduta di *counselling* ha dichiarato di avere un rischio basso di infezione e questo riflette probabilmente la stigmatizzazione della malattia che considera ad elevato rischio solo le persone con "cattivi" comportamenti sessuali. Il tasso di accettabilità del test aumenta progressivamente con l'età, essendo particolarmente basso (10,7%) tra le donne tra i 15 ed i 19 anni. I fattori indipendentemente associati ad una maggiore compliance al test Hiv sono risultati: l'età, il numero di gravidanze ed il numero di aborti. La maggiore accettabilità del test da parte di donne in età più avanzata probabilmente è legata alla maggiore autonomia decisionale della donna "matura" rispetto alle più giovani, come già osservato in altri paesi africani [6]. L'età più avanzata quale fattore indipendentemente correlato ad una maggiore adesione al counselling e al test Hiv probabilmente riflette i costumi culturali e sociali del Burkina Faso, che impongono un alto grado di sottomissione al partner maschile da parte delle donne più giovani.

Volendo commentare i risultati della nostra esperienza, è indispensabile focalizzare l'attenzione sul basso grado di accettabilità del test da parte delle donne. Tale risultato concorda con quello di altri studi eseguiti nel paese, dai quali risulta un tasso di accettabilità del test pari al 21,6% (7075/32674) [7]. I motivi in causa possono essere così riassunti: scarsa autonomia decisionale della popolazione femminile; lo stigma dell'infezione da Hiv/Aids; il timore di non avere accesso a una terapia efficace.

Solo il 6.6% dei partners delle donne che hanno accettato di eseguire il test si è presentato al Cmsc per effettuare a sua volta il test di screening. Di questi 51 erano partner di donne risultate negative (infezione da Hiv 1/51) e 30 partner di donne Hiv positive (15/30 = Hiv positivi). Il coinvolgimento estremamente limitato dei partners, dato conforme ai risultati di un altro studio pubblicato da Nebié nel 2001 [8], è un fattore da non trascurare. Pur non potendo dimostrarne la veridicità, è possibile affermare che la donna non informi il partner per timore di essere incolpata circa la sua autonomia

Tabella 3

Conta dei linfociti CD4 nella popolazione B al baseline e al follow-up

CD4 cell/_l	BASELINE		FOLLOW-UP 6 mesi (media 204,4 giorni; 6,8 mesi)		FOLLOW-UP 12 mesi (media 355,5 giorni; 11,8 mesi)		FOLLOW-UP 18 mesi (media 479,6 giorni; 16 mesi)	
	Frequenza	%	Frequenza	%	Frequenza	%	Frequenza	%
< 50	64	23,6%	7	5,3%	1	1,4%	3	10,7%
50-200	170	62,7%	50	38,2%	20	27,4	7	25,1%
200-350	34	12,5%	44	33,6%	31	42,5%	9	32,1%
→ 350	4	1,5%	30	22,9%	21	28,8%	9	32,1%
TOTALE	271	100,0%	131	100,0%	73	100,0%	28	100,0%
MEDIA	112,08		250,17		293,01		293,22	

decisionale. Inoltre, la paura di risultare positivo, con la stigmatizzazione sociale che ciò comporta, potrebbe indurre anche il partner informato a rifiutare di sottoporsi al test. Nella nostra esperienza, anche se su un piccolo campione, il 50% (15/30) dei partners di donne Hiv positive è risultato negativo. Questa evenienza comporta una situazione di difficile gestione e la necessità di personale formato e competente [9]. Dal 2003, il Cmsc ed il Centro di accoglienza e di solidarietà «Notre Dame di Fatima» di Ouagadougou (Caso), che dispone di 64 posti letto per la degenza di pazienti con elevato stadio di malattia, ricevono una dotazione di farmaci antiretrovirali. Tale dotazione proviene in parte dal locale Ministero della Sanità, finanziato da imprenditori privati locali e da fondi generati dalla riduzione del debito estero, in parte dalla Banca Mondiale, dal Gfatm (Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria), e da donazioni di enti pubblici e privati italiani nel contesto del progetto Esther Italia (Fondazione Cariplo, Istituto superiore di sanità e Provincia di Brescia). Il Ministero della Sanità del Burkina Faso richiede un contributo mensile da parte del malato di circa 7 euro, cifra che costituisce un ostacolo all'accesso alle cure per molti pazienti in condizioni di indigenza, specialmente se di sesso femminile. Per tale ragione sono le strutture camilliane stesse

a farsi carico del contributo mensile per i malati indigenti.

Quattrocentonovanta soggetti sieropositivi sono attualmente seguiti in regime ambulatoriale presso i due centri, di questi 215 sono stati sottoposti a profilassi per le infezioni opportuniste Aids-correlate e 275 hanno iniziato la terapia antiretrovirale (secondo le linee guida Oms per la gestione dell'infezione da Hiv/Aids nei paesi a risorse limitate).

Dei 275 pazienti in terapia antiretrovirale il 74,9% (n=206) provenivano dal Caso e il 25,1% (n=69/275) dal Cmsc. L'età media dei pazienti è di 34,2 anni (Ds=7.6938).

La stratificazione per sesso ha evidenziato una prevalenza dei soggetti di sesso femminile (68,4%, n=188) rispetto a quelli di sesso maschile (31,6%, n=87), situazione che riflette l'attenzione da parte delle strutture sanitarie oggetto della collaborazione con l'Università di Brescia e Medicus mundi Italia, nei confronti delle fasce più deboli della popolazione.

Il 11,6% (n=32/188) dei soggetti di sesso femminile era in gravidanza al momento della prima visita. Lo stadio clinico al baseline, definito secondo le linee guida Oms per i Paesi a risorse limitate, era distribuito come segue: il 17,5% dei pazienti era in stadio I (48/275), il 22,2% in stadio II (61/275) e il 31,6% in stadio III (87/275) e il 28,7% all'arrolamento si presentava in stadio IV (79/275).

Tabella 4

Cause di interruzione della Haart

CAUSA	%	FREQUENZA
Decesso	36,7%	18
Perdita al follow-up	36,7%	18
Tossicità (grado III o IV)	12,2%	6
-vomito incoercibile		(2)
-diarrea		(1)
-rash da NVP		(1)
-epatopatia acuta		(1)
-anemia severa		(1)
Altro centro	6,1%	3
Non compliance	6,1%	3
Fallimento immunologico	2,0%	1
TOTALE	100,0%	49

La misurazione dei Cd4+, indicatore di efficacia della terapia antiretrovirale, è disponibile a 6 mesi per 131, a 12 mesi per 73 e a 18 mesi per 28 pazienti.

Come illustrato in tabella 3, si evidenzia un trend in incremento dei CD4 dal baseline (valore medio = 112,08 cell/(l) ai controlli a 6 (valore medio = 250,17 cell/(l), 12 (valore medio = 293,01 cell/(l) e 18 mesi (valore medio = 293,22 cell/(l).

Nei nostri pazienti, i fattori prognostici sfavorevoli per la sopravvivenza sono risultati la gravidanza in atto e una terapia antiretrovirale precedente; i fattori prognostici favorevoli un elevato valore di Karnowsky, buoni valori di emoglobina e di CD4, nonché una maggiore durata della terapia antiretrovirale. Lo scarso potere decisionale della donna all'interno della coppia e della famiglia la pone spesso in difficoltà nell'evitare nuove gravidanze che, in una donna Hiv positiva, potrebbero aumentarne la mortalità.

Ringraziamenti:

Un ringraziamento particolare meritano tutti i pazienti afferenti al Cmsc e al Caso, gli infermieri del Caso e le ostetriche del Cmsc, in particolare Thérèse Ouoba e Josephine Ouedraogo, il dottor Virginio Pietra, padre Salvatore Pignatelli, padre Jacques Simporé e il professor Castelli, senza i quali non sarebbe stata possibile l'attuazione del progetto.

Bibliografia

1. Ministry of Economics and Development, Burkina Faso (Med/Bf), Institut National de la Statistique et de la Démographie (Insd), juin 2004. *Enquête Démographique et de Santé 2003. Rapport préliminaire*, 2004
2. United Nations Development Program (Undp), 2001. Burkina Faso, *Rapport sur le Développement Humain 2001*
3. Ministry of Health, Burkina Faso (MoH/Bf), Direction de la santé de la famille, décembre 2000. *Programme national de prévention de la transmission mère - enfant du Vih : 2001 - 2005*.
4. Ministry of Health, Burkina Faso (MoH/BF), Direction de la santé de la famille, avril 2002. *Directives nationales pour la mise en œuvre des activités de prévention de la transmission mère-enfant du Vih au Burkina Faso*.
5. World Health Organisation (Who), 2003. *Prévention de la transmission mère-enfant du VIH au Burkina Faso. Une démarche contractuelle originale. Etude de cas*.
6. Kowalczyk J., Jolly P., Karita E., Nibarere J.A., Vyankandindera J., Salihu H. *Voluntary counselling and testing for Hiv among pregnant women presenting in labour in Kigali, Rwanda*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2002; 31: 408-415
7. Ministry of Health, Burkina Faso (MoH/BF), Direction de la santé de la famille, juin 2004. *Enquête sur les facteurs limitant l'adhésion des femmes enceintes au Cdv. Résultats provisoires*.
8. Nebié Y., Meda N., Leroy V., Mandelbrot L., Yaro S., Sombié I., Cartoux M., Tiendrebeogo S., Dao B., Ouangré A., Nacro B., Fao P., Ky-Zerbo O., Van de Perre P., Dabis F. *Sexual and reproductive life of women informed of their Hiv seropositivity: a prospective cohort study in Burkina Faso*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2001; 28: 367-372
9. Salvatore Pignatelli, Jacques Simporé, Virginio Pietra, Laurent Ouedraogo, Ghislaine Conombo, Nuccia Saleri, Cecilia Pizzocolo, François Tall, Adama Ouiminga, Francesco Castelli, Giampiero Carosi. *Factors predicting uptake of Voluntary Counselling and Testing (Vct) in a real-life setting in a mother-to-child Center in Ouagadougou (Burkina Faso)*. Sottoposto per pubblicazione a rivista medica internazionale.



**/ VIOLENZA
CONTRO LE DONNE**

/ IL VOLTO DELLA VIOLENZA

Sandra M. Kabir

Consiglio Internazionale
sulla Gestione dei Programmi
di Popolazione (ICOMP),
Gran Bretagna

L'incidenza della violenza contro le donne

In media una donna dovrà essere oggetto di violenza trentacinque volte prima di cercare aiuto e una donna su tre è destinata a subire violenza nel corso della sua vita. In Gran Bretagna, nel quaranta per cento di tutti gli omicidi subiti da donne, le vittime vengono uccise dai loro partner. Ogni anno, migliaia di donne vengono uccise a causa di conflitti legati alla dote o vengono sfigurate dall'acido che viene loro gettato in faccia. Negli Stati Uniti, oltre 5,8 miliardi di dollari vengono spesi in quelli che vengono definiti costi per i danni alla salute causati dalla violenza sulle donne da parte dei loro partner. Queste sono solo alcune delle cifre prese dall'ottimo documento dell'Unifem "Neanche un minuto di più: finirla con la violenza contro le donne". In particolare, nella sfera della salute sessuale e riproduttiva, si verifica una violenza anche ogni volta che una donna muore o resta invalida come conseguenza del parto.

Potremmo riempire pagine su pagine con le statistiche e i casi di studio. Ed è deprimente fornire un numero sempre maggiore di fatti e cifre.

Cause ed effetti della violenza di genere

Indici di alfabetizzazione molto bassi.

Gli indici di alfabetizzazione per le ragazze e le donne sono molto inferiori a quelli degli uomini. Un fatto questo che le mette im-

mediatamente in una situazione di svantaggio in termini di sviluppo personale e di autostima. Di fatto sono meno in grado di negoziare i propri diritti e di esigerne il rispetto, sia nel contesto della famiglia che all'esterno.

Difficoltà economiche estreme. In generale, le donne sono di ceto basso e svolgono un ruolo secondario rispetto agli uomini. Le ragazze e le donne sono considerate un peso finanziario. Le ragazze vanno nutrite e vestite fino a quando vengono date in matrimonio e consegnate quindi ad un'altra famiglia. Le mogli sono sostituibili, quindi se muoiono per mancanza di cure mediche al fine di risparmiare denaro, la cosa non viene considerata una disgrazia. Molti paesi hanno un'economia depressa, con un gran numero di persone disoccupate o sottoccupate. Questo porta a frustrazione, rabbia e a volte sfocia nel consumo di droghe. In queste circostanze, le donne sono spesso oggetto di violenza, sia fisica che emotiva.

Tradizioni e pratiche sociali. Molte tradizioni sostengono e incoraggiano la sottomissione delle donne. Questo prende varie forme, per esempio le ragazze e le donne vengono indottrinate a non avere delle grandi aspettative per sé e ad accettare che gli uomini sono superiori a loro. Un'altra delle forme è il minore accesso delle donne all'istruzione, alle cure mediche, ecc. La pratica del *sati* (far morire una donna sul rogo dove brucia il cadavere del marito), o il prezzo della sposa sono un ennesimo esempio ancora di pratiche tradizionali che implicano una violenza di genere. La consuetudine per le ragazze e le donne di mangiare meno degli uomini è determinata da pratiche sociali che incoraggiano le donne a rendersi invisibili e a portare quella che viene definita fortuna alla famiglia. Questo non fa che peggiorare lo stato di malnutrizione e porta ad esiti fatali nel parto nonché a molte altre complicazioni per la salute delle donne. Non solo alle donne viene insegnato che gli uomini sono migliori di loro, ma è la società nel suo insieme ad essere indottrinata.

I ragazzi si aspettano che le loro sorelle siano deferenti nei loro confronti, i mariti si aspettano che le mogli svolgano un ruolo secondario rispetto al loro nella famiglia e così via. Poiché vengono considerati superiori, gli uomini infliggono alle donne violen-

za per evitare di “perdere la faccia” nei confronti della famiglia e della comunità.

Quindi, se una donna dà voce al proprio scontento e avanza delle richieste al marito, viene picchiata per insegnarle qual è il posto che le compete e per mostrare agli altri che è il marito a comandare.

Forme della violenza di genere

Le donne possono essere soggette a violenza di genere in molti modi: violenza domestica, violenza sul luogo di lavoro, violenza inflitta da uno sconosciuto o violenza durante i conflitti e le guerre.

La violenza può essere fisica, emotiva ed economica. L'annientamento psicologico delle donne è a sua volta una forma di violenza di genere.

Dalle donne ci si aspetta che siano: tolleranti, pazienti, auto-cancellate, obbedienti, tenute a tenere alto l'onore della famiglia in qualunque circostanza, con aspettative scarse e, più in generale, disposte ad essere cittadine di seconda classe. La violenza fisica sulle ragazze e sulle donne comprende schiaffi, percosse, calci, ustioni, marchiature a fuoco, tagli, mutilazioni, amputazioni, bruciature con l'acido e molto altro ancora. I pretesti forniti dagli uomini per queste violenze sono: il fatto che abbiano disobbedito, replicato, parlato troppo, non portato una dote sufficiente, non aver preparato un buon pasto, ecc.

Le donne e le ragazze sono poi soggette a violenza economica quando vengono private di una nutrizione ottimale, delle opportunità di istruzione, di una formazione per esprimere le proprie capacità o vocazioni e della possibilità di entrare nel mercato della forza-lavoro retribuita. Le donne in certi casi producono degli articoli vendibili ma restano a casa mentre i loro uomini vendono i prodotti e si tengono i soldi.

Nutrizione. Tradizionalmente, le ragazze e le donne mangiano meno.

Fin dalla nascita viene loro inculcato l'idea che è “normale” che gli uomini e i ragazzi mangino di più e meglio perché i maschi lavorano fuori di casa, portano un reddito e quindi sono “superiori” e gli è dovuta deferenza. Tra le famiglie più conservatrici in Bangladesh, ad esempio, è *lokki* o meritevole che una donna mangi per ultima

e in quantità minore, poiché la cosa porta fortuna alla famiglia.

Omicidi. Le donne vengono uccise per il semplice fatto che sono donne, per tutta una lista di motivi. Nell'Asia del Sud si verificano molti casi di assassinio perché la moglie non ha portato una dote sufficiente alla sua famiglia di acquisizione. In India, ad esempio, la tradizione del *sati* esiste ancora. L'assassinio avviene anche nel caso in cui si tratti di difendere l' “onore” della famiglia. Questa pratica è particolarmente seguita in Pakistan.

La Rete internazionale per i diritti delle donne vittime di violenza in Pakistan (*International Network for the Rights of Female Victims of Violence in Pakistan , Inrfvvp*) ha svolto molte ricerche sul tema.

Prezzo della sposa. La tradizione del prezzo della sposa è molto diffusa e praticata in Uganda. Invece di consolidare i rapporti tra le famiglie e di contribuire alla stabilità del matrimonio, la ricchezza della sposa dà al marito il diritto di trattare la moglie come un oggetto di cui ha acquisito la proprietà. (Prompt/Progetto Mifumi sul prezzo della sposa e sulla violenza domestica).

Stupro. Lo stupro esiste sia all'interno del matrimonio che al di fuori di esso. Le donne vengono stuprate dal marito, dagli altri membri della famiglia, da estranei o durante i conflitti e le guerre.

Incesto. Benché non si disponga di molte informazioni sull'incesto, si ritiene che questo orrendo crimine non sia infrequente in tutto il mondo. Le conseguenze fisiche e psicologiche di tali esperienze per ragazze e donne non devono essere sottovalutate.

Traffico di esseri umani. Prendere donne, bambine e bambini avanzando false proposte di lavoro, di una migliore istruzione e di una vita migliore, oltre ai rapimenti e agli spostamenti forzati sono tra i mezzi a cui si ricorre per fare traffico di esseri umani. Questo porta allo sfruttamento nel mercato del sesso e al lavoro sottopagato in tutte le sue forme.

Lancio di acido. Il Bangladesh ha un tasso particolarmente alto di uomini (amanti respinti) che lanciano dell'acido in faccia alle donne allo scopo di sfigurarle in maniera permanente, per vendicarsi ottenendo che non riescano mai a sposarsi con un altro.

Violenza contro le donne nel corso del ciclo vitale

Prima della nascita. Si può subire violenza addirittura prima della nascita.

Gli uomini che sottomettono a violenza una donna incinta possono anche nuocere al feto, fisicamente ed emotivamente. Inoltre l'aborto selettivo, il feticidio e l'infanticidio contro gli esseri di sesso femminile non sono un fatto raro in Asia.

Infanzia. Alcune società accolgono la nascita di una bambina con sentimenti di vergogna e di delusione, e non le viene riservato alcun festeggiamento come invece accade per la nascita di un maschio. E' risaputo che si investe meno per la salute e l'istruzione delle bambine rispetto ai bambini. Questo ha ovvie conseguenze in termini di malattia e di mortalità, oltre che in termini di mancato sviluppo personale.

Adolescenza. In molti paesi le ragazze vengono date in matrimonio al di sotto dell'età legale e senza il loro consenso. Generano figli prima che il loro corpo abbia raggiunto la maturità necessaria, con conseguenze disastrose. La loro libertà di movimento subisce restrizioni una volta raggiunta la pubertà, quando inizia ad essere loro impedito di istruirsi e praticare attività fisiche e ricreative. A questo punto della loro vita, alle ragazze viene insegnato a mantenere un atteggiamento "riservato", che è l'inizio del loro stato di asservimento all'uomo.

Età adulta. In molte società dalle donne ci si aspetta che si sposino e quindi non viene loro concessa la facoltà di restare nubili o di convivere. Si assumono le responsabilità domestiche, ma fin troppo spesso non hanno il diritto di prendere delle decisioni che riguardino sé stesse o la propria famiglia. Un'istruzione superiore o la possibilità di lavorare restano un sogno irrealizzato. La violenza, fisica, emotiva e di altro tipo, diventa uno stile di vita. In molte società, la vita delle vedove è notoriamente grama.

Dopo l'età fertile. Quando le donne concludono il loro ruolo di riproduttrici, soprattutto di figli maschi, la loro condizione nella famiglia cambia. Da loro ci si aspetta che diventino molto pie e che si dedichino interamente ad aiutare gli altri membri della famiglia nelle loro attività di lavoro e di accudimento. Diventano completamente dipendenti dalla

carità dei componenti della famiglia per il loro sostentamento quotidiano.

Morte. Molte società hanno delle cerimonie religiose di tipo superiore per gli uomini quando questi muoiono.

Alle donne viene riservata meno importanza e si spende meno denaro per la loro sepoltura o cremazione.

Rapporto tra la violenza di genere e salute e diritti riproduttivi e sessuali

La violenza di genere ha una diretta conseguenza sulla salute delle donne in generale e sulla salute sessuale e riproduttiva in particolare. In termini di salute mentale, in seguito alla violenza, le donne possono soffrire di: depressione, ansia, sintomi psicosomatici, disordini alimentari, disfunzioni sessuali e tendenza al suicidio. Le conseguenze sulla salute sessuale e riproduttiva sono: problemi ginecologici, esperienze sessuali precoci, sesso non protetto, aborto, infertilità, scarso peso alla nascita, aborti spontanei, ferite ai genitali, infezioni dell'apparato riproduttivo, Hiv/Aids, gravidanze problematiche e difficoltà di allattamento, aumento di comportamenti sessuali a rischio nelle adolescenti, dolori pelvici cronici e rapporti sessuali dolorosi. Le donne che sono state violentate da bambine tendono ad avere sesso non protetto più spesso che le donne che non hanno subito una tale esperienza. Ovviamente fra le gravi conseguenze dello stupro e dell'incesto ci sono le gravidanze non desiderate.

Il sesso non protetto imposto con la forza, che a sua volta porta a gravidanze non desiderate e/o a infezioni sessualmente trasmissibili, fa anch'esso parte della violenza di genere.

L'aborto forzato, con la collusione della famiglia e dei prestatori di servizi, è molto diffuso. Una donna può essere costretta dalla famiglia a subire un aborto se non è sposata o se si sa che il feto è femmina. Inversamente, a una donna può essere impedito di abortire o di ricorrere alla contraccezione, violando così il suo diritto ad operare una scelta. La violenza di genere riduce a tal punto l'autostima di alcune donne, che esse non riescono a decidere o a esigere l'uso di un contraccettivo. Il risultato sono delle gravidanze indesiderate e le

loro relative conseguenze.

Altre conseguenze della violenza di genere che compromettono la salute delle donne sono: tendenza a riproporsi nel ruolo di vittime, prostituzione, abuso di sostanze, invalidità parziale o permanente, nutrizione insufficiente, aggravamento delle malattie croniche, traumi cerebrali e dolori cronici.

Un contesto globale di violenza

Nel mondo attuale la violenza è incoraggiata e addirittura elogiata a tutti i livelli.

Guerre e invasioni vengono intraprese al di fuori delle sanzioni dell'Onu.

E' lecito supporre che questa tendenza persisterà nell'immediato futuro, con donne violentate nel corpo, nella mente e nell'anima. Si tende a chiudere un occhio nei confronti di quei paesi che autorizzano o praticano il ricorso alla violenza in nome della lotta al terrorismo o della sicurezza.

Non c'è modo per le vittime di poter fare ricorso all'assistenza legale o alla giustizia. In questo contesto, o stato di cose, non ci si può aspettare che al problema della violenza di genere venga data priorità o una qualche significativa attenzione.

Risorse finanziarie. Creare una mappa dei finanziamenti messi a disposizione dai donatori, sia che si tratti di governi, di fondazioni o altro, da destinare al lavoro sulla violenza contro le donne è difficile.

Tali risorse sono inserite in varie altre linee budgetarie e non sono evidenziate autonomamente. Forse dovremmo discutere se sia opportuno e/o strategico insistere per avere elementi di una linea budgetaria separata per i progetti di violenza contro le donne.

Risorse umane. La risorsa umana più importante per il lavoro sulla violenza di genere è la buona volontà: delle comunità, dei governi locali e nazionali, dei donatori e della società civile nel suo insieme.

Similmente, l'impegno per impedire la violenza di genere e per prendersi cura delle donne che ne sono vittime è di importanza fondamentale.

L'impegno deve essere sentito e da esso dipende il successo di qualunque sforzo.

In un numero sempre più grande di paesi, sia donne che uomini stanno acquisendo sempre più capacità di trattare i problemi che derivano dalla violenza in tutte le sue

forme. Ad esempio, in Bangladesh, l'Università ha introdotto un corso di *counselling* in materia e i laureati di quel corso vengono impiegati in progetti che comportano attività para-legali e di altro tipo.

Collettivamente, è stata accumulata una notevole esperienza nella pianificazione, l'applicazione, il monitoraggio e la valutazione di progetti/programmi che vertono sulla violenza contro le donne. Tuttavia, si tratta di esperienza disseminata e che non evolve con un assetto sistematico.

Alcune definizioni sulla violenza e sulla discriminazione contro le donne

Definizione di violenza domestica del progetto Lantern (The Lantern Project, Polizia delle West Midlands, Gran Bretagna).

“La costante restrizione e/o la semplice negazione dei diritti umani fondamentali di almeno una persona da parte di una o più altre persone in un contesto di rapporti domestici attraverso un uso improprio del potere infliggendo torture di tipo fisico, sessuale, emotivo o finanziario (ad inclusione delle minacce alla vita stessa)”. Questa, di fatto, è la descrizione di una violenta dittatura nel contesto delle pareti domestiche.

Definizione di Birmingham (Seminario realizzato con il sostegno dell'Unfpa “The South Mentoring the North”, 1999).

La violenza domestica contro le donne: è l'esercizio del potere patriarcale e del controllo sulle donne nel contesto della famiglia; ha alla sua base il sistema patriarcale che è rinforzato da pratiche religiose, culturali e sociali e da tradizioni oltre che dallo stato; si manifesta in maniera trasversale, indipendentemente da età, casta, classe, istruzione, stile di vita, stato civile, razza, religione, sessualità; può essere manifesta o nascosta e include abusi di tipo fisico, sessuale, mentale, economico ed emotivo.

Definizione della Cedaw (Convenzione per l'eliminazione delle discriminazioni contro le donne).

“Per gli scopi della seguente Convenzione, il termine 'discriminazione contro le donne' avrà il significato di qualunque distinzione, esclusione o restrizione operata sulla base del sesso, che abbia l'effetto o la finalità di limitare o negare alle donne il riconoscimento, lo svago o l'attività fisica, indipendentemente dal loro stato civile, su una base di uguaglianza tra uomini e donne, dei diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualunque altro campo”.

Documenti/Strumenti Internazionali

Convenzione dei diritti dell'infanzia

Articolo 191

“Gli Stati membri prenderanno tutte le misure adeguate legislative, amministrative, sociali ed educative per proteggere il bambino da tutte le forme di violenza fisica o mentale, da ferite o abusi, da negligenza o trattamenti negligenti, maltrattamenti o sfruttamento, incluso l'abuso sessuale, mentre questo si trovi ancora sotto la tutela del genitore o genitori, del tutore o tutori legali o di qualunque altra persona abbia la tutela del bambino.”

ICDP + 5

Rapporto ONU sul Comitato ad hoc della 21esima sessione speciale dell'Assemblea Generale, New York 1999

Sezione III: Eguaglianza di Genere, equità ed empowerment delle donne

A. Promozione e protezione dei diritti umani delle donne

39. “I governi devono fare in modo che i diritti umani delle donne e delle ragazze vengano rispettati, protetti e promossi attraverso lo sviluppo, l'attuazione e un'efficace applicazione legale di politiche e leggi specifiche per i problemi di genere”.

Cedaw Articolo 1

“Per gli scopi della seguente Convenzione, il termine 'discriminazione contro le donne' avrà il significato di qualunque distinzione, esclusione o restrizione operata sulla base del sesso, che abbia l'effetto o la finalità di limitare o negare alle donne il riconoscimento, lo svago o l'attività fisica, indipendentemente dal loro stato civile, su una base di uguaglianza tra uomini e donne, dei diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualunque altro campo.”

Pechino + 5. Rapporto Onu sul Comitato ad hoc della 23esima sessione speciale dell'Assemblea Generale, New York 2000

Sezione D: Violenza contro le donne

13. “E' ampiamente accettato che la violenza contro le donne e le ragazze, si verifichino in pubblico o nella vita privata, è tema di diritti umani...”

14. Ostacoli : Le donne continuano ad essere vittime di varie forme di violenza. Una inadeguata comprensione delle cause che sono alla radice di tutte le forme di violenza contro le donne e le ragazze, ostacola gli sforzi per eliminare la violenza contro le donne e le ragazze.”

Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale, settembre 2000

Dichiarazione Onu del Millennio

V. Diritti umani, democrazia e buon governo
25. “Per combattere tutte le forme di violenza contro le donne e per applicare la Convenzione per l’eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne”

Incontro intergovernativo di alto livello per la revisione delle applicazioni regionali della Piattaforma d'azione di Pechino e dei suoi risultati regionali e globali (Unescap) Bangkok, settembre 2004

Pro-memoria

I. Introduzione

“Sulla violenza contro le donne, le questioni riguarderanno l’insieme delle questioni controverse che vanno dalla discriminazione di genere e la violenza domestica al tema delle donne e i conflitti armati e al traffico di donne e bambini. Nelle società dove le donne sono considerate cittadini di seconda classe e sono soggette a situazioni degradanti, coloro che hanno una scarsa capacità di risolvere i conflitti in maniera pacifica tendono a ricorrere alla violenza come modo per uscire dal confronto. Quindi, dato il tasso di violenza e di crimini contro le donne, adeguate misure per prevenire le manifestazioni di violenza e proteggere e sostenere le vittime sono di importanza fondamentale. Inoltre in alcuni paesi nella regione dell’Asia e del Pacifico i conflitti razziali, religiosi e politici sono tra le maggiori minacce alla pace.

La violazione dei diritti umani delle donne in situazioni di conflitto armato spesso non è neanche presa in considerazione, né lo è il ruolo delle donne nel processo decisionale relativo alla pace.”

Soluzioni

Conosciamo le soluzioni alla violenza contro le donne o alla violenza di genere. Siamo in grado di fornire delle risposte. Queste includono:

Adottare l'approccio basato sui diritti/ciclo della vita

Molte organizzazioni, tra cui l’Unfpa, stanno promuovendo questo approccio. Prende atto del fatto che la violenza inizia prima ancora che il neonato femmina venga alla luce e continua, nelle sue molte forme, fino al momento in cui l’essere umano femmina muore. Un approccio basato sui diritti implica che le donne devono poter godere dei diritti umani di base che includono il diritto alla vita, ad un’esistenza libera dalla coercizione e dalla violenza, ecc, ecc.

Rendere possibile la pace nel mondo

Ogni essere umano ha la responsabilità di rendere possibile la pace, a cominciare dalla famiglia. La violenza, in qualunque sua forma, deve essere aborrita, denunciata e impedita. Le organizzazioni internazionali, come le Nazioni Unite, devono essere spinte a ottenere e mantenere la pace. La razza umana deve aspirare a una pace mondiale che a sua volta avrà delle conseguenze positive sulla violenza contro le donne.

Approvare una legislazione appropriata e la sua applicazione

Molti paesi hanno delle leggi (buone, cattive o variate) che riguardano la violenza di genere. E’ necessario un impegno perché queste leggi vengano migliorate. Nei paesi in cui le leggi ci sono, ma non vengono applicate o rispettate, e’ necessario un approccio diverso.

Favorire l'aumento di capacità e consapevolezza

E’ necessario creare nell’insieme delle comunità la consapevolezza del fatto che la violenza contro le donne è inaccettabile. Questo porterà a dei cambiamenti sociali che richiederanno numerosi anni, molte risorse e perseveranza.

E’ essenziale, inoltre, creare negli individui, nelle famiglie, nei gruppi, nelle comunità, nelle associazioni, nei governi locali, nello

stato, nelle organizzazioni regionali e internazionali la capacità di mettere in atto una prevenzione della violenza di genere e di occuparsi delle donne che ne sono vittime.

Costruire e mantenere legami e rapporti

Dobbiamo tessere una soluzione che sia un ricamo a più colori e a più trame per contrastare la violenza contro le donne, coinvolgendo sia gli individui che le organizzazioni internazionali. Bisogna creare legami tra famiglie e comunità, tra stati e amministrazioni locali, tra vari paesi della stessa regione, tra paesi di tutto il mondo con l'aspirazione e lo scopo di eliminare la violenza contro le donne.

Capitalizzazione di impegni e prioritizzazioni

Nella sezione sulle Risorse Internazionali di questo stesso documento, sono stati citati alcuni dei documenti che possono essere usati se si lavora sulla violenza contro le donne. Tra questi: Pechino +5, Cedaw, la Convenzione dei Diritti del Bambino, Icdp+5, Mdgs, ecc.

L'Unfpa ha sviluppato o sta sviluppando una strategia sulla violenza di genere che può essere usata in maniera efficace.

Ottenere dei maggiori stanziamenti di risorse

Ovviamente, per lavorare sulla violenza di genere sono necessarie molte più risorse. I governi devono fare degli stanziamenti di maggiore entità per lavorare nei propri paesi oltre che per finanziare le nazioni con meno risorse.

Una migliore utilizzazione di tali fondi per un impatto ed un'efficacia maggiori è una parte intrinseca dello stanziamento di risorse.

Lo stesso vale per le risorse umane, come citato prima in questo stesso documento.

In conclusione

Tenere conferenze su conferenze e incontri dopo incontri per rimuginare sul problema della violenza contro le donne e sulle sue soluzioni non ci sta portando da nessuna parte. Perché? Perché alla razza umana non importa veramente che le ragazze e le donne, che costituiscono il cinquanta per cento della popolazione mondiale, siano in

uno stato di soggezione e relegate ad un'esistenza vissuta nella paura della violenza, fisica, emotiva, psicologica, economica, religiosa e sociale.

Presentiamo al mondo il quanto della sfida e poniamoci l'obiettivo di farne un luogo in cui le donne vivano libere dalla violenza e dove possano esprimersi al meglio per dare il loro contributo alla pace, alla prosperità e al benessere.

/ PREVENIRE E CURARE LA VIOLENZA SULLE DONNE IN CONTESTI CULTURALI DIVERSI

Cristina Angelini
Psicologa,
esperta Aidos

Secondo la Dichiarazione delle Nazioni Unite sulla violenza contro le donne, violenza di genere è "ogni atto di violenza basato sull'appartenenza di genere, sia di tipo fisico che sessuale che psicologico, includendo minacce, forme di coercizione o di deprivazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che privata".

Fondamentalmente si intendono tutte le forme di violenza domestica; abuso sessuale e abuso infantile. Il termine "genere" è stato incluso a indicare il fatto che la maggior parte delle vittime sono di sesso femminile, e hanno, per questo, uno status sociale inferiore a quello maschile; c'è cioè uno squilibrio di potere.

Nei consultori creati da Aidos in collaborazione con Ong locali, viene portato avanti un lavoro per prevenire, diagnosticare e trattare la violenza di genere ed è probabilmente la parte più difficile del lavoro dei consultori. L'approccio di Aidos è sempre molto rispettoso della cultura e delle tradizioni locali. Il punto di partenza è sempre l'ascolto e l'osservazione della specifica realtà in cui si lavora per individuare i bisogni e le problematiche locali.

Non c'è la volontà di imporre concetti di altre culture, ma si cerca il modo di affrontare anche le tematiche più scottanti in un modo accettabile culturalmente.

La metodologia nella formazione del personale è partecipativa ed esperienziale, perché l'esperienza è la premessa per qualunque possibile trasformazione: cioè un reale

cambiamento è possibile se sono possibili esperienze dirette nei processi di apprendimento soprattutto rispetto a questo tema che, ovunque nel mondo, muove potenti emozioni e risente di pregiudizi e convinzioni limitanti.

Invece di fare lezione, viene sollecitata un'elaborazione di gruppo dei concetti, a partire dalla definizione di sesso (determinato biologicamente) e di genere (i ruoli dati dalla società e dalla cultura di appartenenza). Solitamente si inizia con esercizi di sensibilizzazione volti a mostrare la differenza tra sesso e genere e a fare prendere consapevolezza e toccare con mano la determinante culturale presente in ciò che noi pensiamo debba essere un uomo o una donna, che è evidentemente molto diverso nelle varie culture!

Ad esempio vengono fatte fare libere associazioni sui 2 termini di sesso e di genere; vengono recuperati i proverbi e i detti popolari riguardanti il tema analizzando i messaggi di fondo che ne risultano; si lavora sul ricordo delle esperienze personali che hanno determinato la nostra identità di genere. L'obiettivo è apprendere la differenza tra "sesso" e "genere"; aprire una riflessione sulle aspettative sociali e gli stereotipi rispetto al genere; avere una opportunità di comparare le proprie esperienze personali; poter realizzare come il genere ha influito sulla propria esperienza e sulla propria maniera di pensare; introdurre il concetto di violenza di genere e aprire una riflessione su cosa si intende per violenza (sia fisica che sessuale che emozionale) e su come certe forme di violenza siano profondamente radicate nella cultura di appartenenza, tanto da non essere più riconosciute come tali; mettere a fuoco i principali preconcetti e le convinzioni limitanti tra lo staff (che sarebbe bene avere al completo, dal personale delle pulizie alla direttrice, perché il nostro è un lavoro trasversale).

Sono proprio i pregiudizi di cui tutti indiscriminatamente siamo portatori, sia pure a livello non consapevole, a impedire il riconoscimento e il trattamento del problema. Se non viene fatto un lavoro di consapevolezza sulle convinzioni limitanti rispetto alla violenza, è addirittura difficile riconoscerla. In tutti i contesti culturali emergono convin-

zioni limitanti (alcune, a volte, veramente sconcertanti, soprattutto quando espresse da psicologhe e ginecologhe).

Le più frequenti sono: "se l'abuso viene perpetrato, la vittima ha fatto qualcosa per provocarlo" (ci sono stati molti dibattiti sull'abbigliamento delle donne violentate, ma le statistiche hanno dimostrato chiaramente che la vittima "tipo" è proprio la donna più dimessa); il non credere a quanto raccontato; la minimizzazione di alcune violenze culturali, come: "l'omicidio d'onore è esagerato dalla stampa"; la negazione di alcune forme di violenza, tipo: "l'abuso infantile da noi non esiste".

Speciale attenzione va data al personale sanitario (quindi ginecologhe, ostetriche e infermiere) perché è spesso il primo o l'unico riferimento dell'utente del servizio e perché spesso non ha una formazione psicologica sufficiente. Nei consultori è importante creare un ambiente che comunichi che il tema della violenza può essere discusso e trattato e che trasmetta un senso di sicurezza alla vittima portandola ad aprirsi.

Un'altra importante barriera al riconoscimento della violenza è costituita dall'eventualità, purtroppo frequente, in cui ci siano vittime tra lo staff, che quindi possono mettere in atto varie risposte difensive di fronte a un problema che le tocca direttamente e che fa male: può essere un blocco a parlare, un'attitudine a minimizzare, a negare o anche a rifiutare il tema (per esempio addormentandosi durante le sessioni sulla Gbv o evitando di partecipare).

Il nostro lavoro si articola in 3 momenti: prevenzione, diagnosi e trattamento. Della prevenzione, punto molto complesso, parleremo alla fine. Rispetto alla diagnosi, proponiamo che lo screening venga fatto a tutte le utenti, perché è ormai verificato come ogni donna sia potenzialmente vittima di violenza, anche se alcune situazioni sociali sono facilitanti. Va data attenzione alle forme di violenza specifiche di quel paese (per es. il fenomeno delle streghe in Nepal o degli omicidi d'onore in Giordania e in Palestina; la poligamia; etc.): più la violenza è radicata nella cultura meno è riconoscibile e si tende a minimizzarla e a considerarla normale. Per esempio nelle culture in cui il ruolo riproduttivo della donna è

centrale (in gruppi sull'educazione sessuale ho sentito spesso le donne dire che "l'unico piacere femminile è nella maternità") il non essere fertili comporta spesso il ripudio matrimoniale, approvato da molte tra le stesse donne, anche laddove non è accertato che la causa della sterilità sia femminile. Oltre alla formazione specifica di chi si occupa praticamente dello screening, è importante dare attenzione al *setting*, che deve necessariamente comportare una certa privacy, cosa in alcuni contesti niente affatto scontata, che è fondamentale per poter stabilire un rapporto di fiducia. Il trattamento di queste pazienti, a prescindere dal contesto culturale, è difficile, perché una lunga storia di violenza crea la rottura del senso di integrità della persona. Donne che hanno subito forme di violenza familiare e culturale, non dichiarata come tale, spesso coperta da "amore" o data come "normale" dalla famiglia e dalla cultura di appartenenza, hanno una percezione di sé ed un senso di autostima bassi, ed è qui che si articola una parte cruciale del trattamento, prevalentemente in gruppo: quella sull'autostima e sul recupero di un senso di speranza e di fiducia nel prossimo. L'utilizzo dei gruppi si è dimostrato essere lo strumento migliore nel trattamento di questi casi, in primo luogo perché rompe il senso di isolamento e di "diversità" che le vittime di violenza invariabilmente sperimentano. Diventa uno spazio franco, sicuro, in cui poter parlare senza correre rischi, e in cui poter ritrovare la fiducia in altri esseri umani. È una situazione protetta che consente di imparare nuove modalità, e che offre potenti possibilità di crescita, creando un ambiente affettivo e accogliente, in cui ascoltare ed essere ascoltate spesso per la prima volta; un'atmosfera di calore, rispetto, accettazione reciproca, nonché di supporto e di scambio per donne che a volte hanno subito violenza dal momento stesso in cui sono nate e a cui non sono mai stati riconosciuti diritti. Una leva motivazionale che si è rivelata importantissima è quella dei figli: poter ristrutturare la rappresentazione di se stesse da quella di "madri che subiscono in silenzio per proteggere i figli", a quella di madri che, pur non volendolo, espongono i figli a una violenza vicaria o

diretta che comporta sempre l'introduzione di schemi comportamentali distruttivi che verranno ripetuti in età adulta, nel ruolo di vittima o di aggressore, come confermano numerosi studi.

Laddove non è possibile dichiarare che il tema del gruppo è la violenza, specialmente sessuale, come in Palestina, ho suggerito di usare come pretesto i gruppi di rilassamento (tipo training autogeno). In Giordania e in Palestina ci sono ogni anno diversi casi di "omicidio d'onore", le cui vittime sono donne, e gli aggressori membri della famiglia che si sentono disonorati dal comportamento femminile, anche se si tratta di stupro. In questi casi le donne rischiano seriamente di essere uccise se si scopre che sono state violentate, e capita che si lavori su casi di stupro in cui il tema principale è come e se ricostruire l'imene (in Giordania esiste una figura deputata legalmente al controllo dell'integrità dell'imene della donna, a cui la famiglia o il neosposo possono rivolgersi per avere una certificazione legale). Per la vittima, prendere qualunque decisione, ed accettare una consulenza, sia psicologica che legale, è impossibile senza il lavoro preliminare sulla costruzione del rapporto di fiducia, cosa che spesso richiede tempi molto lunghi. Questo rende queste pazienti molto difficili e frustranti per lo staff, che spesso sente i propri sforzi vani di fronte ai continui ripensamenti e all'incoerenza del progetto terapeutico. La frustrazione dello staff è poi spesso aumentata da assetti giuridici spesso assolutamente deficitari. Ecco alcuni esempi. In Giordania la presa in carico legale di bambini vittime di maltrattamento è possibile solo sotto consenso paterno, cioè, in molti casi, dello stesso maltrattatore. Lo stesso direttore del Family Protection Department (l'istituzione giordana che si occupa dei casi di abuso infantile e familiare) ha confermato che per le donne vittime di violenza non sanno che fare, perché non ci sono strutture di ricovero, così evitano di prenderle in carico. In Giordania e in Palestina la pena per chi commette un "omicidio d'onore" ai danni di figlie, sorelle o mogli è in media di sei mesi di carcere, anche nel caso, come quello riportato da Asma Khader (avvocata giordana), in cui l'omicida d'onore era colui

che aveva disonorato: un padre che aveva violentato e messo incinta la figlia e che l'ha poi uccisa appellandosi al "delitto d'onore" (Gender Based Violence Conference, Unfpa, 18/09/ 2003). In Giordania diverse donne violentate sono tenute in prigione come forma di protezione dalle famiglie. In caso di separazione molte leggi non tutelano sufficientemente la madre rispetto all'affidamento dei figli, che dopo una certa età (intorno ai 12 anni) devono tornare con il padre anche nei casi di abuso. La poligamia è legale e, anche se non è ben vista da molti, è praticata, soprattutto nelle aree rurali e tra i ceti più bassi, creando grande sofferenza nelle donne che ho ascoltato. In Nepal la poligamia non è legale ma è tollerata; solo da pochi anni è stata cambiata la "legge sulla proprietà" che escludeva le figlie femmine dall'asse ereditario.

Numerose donne nepalesi sono in prigione per aver praticato l'aborto, illegale fino ad un paio d'anni fa, che è spesso l'unica forma di contraccezione. Quello che si verifica a volte è una vera espropriazione del corpo della donna: ho ascoltato donne forzate ad avere molte gravidanze non desiderate, per varie ragioni, la più frequente delle quali è la necessità per la famiglia allargata di una discendenza maschile.

Arrivando alla prevenzione, il lavoro sulla comunità è considerato essenziale, nel nostro approccio.

Viene fatto un lavoro per identificare le strategie di intervento migliori per far conoscere ed accettare i consultori sul territorio, e di sensibilizzazione iniziando ad introdurre il tema della differenza tra "sesso" e "genere". Si mira ad aprire una riflessione su cosa si intende per violenza (sia fisica che sessuale e psicologica) e su come certe forme di violenza siano profondamente radicate nella cultura, tanto da essere considerate normali: non viene trattata solo la violenza ma tutti i temi di discriminazione sessuale o di esercizio di potere basato sull'appartenenza di genere. Cruciale, sia nelle culture arabe che nella società nepalese, è il ruolo che hanno i leader comunitari rispetto alla violenza familiare e sessuale, considerata un problema "privato", strettamente familiare e non sociale. Quasi sempre vengono coinvolti nei casi di violenza più

frequentemente della polizia, che a volte consiglia di rivolgersi a loro per trovare una via di riconciliazione privata.

Lavorare poi con l'adolescenza per la prevenzione è davvero importante. Spesso barriere religiose e socio-culturali impediscono a questa fascia di popolazione di entrare in contatto con l'informazione e i servizi di salute sessuale e riproduttiva. Ricordiamo inoltre che in molte culture sono estremamente frequenti matrimoni in età precoce (anche 14/15 anni), a volte tali da mettere a rischio, con le conseguenti gravidanze, la salute delle ragazze, fisicamente e psicologicamente non ancora pronte. I gruppi di adolescenti sono la cartina tornasole della realtà culturale di un paese. È importante imparare a lavorare su quanto emerge in questi gruppi per capire gli specifici bisogni di quella cultura, e come prevenzione sugli stereotipi di genere che sono presupposto della violenza. In Nepal, per esempio, durante una sessione di un gruppo misto, gli adolescenti di una zona rurale vicino a Katmandu hanno raccontato che le donne, durante il periodo mestruale, non possono stare in casa perché considerate impure e, durante quel periodo, dormono nel cortile, anche durante l'inverno. In Giordania, la prima volta che è stato chiesto ad un gruppo di ragazze di rappresentare, in modo estemporaneo, la loro situazione familiare, hanno fatto una scenetta che mostrava la nascita di una femmina, accolta con grande disappunto e poi buttata da una parte. C'era uno stacco e si ripeteva la scena della nascita di un bebé maschio, elogiato e festeggiato da tutta la famiglia.

Quanto rappresentato ricalca i racconti di alcune donne che, se si sa che aspettano una bambina, vengono addirittura non nutrite adeguatamente, rispetto alla gravidanza di un maschio. Nello stesso gruppo di adolescenti, durante un'altra sessione, è stato chiesto di disegnare una figura femminile e una maschile: alcuni disegni mostravano la donna senza la testa o dentro una tomba; un'altro disegno femminile era ripiegato dentro il foglio. Le figure maschili erano quasi sempre rappresentate come libere di uscire fuori casa. Come possono questi comportamenti e queste credenze non condizionare la percezione che le

bambine hanno di se stesse fin dall'origine, quasi come soggetto privo del diritto ad avere diritti?

Un'altra importante (e difficilissima) parte della prevenzione passa attraverso il lavoro sugli uomini. Stiamo sempre più focalizzando il lavoro di sensibilizzazione, fatto da psicologi uomini, sulla salute relazionale e sessuale e non solo sulla salute riproduttiva. Per esempio sia in Palestina che in Giordania molte donne hanno riferito di essere rimaste scioccate dalla prima notte di nozze, sia perché, a volte, completamente all'oscuro della sessualità, sia per l'incapacità degli uomini di creare una relazione adeguata. La nostra sfida è ora quella di spostare il focus sulla "salute relazionale", oltre che riproduttiva. Il passaggio da un modello educativo (per esempio alla pianificazione familiare) a un modello di comunicazione più complesso e circolare, in cui è cruciale capire cosa è importante per gli uomini di quella cultura, quali sono i loro valori e bisogni e partire da qui. Cerchiamo le leve motivazionali, cioè quelle convinzioni o credenze capaci di far "spostare" una persona, cioè di produrre un cambiamento. Queste sono tematiche e metodologie complesse che è difficile sintetizzare in un lavoro di formazione di alcune settimane. Le metodologie che proponiamo sono di avanguardia rispetto a modelli teorici più tradizionali, e a modalità puramente didattiche che troviamo, per esempio, sia in Giordania che in Palestina nel lavoro con i giovani, sia nella scuola che in ambito psicologico. Riteniamo, però, che una metodologia partecipativa e circolare sia l'unica capace di creare un reale cambiamento e i gruppi espressivi di adolescenti sono molto più utili di un anno di lezioni tradizionali! Voglio concludere con un riconoscimento allo staff dei nostri centri, che fa a volte dei veri miracoli riuscendo a realizzare un lavoro complesso dopo sole poche settimane di formazione!

/ SFIGURATE CON L'ACIDO

Elena Doni
Giornalista

“Il velo e le quattro mura” è la formula che in Pakistan riassume il progetto di vita di una donna. E dire che i matrimoni si celebrano con grandi festeggiamenti che durano anche 15 giorni e spese pazze per le famiglie che spesso s'indebitano in modo rovinoso.

Passata la festa, la vita tra le quattro mura diventa spesso una galera. E talvolta la casa dell'orrore. La limitazione della libertà non è infatti il solo scotto da pagare alla persistenza dei costumi patriarcali (che preesistevano all'islam: quindi la religione non c'entra, contrariamente a quello che dicono i fondamentalisti).

Il dramma sta nel fatto che gli uomini si sentono legittimati dalla società a pretendere il totale possesso delle loro donne, mogli, figlie o sorelle che siano. E spesso la loro pretesa a possedere diritto di vita e di morte sulle donne di casa viene sancita dai tribunali tribali - le *jirga* - che emettono sentenze in contrasto con le leggi dello stato.

Ad esempio: il matrimonio in età infantile - e spesso si tratta di bambine date in spose a uomini adulti o addirittura vecchi - è teoricamente proibito ma ancora largamente praticato. Il *swara*, consistente nel dare in sposa una figlia o una sorella come indennizzo di un torto commesso, in genere un fatto di sangue, non trova giustificazione né nell'islam né nelle leggi dello stato, ma è molto diffuso. Così anche il *watta satta*, scambio di ragazze da marito tra due famiglie. Il *karo kari* - delitto d'onore - come qualsiasi altra forma di violenza familiare

contro le donne (cioè reati che in teoria dovrebbero essere perseguiti penalmente) vede di solito la polizia lavarsene le mani con il pretesto che sono “affari di famiglia”. Secondo una ricerca del Ministero delle Donne del Pakistan almeno l'80% delle donne subisce violenze domestiche.

E spesso queste violenze consistono in delitti raccapriccianti: bruciarle col kerosene o con l'acido.

Il kerosene viene usato per cucinare in molti paesi del terzo mondo ed è quindi l'arma più semplice da utilizzare contro le donne. La tragica usanza di dare fuoco a una moglie di cui non si è soddisfatti si è diffusa sia nei paesi del sud-est asiatico che in quelli dell'Africa nera. E suscitano pena profonda le dichiarazioni rese alla polizia quando - non sempre - deve prendere nota dell'accaduto: le donne stesse dicono che è scoppiata la bombola oppure che la cucina “ha preso fuoco”. Sola, alla mercé del marito-aguzzino, convinta che la famiglia d'origine non sarebbe disposta a riprenderla in casa (una bocca in più da sfamare) o che la *jirga* imporrebbe il ritorno dal coniuge, la moglie bruciata non ha altra via d'uscita che dare la versione suggerita dal marito.

Ancora più devastanti sono le bruciature con l'acido. Perché la fiamma passa rapidamente sulla pelle, mentre l'acido continua a scavare e distrugge il tessuto sottocutaneo. Spesso le persone alle quali è stato buttato acido in faccia non hanno più naso, né bocca, né palpebre. Molte perdono la vista e non la recuperano neppure con un trapianto di cornea perché è stato lesa il nervo ottico. Quante sono le donne bruciate con l'acido? Difficile dirlo, dal momento che parliamo di paesi per i quali non ci sono dati certi sulla popolazione, dove non esiste anagrafe e dove spesso le aggressioni non vengono neppure denunciate alla polizia.

Per quello che riguarda il Pakistan c'è chi stima che il numero delle donne “acidificate” sia di 500 all'anno, altri invece dicono che sono almeno 800.

Le chiamano “le nuove lebbrose” perché, respinte dalla famiglia d'origine e da quella maritale, finiscono per mendicare intorno ai luoghi di culto.

Le aggressioni con l'acido sono un classico prodotto degli effetti perversi della moder-

nizzazione. In paesi dove le norme di sicurezza sono quasi del tutto assenti (nel traffico, sul lavoro, nella distribuzione dell'acqua, del latte, dell'elettricità) non solo non esistono leggi rigorose per la vendita degli acidi, ma chi ne fa uso legittimamente, come i gioiellieri, li tiene distrattamente appoggiati su mensole alla portata di tutti. Un documentario francese girato in Bangladesh ha mostrato come, andando da un orafo con una banale scusa, chiunque può procurarsi una bottiglia di acido. E chi non vuole fare neppure questa fatica lo ottiene prendendolo dalle batterie delle automobili.

E tuttavia, osservando da vicino Pakistan, Bangladesh, Nepal, si ha la sensazione che stia lievitando una rivolta contro il "troppo" dell'acidificazione.

Troppo dolore, troppa ingiustizia contro le donne, già tanto discriminate da tradizioni che ne calpestano ogni diritto.

I giornali (per quel che valgono in paesi dove l'analfabetismo si aggira sul 70%) e anche radio e televisione danno spazio ai casi più clamorosi. Le associazioni femminili fanno inchieste sulla condizione delle donne e sul suo peggioramento, soprattutto nella regione del Nord-est del Pakistan, al confine con l'Afghanistan, dove più forte è l'influenza dei fondamentalisti.

Ma è probabilmente il passaparola a fare da cassa di risonanza e a segnalare la volontà delle donne del sud-est asiatico a non rassegnarsi alla violenza estrema dell'acidificazione. A Dacca, in Bangladesh, esiste una struttura di self-help in cui donne che sono riuscite a rifarsi una vita dopo un'aggressione con l'acido confortano quelle appena uscite dall'ospedale e le convincono che si può continuare a vivere.

In Pakistan, dove si trovano 16 centri nati dalla collaborazione della Onlus italiana Smileagain con un'impresa pakistana che si chiama Depilex, ogni volta che si sparge la voce dell'arrivo dei chirurghi plastici italiani si formano lunghe file di donne che chiedono di essere curate. In Nepal altri centri Smileagain stanno nascendo in collaborazione con la Onlus Apeiron di Firenze, che opera in quel paese da otto anni. Da segnalare il fatto che la Depilex pakistana sta creando strutture di formazione per insegnare

alle donne acidificate un lavoro che consenta loro la sopravvivenza.

Sono venuta in contatto casualmente con le iniziative di Smileagain in Italia, dove sono state curate alcune giovani donne pakistane e ho finito per scrivere un libro sulla storia di una di queste ragazze, Fakhra, una ballerina famosa che è stata sfigurata dal marito, ex membro del Parlamento e membro di una della famiglie più ricche e influenti del paese.

Proprio lavorando a questo libro, e dopo essere stata a Dubai e in Pakistan, mi sono convinta che un miglioramento della condizione delle donne in questi paesi "difficili" può nascere solo dalla collaborazione tra noi donne dell'Occidente privilegiato e le organizzazioni femminili e dei diritti umani presenti in quei paesi. Organizzazioni in cui lavorano persone coraggiose e profondamente impegnate: le nostre sorelle lontane.

/ AFFRONTARE LA VIOLENZA DI GENERE ATTRAVERSO IL SISTEMA SANITARIO DI BASE

Bina Pradhan
Sid Nepal

Vorrei esporre i risultati di una valutazione che ho condotto con Aidos, organizzazione che sta realizzando un progetto pilota sulla violenza di genere sostenuto dall'Unfpa. Il progetto comprende un manuale dell'Unfpa, "Fighting Gbv through the health sector" (Lotta contro la violenza di genere attraverso il sistema sanitario di base). La mia valutazione ha riguardato quattro dei dieci paesi: Nepal, Libano, Mozambico e Romania. L'Unfpa ha messo in atto una strategia di lotta contro la violenza di genere. Credo che questo sia uno dei passi più importanti, più innovativi che l'organizzazione ha intrapreso, a partire da quando, nel 1993, l'eliminazione di tale violenza è stata messa in agenda e diverse agenzie Onu hanno iniziato progetti in questo senso. A quell'epoca, l'Unfpa aveva dichiarato, insieme all'Oms, che la lotta alla violenza di genere doveva essere riconosciuta come una priorità di salute pubblica. Il passo successivo fu nel 1998, con le pubblicazioni in materia di salute riproduttiva. Nel 2001 fu elaborata una guida programmatica sull'approccio pratico alla violenza di genere per il personale e i managers di servizi sanitari. In realtà è un protocollo che si è rivelato molto innovativo, nel senso che ha aiutato a integrare la violenza di genere nel sistema sanitario di base. Scopo del manuale è migliorare la disponibilità di servizi per l'identificazione e il trattamento della violenza di genere. E' molto difficile combattere la violenza di genere, e non esiste una sistematica documentazione su questo pro-

blema, né sulle sue conseguenze per la salute o in generale sul suo impatto sulle persone. Il principio che ispira la guida programmatica è dunque offrire servizi sulla violenza di genere là dove le donne già scelgono di andare, ad esempio nelle strutture per la salute riproduttiva. Altri obiettivi sono; definire le migliori modalità di approccio (in alcuni paesi ci può essere più disponibilità a fornire dei trattamenti, in altri meno); creare un ambiente propizio ad affrontare il problema; identificare la violenza, come era in passato e oggi; sviluppare un protocollo e delle politiche per farvi fronte, sensibilizzando il personale sanitario. L'approccio che ne risulta è un approccio integrato, che fa entrare la violenza di genere nelle strutture sanitarie esistenti con collegamenti intersettoriali attraverso i servizi di riferimento. Credo che i servizi di riferimento siano tra i meccanismi attraverso i quali il settore della salute può coordinarsi con altri settori. Spiego ora l'applicazione passo per passo della guida programmatica. Prima bisogna scegliere il luogo del progetto, identificare dove potrebbe avere la migliore applicazione. Ci sono poi tre opzioni modulari, indicate con A, B e C. Con A si comincia probabilmente soprattutto dal materiale educativo, con informazioni di riferimento, il che significa che non stai veramente offrendo un servizio, ma solo offrendo informazioni. Nell'opzione B si chiede anche se le utenti sono state vittime di violenza di genere. L'opzione C comprende le altre due e arriva a offrire alle utenti dei servizi ad hoc. Ciò naturalmente implica la preparazione di una guida di riferimento, che identifichi le principali agenzie che forniscono servizi. E coinvolge anche la comunità; il coinvolgimento è importante, indica anche come la comunità deve essere mobilitata prima di procedere con il progetto. Il passo successivo è sviluppare concretamente le politiche del centro previste dal protocollo della violenza di genere, e poi alimentare la capacità del personale sanitario di offrire un aiuto adeguato alle vittime. Naturalmente, si tratta anche di documentare tutto per trarre insegnamenti su quello che è stato fatto. Dopo un anno di applicazione (per la prima volta) del manuale dell'Unfpa, era importante valutarne l'effica-

cia. La valutazione è stata affidata ad Aidos ed è per conto di Aidos che ho effettuato questa valutazione nei quattro paesi prescelti: Libano, Mozambico, Nepal e Romania. Si tratta di contesti socioeconomici molto diversi, in cui è stato anche utile documentare le caratteristiche peculiari della violenza di genere. Le modalità operative sono state diverse nei quattro paesi. In Libano si è iniziato con l'opzione B - distribuzione delle informazioni e orientamento - adottando un approccio di associazione tra Ong e le strutture sanitarie pubbliche di base che sono state utilizzate. In Mozambico è stata scelta l'opzione C: offerta di informazioni e di servizi sanitari, oltre allo screening sulla violenza di genere. Il manuale è stato introdotto nel pronto soccorso degli ospedali. In Nepal è stata adottata l'opzione C, con una modalità di applicazione su base comunitaria, molto "micro", un progetto pilota micro su base comunitaria, perché non si tratta di strutture governative ma della nostra struttura, il centro di salute riproduttiva; Phect-Nepal è l'organizzazione che ha applicato il manuale in quel contesto. In Romania l'opzione C è stata strutturata a livello distrettuale; è stata creata una "unità di crisi" in cui si offrono servizi medici, legali e di accoglienza, oltre al supporto psicologico per le vittime. Importante poi l'aspetto quantitativo, i dati sul numero accertato di vittime di violenza, sulla loro età e su altri elementi anagrafici. Ebbene, al momento in cui ho effettuato la mia valutazione, la percentuale delle donne risultate vittime della violenza di genere andava dall'11% in Nepal al 47% in Mozambico. Sono percentuali elevate! E il fenomeno è presente in tutte le culture. Le donne dunque sono vittime della violenza di genere indipendentemente dallo sviluppo socio-economico del paese. In termini di istruzione, in termini di reddito pro-capite, la Romania sta a livelli molto più alti del Nepal. Ciononostante i sintomi e il tipo di incidenza sono gli stessi. Le più giovani sono colpite più pesantemente, ma il rischio riguarda tutte le donne. E' risultato anche che le donne disoccupate hanno più probabilità di essere vittime della violenza di genere, e così le donne con un numero maggiore di figli. Altri dati riguardano

forme, cause e conseguenze della violenza sullo stato di salute. Tanto per riassumere, la forma più comune di violenza riscontrata in tutti e quattro i paesi è quella domestica: coloro che usano violenza contro le donne più frequentemente sono i mariti oppure i parenti più stretti, un fatto particolarmente doloroso; la causa principale di violenza resta il conflitto di coppia e l'alcolismo del marito o dei componenti maschi della famiglia. Ma ovviamente esistono altre forme di violenza, quali lo stupro, l'incesto, poi lo stupro da parte del marito e altro ancora; e una stessa donna è vulnerabile a molteplici forme di violenza. La violenza di genere ha gravi conseguenze sulla salute delle donne e le conseguenze sono tante e di vario tipo: trauma ginecologici, gravidanze precoci e indesiderate, ferite, traumi mentali... E allora, quali sono i progressi fatti in termini di sviluppo della capacità di intervento in termini di strutture, laddove la violenza di genere è stata sottoposta a screening, e in termini di cure adeguate ricevute dalle donne? In Libano, 62 fra dottori e infermiere hanno ricevuto una formazione in merito; in Mozambico sono state 66, in Nepal 24 e in Romania 29. Quindi, perlomeno, c'è qualche sviluppo nella capacità di azione, seppur sulla base di un progetto pilota. Nonostante la diversa modalità d'azione nei quattro paesi analizzati, dalla base comunitaria all'attuazione negli ospedali governativi, ovunque è stato potenziato il personale sanitario formato, sono stati prodotti materiali, sono stati creati centri di intervento e servizi di riferimento. Anche in Mozambico, la situazione forse di minore efficacia, è bastato un progetto pilota come questo per avviare collegamenti tra le strutture mediche e non-mediche, come quelli fra cure mediche e assistenza psicologica. E' significativa poi la crescita del numero di utenti che hanno rotto il silenzio e hanno parlato con il personale sanitario ottenendone assistenza. L'altro risultato positivo è stata la creazione di una banca dati sistematica sulla violenza di genere. Inoltre, il manuale è stato anche seguito al di fuori dei progetti pilota. In Romania ad esempio è stato applicato in un'altra zona industriale, dove diecimila donne lavorano in una fabbrica statale. Insomma, il manuale funziona.



**/ LA SOSTENIBILITÀ
DEI PROGETTI**

/ UNA SFIDA DIFFICILE

Maria Grazia Panunzi
Vice Presidente, Aidos

La sostenibilità dei progetti di cooperazione internazionale, quindi il loro futuro sviluppo e auspicata indipendenza, rappresenta la sfida più grande e impegnativa per quanti coinvolti nel settore.

Molto spesso, il capitolo dedicato alla sostenibilità finanziaria nelle proposte di progetto è quello più complesso da elaborare e supera con difficoltà l'esame degli attenti valutatori incaricati di esprimere il loro parere sulla proposta nel suo insieme. Va comunque ricordato che, proprio per la loro natura, i progetti di tipo sociale e che si rivolgono alle persone povere e disagiate difficilmente saranno finanziariamente sostenibili. Pertanto, se l'obiettivo è quello di ridurre la povertà e migliorare le condizioni di vita di migliaia di persone del sud del mondo, i donatori pubblici, sia nazionali che internazionali, hanno un impegno politico verso queste persone indipendentemente dal fatto che i progetti diventino sostenibili in termini finanziari.

Anche per Aidos la sostenibilità di un progetto costituisce un elemento chiave dalla cui attuazione deriva la riuscita dell'intervento,

Nella creazione dei Centri per la salute delle donne, Aidos si è ispirata ai consultori italiani nati intorno agli anni '70 su iniziativa del movimento femminista; una volta riconosciuta la loro validità, con una legge nazionale sono stati istituiti consultori su tutto il territorio nazionale e le risorse per la loro gestione sono state reperite e alloca-

te nel bilancio pubblico. La natura dimostrativa dei progetti di Aidos nasce da questa storia: una volta sperimentata la validità della metodologia dei centri di salute (che a differenza dei consultori italiani comprendono una gamma più vasta di servizi), i governi dei paesi in cui vengono istituiti dovrebbero avviare delle politiche per la loro promozione sul territorio e farsene carico, inserendoli nelle loro politiche e, perciò, anche nei loro bilanci.

È questo un processo difficile e a lungo termine ma soprattutto molto ambizioso che richiede lo sviluppo di strategie, per garantire la sostenibilità dei centri, a breve e medio termine.

Data l'importanza di questa delicata fase del progetto, Aidos ha iniziato ad introdurre nei suoi interventi di cooperazione l'elaborazione di studi di sostenibilità per giungere ad individuare, in ciascun contesto, gli elementi da considerare e applicare per la sostenibilità del progetto e, nel caso di progetti per la salute riproduttiva, dei centri creati.

Se nei suoi progetti di cooperazione Aidos adotta un approccio integrato alla salute sessuale e riproduttiva allora anche la sostenibilità viene pensata e studiata con un approccio integrato ossia nella sua interezza. Questo significa che ogni componente del progetto e così la loro correlazione avrà un impatto sulla sostenibilità per cui l'analisi della sostenibilità dei progetti dovrà focalizzarsi sulla sostenibilità economica e finanziaria e collegarsi al contempo a tutte le altre dimensioni.

È per questa ragione che si parlerà di sostenibilità

- a) economica e finanziaria,
- b) tecnica e metodologica,
- c) manageriale e organizzativa,
- d) socio-culturale, e) istituzionale,
- f) in relazione allo sviluppo e alla politica

Per raggiungere l'obiettivo di sostenere i centri/progetti per la salute delle donne con risorse finanziarie adeguate, ben gestite e generate localmente, si dovranno allora rintracciare quegli elementi della sostenibilità economica e finanziaria rappresentati da finanziamenti locali e internazionali, da una diversificazione della mobilitazione delle risorse, da un'efficiente gestione finanziaria.

Quest'ultima potrà essere determinata da una serie di misure differenziate attuate attraverso la riduzione dei costi (in questo caso si dovrà contare su un efficiente sistema di riferimento con altre strutture del settore), il recupero dei costi (ad esempio quote di iscrizione al centro, pagamento differenziato, in base al reddito, delle prestazioni mediche che consentirebbe una parziale sussidiarietà dei servizi per lo sviluppo sociale). Si potrà prevedere anche la realizzazione di: attività generatrici di reddito; offerta di servizi specifici per il settore pubblico e privato (informazione, formazione e servizi di assistenza tecnica, lezioni di yoga, ginnastica, riflessologia); affitto delle infrastrutture a terzi (medici privati) e contributi comunitari.

Nel considerare la **sostenibilità tecnica e metodologica**, l'obiettivo sarà quello di rafforzare la rilevanza e l'attrattiva dei centri/progetti attraverso l'offerta di servizi che si distinguano per qualità e tipologia. Tali servizi dovranno essere di un livello tecnico adeguato e offerti con una corretta metodologia. I progetti/centri dovranno competere in termini di qualità e innovazione e non solo ed esclusivamente in termini di basso o ridotto costo delle prestazioni. La qualità e la continua formazione professionale delle risorse umane sono elementi cruciali per la sostenibilità e richiedono un grande investimento in termini di assistenza tecnica e capacity building. L'assistenza tecnica di esperti/e internazionali dovrà avere tra i suoi risultati non solo la costituzione di un gruppo professionale formato ed esperto ma anche di formatori in grado di moltiplicare gli effetti dell'assistenza tecnica a livello locale. Pertanto, andranno incoraggiate la capacità di far tesoro delle lezioni apprese dalle esperienze e iniziative precedenti e l'applicazione di buone pratiche che hanno un impatto positivo sulla sostenibilità dei progetti.

La sostenibilità **manageriale e organizzativa** è data dal mantenimento di un sistema di organizzazione e gestione interna efficiente, efficace, flessibile, ricettivo e partecipativo. Essa è strettamente collegata alla **sostenibilità economica e finanziaria** ma con

un'attenzione specifica ai sistemi di gestione finanziaria e amministrativa, ai meccanismi di monitoraggio e di valutazione, alla gestione delle risorse umane, in generale a tutti gli aspetti di razionalizzazione che portano ad un taglio dei costi e ad un uso più efficace ed efficiente delle risorse.

La **sostenibilità istituzionale** consiste nel rafforzare lo status, la credibilità e la sinergia dei progetti/centri con la comunità dei beneficiari e le istituzioni locali governative e non governative operanti nel settore di interesse dei centri: sanitario, sociale, legale, psicologico.

A tal fine è necessario che i centri mettano in piedi una strategia di networking in tutti i settori (privati e pubblici e non profit) e stabiliscano, mantengano e rinforzino rapporti di cooperazione con istituzioni locali, quali scuole, centri sanitari, cliniche private, laboratori, fornitori, compagnie di assicurazione e con istituzioni nazionali, quali i ministeri della sanità, dell'istruzione, dello sviluppo sociale, ospedali, università, autorità governative locali, agenzie internazionali delle Nazioni Unite e Organizzazioni non governative.

Un ulteriore elemento della sostenibilità istituzionale è dato dalla possibilità che i centri/progetti abbiano la prospettiva di diventare un'organizzazione indipendente che possa assumere la natura di impresa sociale o di società *no profit*.

Per **sostenibilità socio-culturale** si intende la capacità di mantenere relazioni armoniche e collaborative con la comunità dei beneficiari inducendo dei cambiamenti sociali positivi, nel rispetto dei valori culturali e delle priorità locali. Per poter raggiungere tale obiettivo è necessario ottenere e mantenere un buon livello di accettazione sociale dei centri/progetti almeno con la comunità diretta dei beneficiari.

Tale accettazione sarà favorita se il centro sarà in grado di dare informazioni imparziali e obiettive supportate dalla conoscenza tecnica e scientifica e non influenzate da valori individuali e soggettivi o da preferenze personali. Occorrerà inoltre essere flessibili e tolleranti, e mantenere buone relazioni con i beneficiari dedicando loro il tempo sufficien-

te per costruire un rapporto di fiducia tale da indurre un cambiamento graduale nelle abitudini sociali e nelle norme culturali.

Quando si contribuisce alla riduzione della povertà e alla promozione dei diritti umani con una prospettiva di genere allora è possibile parlare di **sostenibilità in relazione allo sviluppo e alla politica**. Il centro/progetto diventa, allora, un punto di riferimento e un centro di eccellenza che contribuisce alla definizione e alla messa in atto di politiche e strategie per lo sviluppo sociale locale. Il focus sulla riduzione della povertà di questi progetti rappresenta un elemento di sostenibilità poiché definisce e giustifica il ruolo socialmente utile dei centri nel contesto della comunità locale.

I progetti/centri devono avere ben chiare le caratteristiche socio-economiche e culturali dei beneficiari per offrire servizi mirati alle loro esigenze specifiche e definire le differenti capacità delle/degli utenti a contribuire alla sostenibilità finanziaria dell'intervento. Questo richiede una accurata e sistematica raccolta e registrazione di informazioni e la condivisione di tali informazioni con altre istituzioni del settore per contribuire alla formulazione di politiche e strategie per lo sviluppo sociale del paese.

Sino ad oggi, Aidos ha avviato studi di sostenibilità, condotti da consulenti esterni, per i due centri per la salute creati nella Striscia di Gaza e per quello avviato ad Amman in Giordania (1).

Nel caso della Giordania è stata realizzata anche una missione di *follow up* e assistenza tecnica che aveva lo scopo di fornire allo staff locale gli strumenti idonei per procedere all'analisi della propria sostenibilità e alla messa in atto di strategie appropriate. Per quanto riguarda i centri in Palestina, la situazione politica dell'area ha impedito che si avviasse il piano di sostenibilità studiato. Relativamente agli altri centri per la salute delle donne realizzati da Aidos, ciascuno ha individuato e avviato delle strategie volte a raggiungere la propria sostenibilità, tenendo conto della loro realtà e cultura e, in alcuni casi, adottando o modificando forme organizzative locali.

NOTE

(1) Le riflessioni proposte in questa introduzione sono basate sullo studio di sostenibilità condotto dalla Dott.ssa Alessandra Lustrati, esperta in sviluppo di imprese, per il progetto di salute riproduttiva realizzato da Aidos in Giordania.

/ IL RUOLO DEI SISTEMI DI PROTEZIONE SPECIALE SU BASE COMUNITARIA

Francesca Moneti
Ilo/Step 2004

Le comunità, i governi, le organizzazioni della società civile e le istituzioni internazionali per lo sviluppo hanno iniziato a dedicare attenzione al ruolo svolto dai sistemi di protezione sociale su base comunitaria nell'applicazione dei diritti umani, soprattutto dei diritti di donne e bambini.

Di particolare interesse è il ruolo che questi sistemi svolgono aumentando l'accesso alle cure sanitarie, ampliando nel contempo il ruolo svolto dalle comunità nel proprio sviluppo e, così facendo, contribuendo alla realizzazione di vari Obiettivi di Sviluppo per il Millennio (Mdg), tra i quali la riduzione della povertà.

Una questione importante è capire se tali sistemi comportino una differenza nella vita delle donne in termini di capacitarle ad affrontare i loro problemi di salute.

Per rispondere a questa domanda, Step (1) ha fatto ricorso all'osservazione diretta, ha raccolto e analizzato dati provenienti da 15 schemi di micro-assicurazioni sanitarie in tre paesi (2) e li ha completati con lo studio di casi e interviste provenienti da altri paesi (3).

Estensione della protezione sociale per aumentare l'accesso alle cure sanitarie

Nei paesi in via di sviluppo, l'accesso alle cure sanitarie per le famiglie povere continua a costituire un problema irrisolto. Parte del problema è proprio l'assenza di

servizi sanitari di qualità accettabile nelle comunità povere. Ciononostante, anche quando i servizi esistono, sono spesso sotto-utilizzati a causa delle barriere finanziarie. I sistemi di protezione sociale in materia di salute possono permettere alla gente di coprire i costi delle cure sanitarie. Tuttavia, offrono una copertura limitata. In molti dei paesi meno sviluppati, meno del 10% della popolazione può contare su sistemi statutari di protezione sociale che aiutino a coprire i costi della salute. Tuttavia, in un certo numero di paesi, le organizzazioni della società civile stanno realizzando dei sistemi innovativi di protezione sociale in materia di salute che sono su base comunitaria e sono collegati in misura sempre maggiore allo sforzo messo in atto dai governi per estendere l'accesso alle cure sanitarie. La forma più diffusa di sistema di protezione sociale su base comunitaria è quella della micro-assicurazione sanitaria, a cui a volte si fa riferimento come organizzazione sanitaria mutualistica.

Schemi di micro-assicurazione

Come il loro nome suggerisce, gli schemi di micro-assicurazione sanitaria sono un fenomeno tipico che scaturisce da processi messi in moto a livello locale.

Le loro differenze possono essere considerate una forza, nella misura in cui riflettono le distinte realtà dei diversi gruppi organizzati che realizzano quegli schemi.

Ciononostante, il grande livello di varietà fa sì che sia difficile giungere a conclusioni che siano applicabili a tutti gli schemi di micro-assicurazione sanitaria. Questo aspetto non va dimenticato al momento di considerare il loro potenziale contributo ad incrementare la capacità delle donne di affrontare i loro problemi prioritari di salute.

Questo documento fa riferimento esclusivamente agli schemi di micro-assicurazione che sono su base comunitaria e hanno le seguenti caratteristiche:

a. si fondano sulla solidarietà tra i soci (ognuno paga il contributo su base periodica, ma solo coloro che incorrono in uno dei rischi inclusi nel pacchetto dei benefici possono fare appello allo schema per coprirne i costi);

- b. sono il risultato di un'associazione volontaria;
- c. non hanno scopi di lucro;
- d. sono operanti sulla base di decisioni prese dai soci stessi o dalle loro strutture di gestione;
- e. svolgono opera di promozione del mutuo soccorso tra i soci, alla luce dei rischi sociali che devono affrontare.

Per tutti gli schemi, il termine "micro" si riferisce alla misura ridotta delle transazioni finanziarie, soprattutto alla ridottissima capacità contributiva dei soci.

Tale capacità è proporzionalmente correlata al reddito dei poveri e ai loro obblighi irrinunciabili nei confronti dei bisogni immediati di base per sé e per la propria famiglia. Nel contesto dell'Africa Occidentale e dell'Asia del Sud, i contributi per l'iscrizione annuale sono dell'ordine di uno o due dollari per i singoli individui.

La funzione dell'assicurazione

La funzione primaria dello schema è di fornire un beneficio assicurativo ai propri soci. Come tutti gli schemi assicurativi, comporta la messa in comune dei rischi e la messa in comune delle risorse attraverso il versamento di regolari contributi da parte dei soci. La funzione dell'assicurazione aumenta l'accesso finanziario dei soci ai servizi sanitari. Del facilitato accesso finanziario ai servizi sanitari traggono beneficio soprattutto le donne. A causa della loro inferiore condizione nella società, le donne di solito soffrono di maggiori livelli di esclusione dai sistemi di protezione sociale in materia di salute rispetto agli uomini e hanno minore accesso ai lavori ben remunerati.

Le donne spesso subiscono le conseguenze di una mancanza di protezione sociale a causa del tradizionale ruolo di accudimento che svolgono in casa.

Il pacchetto dei benefici degli schemi di micro-assicurazione varia in maniera significativa, ma deve essere correlato in maniera proporzionale alla capacità contributiva dei soci.

I proventi della maggior parte degli schemi su base comunitaria provengono soprattutto o esclusivamente dal contributo dei soci. Poiché la capacità contributiva è bassa, i

pacchetti dei benefici non possono includere tutto. Ragione per cui le comunità che creano degli schemi assicurativi si trovano a voler coprire molti rischi di salute e, allo stesso tempo, a voler mantenere i contributi ad un livello economico che si possono permettere.

In pratica, gli schemi solitamente coprono un insieme di servizi sanitari preventivi e curativi di base, qualche cura più specialistica e, in alcuni casi, i costi di trasporto alle strutture sanitarie. Alcuni prevedono il pagamento di un ticket per scoraggiare un uso eccessivo e non giustificato dei servizi sanitari. Gli schemi che prevedono la copertura di cure di livello più specialistico spesso stabiliscono un limite al numero annuale di richieste di prestazioni di quel tipo o all'ammontare del rimborso per ognuna.

Più voce in capitolo

La micro-assicurazione, inoltre, dà alle comunità più voce in capitolo nei confronti dei prestatori e dei gestori di servizi sanitari. La maggior coesione in fatto di salute e la messa in comune di alcune delle risorse che vengono usate per coprire i costi delle cure sanitarie, permette loro un maggior potere contrattuale nei confronti degli erogatori di servizi sanitari.

Gli erogatori di servizi sanitari tendono ad apprezzare e a sostenere gli schemi perché contribuiscono a creare una domanda di servizi strutturata e solvibile.

Questo dà a chi si serve della micro-assicurazione un potere contrattuale che non sarebbe possibile per degli utenti individuali. Hanno un incentivo interno a servirsi di questa capacità di collaborare con gli erogatori di servizi sanitari finalizzata a migliorare la qualità dei servizi stessi, perché questo a sua volta contribuirà ad aumentare l'adesione allo schema assicurativo.

Il loro potere contrattuale aumenta ulteriormente quando i vari schemi assicurativi si organizzano in reti e sindacati e possono addirittura arrivare ad influenzare le politiche di protezione sociale e sanitaria e la normativa legale a livello nazionale.

Azione collettiva nel campo della salute

Gli schemi di micro-assicurazione sanitaria danno alle comunità il potere di intrapren-

dere azioni collettive in materia di salute. Si può trattare di campagne d'informazione o di altre attività educative. In alcuni casi, si tratta di collaborare con i prestatori di servizi sanitari per assicurare la reperibilità di farmaci essenziali nei centri sanitari, un'azione questa che va a beneficio sia dei soci che dei non soci.

Possibili interessati allo schema

Comunità

Sono gli attori principali che mettono in piedi e gestiscono gli schemi individuali. Il termine "comunità" è usato nel senso più ampio. Può essere definito su base geografica o sulla base di gruppi accomunati da un qualche interesse, quale il commercio informale, cooperative o associazioni di donne. Le dimensioni del gruppo organizzato possono andare da un'associazione di villaggio costituita da poche centinaia di membri ad un'associazione di commercio informale a cui aderiscono centinaia di migliaia di persone.

Prestatori di servizi sanitari che lavorano in strutture usate dai soci

Questi includono il personale delle strutture sanitarie usate dai soci dello schema. I prestatori di servizi sanitari possono essere pubblici, privati senza scopo di lucro o privati a scopo di lucro. Di solito il personale sanitario partecipa all'attuazione dello schema fornendo informazioni sulle strutture sanitarie e le tariffe, partecipando alla discussione sulle diverse possibili opzioni in materia di pacchetti di benefici. Una volta che gli schemi diventano operativi, è a loro che spetta il ruolo chiave di fornire i servizi sanitari. Questa impostazione si traduce in una sistematica interazione tra i prestatori di servizi sanitari e gli schemi. Esistono anche altre impostazioni, più frequenti in Asia, dove i soci di uno schema possono ricorrere ai prestatori di servizi sanitari che preferiscono e poi vengono rimborsati direttamente in base allo schema su presentazione di prove delle cure ricevute e dei pagamenti effettuati. Questo tipo di impostazione comporta un'interazione meno sistematica tra gli schemi e i prestatori di servizi sanitari (4).

Associazioni di lavoratori e di datori di lavoro

In un certo numero di paesi, associazioni di lavoratori e di datori di lavoro nel settore dell'economia informale hanno creato e gestito degli schemi in maniera diretta o hanno messo a disposizione dei propri soci gli strumenti per farlo. Uno degli esempi più noti di sindacato informale che ha creato uno schema di micro-assicurazione sanitaria è la Sewa (*Self-Employed Women's Association of India*), l'associazione indiana delle donne imprenditrici di se stesse. Oltre ad avere svolto un ruolo diretto nella creazione e nella gestione di schemi, organizzazioni come la Sewa svolgono anche un ruolo importante di influenza sulla politica nazionale e sulla normativa legale. Alcune delle associazioni di lavoratori che forniscono supporto alla creazione di micro-assicurazioni sanitarie hanno anche una voce in capitolo nelle sedi internazionali (la Sewa ha partecipato agli incontri del Global Economic Forum).

Altre istituzioni della società civile

Esiste tutta una varietà di altre istituzioni della società civile che forniscono supporto tecnico, organizzativo o finanziario agli schemi di micro-assicurazione sanitaria. Tra queste, ci sono le Ong che lavorano in attività di sviluppo ed esistono a livello sub-nazionale (distrettuale o regionale) e nazionale.

Governo

Uno dei ruoli importanti del governo è quello di assicurare la disponibilità di servizi sanitari di qualità accettabile. Senza tali servizi, non esisterebbe l'incentivo a creare dei sistemi di assicurazione. Inoltre, a livello locale e distrettuale, il supporto sia dell'amministrazione che dei dirigenti e dipendenti sanitari governativi è importante e può facilitare il funzionamento degli schemi. A livello nazionale, il governo può svolgere un ruolo centrale nel promuovere la copertura della protezione sociale. Questo può comportare il sostegno a sistemi innovativi di protezione sociale e al loro rapporto con i sistemi statutari, in modo da avanzare verso un sistema nazionale di protezione sociale. Un tale sostegno può includere la ricerca di

modi per assicurare la sostenibilità dei sistemi di protezione sociale su base comunitaria e dovrebbe includere riforme delle politiche e della normativa legale.

Istituzioni di sviluppo internazionali

Una varietà di agenzie dell'Onu, di donatori bilaterali e altri partners di sviluppo internazionali forniscono il loro appoggio alle micro-assicurazioni sanitarie. Nel contesto dell'Onu, oltre al programma Step dell'Ilo, che ha accumulato una competenza specifica in questo campo, l'Unicef, l'Unfpa e l'Oms forniscono il loro supporto alla micro-assicurazione in diverse maniere. All'incirca negli ultimi tre anni, si è anche manifestato un interesse sempre maggiore da parte delle istituzioni finanziarie internazionali, soprattutto della Banca mondiale e delle banche di sviluppo regionali. Inoltre, un certo numero di paesi industrializzati stanno fornendo il loro appoggio sia attraverso le proprie agenzie ufficiali di cooperazione allo sviluppo che attraverso le Ong nazionali e internazionali.

Creazione e gestione

Al fine di capire i vari modi in cui le micro-assicurazioni sanitarie rafforzano la capacità delle donne di affrontare i loro problemi di salute prioritari, è necessario avere una certa familiarità di base con il percorso che le comunità affrontano per creare e gestire gli schemi. E' comunque importante ricordare che gli schemi variano enormemente tra loro, di maniera tale che non esiste un "modello" definito per la creazione e la gestione degli schemi di micro-assicurazione, quindi il percorso descritto di seguito non vale necessariamente per tutti gli schemi.

Studio di pre-fattibilità

Durante questa fase iniziale, i promotori della micro-assicurazione contattano i membri della comunità, i prestatori di servizi sanitari e le autorità amministrative per informarli in merito allo schema di micro-assicurazione. Primi e più importanti fra tutti i requisiti, vengono il bisogno espresso dai membri della comunità di coprire i rischi relativi alla salute e la disponibilità ad intraprendere un'azione in quel senso.

La consultazione serve a stimolare la riflessione da parte dei membri della comunità, dei prestatori di servizi sanitari e delle autorità amministrative sulla situazione sanitaria locale e sull'opportunità o meno della micro-assicurazione come meccanismo adeguato per rispondere alle esigenze di salute prioritarie. E' quindi necessaria una presa di coscienza di quello che è la micro-assicurazione e di come funziona.

Se l'esistenza di un bisogno sentito di coprire i rischi di salute viene confermata, diventano di cruciale importanza degli incontri con i membri della comunità, con i prestatori di servizi sanitari e con le autorità amministrative per raccogliere le prime informazioni su quanto segue: esistenza di strutture di assistenza sanitaria di qualità accettabile; accesso all'assistenza sanitaria, con un'enfasi speciale sul dato se la popolazione possa o meno permettersela; fiducia della popolazione nei promotori e interesse ad ulteriori approfondimenti per la creazione di uno schema; livello di solidarietà esistente nella comunità; caratteristiche socio-economiche della comunità. Inoltre questa fase serve ad individuare un comitato d'iniziativa della comunità. Tali comitati tendono ad includere rappresentanti della comunità stessa, delle autorità amministrative, del personale sanitario costituito dalle persone che lavorano nelle strutture locali e nell'amministrazione sanitaria. Il comitato d'iniziativa della comunità può anche includere rappresentanti dei promotori della micro-assicurazione. Una volta che il comitato d'iniziativa è stato creato, i suoi membri ricevono un orientamento da parte dei promotori per prepararli ad affrontare le fasi successive. E con questo si giunge alla parte finale della fase di pre-fattibilità, che consiste nel preparare un piano d'azione per svolgere lo studio di fattibilità.

Studio di fattibilità

Questa fase è intrapresa dal comitato d'iniziativa della comunità e comporta la partecipazione della popolazione, del personale dei dirigenti sanitari e delle autorità amministrative. Di solito richiede una qualche assistenza tecnica esterna. Lo studio di fattibilità serve a valutare ed analizzare la

situazione sanitaria e a determinare quale sia il migliore uso possibile delle risorse esistenti al fine di meglio coprire i rischi della salute. Si raccolgono quindi informazioni su quanto segue:

- caratteristiche della popolazione;
- esigenze di salute prioritarie;
- disponibilità di servizi sanitari di qualità accettabile (in alcune situazioni esiste un solo prestatore di servizi sanitari geograficamente accessibile);
- legame esistente tra i prestatori di servizi sanitari locali e un più alto livello di strutture sanitarie (sistema di riferimento);
- utenza dei servizi sanitari;
- tariffe dei servizi sanitari e capacità della popolazione di poterseli pagare;
- capacità organizzativa della popolazione, come appare dalle iniziative e dalle strutture comunitarie esistenti (ad esempio: cooperative, schemi di risparmio e di credito, comitati locali);
- forme esistenti di meccanismi di mutuo soccorso (ad esempio: fondi comunitari) a cui si ricorra per aiutare gli individui o le famiglie nei momenti di bisogno.

I risultati dello studio di fattibilità, oltre alle varie soluzioni possibili, sono oggetto di discussione e di scelta da parte dei futuri soci del pacchetto dei benefici. La sessione di comunicazione dei risultati a quel punto contribuisce a convalidare quanto appurato dal comitato.

Lo schema di micro-assicurazione è veramente su base comunitaria al punto che i futuri soci decidono democraticamente circa il pacchetto dei benefici da adottare. Il reale livello di partecipazione dei soci varia a seconda degli schemi.

Creazione dello schema

Durante la prima assemblea generale, viene formalmente istituito uno schema di micro-assicurazione, per il quale i soci scelgono il pacchetto dei benefici. I soci decidono anche la struttura di gestione dello schema e scelgono i membri delle varie commissioni che saranno responsabili della gestione dello schema.

La creazione dello schema solitamente

richiede un accordo contrattuale tra i promotori dello schema e ognuna delle strutture sanitarie che accettano di fornire i servizi sanitari.

Gestione di uno schema

La gestione dello schema comporta i seguenti elementi:

- regolare riscossione delle quote contributive;
- copertura dei benefici così come è stato stabilito dal pacchetto dei benefici;
- realizzazione di attività per la promozione della salute;
- regolare monitoraggio della gestione;
- periodici resoconti ai soci;
- adeguamenti periodici del pacchetto dei benefici e della struttura di gestione, basati sui risultati di gestione reali e sull'evoluzione dei bisogni di soci.

Servizi inclusi nel pacchetto dei benefici

I benefici, selezionati da undici schemi in quattro paesi dell'Africa Occidentale, coprono i parti semplici mentre gli schemi che coprono anche un livello più specialistico di assistenza includono anche i parti con cesareo. La maggior parte degli schemi copre anche altri servizi che riguardano la salute delle madri. Tra questi, le visite pre e post-natali e il trasporto per le cure ostetriche di emergenza. Ciononostante, le visite post-natali a volte sono comprese nella categoria delle visite generali e quindi sono più difficili da individuare. Sembrerebbe che abbiano una minore copertura dell'assistenza pre-natale. I dati che risultano da questi undici schemi coincidono con quelli che erano risultati dagli studi di fattibilità, che indicavano che i rischi della gravidanza e del parto costituiscono per la popolazione una delle preoccupazioni maggiori.

Evoluzione dei pacchetti di benefici

La maggior parte degli schemi apportano delle modifiche ai loro pacchetti di benefici nel corso del tempo. Nel caso degli schemi in Africa Occidentale, spesso le modifiche sono state introdotte dopo circa due anni di gestione. In genere, a quel punto, gli sche-

mi hanno conquistato una maggiore fiducia nelle proprie capacità di gestione. Spesso, le loro prime scelte sono finanziariamente conservatrici per proteggersi da una possibile bancarotta. Ciò si traduce nell'accumulazione di fondi da parte degli schemi, dato che viene raccolto più denaro nella forma di quote contributive di quanto non ne venga speso in benefici e costi di gestione. Per riequilibrare le cose e per meglio coprire i bisogni dei soci, nelle situazioni in cui i servizi sanitari non ha subito aumenti, gli schemi manifestano la tendenza ad incrementare il loro pacchetto dei benefici aggiungendo nuovi benefici oppure aumentando la percentuale di copertura di certi benefici.

In un certo numero di schemi presi in esame, la copertura dei servizi per la salute riproduttiva è stata aumentata. Nel prendere in considerazione i dati, andrebbe notato che molti di quegli schemi erano di formazione molto recente, cioè meno di due anni, e che il grado di cambiamento sarebbe stato probabilmente maggiore se gli schemi fossero stati di formazione più vecchia.

Degli schemi presi in esame in Burkina Faso, in Guinea e in Senegal, il 36% hanno cambiato il loro pacchetto dei benefici: il 22% hanno aggiunto altri servizi, il 14% hanno aumentato la copertura dei servizi per la salute riproduttiva che erano già inclusi nel pacchetto dei benefici. Il restante 64% degli schemi non ha introdotto nessuna modifica rispetto ai benefici relativi alla salute riproduttiva. Gli schemi Muriga in Guinea, che costituiscono il 14% del totale, erano tra quelli che non hanno aumentato la loro copertura dei servizi per la salute riproduttiva. Questo era un dato che ci si poteva aspettare, dato che fin dall'inizio erano stati creati solo per dare la massima copertura a questo tipo di servizi.

Ciononostante, sono stati oggetto di pressioni da parte della popolazione affinché aumentassero i loro benefici per coprire altri bisogni di salute prioritari.

Gli aumenti nella copertura o nel numero dei servizi inclusi nel pacchetto dei benefici non sempre comportano un aumento contributivo da parte dei soci. Nello schema Wothié, in Mauritania, la copertura per tutti i servizi inclusi nel pacchetto dei benefici era stata inizialmente fissata al 50%,

lasciando che fossero i soci a pagare di tasca propria il restante 50% al momento in cui usufruivano dei servizi. Nel corso della seconda assemblea generale, i soci hanno votato a favore di un aumento al 90% della copertura dei costi per il parto. La decisione può essere direttamente attribuita al cambiamento d'opinione indotto nella comunità da una sessione formativa in materia di salute riproduttiva, organizzata dallo schema stesso in collaborazione con l'infermiera ostetrica del centro sanitario locale.

L'aumento della copertura fu ritenuto possibile, senza un aumento dei contributi, perché lo schema aveva accumulato sul suo conto una notevole riserva.

Effetto sull'utenza dei servizi sanitari

Lo studio dei casi non era finalizzato a raccogliere dalle strutture sanitarie informazioni sull'utenza dei servizi. Ciononostante, le interviste con il personale sanitario hanno indicato il loro gradimento degli schemi di micro-assicurazione, dato che, secondo quanto avevano potuto osservare, questi avevano comportato un notevole aumento nell'utenza di strutture sanitarie moderne, portandola a dei livelli più prossimi a quelli considerati adeguati dall'Oms. In alcuni casi, il personale sanitario ha sottolineato il fatto che, oltre che dai risultati finanziari, questa impressione era confermata dalle loro periodiche attività di monitoraggio.

I prestatori di servizi sanitari e i soci degli schemi di micro-assicurazione di diversi paesi e in diverse situazioni hanno sottolineato l'aumento dell'utenza dei servizi sanitari per i parti. I risultati emersi dai casi studiati suggeriscono anche che, una volta che gli schemi di micro-assicurazione sono operanti, i soci modificano il loro comportamento per quanto concerne la richiesta di assistenza sanitaria. I prestatori di servizi sanitari intervistati hanno notato che i pazienti, di fronte ad un episodio di malattia, si rivolgevano ai servizi sanitari con maggiore anticipo rispetto a quanto non facessero prima che esistesse lo schema. Nel caso di alcuni schemi, le risposte indicavano anche che i soci si servivano delle strutture sanitarie per servizi a cui non avevano mai fatto ricorso prima che lo schema di micro-assicurazione diventasse operativo.

Influenza sulla qualità dei servizi

Sembra che gli schemi di micro-assicurazione sanitaria puntino soprattutto su due elementi di qualità, entrambi considerati prioritari dai soci: l'atteggiamento del personale delle strutture sanitarie e la reperibilità dei farmaci. Nel complesso, l'aumentata interazione e collaborazione tra il personale sanitario e la comunità, che risultano dalla presenza degli schemi di micro-assicurazione, sembra favorire un miglioramento nella qualità dei servizi.

Promozione della salute

Gli schemi di micro-assicurazione sanitaria possono contribuire alla promozione della salute con due modalità principali: incoraggiando il ricorso ai servizi di prevenzione, grazie alla loro inclusione nei pacchetti dei benefici, e attraverso le attività di promozione della salute all'interno della comunità. Il ricorso ai servizi prevenzione viene incoraggiato da alcuni schemi collegando il pagamento dei benefici per certi servizi ad un precedente ricorso ai servizi di prevenzione. Ad esempio, alcuni schemi coprono le malattie dei bambini che ricadono in un più ampio programma di vaccinazione solo se il bambino è in regola con le vaccinazioni sulla base delle norme stabilite in materia. Per le questioni che riguardano la salute delle madri e gli altri problemi di salute riproduttiva, alcuni schemi di micro-assicurazione sanitaria in Africa Occidentale hanno formato delle alleanze con le filiali nazionali della International Planned Parenthood Federation (Ippf - Federazione internazionale per una genitorialità pianificata), che fornisce servizi di salute riproduttiva oltre che supporto per attività educative che riguardano argomenti di salute riproduttiva.

Conclusioni e implicazioni programmatiche

I sistemi di protezione sociale su base comunitaria presi in considerazione portano a concludere che questi sistemi rafforzano la capacità delle donne di manifestare e di affrontare i loro problemi di salute prioritari. Inoltre, indicano che l'aumentata capacità delle donne di manifestare e di affrontare i loro problemi di salute comincia proprio con

i passi impliciti nel processo di attuazione di uno schema. Queste conclusioni hanno delle implicazioni programmatiche per il modo in cui viene offerto il sostegno durante la creazione di tali schemi. Se ne può dedurre che, se le metodologie usate negli studi di pre-fattibilità e di fattibilità sono partecipative e attente ai problemi di genere, possono contribuire ad una maggiore presa di coscienza in materia di problemi di salute. Rispetto alla salute riproduttiva, se ne può dedurre che la partecipazione di individui competenti in questo campo può rivelarsi utile per stimolare una discussione approfondita sui temi della salute riproduttiva, soprattutto su quelli che non vengono spontaneamente espressi come prioritari o che vengono considerati delicati.

I risultati indicano che gli studi di pre-fattibilità forniscono alle comunità un'occasione e uno stimolo per sollevare e discutere le loro esigenze di salute e per informarsi sui modi per affrontarle. Quando le donne hanno l'occasione di dare voce alle proprie preoccupazioni, sollevano sistematicamente i problemi legati alla gravidanza e al parto tra le preoccupazioni principali, insieme alla salute nell'adolescenza, l'infertilità, le infezioni sessualmente trasmissibili e la pianificazione familiare. Anche l'Hiv/Aids viene sollevato come problema in molti gruppi, soprattutto laddove le percentuali di incidenza sono alte.

I risultati indicano anche che gli studi di fattibilità si spingono molto più in là nel favorire la presa di coscienza e nello stimolare la discussione sulle priorità di salute. Infatti gli studi di fattibilità producono informazioni sulla situazione reale di una comunità, e rispondono a maggiore verità rispetto alle statistiche generali in materia di salute. Le valutazioni e le analisi approfondite danno alla comunità una maggiore comprensione delle proprie capacità di accedere ai servizi. In tutti gli studi di fattibilità vengono valutate e analizzate le questioni che riguardano una maternità sicura. Se mirati a differenziare per età e sesso, gli studi possono anche aumentare una presa di coscienza della misura in cui il ricorso alle strutture sanitarie tra le donne in età riproduttiva sia legato a problemi di salute riproduttiva. L'analisi della gestione degli schemi di

micro-assicurazione sanitaria suggerisce che esistono numerosi modi in cui gli schemi possono mettere in grado le donne di affrontare i loro bisogni. Ciò è confermato dalle indicazioni che gli schemi di micro-assicurazione sanitaria portano ad un aumento dell'utenza dei servizi sanitari e incoraggiano il ricorso precoce alle strutture sanitarie in caso di malattia. Stimolano anche le attività di promozione della salute e favoriscono un miglioramento nella qualità dei servizi.

L'analisi, inoltre, suggerisce che il punto di forza implicito nei sistemi di protezione sociale su base comunitaria è che aumentano l'interazione, il rispetto reciproco e la collaborazione tra i prestatori di servizi di salute e le comunità. Così facendo, incoraggiano la partecipazione della gente promuovendo la realizzazione di questo diritto umano. Di conseguenza, potrebbero anche contribuire ad un miglior funzionamento del sistema sanitario. Questo ha delle importanti implicazioni programmatiche. Attira l'attenzione sull'importanza di appoggiare meccanismi, come gli schemi di micro-assicurazione sanitaria, che, inducendo una maggiore organizzazione della comunità intorno alla salute, forniscono un "ponte" tra i membri della comunità e i prestatori di servizi sanitari. Aumentando il dialogo e la collaborazione, tali meccanismi possono svolgere un ruolo importante nel far convergere iniziative stimulate a livello nazionale con iniziative su base comunitaria, accelerando così l'avanzamento verso la realizzazione dei Mdg. Tra le iniziative a livello nazionale più importanti, c'è quella di rendere disponibili strutture sanitarie di qualità accettabile, senza le quali non sussiste l'incentivo per la creazione di schemi di micro-assicurazione.

Va sottolineato che la micro-assicurazione è una risposta iniziale ma insufficiente alla tuttora non assunta responsabilità collettiva di assicurare il diritto alla protezione sociale. Tende a mettere in comune le risorse e i rischi in un gruppo limitato di persone e quindi non è necessariamente una garanzia di uguaglianza per i poveri. Ragione per cui, è essenziale sostenere i sistemi su base comunitaria con modalità che aumentino il loro collegamento a sistemi e programmi

nazionali in grado di canalizzare risorse a donne, bambini e uomini che hanno il maggior numero di bisogni irrisolti. La forza e i limiti dei sistemi su base comunitaria si evidenziano nella loro capacità di intraprendere attività educative. Essi riflettono occasioni di collegamento con istituzioni governative e non-governative tra i cui obiettivi figurano il miglioramento della situazione sanitaria delle comunità e la lotta contro l'Hiv/Aids. Le attività educative richiedono una competenza tecnica non reperibile all'interno degli schemi. Necessitano anche di risorse finanziarie per materiali e forniture. Per quanto riguarda gli aspetti positivi, gli schemi svolgono l'importante ruolo di stimolare l'interesse per la salute e per la salute riproduttiva, e soci e gestori degli schemi mostrano la volontà di consacrare tempo ed energie considerevoli all'organizzazione di attività che rispondano a questo interesse. In questo contesto, le organizzazioni governative e non-governative possono incanalare risorse per raggiungere le comunità e le famiglie in maniera molto più efficace. La forza di questo tipo di alleanze è già stata dimostrata in un certo numero di paesi dell'Africa Occidentale. I benefici di questo tipo di collaborazione si stanno manifestando nei programmi nazionali, inclusi quelli intesi a migliorare la salute riproduttiva, riducendo la mortalità delle madri, migliorando la salute di neonati e bambini, e i programmi nazionali contro l'Hiv/Aids, che sono tutti di particolare importanza per le donne. Questi programmi spesso dispongono di risorse, ma hanno difficoltà a raggiungere le comunità povere. I sistemi di protezione sociale su base comunitaria rafforzano la capacità organizzativa in materia di problemi di salute delle comunità, soprattutto quella delle donne, formandole a lavorare con tali programmi. Le fonti di informazione di cui si è servita l'analisi contenuta in questo documento provengono essenzialmente dall'Africa Occidentale. Sarebbe quindi prematuro trarne delle conclusioni globali. Ciononostante, sulla base dei risultati dell'Africa Occidentale e della più limitata esperienza degli schemi di micro-assicurazione sanitaria in Asia, è legittimo ritenere che i sistemi di protezione sociale su base comunitaria

darebbero maggiori capacità anche alle donne di altre parti del mondo. Ricerche ulteriori dovrebbero essere condotte in Africa Orientale, in Africa Meridionale e in Asia. Nello stesso tempo, bisognerebbe condurre altre ricerche sulla dimensione di genere dello schema, affrontando questioni come quella della presenza, tra i soci, di uomini e donne e quella del potere decisionale di queste ultime. La ricerca dovrebbe prendere in esame la misura in cui questi fattori influiscono sulla capacità delle donne di esprimere ed affrontare i loro problemi di salute. Sono inoltre necessarie ulteriori ricerche e sperimentazione sul ruolo dei sistemi di protezione sociale su base comunitaria nell'aiutare le famiglie, le comunità e i governi ad avanzare sia nella prevenzione che nella cura dell'Hiv/Aids. Per ultimo, e forse più importante, dovrebbe essere condotta una ricerca supplementare per giungere ad una migliore comprensione di come i sistemi di protezione sociale su base comunitaria contribuiscano alla realizzazione dei diritti umani di donne, bambini e uomini. Tale ricerca supplementare contribuirebbe ad un ulteriore miglioramento degli schemi e, più ampiamente, al miglioramento dei sistemi nazionali di protezione sociale.

La copertura dei sistemi di protezione sociale su base comunitaria è ancora molto piccola in confronto al numero di donne, bambini e uomini che necessitano di protezione sociale. Tuttavia, sta aumentando rapidamente e, almeno in un paese, sembra aver superato la copertura da parte dei sistemi statutari di protezione sociale.

Mentre continuano gli sforzi per la realizzazione dei diritti e il raggiungimento dei Mdg, sia a livello nazionale che internazionale, è incoraggiante notare che i sistemi di protezione sociale su base comunitaria si stanno ulteriormente diffondendo in numerosi altri paesi, con schemi che si organizzano in reti informali e formali e con organizzazioni della società civile, che dispongono già di reti a livello nazionale, che stanno incominciando a esplorare il modo di coprire i loro numerosi soci. E' anche incoraggiante notare che i governi stanno riconoscendo in misura sempre maggiore il valore di tali sistemi e stanno cercando dei modi per

sostenerli e per collegarli ai sistemi di servizi nazionali finalizzati a ridurre la mortalità, il tasso di malattia di bambini e madri e a ridurre la povertà. La comunità dello sviluppo può svolgere un ruolo strategico per accelerare il progresso.

NOTE

(1) The Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty Global Programme (Programma globale di strategia e strumenti contro l'esclusione sociale e la povertà) . Step dell'Ilo (Organizzazione internazionale del lavoro) è attivo in due aree tematiche interdipendenti: l'estensione della protezione sociale agli esclusi e gli approcci integrati all'inclusione sociale.

(2) Burkina Faso, Guinea e Senegal.

(3) Benin, Mauritania, Argentina, Cile, Colombia, India, Nepal e Filippine.

(4) In molti paesi, i fornitori di servizi sanitari hanno creato degli schemi. Questi funzionano con una logica un po' diversa da quelli su base comunitaria e non rientrano negli scopi di questo documento.

/ USER FEES NEI PAESI POVERI: IL PAGAMENTO DIRETTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E LA RICADUTA SULLA SALUTE

Carlo Resti

Cuamm-Medici per l'Africa

L'Ong Cuamm si occupa di cooperazione e sviluppo sanitario da più di cinquant'anni e in alcuni paesi, come l'Uganda e il Mozambico, è presente da più di vent'anni. Lavoriamo anche sulle emergenze sanitarie e umanitarie se avvengono nei paesi dove siamo presenti da molti anni, e dove quindi abbiamo una struttura logistica, un affiatamento e un coordinamento avviato a livello locale sia con gli istituti governativi che con quelli missionari.

Vorrei arrivare alla descrizione delle *user fees* attraverso un breve excursus sulle politiche sanitarie internazionali più importanti degli ultimi dieci-quindici anni. Mi riferisco in particolare ai programmi di aggiustamento strutturale - gli *structural adjustment programs* - della Banca Mondiale, una delle ricette che sono state proposte e che hanno creato e stanno creando impoverimento e problemi seri soprattutto nelle fasce di popolazione povera. E' un tema di grande rilevanza etica, visto che crediamo nella salute come diritto (tanto per gli abitanti dell'Africa Subsahariana, quanto qui in Italia e nei paesi industrializzati); un diritto che abbiamo il dovere di difendere.

La *mission* del Cuamm è contribuire al miglioramento della salute nei contesti dei paesi africani. Soprattutto lavoriamo in Africa subsahariana, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili della popolazione: madri e bambini soprattutto. Più di mille medici sono stati mandati in oltre cinquant'anni. Duecentosettanta studenti

medici sono passati per il collegio di Padova (Cuamm sta per Collegio universitario aspiranti medici missionari). Attualmente, abbiamo ventotto progetti nei seguenti paesi: Uganda, Ruanda, Kenya, Tanzania, Mozambico, Angola. Non lavoriamo solo negli ospedali, ma anche sul territorio, non inviamo solamente medici, ma anche logisti, amministrativi, paramedici, infermieri, fisioterapisti. Dieci programmi sono focalizzati su malattie e tubercolosi. Quanto alla lotta all'Aids, è inclusa in una buona parte dei programmi attuali, soprattutto come intervento per la prevenzione della trasmissione materno-infantile con antiretrovirali. Ci sono paesi, e qui prendo l'Etiopia come esempio, in cui più della metà della popolazione non ha accesso ai servizi primari, essenziali, quelli che sono contenuti nei componenti della Primary Health Care, che fu lanciata verso la fine degli anni Settanta, alla conferenza di Alma Ata. Come evidenziato dagli indicatori, l'*antenatal clinic*, cioè lo screening delle gravidanze a rischio per le madri, avviene solo per il 24% delle donne. In Etiopia i parti assistiti riguardano meno del 10% delle donne. La prevalenza di uso di contraccettivi è solamente del 21%. Ancora peggiori i dati sull'accesso all'acqua potabile e ai servizi sanitari essenziali. Il tasso di mortalità materna è altissimo, superiore a 800, e il rapporto della Banca Mondiale addirittura arriva a 1.400 morti materne per centomila. Il governo etiopico spende per la salute 1,4 dollari pro capite l'anno, a cui va aggiunto il contributo dei cittadini e quello dei donatori, ma in tutto si arriva a 4,5 dollari. Questi indicatori si fanno ancora più tragici in situazioni di emergenza, ad esempio nei campi di sfollati interni presenti in Etiopia, Uganda, Sudan, Somaliland, tutto il corno d'Africa. Situazioni ai limiti dell'incredibile volontà di sopravvivenza delle popolazioni. Anche quando la realtà è migliore, in tempo di pace, gli indicatori rimangono drammatici. Ovviamente, la donna è diventata una fascia vulnerabile della popolazione, a causa delle malattie e dell'impoverimento; non lo era, e non lo dovrebbe essere. La donna è anzi la spina dorsale, la colonna portante dell'economia africana (non solamente dell'economia domestica).

È interessante vedere le differenze fra la spesa sanitaria annua pro capite: si passa dai tremila, tremilacinquecento, quattromila dollari procapite nei paesi industrializzati agli spiccioli di cui dicevamo, in Etiopia, Angola, Sierra Leone, Afghanistan eccetera; e là la spesa ricade soprattutto sulle spalle dei cittadini. Ovviamente, anche nella speranza di vita, alla nascita, delle donne ci sono differenze incredibili tra paesi poveri e paesi ricchi. In questo caso, secondo il prodotto interno lordo procapite come indicatore di reddito, si constata che oltre una certa soglia, i 5.000 dollari all'incirca, un aumento del reddito non aumenta più la speranza di vita alla nascita. Ci sono poi differenze sensibili fra un paese povero e l'altro, a seconda di diversi fattori che incidono e determinano l'aumento dell'aspettativa di vita alla nascita. Che cosa è successo negli ultimi anni? Politiche sanitarie internazionali: vanno tenute bene in conto per capire le *user fees*. Negli anni Cinquanta e Sessanta, l'Oms, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha fatto la parte del leone, con i programmi verticali di controllo; esempio tra tutti, quello sulla malaria. Il Programma di eradicazione della malaria è fallito, e una delle cause principali è stato l'emergere della resistenza al Ddt. Negli anni Settanta viene lanciata la famosa strategia, con Alma Ata, della "Health for All by the Year 2000", e poi la "Health for All by the Year 2000 and Beyond", obiettivi che siamo ben lungi dal raggiungere. Ci sono nuovi proclami, come quello dei Millennium Development Goals che, sappiamo, è stato lanciato dai paesi del G8. Comunque, questa era, diciamo, la politica degli anni Settanta, che aveva acceso luci di speranza sul miglioramento delle condizioni e degli indicatori di sviluppo nei paesi poveri. Negli anni Ottanta e Novanta si è discusso, si è cominciato a introdurre forme di cost recovery, di ricupero dei costi, con la famosa Bamako Initiative, con l'Unicef; si discuteva se fosse meglio continuare con servizi sanitari essenziali di tipo verticale, selettivo, oppure, attuare quella che non è mai stata attuata completamente, che è la *comprehensive primary health care*. E poi, finalmente, verso la fine degli anni Ottanta, e soprattutto negli anni Novanta, la Banca Mondiale interviene, fa la diagnosi, e

dà una ricetta.

La ricetta è l'introduzione dei Pas, programmi di aggiustamento strutturale, i quali intervengono cercando di riefficientizzare i sistemi, mobilitare le risorse, soprattutto attraverso importanti tagli alla spesa pubblica, che hanno dovuto mettere in atto i governi dei paesi beneficiari per ricevere i crediti, i prestiti, eccetera e le nuove fonti di sostegno dai paesi ricchi.

Liberalizzazione del commercio attraverso agevolazioni fiscali, eliminazione dei sussidi ai beni essenziali di consumo, un aiuto anche alle esportazioni, e quindi sovvertimento delle economie locali, passaggio da economie di sussistenza a economie per l'esportazione. E poi l'obbligo di introdurre riforme nel settore pubblico, dei dipendenti pubblici, tagli, riduzioni del personale, licenziamenti, abolizione dei monopoli, privatizzazione dei servizi. Non è avvenuto solo nei paesi poveri; la ricetta è stata più o meno applicata un po' dappertutto.

La Banca Mondiale l'ha perseguita negli anni Novanta; i due documenti importanti sulla salute sono il *Financing Health Services in Developing Countries* del 1987, e soprattutto il *World Development Report - Investing in Health*, quando si è realizzato che era importante investire nella salute. Ma la ricetta è stata di rafforzare il settore privato e di dare al settore pubblico un ruolo di supplenza. L'approccio più comune all'assistenza sanitaria in paesi in via di sviluppo era stato quello di considerarla come un diritto di cittadinanza, e quindi di tentare di dare servizi gratuiti a tutti.

È chiaro che questo principio non poteva essere sostenuto, a giudizio di quasi tutti gli esperti di economia sanitaria; e si è intervenuto con le ricette suindicate. I passaggi anche nei testi sono chiari: "un maggiore affidamento sul settore privato"; "per l'erogazione di servizi clinici, puoi aiutare ad aumentare l'efficienza". Dunque, una spinta verso la privatizzazione dei servizi e la competizione tra servizi diversi senza, ahimè, un'attenzione alla qualità nell'erogazione di questi servizi sanitari.

Ovviamente chi ha pagato è stata la famiglia africana media, con un rapido aumento dei prezzi che ha portato all'impossibilità di sostenere i costi del cibo e dei trasporti, e

poi con l'introduzione del pagamento diretto, cioè le *user fees* - prestazioni pagate da chi se ne avvale - sui servizi essenziali, come scuola e sanità. Nel campo dell'istruzione, ci sono stati effetti forse ancora più disastrosi che per il pagamento dei servizi sanitari, perché dell'istruzione devono usufruire tutti. Hanno poi influito la pandemia dell'Hiv e problemi locali dei circuiti di produzione e consumo.

Si è arrivati alle *user fees* perché i sistemi sanitari di tutto il mondo devono essere finanziati, in qualche modo. E le possibili fonti di finanziamento sono: la popolazione che paga, il budget del governo, attraverso altre entrate, e le fonti esterne. In alcuni paesi, come il Mozambico o l'Uganda, fino al 50%, a volte di più, del finanziamento dei servizi sanitari può venire da fonti esterne, cioè dai donatori. Quindi la questione è: "come facciamo a finanziare questi servizi sanitari, qual è il modo migliore?". Ci sono differenti opzioni. Una di queste, la prima che vi ho segnalato, sono appunto le *user fees*. C'è la tassazione diretta, il prelievo alla fonte, come in Italia, almeno fintanto che esisterà il nostro Servizio sanitario nazionale. Ci sono poi le carte di credito del Servizio sanitario, alcune forme di assicurazione tipiche dei paesi poveri e a base comunitaria, i contributi dei donatori e i pagamenti informali di tasca propria, diretti, quando si usufruisce dei servizi. Non c'è da stupirsi: non avviene soltanto in Africa di pagare di tasca propria l'infermiere o il medico per avere un servizio che invece sarebbe dovuto. Ecco che le *user fees* sono definite come pagamenti diretti che i pazienti fanno al momento dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, per un servizio.

Ci sono stati dei pro e dei contro; i principali pro sono stati quelli che le *user fees* possono regolare la domanda e possono scoraggiare l'abuso nell'uso dei servizi sanitari; possono promuovere l'efficienza ai vari livelli, perché se l'ospedale costa di più, io vado all'Health Center per trattare dei problemi di salute più facilmente affrontabili.

Ovviamente, se queste *user fees* vengono trattenute a livello locale, dovrebbero incentivare il miglioramento della qualità dei servizi a livello locale, ma questo non è avvenuto, in pratica. Ovviamente, possono aumen-

tare la capacità di risposta e la motivazione degli operatori a livello locale, il senso di appartenenza della popolazione che paga ("questa è una cosa importante, perché mi costa; se non pago niente, la salute non è per me importante"); possono promuovere anche l'equità se ci sono dei sistemi di esenzione introdotti nel meccanismo. Questo non è successo, praticamente, almeno in tutte le varie esperienze: o sono state introdotte male, o non sono state riconosciute in maniera efficace le fasce veramente povere, che avevano bisogno. Ci sono anche i contro. C'è stato un abuso delle *user fees* a livello locale che ha portato alcuni governi ad abolirle; il sistema delle esenzioni spesso non ha funzionato - non sono state identificate correttamente le categorie di indigenti. E ci sono state, ovviamente, delle appropriazioni indebite da parte dei management locali. In più, è stato rilevato che la domanda è *price elastic*, cioè c'è un'elasticità nella risposta, nel senso che l'aumento delle *fees* produce una diminuzione nella richiesta dei servizi che sono a pagamento. A quel punto, è stato dimostrato in più studi, la capacità di pagare è una nozione che si è rivelata anche questa fasulla, perché spesso essa fa appello a risorse messe faticosamente da parte, e questo prelievo impoverisce, a lungo termine, la famiglia. I servizi preventivi vengono usati di meno, se costano, e quindi si andrà in ospedale solo all'ultimo momento, quando la malattia sarà grave. Ovviamente, non è possibile prevedere quando la malattia colpirà e in che modo colpirà, perché potrebbe anche essere un evento catastrofico, come per esempio succede quando si diventa sieropositivo e si comincia ad ammalarsi, ad avere infezioni opportunistiche. Nell'esperienza di due ospedali, in Uganda e in Etiopia, con l'introduzione delle *fees* c'è stata una riduzione degli accessi nei vari mesi esaminati, sia per i maschi, sia per le donne, sia per i bambini sotto i cinque anni; una riduzione comunque più marcata per le donne e per i bambini. Insomma, l'introduzione delle *user fees* non fa altro che aggravare la situazione delle fasce più deboli, le quali non possono assolutamente permettersi questo tipo di contributo al sistema, ai servizi sanitari del paese.

/ SOSTENIBILITÀ E PROPRIETÀ COLLETTIVA: UN'ESPERIENZA PILOTA IN NEPAL

Bharat Pradhan

Direttore esecutivo, Phect-Nepal

Nonostante tutti gli sforzi per lo sviluppo messi in atto in Nepal già da numerosi decenni, per la maggioranza dei nepalesi la vita resta al di sotto di un livello soddisfacente. Una irrazionale distribuzione delle risorse nonché una cattiva gestione delle stesse ha pesantemente emarginato la maggioranza della popolazione, per la quale resta impossibile soddisfare i propri bisogni primari. Con l'avvento della democrazia nel 1990, ovviamente aumentarono le aspettative di cambiamento nella qualità della vita, compresa quella della salute. Una chiara visione di sviluppo divenne il requisito fondamentale per avviare un programma ed un'azione in tal senso. Apparve subito evidente che il governo non era adeguatamente preparato al compito. Si rese necessario l'intervento sul campo delle Ong nel ruolo di partner di sviluppo a livello nazionale. E fu in questo contesto che venne creata l'organizzazione *Public Health Concern Trust* (Phect-Nepal).

Phect-Nepal è un'organizzazione non governativa nazionale, non a scopo di lucro, senza fini politici e laica, dedita allo sviluppo della salute. Fondata nel 1991, con l'autorizzazione ufficiale dell'Ufficio Amministrativo per le Politiche Sociali del Comune e della Regione, è gestita da un comitato esecutivo indipendente. Si avvale inoltre di un gruppo di consulenti di cui fanno parte esperti in diversi campi. L'Atto costitutivo di Phect-Nepal rappresenta il principale testo guida dell'organizzazione ispirato dal principio che

l'empowerment delle persone passa attraverso un'azione nel campo della salute. Partendo dal principio che la salute è ciò che permette all'individuo di ottenere, mantenere, nonché di godere di un rapporto armonioso con sé stesso e con l'ambiente nel suo insieme, Phect-Nepal si è prefisso come missione di operare per una società di individui sani e di realizzare un sistema modello di assistenza sanitaria sostenibile basato su principi di uguaglianza, giustizia sociale, partecipazione della gente e autogestione.

Quindi, dopo più di un decennio di esperienza, Phect-Nepal sta assumendo i connotati di un vero e proprio movimento piuttosto che di una semplice organizzazione.

I programmi in corso di Phect-Nepal sono i seguenti:

Kathmandu Model Hospital (KMH) - un ospedale generale con 125 posti letto e un ampio numero di servizi specialistici.

Mother and Child Health (MCH) - (Salute della madre e dell'infanzia) un servizio che include un reparto attrezzato per le interruzioni di gravidanza e un servizio di cure odontoiatriche specializzate.

Gauri Shankar General Hospital - un ospedale satellite del KMH nella regione di Dolakha

Il Community Health Development Program (Programma di sviluppo sanitario a livello comunitario)

Il Community Based Reproductive Health and Gender Based Violence Program

(Programma a livello comunitario per la salute riproduttiva e la violenza di genere) a Kirtipur, un programma sostenuto dall'Aidos, Italia.

Reproductive Health Initiatives for Youth in Asia (RHIYA) (Iniziativa di Salute riproduttiva per la gioventù in Asia) a Dolakha, programma sostenuto dall'Unfpa e dalla Commissione europea.

Interplast Surgical Outreach program (Programma di intervento chirurgico Interplast), un programma di assistenza chirurgica gratuita per le malformazioni del palato e del labbro.

Kirtipur Community Hospital, proposta di programma di collaborazione con la comunità di Kirtipur
Health Cooperative Initiatives, Iniziative di

cooperative per la salute
Kathmandu Model Hospital, School of Nursing, Ospedale modello di Kathmandu, Scuola di infermieri
Kathmandu Model Hospital, School of Oral Health, Ospedale modello di Kathmandu, Scuola di salute orale
 E infine il programma di *Community Health Insurance*, Assicurazione sanitaria a livello comunitario, e di Health cooperatives, le cooperative per la salute.

Il processo di globalizzazione ha creato in tutto il mondo un fenomeno comune e condiviso di consumismo. Le grandi rivoluzioni tecnologiche realizzate nel campo della comunicazione e dei trasporti hanno accorciato le distanze tra le persone, creando una sempre maggiore uniformità di sentimenti, aspirazioni, gusti, bisogni, passioni e sogni. Ma i divari esistenti tra avere e non avere, tra città e villaggi, tra paesi industrializzati e non, sono sempre più grandi. Le discrepanze regnano non solo sul piano internazionale, ma anche all'interno dei confini nazionali in gran parte del mondo. E il divario è ancora più impressionante nel campo della salute. I passi avanti realizzati nella scienza e nella tecnologia medica hanno aperto delle speranze per molte patologie incurabili. D'altra parte, il costo delle cure è così elevato che sono semplicemente inaccessibili ed impossibili per la maggioranza della popolazione, per la quale perfino le esigenze di salute più essenziali fanno ancora parte dei programmi da realizzare. Nel caso del Nepal, dove i servizi di salute pubblici sono insufficienti e inaccessibili alla maggior parte della popolazione e il ricorso a servizi di salute privati è una meta irraggiungibile per i più, la creazione di sistemi auto-gestiti di assistenza sanitaria a base comunitaria potrebbe rappresentare un'alternativa adeguata, e Phect-Nepal ritiene che sia un obiettivo realizzabile attraverso il Movimento delle Cooperative per la Salute (*Health Cooperative Movement*). Pur essendo dal punto di vista giuridico una Ong, fin dal suo inizio Phect-Nepal ha promosso le cooperative per la salute, come appare chiaramente nei suoi obiettivi dichiarati. Il modello di cooperative per la salute pro-

mosso da Phect-Nepal si rifà alle caratteristiche salienti universali stabilite dall'Alleanza internazionale delle cooperative per la salute, che stabilisce che "Una cooperativa è un'associazione autonoma di persone che si uniscono di propria volontà per far fronte ai loro comuni bisogni economici, sociali e culturali attraverso un'impresa di proprietà comune e a gestione democratica." Le cooperative si basano sui valori di autosufficienza, di responsabilità condivisa, di democrazia, uguaglianza, giustizia e solidarietà.

L'idea di cooperativa non è nuova in Nepal e se ne trova traccia in tempi molto remoti. Ma una cooperativa per la salute rappresenta un campo assolutamente nuovo nel movimento cooperativistico in Nepal. Le Cooperative per la Salute funzionano in maniera simile a quella delle altre cooperative, ma la loro finalità è diretta a migliorare lo stato di salute delle persone essenzialmente col ricorso ad attività di promozione, prevenzione e cura della salute. L'apporto alla cooperativa non si valuta in termini di ricavi per l'individuo, soprattutto in forma monetaria, ma viene invece inquadrato in termini di benefici per l'intera comunità. Gli obiettivi principali del movimento delle Cooperative per la Salute sono i seguenti:

- promuovere il concetto di cooperativa e una cultura intesa ad innalzare i livelli di dignità e di vita dei membri nel settore della salute e in quello sociale;
- promuovere la creazione di centri di servizi sanitari integrati in grado di assicurare varie attività sanitarie allo scopo di creare delle comunità più sane e in migliori condizioni;
- mobilitare le risorse finanziarie dei membri col ricorso a programmi di risparmio e di credito per migliorare le condizioni economiche dei membri oltre che quelle della cooperativa;
- impegnarsi per promuovere il movimento delle Cooperative per la Salute attraverso il paese e adoperarsi per la creazione di una Rete di Cooperative per la salute in Nepal. Non è però possibile creare alcuna cooperativa per la salute senza una previa preparazione della comunità. Ragione per cui, Phect-Nepal ha avviato dei programmi di assistenza sanitaria di base a livello comu-

nitario, programmi che sono stati gestiti dalle comunità stesse con un supporto tecnico da parte di Phect-Nepal. Segue poi subito dopo la creazione di cooperative nelle varie comunità. Grazie al suo ininterrotto impegno a favore del movimento delle cooperative, Phect-Nepal è riuscito a creare alcune cooperative per la salute nel paese, che vengono gestite nel quadro della Legge nazionale sulle cooperative.

Sul piano strategico, Phect-Nepal ha individuato tre fasi per la creazione di una cooperativa per la salute:

- una prima fase di sensibilizzazione e di presa di coscienza - interazione;
- una seconda fase di capacitazione alla realizzazione - formazione e sperimentazione;

- una terza fase di organizzazione della comunità - operatività della cooperativa.

Oggi in Nepal sono sette le Cooperative per la Salute che operano nella capitale del paese e nel resto del territorio con il sostegno di Phect-Nepal: una di queste cooperative è interamente gestita da donne e una è di proprietà dei membri di vari sindacati. Tutte le cooperative dispongono di un proprio poliambulatorio e svolgono anche attività di prevenzione e promozione della salute. Alcune hanno anche delle attività generatrici di reddito, finalizzate al sostegno economico della cooperativa stessa e dei suoi membri. Gli abitanti del luogo vedono di buon occhio questo sistema di messa in comune e gestione delle risorse locali per la propria salute con condivisione dei rischi. Lo stesso Phect-Nepal è tra i membri fondatori della *Asia Pacific Health Cooperative Organization (Aphco)* (Organizzazione delle cooperative per la salute dell'Asia e del Pacifico) ed è membro associato della *National Cooperative Federation of Nepal* (Federazione nazionale delle Cooperative del Nepal).

Programma di assicurazione sanitaria a livello comunitario

Fin dal 1993, anno in cui venne creato il *Kathmandu Model Hospital*, Phect-Nepal ha messo in atto un programma di assicurazione sanitaria a livello comunitario per l'assistenza per i problemi di salute di

secondo e terzo livello, come strumento che permetta l'accesso a servizi sanitari di qualità ad un'ampia fascia di popolazione bisognosa nelle diverse comunità. All'inizio, il programma di assicurazione fu varato come strumento che permettesse alla gente di comprendere l'importanza del risparmio da destinare alla salute e fu gestito tramite la stessa rete di ambulatori a livello comunitario, gestita da Phect-Nepal.

Poco tempo dopo la creazione di diverse cooperative per la salute (alcune della quali furono convertite in cooperative per la salute dagli ambulatori a livello comunitario, mentre altre erano assolutamente nuove), cioè fin dal 2000, Phect-Nepal ha incominciato a gestire dei programmi assicurativi unicamente attraverso le cooperative per la salute. Questo è uno dei settori più importanti che permettono a Phect-Nepal di incrementare le attività delle cooperative per la salute a livello locale. L'assistenza sanitaria principale viene infatti fornita dagli ambulatori delle cooperative stesse. Il programma per la condivisione dei rischi ha beneficiato non solo le cooperative per la salute e i loro membri ma anche lo stesso Phect-Nepal.

In totale, circa 4000 persone appartenenti a diverse cooperative si sono iscritte al programma nel corso del 2004.

L'ammontare dei premi di assicurazione e i pacchetti di benefici vengono fissati nel corso di negoziati tra le singole cooperative e Phect-Nepal e poi ritoccati a seconda delle esigenze. Ragione per cui premi e benefici possono essere diversi da una cooperativa all'altra. In media, il premio ammonta a 2,5 dollari annuali per ogni membro e copre un sussidio del 70% per tutti i servizi disponibili al *Kathmandu Model Hospital*.

Alcuni problemi

Nonostante la fondatezza del sistema e il forte impegno di Phect-Nepal, ci siamo trovati ad affrontare vari problemi nel percorso del movimento delle cooperative per la salute. Anzitutto, l'assoluta povertà ha mantenuto il numero dei partecipanti allo schema assicurativo a un livello così basso che perfino quel minimo di partecipazione

richiesto per la creazione di una cooperativa per la salute è molto difficile da conseguire.

L'assistenza sanitaria di base non è sostenibile se non è accompagnata da un'assistenza sanitaria almeno di secondo livello.

Ma il costo di un'assistenza sanitaria di secondo livello all'interno del sistema delle cooperative è molto difficile da coprire.

Il termine "cooperativa" poi è stato sfruttato e usato a sproposito da organizzazioni a scopo di lucro, a tal punto che la gente ha sviluppato una certa diffidenza in merito al successo di qualunque tipo di azione intesa a creare delle cooperative, comprese le cooperative per la salute.

/ SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA NEL MONDO ARABO: ELEMENTI DI SOSTENIBILITÀ E APPROCCIO SUD-SUD

Emira Sghaier

Ricerca e Cooperazione

Ricerca e Cooperazione

Sono tunisina e lavoro in Italia da una decina d'anni con l'Ong italiana Ricerca e Cooperazione. In precedenza lavoravo in Tunisia, con il Ministero degli Affari Sociali, sempre nel campo dello sviluppo. Siamo coscienti dell'importanza della partecipazione femminile ai processi di sviluppo. Siamo altresì convinti che due settori sono essenziali per l'empowerment della donna e per un migliore accesso alle risorse: educazione e formazione, e tutela della salute. Purtroppo, proprio in questi settori, la donna viene spesso emarginata. Per questo si capisce il ruolo importante che può avere la cooperazione internazionale per innescare processi di sviluppo sostenibile che prendano in considerazione le esigenze e la dimensione della donna.

Sto vivendo un momento di pessimismo. Sento che stiamo peggio di dieci anni fa. Ad esempio, secondo le ginecologhe e i medici che operano nei campi profughi palestinesi in Libano, le mamme e le nonne hanno un livello scolastico più alto delle figlie, hanno una coscienza e una "emancipazione" maggiori. Non so se questo è un fenomeno circoscritto ai paesi dove operiamo o se è generale. Ci ritroviamo in una situazione, in uno scenario in cui i fondi sono sempre più scarsi; i governi (soprattutto dove noi operiamo, parlo dei paesi arabi) sono sempre più rigidi, meno democratici, e ci troviamo di fronte a un altro problema, secondo me importante, che sono i

mass media. Durante una mia recente permanenza di tre mesi in Libano ho avuto modo di seguire i vari canali satellitari arabi; ebbene, dalle telenovelas, dalle trasmissioni che vanno in onda, esce una immagine della donna veramente penosa. Durante il mese di Ramadan, la maggior parte delle televisioni arabe producono telenovelas, guardate da tutte le famiglie, su tutti i canali, da Dubai, alla Giordania, alla Siria; l'immagine che ne risulta è che la donna, sia casalinga, sia ministro, sia avvocato, è quella che viene ripudiata dal marito perché non ha figli maschi, vede il marito sposare la seconda moglie perché lei non ha avuto figli, ed è vittima di violenza. Penso che dovremmo riuscire a lavorare con i mass media per avere un impatto e un risultato importante. Comunque, torniamo a Ricerca e Cooperazione e ai progetti. Noi realizziamo progetti di salute sessuale e riproduttiva. Attualmente siamo presenti in Libano, in Siria, in Giordania, in Yemen, in Palestina e stiamo iniziando anche con l'Egitto e con il Marocco. Nella maggior parte di questi paesi, i principali problemi in tema di salute sessuale e riproduttiva sono: un'insufficiente copertura sanitaria, soprattutto nel mondo rurale, ripetute gravidanze, un alto tasso di mortalità materna e infantile, uno scarso accesso ai medicinali e ai prodotti indispensabili per la gestione dell'età fertile, un elevato tasso di aborti, soprattutto nelle zone rurali dove è carente l'informazione per le donne, un utilizzo di personale non qualificato per l'assistenza al parto. Questo fattore è una delle cause dell'elevata mortalità delle donne e dei neonati, per esempio in Yemen. Un altro problema è la scarsità del personale sanitario di sesso femminile. Per esempio, in certe zone dello Yemen, non si trovano donne ginecologhe o donne ostetriche, e i mariti vietano alle mogli di andarsi a far visitare da un uomo. Dunque, assistiamo a parti fatti a casa e a tassi altissimi di morte, sia materna che infantile. Un altro problema è rappresentato dalla mancanza di condizioni d'igiene nelle strutture mediche pubbliche esistenti; ed ancora c'è la mancanza di informazione e di sensibilizzazione dei giovani sulle tematiche della salute sessuale e riproduttiva. Cercherò di elencare molto rapidamente i

punti su cui si focalizzano i nostri progetti. Prima di tutto cerchiamo di dare un sostegno istituzionale alle nostre Ong partner. Dunque, un rafforzamento, non solo nel settore sanitario, o sociale, ma anche per aiutarle a organizzarsi meglio, a fare *fund raising*; cerchiamo di aiutarle a formulare e studiare meglio progetti che possano presentare ai vari donatori; cerchiamo di aiutarle a organizzare meglio anche la loro contabilità, la loro amministrazione, in modo da poter andare avanti anche dopo la fine del progetto. D'altra parte, cerchiamo anche, quando mettiamo in azione progetti di salute sessuale e riproduttiva, di avviare attività produttive. Abbiamo visto che questa scelta aiuta le Ong ad andare avanti, e piace molto anche alle donne che usufruiscono dei nostri servizi. Per esempio, in Libano, in un progetto di salute sessuale e riproduttiva, abbiamo organizzato corsi di formazione in settori come il mosaico, i fiori secchi, bigiotteria, eccetera. Abbiamo visto che, durante questi corsi di formazione tecnica artigianale, che dunque non c'entravano con la salute riproduttiva probabilmente per il contatto fisico, per il fatto di lavorare con le mani, le donne - tutte musulmane, tutte con il velo - le quali all'inizio del corso erano un po' timide (oltretutto l'insegnante è un artigiano italiano, un ragazzone alto, forte, con il codino), poi si sono aperte e hanno cominciato a raccontare i loro problemi, e a interloquire con il formatore in un modo forse più rilassato di quanto accade durante il colloquio nel consultorio. Dunque, secondo me, la scelta di abbinare attività di salute sessuale riproduttiva ad attività di formazione e ad attività generatrici di reddito, funziona. Inoltre, nei progetti, cerchiamo di avviare una comunicazione con uomini e donne utilizzando una metodologia che risponde alla sensibilità sociale e del paese, e in particolare delle zone rurali; in questo caso con momenti separati per gli uomini e per le donne. Per esempio, in Yemen stiamo pensando di realizzare, con le donne, attività nei luoghi in cui esse si riuniscono (dall'hammam a momenti di festa tradizionali), e di cercare con gli uomini, ad esempio nei caffè, durante una partita, momenti di aggregazione naturale e di distribuzione di materiali. Un altro elemento importante che

stiamo cercando di sviluppare è la collaborazione con alcune associazioni arabe che hanno fatto un passo avanti. Per esempio in Libano abbiamo un rapporto molto buono con un'associazione libanese che, durante la guerra, ha sostituito il Ministero degli Affari Sociali; dunque, un'associazione che ha un'esperienza davvero trentennale. Stiamo utilizzando il suo personale in altri paesi, come lo Yemen, avvalendoci anche del contatto più facile attraverso la lingua araba, attraverso costumi e abitudini più simili. Inoltre alcune associazioni con le quali lavoriamo hanno avviato, sempre per il discorso sostenibilità, dei contatti con l'Università e con le scuole per organizzare corsi di formazione a pagamento per gli insegnanti, corsi di educazione sessuale per adolescenti e di informazione sulle tossicomanie, sulla prevenzione di malattie come l'Aids. Lavoriamo anche con gli uomini: abbiamo realizzato, con l'esercito libanese, un progetto di salute sessuale e riproduttiva per i militari e per le loro famiglie. Ha avuto successo, e, secondo noi, ha anche un effetto moltiplicatore, in un paese come il Libano dove ogni famiglia ha, o ha avuto, un figlio o un fratello che fa o ha fatto il militare. Per quello che riguarda i giovani, organizziamo sessioni nelle scuole, cerchiamo di aprire sportelli separati per ragazzi e ragazze. C'è anche una hot line che funziona molto bene, visto il problema dell'anonimato: abbiamo visto che la gente telefona, racconta, magari quello che non riesce a raccontare davanti a una operatrice sociale. Abbiamo poi consultori in cui diamo servizi e distribuiamo prodotti anticoncezionali a prezzi molto bassi.

/ IL MODELLO DELL'OFFERTA ATTIVA DEI SERVIZI PRIMARI E LA SUA SOSTENIBILITÀ

Michele Grandolfo

Direttore, Reparto Salute
della donna e dell'età evolutiva
Istituto superiore di sanità

La mortalità materna non è diminuita, nonostante gli altisonanti impegni che di volta in volta spostano più in là le scadenze. Forse è il caso di riflettere sulle ragioni dei fallimenti delle azioni proposte ed eseguite, sia sul piano dei modelli operativi scelti, sia sui paradigmi epistemologici che sostengono tali modelli. Tale riflessione è necessaria per poter formulare modelli operativi applicabili nella pratica e in grado di produrre i risultati attesi.

Dalle Conferenze del Cairo (1994) e di Pechino (1995) abbiamo avuto potenti indicazioni: Se è necessario in generale, nel caso della salute delle donne è essenziale assumere un modello sociale di salute: la mortalità materna, più che qualsiasi altro fenomeno attinente alla salute delle popolazioni umane, è determinata da cause sociali dietro le cause biologiche.

Ma un modello sociale di salute implica un'assunzione di centralità della persona come soggetto e non come oggetto dell'intervento, la persona va assunta come competente.

Nel modello tradizionale la persona viene considerata soggetto debole da porre sotto tutela, a cui prescrivere direttamente quanto è necessario per il suo bene, che la persona stessa non ha titolo di conoscere e rappresentare.

È evidente l'odiosità di questa visione del mondo e del conseguente modo di operare quando sono degli occidentali che pretendono, dopo averli rapinati e continuando a

rapinarli, di prendersi cura delle persone e delle comunità del Sud del mondo.

Da Pechino le donne del Sud del mondo lanciano il concetto rivoluzionario di *empowerment*, e in tale visione le persone e le comunità vengono considerate competenti e assumono il ruolo centrale di motori del cambiamento. Già nel 1986 la Carta di Ottawa sulla promozione della salute anticipava questa nuova visione, purtroppo sopravanzata da una visione della salute riduzionista sul piano teorico e mercantilista sul piano operativo, che ha dominato in tutto l'ultimo decennio del ventesimo secolo e ancora oggi seguita a produrre disastri. Ci vuole tutta l'arroganza del paternalismo che ha contraddistinto il modello di welfare del secolo scorso, secondo il quale le persone vengono poste sotto tutela dagli esperti e vengono prese per mano e guidate per il loro bene, per sostenere che le donne sono soggetti deboli, vulnerabili.

Le donne sono i soggetti forti. Di tutte le società. Ovunque. Sulle loro spalle, sulla loro responsabilità di cura si fondano le famiglie e quindi le società.

Il modello sociale di salute implica il rispetto della persona come soggetto competente e impone, pena il fallimento, una capacità comunicativa adeguata a promuovere la valorizzazione delle competenze e lo sviluppo delle consapevolezze, in modo tale che le persone e le comunità aumentino la loro capacità di controllo sul proprio stato di salute. È una rivoluzione copernicana!

Una conseguenza di tutto rilievo sul piano operativo è l'approccio integrato e non frammentato, al contrario del tradizionale modo di operare con interventi settoriali e verticali che ha caratterizzato buona parte dell'attività di cooperazione nei Paesi in via di sviluppo, senza produrre effetti significativi.

Questo approccio integrato richiede coordinamento a *livello centrale e integrazione a livello locale, soprattutto nei servizi di salute di base (primary health care)*.

Assumere il modello dell'*empowerment* implica rendersi conto che una prima caratteristica che una persona competente manifesta è la capacità di cercare salute (*health seeking behaviour*: è una misura indiretta di un efficace programma di promozione della salute); all'opposto una per-

sona o una comunità affetta da grave deprivazione sociale e quindi nella condizione di *powerlessness* sarà, prima di ogni altra cosa, priva di questa competenza.

Le iniziative di facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari per tale motivo non bastano, ed hanno fallito.

Peraltro, con i programmi di *health reform* ferocemente portati avanti dalla Banca mondiale e dal Fondo monetario internazionale si è provveduto a rendere ancora più difficile l'accesso con lo smantellamento dei residui scheletri di servizio pubblico e con l'introduzione dell'*user fee*, in un contesto di aumentata povertà (aumento del livello di povertà e aumento delle persone in condizione di povertà) prodotta dalle famigerate e criminali politiche di aggiustamento strutturale, promosse sempre dalle due organizzazioni internazionali già citate, veri e propri bracci armati del mondo occidentale.

Alla facilitazione di accesso, il cui fallimento spesso dava luogo al biasimo delle vittime, va contrapposta l'offerta attiva dei servizi, delle prestazioni, dell'assistenza, del sostegno, del *counselling*.

Offerta: perché ci si propone con rispetto, gentilezza, empatia e compassione (intesa non nel senso miserabile di commiserazione ma nel senso etimologico che la fa regina delle arti etiche e fondamento della democrazia).

Attiva: perché è responsabilità dell'operatore socio-sanitario "raggiungere" tutte le persone da coinvolgere nella tutela e promozione della salute, nella consapevolezza che le persone più difficili da raggiungere sono anche quelle che, maggiormente affette da deprivazione sociale, sono anche a maggior rischio, e non raggiungerle significa lasciare le cose come stanno.

La nascita è un'espressione della potenza delle donne, se le donne sono così potenti da creare nuove vite, significa che sono potenti per tutto. E, come ogni buon investitore punta i suoi investimenti da valorizzare sui settori forti, così un servizio sanitario che si rispetti punterà sul percorso nascita. Se si fa bene il lavoro attorno alla nascita, i servizi si accreditano agli occhi delle donne e diviene più realistico affrontare questioni più complesse e delicate che riguardano non solo le donne stesse (pianificazione

familiare, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, per esempio) ma anche i loro figli e in generale gli altri costituenti il nucleo familiare allargato (si pensi alle vaccinazioni e alla identificazione precoce di condizioni che, non trattate tempestivamente, possono evolvere drammaticamente, come nel caso della tubercolosi o della lebbra, per esempio).

Si comprende così perché la mortalità materna rappresenta un indicatore potente, cartina di tornasole, della qualità dei servizi dedicati alla salute e, più in generale, del livello di civiltà della società.

Uno dei fattori per ridurre la mortalità materna è produrre la posticipazione delle nascite e il modo migliore per ottenere ciò è la scolarizzazione.

Ma ci devono essere le scuole, non ci deve essere la discriminazione di genere e le scuole devono essere regolarmente frequentate. Il livello di scolarizzazione delle donne è l'altro indicatore potente.

E la frequenza a scuola rende possibile la partecipazione a programmi di promozione della salute riproduttiva che, se condotti in modo non direttivo e frontale ma partecipato, tanto da costituire attività didattica, rappresentano un formidabile investimento sul futuro. Anche in questo caso l'assunzione di fondo è che anche gli adolescenti e le adolescenti non sono soggetti da tutelare, non sono soggetti vulnerabili, sono soggetti forti, sono quelli che costruiranno il futuro, sono il motore nobile del cambiamento.

Ma l'investimento nelle scuole non riguarda soltanto la società futura ma anche il presente perché se nelle scuole l'attività di promozione della salute viene svolta in modo partecipato, un primo effetto sarà costituito dall'immediato irradiazione nella comunità attraverso i vettori costituiti dagli/le adolescenti (questo è il secondo effetto indiretto di un efficace programma di promozione della salute: le persone coinvolte divengono a loro volta attrici di promozione nella forma dell'educazione tra pari - *peer education*). E questo effetto benefico può essere ancora più consistente se l'attività di promozione della salute parte, come dovrebbe, dalla riflessione dei vissuti quotidiani e sulla memoria storica della comunità. Così che gli/le adolescenti si interrogano e interroga-

no la comunità e la comprendono.

E ancora di più si può ottenere se gli/le adolescenti vengono sollecitati a svolgere su base volontaria funzioni di sorveglianza e di presa in carico, come volontari comunitari di salute, in aiuto a quelli auspicabilmente presenti.

L'obiettivo della riduzione della mortalità materna è quindi la priorità assoluta.

Donne sostenute nel percorso della nascita da servizi di base integrati saranno in grado di cogliere maggiormente le opportunità per ridurre il rischio della mortalità infantile e di quella entro i cinque anni.

Il problema è che, per ridurre la mortalità materna, è necessario avere servizi ostetrici di emergenza. Almeno uno ogni cinquecentomila abitanti. Il servizio ostetrico di emergenza con tale bacino di riferimento deve effettuare in media non meno di tre-cinque tagli cesarei al giorno, tanto per dare un'idea quantitativa del carico di lavoro.

E le partorienti devono poter arrivare a questi servizi, devono poter essere riconosciute nella necessità di dover ricorrere al servizio ostetrico e devono poterci arrivare in tempo utile. E naturalmente, ci deve essere una rete di servizi di base in grado di garantire un'assistenza qualificata in gravidanza, in grado di gestire la presa in carico e di garantirne la continuità.

Certo, sarebbero auspicabili quattro visite in gravidanza, come raccomanda l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Ma sembra un'utopia se oggi il 50% delle donne non hanno alcuna visita prenatale durante la gravidanza! L'accesso spontaneo ai servizi, anche quando è facilitato, seleziona le donne meno a rischio. Ed è un errore strategico: aspettare che sia la donna a cercare i servizi significa non affrontare il problema. È Maometto che deve andare alla montagna. Se non si assume questo principio non si va da nessuna parte, e la mortalità materna rimarrà sempre su valori elevati. Non si riduce la mortalità materna se non si fa l'offerta attiva e i servizi non si accreditano. Ma il problema dell'offerta attiva è che bisogna identificare le donne in gravidanza.

E bisogna avere una risorsa, soprattutto umana, che permetta di raggiungere le donne. Bisogna cercare le donne. Se non si fa questo non si modifica la mortalità materna.

Cercare le persone significa cercare soprattutto le persone più difficili da raggiungere, che sono le persone nella condizione di maggior privazione sociale, sono le donne maggiormente a rischio per la mortalità materna; se non si raggiungono le persone difficili da raggiungere, la mortalità materna rimane inalterata. E, in genere, il rischio che si corre quando non si fa un'adeguata offerta attiva è di biasimare le vittime!

Ci vuole risorsa umana addestrata. A partire dai volontari di comunità, sostenuti dalla comunità stessa. Dovrebbero fare da intermediari con operatrici sanitarie addestrate, che gestiscono centri di salute, anche attraverso le *traditional birth attendant*, a loro volta adeguatamente addestrate ed equipaggiate per assistere parti fisiologici e riconoscere l'emergenza ostetrica. I volontari di comunità segnaleranno le donne che entrano in gravidanza per far attivare l'offerta attiva delle visite prenatali e degli interventi essenziali (a partire dalla vaccinazione antitetanica).

Si possono immaginare, certo, anche fondi raccolti dalla comunità per una gestione collettiva, per cui non è l'individuo che paga, ma un fondo collettivo, quindi una specie di assicurazione universale, che è quello che, sicuramente, minimizza i costi.

E, naturalmente, in questo ruolo di attivazione delle risorse interne alla comunità, le adolescenti e gli adolescenti, soprattutto se, appunto, coinvolti in programmi scolastici adeguati, possono diventare una risorsa molto importante.

Bisogna utilizzare, bisogna coinvolgere le *traditional birth attendant*, le ostetriche tradizionali. Solo recentemente va rafforzandosi la convinzione del loro fondamentale ruolo (come, d'altronde, quello dei *traditional healer*, precedentemente altrettanto bistrattati), con un ripensamento che ha messo in discussione la boria e le certezze degli esperti occidentali. Si deve investire adeguatamente sul loro addestramento, sono l'unica risorsa che, radicata sul territorio, permette effettivamente di arrivare alle donne più difficili da raggiungere.

È molto più problematico mantenere per periodi lunghi personale professionale più strutturato, che preferirà spesso di andare a lavorare nei centri urbani occidentalizzati

dove guadagna di più a praticare la medicina secondo gli schemi occidentali, con tutti i risvolti di eccesso di medicalizzazione, con quella porzione (dal 10 al 20%) della popolazione che ha standard di vita di tipo occidentale.

Le *traditional birth attendant* vanno messe in condizione di poter fare un'assistenza alla gravidanza e ai parti fisiologici, e poi anche per poter riconoscere le situazioni a rischio, e assicurare il riferimento ai servizi di emergenza ostetrica. I volontari di salute potranno svolgere un ruolo essenziale nell'attivazione delle risorse della comunità. Naturalmente, ci vogliono anche le visite in puerperio, per i bisogni e le misure preventive della madre e del bambino, cogliendo l'occasione dell'accreditamento per il *counselling* sulla pianificazione familiare e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, come momenti integrati e non come azioni settoriali.

Se ci si riesce, se si è bravi a farsi accettare, e ci si accredita, a quel punto con l'arte della maieutica è possibile affrontare tutte le altre tematiche di salute, anche problematiche, riguardanti tutti i costituenti in nucleo familiare.

Con attenzione alla rilevazione dei bisogni di salute insoddisfatti, o delle mancate opportunità. A partire dalla rilevazione precoce di condizioni per le quali è raccomandato l'intervento terapeutico tempestivo (come nel caso della tubercolosi).

Se non si parte dalle donne, come punto di forza, capisaldi, pilastri, colonne delle famiglie, come si fa ad arrivare alla famiglia? Quindi, si vede bene che l'offerta attiva è la chiave di volta.

Ragionare in termini di offerta attiva significa chiara identificazione degli obiettivi, chiara identificazione degli indicatori, chiara identificazione della popolazione da coinvolgere e delle modalità efficaci per coinvolgerla tutta, chiara indicazione delle azioni necessarie da effettuare mantenendo l'efficacia nella pratica, sistematicamente monitorando e valutando perché sia tenuta la rotta (con il controllo degli indicatori, bussola essenziale di governo) verso gli obiettivi, correggendo quanto necessario modificando la progettazione operativa o aggiornando le professionalità (timone di governo).

Traduzioni:

Leila Buongiorno

Editing:

Marinella Correggia

Giovanna Ermini

Progetto Grafico:

Cristina Chiappini

Stampa:

???????????????

Data pubblicazione: dicembre 2005

