Archè

Archè è un'associazione di volontariato che assiste, ogni giorno, da oltre 10 anni, minori affetti da disagio sociale, psichico o da virus Hiv. Sono i più indifesi, stiamo con i più piccoli.

reg. trib. Mi. N° 521 del 5/8/96 Poste Italiane Spa - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. In L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma2, DCB Milano – Anno 11 numero 36

L'ARCOBALENO
La rivista di Arché

Eschilo ci presenta il mito di Prometeo come la divinità che amò i mortali oltre misura, donò loro mille cose e mille ne inventò, arrivò a sfidare la stessa ira di Zeus. Prometeo liberò gli uomini dall'essere dispersi dalla morte e seminò la speranza.

È il mito a cui un gruppo di volontari di Arché nell'ormai lontano 1994 si riferì per dare il nome al nostro primo progetto di prevenzione Aids a scuola. Erano, per l'Italia, gli ultimi anni del clamore intorno alla malattia, delle grandi campagne pubblicitarie sull'Aids, delle plateali iniziative di beneficenza a cui tristemente facevano eco le morti di personaggi dello spettacolo e i casi di discriminazione di malati talvolta riportati dai quotidiani.
Come associazione impegnata nell'accompagnamento di bambini e ragazzi sieropositivi e delle loro famiglie, siamo entrati nelle scuole con il principale intento di stemperare la paura e di facilitare la costruzione di una comunità competente e solidale. Questo obbiettivo ha da subito comportato il superamento dell'idea che fare prevenzione si limitasse a portare delle informazioni scientificamente corrette.
Si trattava di iniziare un percorso fatto di incontri, relazioni, condivisione ed elaborazione dei significati e dei vissuti che il tema richiamava tra i ragazzi e gli insegnanti.
Oggi, in un periodo in cui l'allarme sociale intorno all'Aids è sceso fino a non essere più quasi percepito, ci sembra ancora più importante questo lavoro che và oltre la semplice informazione, tra l'educativo e l'animativo. Il tempo del rischio appare concluso e il dramma della malattia riguardare ormai solo paesi lontani. Intanto nei paesi occidentali il virus è definitivamente traghettato da alcune fasce della popolazione a molte altre, anche le più insospettabili e propone quotidianamente sempre nuove sfide, per affrontare le quali non sembra esserci un fertile terreno di coltura. Quello che, più comunemente, si chiama prevenzione.
Anche oggi i volontari si trovano a lavorare nelle scuole, nelle singole classi, intorno alle rappresentazioni che i ragazzi hanno della malattia. Rappresentazioni che, generate da un mix di informazioni un po' corrette e un po' confuse, si sviluppano quasi sempre intorno a modelli televisivi-mass-mediatici talora anche molto ingenui. Rappresentazioni potenzialmente rischiose, che spostano di fatto l'Aids in luoghi irraggiungibili o in categorie di persone lontane. La sottesa presenza della paura sembra essere tutt'altro che un fattore di protezione ma, piuttosto, l'innesco di un meccanismo di negazione e allontanamento.

La ricerca condotta da Arché, che presentiamo in questo numero di Arcobaleno, ci dice che oggi è più che mai necessario guardare non solo al bagaglio di nozioni posseduto dai ragazzi, ma anche alle mappe concettuali e affettive che nelle classi si dipanano a partire dalla parola Aids: solo così possiamo sorprenderci, e riflettere, sul fatto che ragazzi ben informati e che esplicitano concetti quanto più socialmente desiderabili, possano invece avere dei riferimenti profondi decisamente più sfumati, spesso confusi.
Sarebbe rassicurante per noi volontari ed operatori limitarci a verificare il piano cognitivo, gli atteggiamenti, dichiarati con le scale nei questionari, verso i comportamenti a rischio e verso la malattia e chi ne soffre. Ma sarà invece necessario continuare ad immergersi, in questa materia, certamente densa ma affascinante, per la quale i giovani volontari sembrano essere allo stesso tempo esploratori e guide privilegiate.

Jacopo Dalai

Il sommario di Arcobaleno

Realizzazione: Pensieri e Colori Stampa: Mediaprint
Anno II Numero 36 Data di pubblicazione: 15/12/06

L'editoriale, qui a fianco

DOSSIER
Aids: statuto pdi una malattia (quasi) dimenticata 2
Prometeo: l'aids e le sue rappresentazioni 3
I dati epidemiologici: stabilizzazione si, no, forse 4
Dati e realtà 6
Normalizzazione e nuovi problemi 7
Sulla necessità dei processi di prevenzione primaria 8
La nostra esperienza 10
Le nuove sfide 11

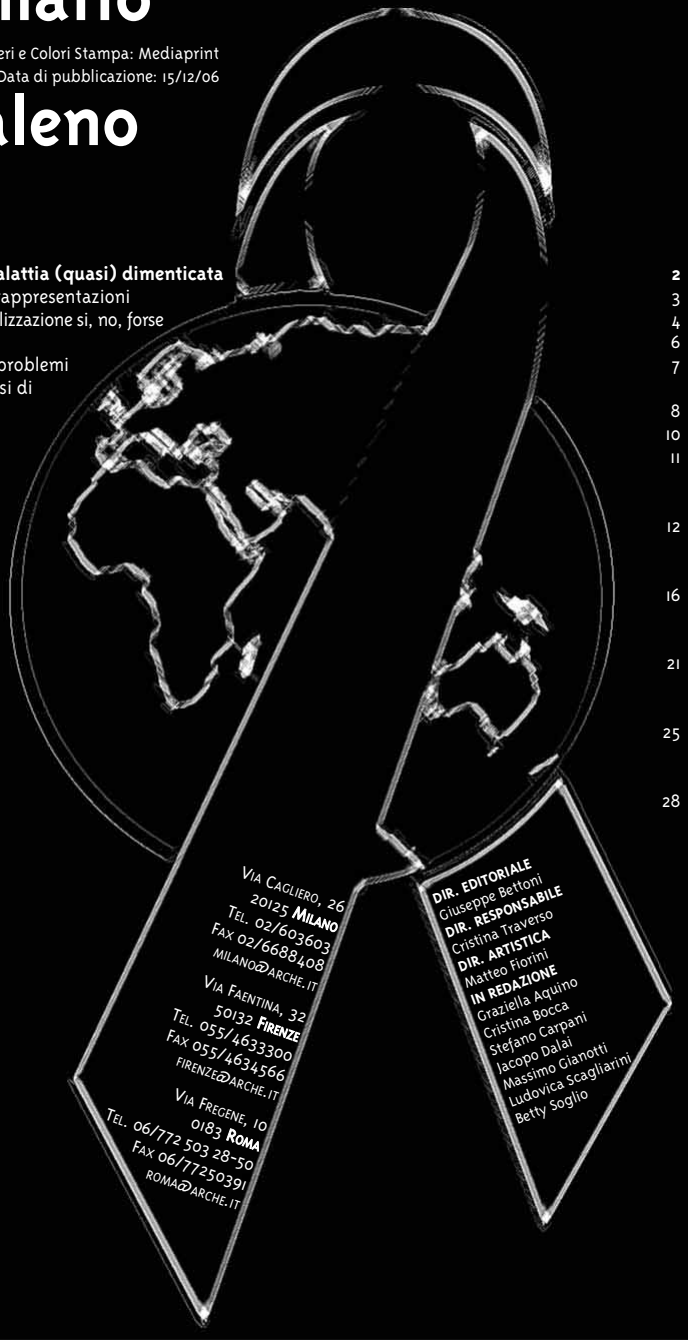
IL CASO
La battaglia non è vinta 12

L'INCONTRO
La nuova visibilità 16

DENTRO ARCHÉ
Prometeo alla prova 21

POLITICHE SOCIALI
Caleidoscopio 25

SOTTOSOPRA
L'infanzia violata 28



Via Cagliero, 26
20125 **Milano**
Tel. 02/603603
Fax 02/6688408
milano@arche.it

Via Faentina, 32
50132 **Firenze**
Tel. 055/4633300
Fax 055/4634566
firenze@arche.it

Via Fregene, 10
0183 **Roma**
Tel. 06/772 503 28-50
Fax 06/77250391
roma@arche.it

Dir. Editoriale
Giuseppe Bettoni
Dir. Responsabile
Cristina Traverso
Dir. Artistica
Matteo Fiorini
In redazione
Graziella Aquino
Cristina Bocca
Stefano Carpani
Jacopo Dalai
Massimo Gianotti
Ludovica Scagliarini
Betty Soglio

Arché

Arché è un'associazione di volontariato che assiste, ogni giorno, da oltre 10 anni, minori affetti da disagio sociale, psichico o da virus Hiv. Sono i più indifesi, stiamo con i più piccoli.

www.arche.it
CCP 22279202

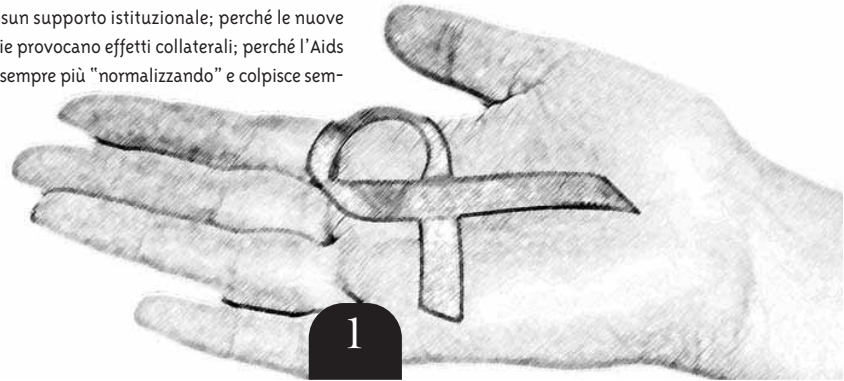
L'EDITORIALE

di Cristina Traverso

Nel suo discorso di chiusura della XVI Conferenza Internazionale sull'Aids, svoltosi a Toronto, Canada, nell'agosto di quest'anno, Pedro Cahn, il nuovo presidente della Società Internazionale Aids (IAS), ha dichiarato: "Tutta la conoscenza, la ricerca innovatrice e i nuovi farmaci non saranno efficaci a fermare la pandemia senza il supporto della leadership politica. Non accetteremo una lista di Schindler per l'Hiv in cui le vite di coloro che ricevono il trattamento sono salve, ed altri sono lasciati a morire. Dobbiamo mantenere la pressione sui leader dei G8 e pretendere il loro impegno per realizzare l'accesso universale alla prevenzione, alla cura ed al trattamento entro il 2010."

Un numero di Arcobaleno che torna a parlare prevalentemente di Aids: perché non è vero che l'epidemia è stata sconfitta; perché ancora oggi l'accesso ai farmaci è possibile solo ad una minoranza; perché mancano strategie serie di prevenzione e una politica lungimirante da parte dei paesi occidentali; perché l'Aids ha creato un numero altissimo di orfani che ad oggi non ha quasi nessun supporto istituzionale; perché le nuove terapie provocano effetti collaterali; perché l'Aids si sta sempre più "normalizzando" e colpisce sempre più diffusamente; perché è necessario riflettere sui comportamenti a rischio e promuovere nel territorio una comunità competente, consapevole, partecipativa.

Secondo il programma delle Nazioni Unite su Hiv/Aids (UNAIDS), nel 2005 le persone sieropositive nel mondo sono circa 39 milioni, di cui la vasta maggioranza in paesi in via di sviluppo. Solo nel 2005 circa 4 milioni di persone hanno contratto il virus e 2,8 milioni sono morti di Aids. Di 6,8 milione di persone sieropositive che dovrebbero assumere le terapie solo il 24% (1,6 milione totali) ha accesso al trattamento. La mancanza di accesso al trattamento è addirittura maggiore per i bambini sotto i 15 anni. Solamente il 13% dei 800.000 bambini che necessitano il trattamento antiretrovirale lo assume. Solo il 3-5% degli orfani hanno un supporto di qualche natura da parte dello stato. L'epidemia uccide oltre 8.000 esseri umani al giorno e, sebbene le persone in trattamento siano aumentate, di fatto nulla è cambiato e negli ultimi 3 anni il numero di morti è rimasto praticamente inalterato.



DOSSIER

AIDS: STATUTO DI UNA MALATTIA (QUASI) DIMENTICATA

Ritorniamo a parlare di aids: a 25 anni dalla sua comparsa, cosa è cambiato?
Quali sono le problematiche che restano ancora sul campo?
Quale immaginario è oggi legato a questa malattia?
Quali sono gli interventi di prevenzione più efficaci?
In questo dossier proponiamo riflessioni, analisi e dati: partendo da alcune spunti generati sia da Prometeo (uno specifico progetto di prevenzione primaria per studenti di terza media che, come Associazione Arché, abbiamo condotto su un totale di quasi duemila studenti) sia dall'analisi dei dati epidemiologici forniti dall'Istituto Superiore di Sanità. Per aiutare a capire di più.

A cura di Jacopo Dalai e Carmine Marrazzo

Prometeo, il progetto di prevenzione cofinanziato dall'ISS che Arché ha condotto nelle scuole medie di Milano e Roma[1], ci impone una premessa: l'immagine dell'Aids arriva ai giovani mediata, spesso lacunosa, sempre filtrata dal mondo adulto. È infatti importante osservare che la maggior parte degli studenti incontrati ha dichiarato di aver sentito parlare di Aids soprattutto dai mass-media; solo una piccola parte di essi ha approfondito il tema e chi lo ha fatto ha indicato professori e/o genitori come interlocutori elettivi. Questo ci permette di ipotizzare che le immagini che gli studenti ci rimandano siano in una certa misura specchio delle rappresentazioni sociali della malattia radicate e rimandate dal mondo adulto. Il risultato dell'attività di brainstorming[2] condotta sui ragazzi ci ha permesso di dividere le parole relative all'Aids che più frequentemente i ragazzi usano in tre categorie principali.

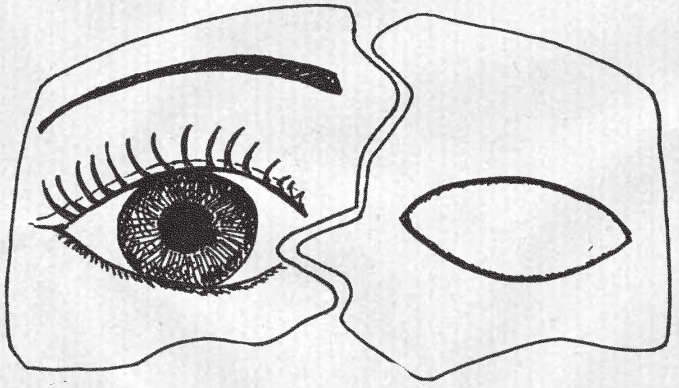
Nella prima – ascrivibile a un piano emotivo – possiamo includere termini come paura, sofferenza, isolamento, tristezza, emarginazione, solitudine; la seconda categoria – ascrivibile al piano delle informazioni – può contenere parole come preservativo, siringa, sangue, Hiv, virus, sieropositivo, saliva; all'interno dell'ultima – afferente alle categorie a rischio – possiamo incontrare parole quali *prostituta, omosessuali, Freddy Mercuri.*

PROMETEO: L'AIDS E LE SUE RAPPRESENTAZIONI

L'immagine dell'Aids che emerge sembra quindi essere composita e molto sfumata, una sorta di patchwork di informazioni, slogan, nozioni mediche, icone, ma anche sentimenti, emozioni e paure irrazionali. Sembra emergere un quadro fatto di informazioni generali scientifiche corrette rispetto alle vie di trasmissione e di contagio e, conseguentemente dei comportamenti a rischio; ma – complessivamente – non appaiono accenni ad un quadro informativo più approfondito e dettagliato.

Si presenta poi una dimensione emotiva particolarmente connotata dalla paura e da sentimenti di sofferenza e vergogna. Nelle produzioni dei ragazzi è molto presente la parola Africa, che se da un lato sostiene un riferimento oggettivo ad un focolaio importante della malattia, dall'altro se vista all'interno della rappresentazione emergente sembra rinforzare l'idea di un Aids lontano.

La malattia sembra ancora molto legata a "categorie ritenute a rischio". Questo legame con omosessuali, prostitute e tossicodipendenti sembra non tramontare a più di vent'anni dalla comparsa dell'Aids nel mondo occidentale. Sembra che a fronte della straordinaria rivoluzione evoluzione clinico-farmacologica e, conseguentemente, epidemiologica dell'Aids nel mondo occidentale, la cultura non si sia modificata in modo coerente. In altre parole, scienza e cultura non sembrano andare di pari passo: "i miti e le metafore" – scriveva Susan Sontang nel 1988 raccontando le metafore dell'Aids negli Stati Uniti e auspicando una liberazione da esse – "uccidono nelle loro conseguenze". A distanza di quasi venti anni da quel coraggioso saggio, rimane una sottesa idea della malattia come peste che colpisce solo alcune categorie di persone i cui comportamenti sono giudicati promiscui e devianti.



[1] Su questo progetto vedere anche l'articolo a pag. XXX di questo numero

[2] I ragazzi sono liberi di scrivere su un cartellone tutto ciò che associano alla parola Aids. Successivamente il cartellone viene commentato con l'aiuto e la mediazione degli operatori e dei volontari presenti in aula.

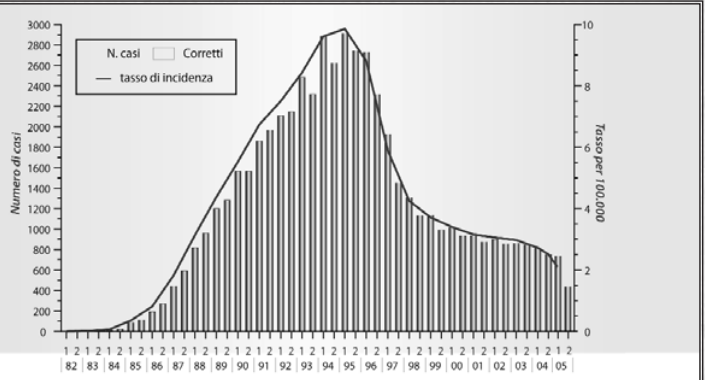


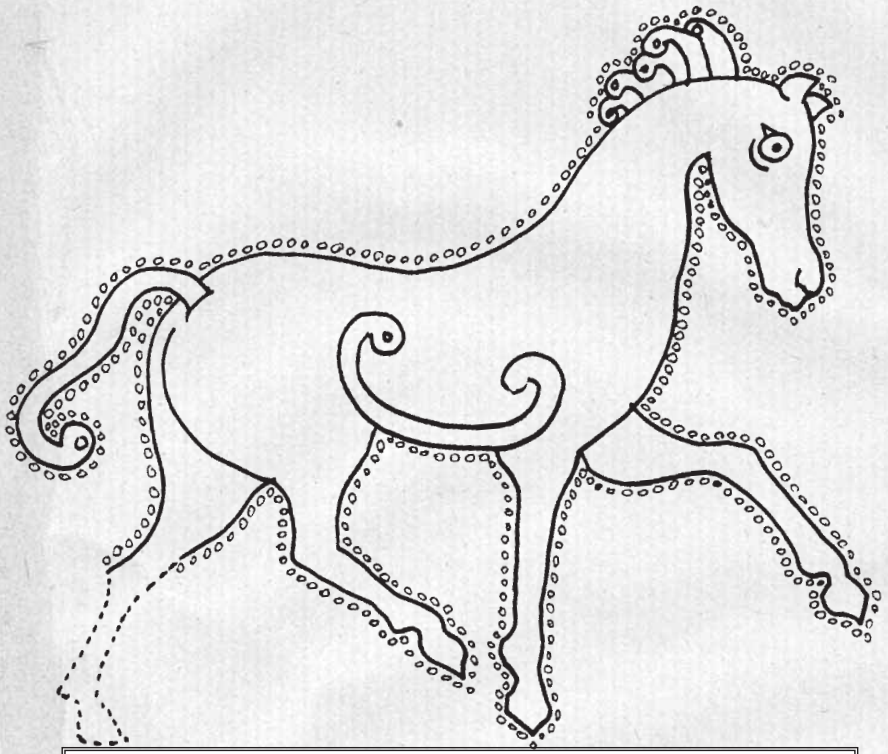
Fig. 1. Evoluzione casi di Aids diagnosticati in Italia

I DATI EPIDEMIOLOGICI: STABILIZZAZIONE SI, NO, FORSE

L'Istituto Superiore di Sanità provvede alla pubblicazione semestrale, tramite il Centro Operativo Aids, di un report sull'andamento della malattia in Italia. Analizzando l'evoluzione del numero di malati Aids diagnosticati notiamo come la diminuzione dell'incidenza dei casi iniziata a partire dalla metà del 1996 sembra ormai tendere alla stabilizzazione. Nel 2005 i casi di diagnosi attesi (tenendo conto del ritardo di notifica) sono in sostanza gli stessi di quelli del 2004 (Fig. 1).

Essi rivelano che, **dopo la fine degli anni '80**, quando è stato rilevato un massimo di infezioni, **si è registrata una progressiva diminuzione dei nuovi casi fino alla fine degli anni '90. In seguito, il numero di nuove infezioni si è stabilizzato. Oggi in alcune zone è addirittura in aumento: questo movimento potrebbe segnalare una possibile riattivazione dell'epidemia in varie aree del nostro Paese.** Va ricordato cha **la notifica delle infezioni Hiv avviene solo in alcune regioni italiane** e non è quindi possibile avere un fotografia dettagliata della diffusione dell'infezione e del suo sviluppo: è complesso risalire dal numero di casi di Aids conclamato alla reale diffusione del virus Hiv.

L'Istituto Superiore di Sanità, tramite alcune simulazioni (con modelli matematici) sull'andamento dei casi di Aids, suggerisce che **la repentina diminuzione verificatasi negli ultimi anni non è attribuibile ad una riduzione delle nuove infezioni da Hiv, ma soprattutto all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate**. E questo rappresenta un vero problema, che vale la pena di approfondire.



Dal 1982 al 31 dicembre 2005 sono stati notificati 56076 casi cumulativi di Aids, di cui 1577 nell'ultimo anno. Del totale dei casi diagnosticati il 77,6% erano di sesso maschile, l'1,3% in età pediatrica. In totale 34757 (62%) risultano deceduti. L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti, sia maschi che femmine, mostra un aumento nel tempo. L'andamento dei tassi di incidenza per anno di diagnosi mostra un incremento dei casi fino al 1995, seguito da una diminuzione nel 1996 continuata fino al 2001, mentre dal 2002 il numero dei casi diagnosticati sembra stabilizzarsi. Inoltre, si nota un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale e una diminuzione di quella delle altre modalità di trasmissione. Solo il 35% dei malati ha fatto uso di terapie antiretrovirali.

Fonte: Notiziario dell'ISS Aggiornamento dei casi di Aids notificati in Italia e delle nuove diagnosi da Hiv al 31 dicembre 2005

Dati e realtà

Il primo caso di Aids diagnosticato in Italia risale al 1982, ma è solo a partire dal 1986 che l'Aids diventa una malattia "a notifica obbligatoria" e solo dal 1987 – attraverso l'istituzione del Registro Nazionale Aids – è stata formalizzata la sorveglianza della sindrome. Oggi l'infezione da Hiv viene notificata solo in alcune regioni e province (Piemonte, Lazio, Veneto, Trentino Alto Adige, Modena) e questo rappresenta un limite al sistema di sorveglianza nei confronti dell'Hiv nel nostro Paese. Negli anni '80, in effetti, non si riteneva indispensabile la raccolta di informazioni relative alle persone sieropositive (affette da Hiv, ma asintomatiche), dal momento che nessun intervento terapeutico poteva essere effettuato prima della diagnosi di Aids: ogni attività assistenziale era mirata primariamente alla cura della malattia conclamata e, anche dal punto di vista epidemiologico, i dati forniti erano ritenuti sufficienti – seppur in maniera sommaria e incompleta – per monitorare l'andamento dell'infezione nel Paese.

A partire dalla seconda metà degli anni '90, i dati forniti dalla sorveglianza Aids non sono più in grado di fornire informazioni attendibili sull'andamento dell'epidemia a causa dell'introduzione delle terapie antiretrovirali altamente efficaci che – determinando una drastica riduzione della morbilità e della mortalità da Hiv – non consentono di effettuare stime corrette sulla diffusione dell'infezione basate su modelli matematici. In altre parole, **l'introduzione dei farmaci antiretrovirali ha modificato la storia naturale dell'infezione e reso sempre più debole l'associazione tra la malattia e la reale diffusione dell'infezione stessa, modificando in maniera sostanziale la curva epidemica dei casi di Aids.**

I sistemi di sorveglianza Hiv rappresentano oggi una necessità improrogabile secondo i maggiori organismi internazionali (UNAIDS, WHO, EC), specialmente per spostare l'attenzione dalla fase finale della storia naturale della malattia alle fase più precoci, dove il trattamento con le nuove terapie antiretrovirali può finalmente offrire alle persone sieropositive una sopravvivenza maggiore e una qualità di vita migliore.

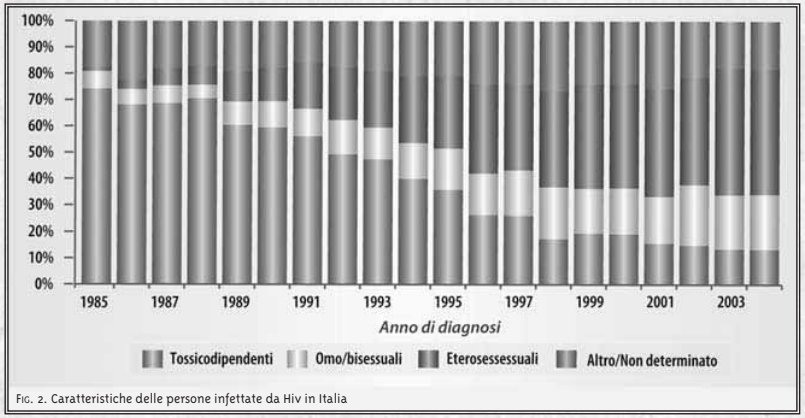


Fig. 2. Caratteristiche delle persone infettate da Hiv in Italia

Normalizzazione e nuovi problemi

A commento dei dati presentati nell'ultimo aggiornamento del 31 dicembre, l'ISS ritiene opportuno innanzitutto evidenziare il carattere di "normalizzazione" che l'infezione sta assumendo, non più stigmatizzabile in prestabilite categorie a rischio e non più racchiudibile in fasce d'età.

Appare evidente, infatti, come **la trasmissione dell'infezione da Hiv sia andata progressivamente riducendosi nei tossicodipendenti - che avevano contratto l'infezione mediante lo scambio di siringhe – e come, attualmente, la via di trasmissione prevalente sia quella sessuale, in particolar modo con i rapporti eterosessuali**.

Il cambiamento dell'epidemiologia dell'infezione da Hiv registrato negli ultimi anni sottolinea come il termine "categorie a rischio", utilizzato impropriamente nei primi anni dell'epidemia, sia di fatto superato. È quindi necessario parlare (e soprattutto ragionare!) in termini di prevenzione primaria, di comportamenti a rischio, indipendentemente dall'appartenenza a questa o a quella categoria (ammesso che sia possibile parlare di categorie).

Si è aperta quindi una nuova sfida: trasformare l'infezione da Hiv da "silente" in "manifesta", per permetterne un adeguato trattamento terapeutico. Il report dell'Istituto Superiore di Sanità pone quindi l'accento inoltre sui cambiamenti nel corso del tempo delle caratteristiche delle persone infettate dal virus Hiv.

Dieci o venti anni fa, erano persone giovani e per la maggior parte tossicodipendenti. Oggi le peculiarità dei soggetti sieropositivi sono completamente diverse: si tratta prevalentemente di persone che acquisiscono l'infezione attraverso i rapporti sessuali.

Questi risultati rilevano la **necessità di implementare interventi informativi preventivi, anche nei confronti di popolazioni non appartenenti alle classiche categorie a rischio per Hiv.**

Inoltre, il serbatoio d'infezione è ancora ampio e si stima che le persone colpite dal virus Hiv attualmente viventi nel nostro paese siano tra 110.000 e 130.000.

L'invito dell'Istituto Superiore di Sanità, nelle conclusioni del rapporto Aids 2004, è quindi quello di "non abbassare la guardia" e a tenere alta l'attenzione nei riguardi delle persone giovani e adulte che rientrano nella fascia della cosiddetta normalità.

Sulla necessità dei processi di prevenzione primaria

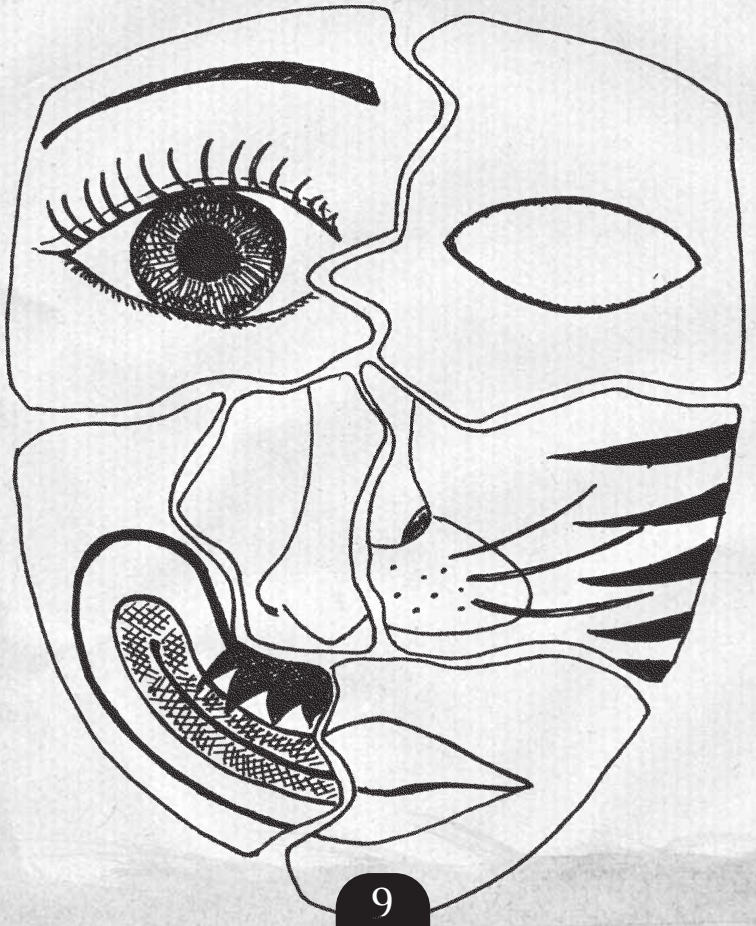
È purtroppo un dato di fatto che nella nostra società le persone si ricordino delle strutture sanitarie solo nel momento "urgente" in cui il problema di salute si presenta, essendo molto scarsa nel nostro paese la cosiddetta cultura della prevenzione. Le strutture sanitarie stesse, quindi, sono chiamate in primo luogo a rispondere al problema della malattia in modo adeguato e pertinente, anche se sarebbe auspicabile – da parte delle strutture stesse e in sinergia con tutte le istituzioni preposte – la contemporanea trasmissione di una cultura della prevenzione dell'Hiv e di qualunque altra patologia.

Fatto salvo che si agisce quindi su un territorio che vede la drammatica latenza di un ruolo istituzionale, è proprio in quest'ultimo aspetto che si gioca una importante sfida per il volontariato oggi: **sensibilizzare la società civile e l'opinione pubblica ad una cultura della prevenzione, a una cultura – quindi – della salute.**

Lavorando nell'ambito della prevenzione dell'Aids è progressivamente emerso come – pur permanendo tra gli adolescenti la necessità di un lavoro informativo di sulle tematiche legate alla trasmissione del virus – **il nodo problematico della questione sembra riguardare il passaggio dal livello informativo al livello dell'azione, ovvero dal possesso della conoscenza alla messa in atto di comportamenti coerenti e adeguati.**

Non sembra più sufficiente, quindi, un intervento preventivo che agisca solo sul versante delle informazioni: appare necessario, invece, un lavoro complesso e articolato su più fronti, che – partendo dalla condivisione di conoscenze corrette sull'Aids – permetta ai ragazzi di riflettere anche intorno al momento cruciale della scelta, al "come mi comporto?". L'adozione di determinati comportamenti è influenzata da molteplici fattori, quali le conoscenze possedute, le esperienze passate, i nuovi incontri quotidiani e il contesto sociale di riferimento.

Nel progettare percorsi di prevenzione rivolti ad adolescenti sembra importante, quindi, pensare ad azioni educative a lungo termine, che non si immobilizzino sulle emergenze, sulle problematicità di dati gruppi "a rischio", ma che abbiano un respiro più ampio, nel tempo e nello spazio: percorsi che coinvolgano più luoghi contemporaneamente e momenti diversi, età differenti, lungo il cammino di crescita dei ragazzi stessi.



La nostra esperienza

L'esperienza della nostra associazione, in questi ultimi dieci anni di lavoro sulla prevenzione nelle città di Milano e Roma, ci ha imposto un approccio altro, basato sulla proposta di strumenti di analisi partecipata dei problemi e sul coinvolgimento diretto dei vari attori coinvolti, adolescenti soprattutto, **orientandoci verso la costruzione di alleanze e reti che promuovano la formazione di un più ampio contesto educativo**.

Per contesto educativo intendiamo la creazione di uno spazio, di un ambiente, in cui i ragazzi vivono, che sia veicolo di esperienze e di relazioni significative per i giovani, che si accingono a districarsi tra complesse e delicate scelte di vita.

È il lavoro del ricercare insieme, con i ragazzi, i genitori, gli insegnanti, il territorio allargato, strumenti e strategie per promuovere tra gli adolescenti una cultura protettiva, fatta di relazione, consapevolezza, partecipazione, protagonismo, capace di sostenerli nelle scelte quotidiane, e per promuovere nel territorio una comunità che sia essa stessa competente, consapevole, partecipativa.

Si tratta di un lavoro ben radicato nella quotidianità, che parte da quello che i ragazzi incontrano e vivono ogni giorno, a scuola, in famiglia, nel gruppo dei pari: non intendiamo reimpostare completamente il quartiere e la comunità, ma, semplicemente, **trovare e aprire, nel quotidiano di ciascuna persona, nuovi e piccoli spazi di ascolto, momenti di incontro e confronto che possano progressivamente contaminare altri luoghi e altre persone e dare nutrimento e sostegno alle relazioni, al piacere di raccontarsi, di attribuire senso agli eventi di ogni giorno, di misurarsi con i limiti e la sofferenza propria e degli altri.**

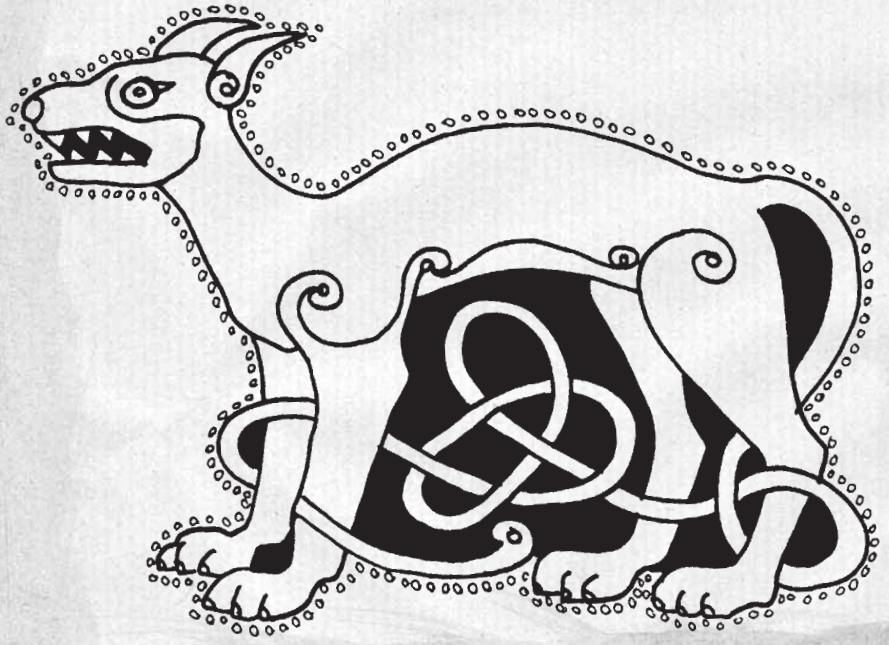
Ci riferiamo, quindi, alla necessità di un lavoro integrato con i ragazzi, fuori e dentro la scuola, e con il territorio circostante, che si traduce operativamente nella promozione di momenti di incontro-confronto con genitori, nella proposta di metodologie altre, attive e partecipative, per il lavoro in aula con alunni e insegnanti intorno ai temi della prevenzione dell'Aids, del rischio, della scelta, del conflitto, nell'apertura e organizzazione di spazi fisici di espressione creativa per i ragazzi, come ad esempio una sala prove.

Questi diversi ambiti di intervento sono tenuti coerentemente insieme dal tentativo di promuovere la costruzione di un contesto che sia complessivamente educativo, che faccia da specchio ai ragazzi, nella contaminazione reciproca tra differenti linguaggi e campi di lavoro, che hanno come riferimento comune l'ambito della relazione.

Come associazione Arché, che ha lavorato e lavora quotidianamente all'interno di realtà di profonda sofferenza e disagio, ci siamo sempre interrogati sul significato da attribuire al nostro agire nell'ambito della prevenzione dell'Aids con gli adolescenti, nell'ottica di promuovere, tra i ragazzi, una cultura in grado non solo di proteggerli dal rischio di contrarre l'infezione da Hiv, ma parallelamente capace di sostenere una cittadinanza solidale, che si apra alla collettività, rifletta sugli elementi di pregiudizio presenti ancora nella nostra società, favorisca l'integrazione.

Le nuove sfide

L'infezione da Hiv è stata definita da molti sociologi come primo esempio di virus sociale, in grado di ridefinire completamente la vita delle persone e dei nuclei familiari. L'Hiv, con i suoi effetti metaforici (Sontag), costituisce ancora una minaccia alla costituzione di legami sociali, relegando ancora la questione nell'ambito del tabù, del non detto, dell'impossibile a dirsi. Prevale, in buona sostanza, una concezione ancora ghettizzata e ghettizzante della malattia, nonostante i dati epidemiologici ivi presentati sembrano dimostrare esattamente il contrario. Possiamo sicuramente affermare che, dopo oltre 20 anni dalla sua comparsa, anche l'infezione da Hiv si è modificata, evoluta,trasformata. Le sfide verso nuove forme di tossicodipendenza, classificate come ricreazionali, sono completamente trasversali (non avendo età e tantomeno orientamento sessuale) e sono purtroppo spesso origine di comportamenti a rischio e, conseguentemente, di nuove infezioni. La nostra società contemporanea, inoltre, anche grazie all'utilizzo di mezzi di comunicazione nuovi per la ricerca di relazioni come internet, impone importanti considerazioni di allerta verso una sessualità meno sicura presente nella popolazione generale tutta.



La battaglia non è vinta

"Le nuove terapie provocano effetti collaterali che hanno complicato la vita del paziente". La testimonianza del professor Gian Vincenzo Zuccotti, direttore della Clinica Pediatrica al Sacco di Milano

di Elisabetta Soglio

La malattia non è stata debellata. Viene affrontata con terapie più efficaci, si sperimenta in continuazione, l'aspettativa di vita si è allungata. Ma l'Aids c'è ancora. E molti, troppi, lo stanno dimenticando". Il professor Gian Vincenzo Zuccotti è direttore della Clinica Pediatrica dell'Università degli Studi di Milano e primario all'ospedale Sacco di Milano: è cauto, non drammatizza, affronta il tema con pacatezza ed equilibrio. Ma ammette che non proprio tutto sta filando liscio: l'opinione pubblica ha accantonato la questione Aids, le terapie provocano effetti collaterali che non erano stati preventivati, l'allungamento dell'aspettativa di vita pone la società, le famiglie, la scuola e il volontariato, di fronte a nuovi problemi.

Professor Zuccotti, partiamo dai dati. I ricoveri per Aids sono in continuo calo come si dice?

In linea di massima, non ci vengono chiesti più ricoveri rispetto al recente passato. Invece, siamo tornati a dover seguire situazioni di partorienti che soltanto all'ultimissimo momento scoprono di essere sieropositive. Questo fenomeno in aumento riguarda quasi esclusivamente donne extracomunitarie: che non avvertono della loro condizione, spesso perché non la conoscono neppure loro, e che quindi durante la gravidanza non vengono seguite come sarebbe necessario per evitare la trasmissione dell'infezione. Arrivano da noi e cerchiamo di tamponare intervenendo in extremis, ma spesso ci chiamano da altri ospedali per chiederci consiglio su come comportarsi.

E che cosa ne consegue?

Il fatto che, prima, con le misure preventive si eliminava o quasi la possibilità di trasmissione al neonato. Oggi, invece, questa eventualità esiste ancora".

Le nuove terapie, intanto, funzionano?

Sicuramente hanno cambiato i tempi di vita e le speranze di sopravvivenza. Ma dal punto di vista qualitativo, sono indubbiamente complicate le condizioni degli ammalati.

In che senso?

Le terapie si accompagnano ad effetti collaterali che, anche se non gravissimi, sono comunque fastidiosi e creano disagio. Parlo di disturbi a carico dell'apparato gastroenterico, ad esempio, ma soprattutto delle lipodistrofie che, soprattutto nel periodo adolescenziale, possono mandare in crisi i ragazzi.

Avevate previsto questa situazione?

Quando nascevano le medicine per curare l'Aids si pensava all'esigenza di avere farmaci sempre più efficaci ed attivi. E ancora oggi, la continua ricerca di farmaci sempre più incisivi e moderni non ci porta a misurarne subito gli effetti collaterali. Perché l'obiettivo era e resta uno: debellare la malattia.

Come si contrasta l'insorgere di effetti collaterali?

Nella gestione della terapia, si cerca di modificarla, di sostituirla, di trovare un farmaco che, a parità di efficacia, danneggi meno il paziente. Ammesso che nel frattempo l'organismo non abbia già sviluppato una resistenza ad alcuni principi del farmaco alternativo.

Una maggiore attenzione, insomma?

Personalmente, devo dire che ho sempre cercato di dare peso anche a questo aspetto. Anche nel momento in cui una certa emotività guidava le scelte della medicina facendo sì che il farmaco venisse subito messo a disposizione senza pensare se, al di là dell'efficacia, avrebbe creato altri disagi.

I pazienti, come reagiscono di fronte a queste controindicazioni?

È ovvio che, di fronte alla possibilità di allungare l'aspettativa di vita, tutto diventa sopportabile. Ma non bisogna trascurare gli aspetti psicologici: ad esempio, per gli adolescenti in cura è molto difficile accettare il fatto che l'assunzione del farmaco comporti cambiamenti in un corpo che sta già subendo trasformazioni fisiologiche per l'età.

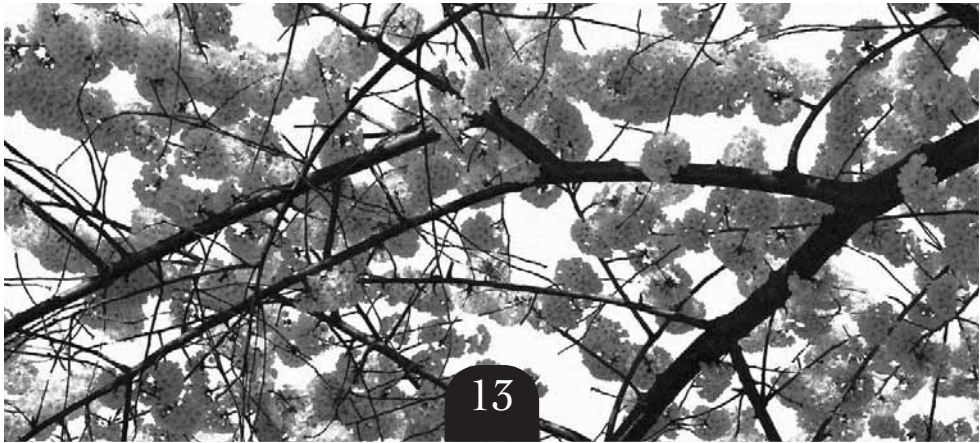
L'attenzione intorno al tema dell'Aids è davvero calata?

Sì. Se ne parla sempre meno e la gente tende a dimenticare la questione, anche perché si è diffusa la convinzione che i farmaci ormai siano in grado di controllare e sconfiggere la malattia. Cosa che non è vera: le medicine oggi controllano, ma non debellano.

E i problemi conseguenti al prolungarsi della vita di chi ha l'infezione?

Come pediatra ho seguito bambini che oggi sono, fortunatamente, diventati adolescenti. La loro vita di contatti e relazione è molto più difficile rispetto a quando avevano 5 o 6 anni. Nelle scuole non c'è la preparazione necessaria per affrontare questi ragazzi, la società non dà risposte ai loro dubbi, alle loro difficoltà nell'approccio con l'altro sesso, nella presa di coscienza di sé come persone e come persone sottoposte ad un terapia continua.

Anche per questo, dico che è gravissimo che si sia abbassata la guardia.



Ivo Lizzola, Valbondione 14-15 ottobre 2006

Allora è importante che il volontario accetti la resistenza, che non pensi di essere già legittimato nel modo in cui si fa presente perché la sua azione è buona e sollecita; la sua azione entra in una faglia esistenziale, in una storia un po' devastata dove ci sono già stati terremoti e movimenti e il sisma non è ancora finito, dove i significati e le attese di futuro sono saltate, le rappresentazioni di sé fanno paura, sono accettate solo in parte e sicuramente nell'operatore e nel volontario possono trovare una specie di bonifica e risanamento.

Si accetta di stare sulla faglia e le scosse non sono finite: allora sulla faglia tu puoi in qualche modo cercare di essere lì abbastanza attivamente per favorire delle occasioni di reinterpretazioni di ripensamento, di costruzione di provvisorie case antisismiche. Costruzione di ripari che non sono ancora la casa, ma sono dei rifugi provvisori in vista di un assestamento del paesaggio. La faglia modifica continuamente il paesaggio e chiede un grandissimo rispetto, una grandissima capacità d'ascolto dei movimenti che stanno avvenendo.

La nuova visibilità

La modernità come epoca mediata: la nostra conversazione con il sociologo John B. Thompson, direttore del dipartimento di Sociologia della Cambridge University, già iniziata nel numero scorso di Arcobaleno, prosegue con un approfondimento in cui viene dimostrato che lo sviluppo dei media ha implicazioni che vanno ben oltre la mera trasformazione dell'informazione. Con conseguenze ad ampio raggio per la natura e l'esercizio del potere e per la formazione del sé.

di Stefano Carpani

Soffermandosi su temi quali "società del rischio" e "individualizzazione", quale può essere considerato l'impatto dei media su tali questioni? E inoltre, esiste un'opinione pubblica globale? Nel qual caso, è influenzata dai media?

Non è difficile notare che i media sono immensamente importanti ai fini della comprensione di come cambia la natura del rischio. I rischi prodotti dagli esseri umani costituiscono un problema per noi oggi più di quanto non facessero in passato. Ma il motivo non è che nel Diciannovesimo secolo e prima ancora non esistevano rischi, certamente esistevano. E allora perché oggi che ne preoccupiamo molto di più? In parte, questo potrebbe essere dovuto al fatto che i problemi in sé sono più grandi per dimensioni e serietà, ma dipende anche dal fatto che noi siamo molto più consapevoli dei rischi di quanto gran parte delle persone non fossero in passato. E ne siamo più consapevoli per almeno due ragioni: primo, perché i nuovi movimenti sociali come Greenpeace e Amici della Terra mettono notevoli energie nell'esporre i pericoli e i rischi che l'inquinamento ambientale implica; e secondo, perché i media danno molta più visibilità a tali rischi e pericoli. Di fatto, questi movimenti sociali sono ben consapevoli dell'importanza dei media in queste questioni e orientano molta della loro attività ad assicurarsi la copertura mediata.

Enfatizzare il ruolo dei media nella società contemporanea, in ogni caso, non vuol dire suggerire che non esiste niente di più grandioso di una "opinione pubblica globale". Non è una frase che utilizzerei sentendomi intellettualmente a mio agio in alcun modo. Nel senso più ampio, "opinione pubblica" si riferisce ai punti di vista espressi da individui circa problemi di interesse generale.

Esistono tante opinioni quanti sono gli individui, e parlare di "opinione pubblica", lasciamo perdere "l'opinione pubblica globale", equivale a suggerire un grado di uniformità e di consenso che con tutta probabilità non esiste. Bisognerebbe solo riflettere per un momento sulle sottili divergenze di opinione espresse allo scoppio della guerra in Iraq per dissipare ogni illusione sull'armonia globale. Indubbiamente i media hanno un certo ruolo nel plasmare l'opinione degli individui, e il fatto che media quali la CNN operino in un'arena globale da loro le potenzialità per influenzare gli atteggiamenti, ad un livello certamente più alto di quanto i media abbiano fatto in passato. Ma dovremmo fare attenzione a non saltare subito alle conclusioni circa il potere dei media a questo riguardo.

Fin dagli anni Cinquanta, abbiamo imparato a usare molta più circospezione nei confronti del ruolo che i media hanno nell'influenzare l'opinione pubblica. Spesso, è il contesto sociale della vita di ciascuno – la propria famiglia e i gruppi sociali ai quali ciascuno appartiene così come un significativo numero di individui all'interno di queste – il fattore più importante nell'influenzare gli atteggiamenti e le convinzioni.

Non dico questo per sminuire il ruolo dei media, ma bisogna fare attenzione a non trattare "i media" come una forza astratta, omogenea e a non attribuire loro un grado di potere che, nella complessa reatà della vita sociale, potrebbero non avere.

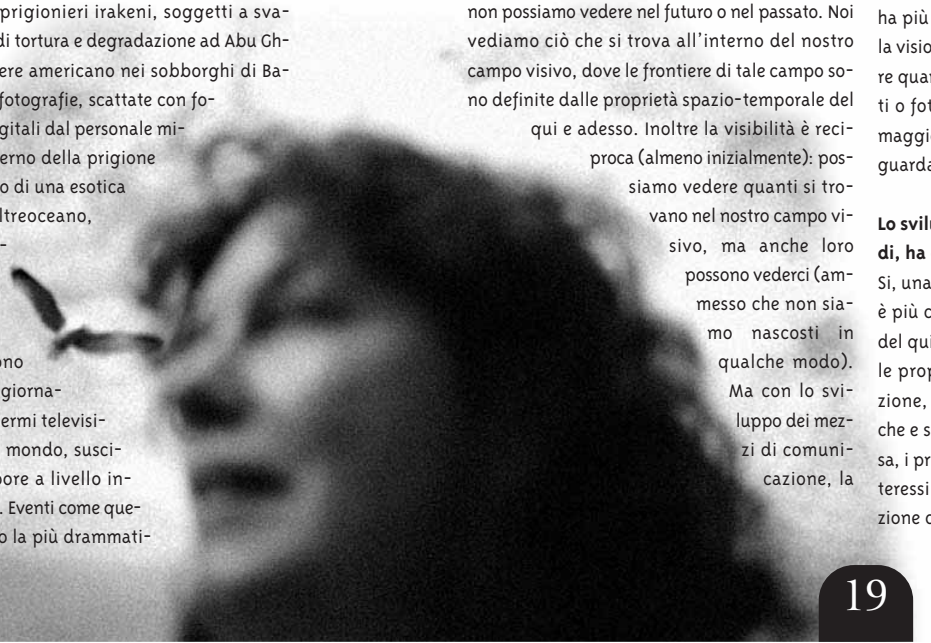
Il 26 dicembre 2004, il disastro dello Tsunami ha colpito, per la prima volta nella storia, molti paesi in tutto il mondo. Infatti, le vittime di tale tragedia non erano solamente Asiatici, bensì cittadini provenienti da diverse parti del mondo. Successivamente a tale disastro, per la prima volta nella storia, la quasi totalità dei paesi del mondo ha inviato in quella regione denaro, aiuti, volontari e così via.

Perché una tale mobilitazione? Pura solidarietà o può essere considerato come il primo passo verso una "società civile globale"?

La straordinaria risposta allo Tsunami asiatico è indicativa del cambiamento nelle condizioni nelle quali sorgono, oggi, i problemi di ordine morale e pratico, in un'epoca in cui la visibilità creata dai media è in grado di portare all'attenzione degli individui di tutto il mondo tragedie umane di questo tipo. I media hanno contribuito ad alimentare un nuovo senso di responsabilità in cui la preoccupazione per gli altri non si limita solo alla propria famiglia, ai propri amici e agli individui con cui si entra in contatto in un'area circoscritta. In parte grazie ai media, la preoccupazione per il destino di individui distanti, che vivono in parti del mondo decisamente lontane da noi, entra sempre di più a far parte dalla vita quotidiana di un numero sempre maggiore di persone. È difficile accendere la televisione e vedere le immagini di persone comuni, le cui vite sono state sconvolte da un disastro umano o naturale e non rendersi conto che la sventura di questi individui è — in un certo senso e a un certo livello — un problema che rientra nella nostra sfera. Certo, sappiamo tutti quanto possa essere fragile questo senso di responsabilità incipiente per chi è lontano. Sappiamo quanto sia facile spegnere la televisione e dimenticarcene. Sappiamo come la portata e la frequenza dei disastri che avvengono nel mondo oggi possano minacciare di sopraffarci e far nascere una specie di trauma da compassione. Ma non dovremmo sottovalutare l'importanza di questo incipiente senso di responsabilità per un'umanità che è condivisa tra tutti e un mondo che è abitato dalla collettività. Potrebbe apparire precario, fragile e troppo dipendente dai media, che hanno i loro compiti da portare a termine, ma potrebbe essere la nostra speranza migliore.

Il suo lavoro è un paper intitolato "The New Visibilità". È stato recentemente pubblicato in diversi paesi europei e presto sarà pubblicato anche in Italia. Cosa intende con "nuova visibilità" e perché pensa che la nuova visibilità sia indissolubilmente legata alle nuove forme di azione e interazione create dai media?

Oggi il nostro mondo è pieno di immagini che ci vengono trasmesse dai media, attraverso i giornali, la televisione e internet, tra le altre cose, e in maniera sempre maggiore queste immagini mediate influenzano il nostro modo di pensare e di agire oggi. Tali immagini non sono semplici riproduzioni di azioni preesistenti, ma sono azioni esse stesse; sono prodotte da individui e gruppi in un particolare contesto sociale e possono avere conseguenze ad ampio raggio. Pensi alle immagini dei prigionieri irakeni, soggetti a svariate forme di tortura e degradazione ad Abu Ghraib, il carcere americano nei sobborghi di Baghdad: tali fotografie, scattate con fotocamere digitali dal personale militare all'interno della prigione come ricordo di una esotica vacanza oltreoceano, hanno penetrato la sfera pubblica e improvvisamente sono apparse sui giornali e sugli schermi televisivi di tutto il mondo, suscitando scalpore a livello internazionale. Eventi come questo sono solo la più drammatica illustrazione di un nuovo e distintivo tipo di visibilità che è diventato tutto sommato un elemento del mondo moderno, talmente pervasivo che tendiamo a darlo per scontato senza neanche notarlo, figuriamoci rifletterci. È come l'aria che respiriamo. Quando parlo di "nuova visibilità", mi riferisco a questa forma di visibilità pervasiva e mondana.



Come dovremmo analizzare questa nuova forma di visibilità? Quali sono le sue caratteristiche e come si differenzia dalle altre forme di visibilità?

Il visibile è ciò che può essere visto, ciò che si può percepire con il senso della vista. Non possiamo vedere oltre una certa distanza (a meno di non farci aiutare da un supporto tecnico di qualche genere), non possiamo vedere senza un certo quantitativo di luce (a meno di non farci aiutare, ancora una volta, da un supporto tecnico), e non possiamo vedere nel futuro o nel passato. Noi vediamo ciò che si trova all'interno del nostro campo visivo, dove le frontiere di tale campo sono definite dalle proprietà spazio-temporale del qui e adesso. Inoltre la visibilità è reciproca (almeno inizialmente): possiamo vedere quanti si trovano nel nostro campo visivo, ma anche loro possono vederci (ammesso che non siamo nascosti in qualche modo). Ma con lo sviluppo dei mezzi di comunicazione, la visibilità è libertà dalle proprietà spazio-temporali del qui e adesso. La visibilità di individui, azioni ed eventi è indipendente dalla condivisione di un'area comune.

Non c'è più bisogno di presentarsi nella stessa regione spazio-temporale per vedere un altro individuo o essere testimone di un azione o di un evento: un azione o un evento possono essere visibili agli altri attraverso una registrazione e possono essere trasmessi a persone che non sono fisicamente presenti nel momento e nel luogo in cui l'azione o l'evento hanno luogo. Il campo visivo si estende nello spazio e può anche estendersi nel tempo: si può assistere ad eventi che hanno luogo in posti lontani "dal vivo", vale a dire in tempo reale; si può anche assistere a eventi distanti che hanno luogo nel passato e che, grazie alle qualità di conservazione del mezzo, possono essere ri-presentate nel presente. Inoltre, questa nuova forma di visibilità mediata non ha più un carattere di reciprocità. Il campo della visione è unidirezionale: chi guarda può vedere quanti sono distanti e mentre vengono filmati o fotografati, ma quanti sono distanti, nella maggior parte dei casi, non possono vedere chi guarda.

Lo sviluppo dei mezzi di comunicazione, quindi, ha generato una nuova forma di visibilità?

Si, una visibilità in cui il campo della visuale non è più costretto dalle proprietà spazio-temporali del qui e adesso, ma, piuttosto, è plasmato dalle proprietà distintive dei mezzi di comunicazione, da una gamma di considerazioni tecniche e sociali (come le angolazioni della cinepresa, i processi di montaggio e le proprietà e gli interessi organizzativi) e dai nuovi tipi di interazione che questi media rendono possibili.

Inoltre, è plasmato dal fatto che in molti mezzi di comunicazione, la visuale non è più una dimensione sensoriale isolata, bensì è, solitamente, accompagnata da parlato e scritto, il cosiddetto audiovisivo e testovisivo. Guardare non è mai "pura visione", non è questione di aprire semplicemente gli occhi e cogliere un oggetto o un evento. Oggi viviamo in un'epoca di grande visibilità mediata.

L'ambiente dell'informazione è più intenso, più esteso e meno controllabile di quanto non fosse in passato. È più intenso nel senso che la quantità di flusso di informazioni è più abbondante rispetto a prima, dato che sempre più organizzazioni e network di comunicazione rendono disponibile un volume di materiale simbolico sempre maggiore. È più esteso nel senso che il numero di individui coinvolti in questi network di comunicazione e in grado di accogliere il prodotto dei media è molto più alto di quanto non fosse un secolo (o addirittura alcuni decenni) fa, e nel senso che la diffusione geografica dei destinatari è molto più ampia: oggi le informazioni si diffondono molto rapidamente attraverso le reti che hanno uno portata non solo nazionale, bensì sempre più globale. E l'ambiente dell'informazione è meno controllabile nel senso che, dato il proliferare di forme mediate e reti di comunicazione, è difficile per gli attori politici stendere un velo di segretezza sulle loro attività, e ancora più difficile controllare le immagini e le informazioni che appaiono in ambito pubblico e ancora più difficile prevedere le conseguenze di tali apparizioni e rivelazioni.

Questo è uno spazio plasmato non solo dalla costante evoluzione delle tecnologie, ma anche dalle istituzioni e dalle organizzazioni che hanno un interesse nel trasmettere tale contenuto (o meno, se fosse il caso) e che hanno differenti quantità di potere e risorse per perseguire i loro scopi. Ottenere visibilità attraverso i media equivale a ottenere quel tipo di presenza e riconoscibilità in ambito pubblico che può contribuire ad attirare l'attenzione sulla propria situazione o a fare progredire la propria causa. Ma allo stesso modo, l'incapacità di ottenere visibilità attraverso i media può relegare nell'oscurità e, nel peggiore dei casi, può portare a una specie di morte da omissione. Pertanto, non deve sorprendere che le battaglie per la visibilità siano arrivate ad assumere tale importanza nelle nostre società oggi.

La visibilità mediata non è solo un veicolo attraverso il quale vengono portati all'attenzione degli altri gli aspetti della vita sociale e politica: è diventata il mezzo principale attraverso il quale le lotte politiche e sociali vengono articolate e portate avanti.

La brutale guerra di parole e immagini che emerge dalla guerra in Iraq illustra fin troppo bene il fatto che, in questa epoca moderna di visibilità mediata, la lotta per essere visti e ascoltati e la lotta per far sì che altri siano visti e ascoltati è diventata parte inseparabile dei conflitti sociali e politici del nostro tempo. E inoltre, illustra molto bene come, in un mondo dove le reti di comunicazione e il flusso d'informazione sono diventati tanto complessi e correlati, è impossibile per qualunque partito controllare totalmente le parole e le immagini che circolano a livello pubblico. La visibilità di azioni ed eventi e l'impatto che tali parole e immagini possono avere sul modo in cui gli individui ordinari comprendono ciò che sta accadendo in aree distanti e costruendo opinioni a riguardo, diventano parte inseparabile del rivelarsi degli eventi stessi.

Prometeo alla prova

Da anni Arché promuove nelle terze medie di Roma e Milano il progetto di prevenzione Prometeo. Articolato in tre incontri condotti dai volontari e da un medico, Prometeo ha l'obiettivo di informare i ragazzi sugli aspetti medici dell'infezione (come si contrae, dove è più diffusa, quali sono i comportamenti a rischio, le terapie…), ma anche di lavorare sulle rappresentazioni che i ragazzi hanno della malattia, sui frequenti stereotipi e pregiudizi ad essa associati. Abbiamo chiesto ad alcuni volontari milanesi e romani di raccontarci la loro esperienza.

di Ludovica Scagliarini

I. Oggi le informazioni sul virus dell'Hiv circolano in maniera piuttosto diffusa: nei libri scolastici, nelle trasmissioni televisive, sulle riviste per adolescenti, in uno svariato numero di opuscoli, manifesti, libricini… Che senso ha dunque andare a fare prevenzione nelle scuole? L'informazione che circola non è sufficiente?

ANNA Non sono le informazioni a mancare nella società attuale ma la giusta chiave di lettura. Chiave che, a mio parere, si può trovare nelle persone ed in questo caso specifico nella figura del volontario del progetto Prometeo. Il volontario è una figura intermedia tra il preadolescente ed il genitore/insegnante. È una persona grande ma non troppo, che conosce il mondo dei ragazzi che incontra e che cerca di spiegar loro una cosa nuova senza insegnare, interrogare o giudicare. Non propone una lezione da imparare a memoria o un'interrogazione con voto, ma uno scambio di informazioni, dubbi, paure, riflessioni tramite cui si cerca di crescere insieme imparando cose nuove o riposizionando nel nostro "cervello" quelle che già conoscevamo.

CHIARA C. Fare prevenzione è molto di più che trasferire contenuti e nozioni; significa proporre ai ragazzi un'occasione per riflettere sulle emozioni che un problema come quello affrontato suscita in loro. Allora si può scoprire che si continua ad avere paura di abbracciare una persona sieropositiva, nonostante razionalmente sia chiaro a tutti che non si corre alcun rischio. Oppure si scopre che tutelare la propria salute è cosa ben diversa dal conoscere alla perfezione quali sono le vie di trasmissione del virus e i modi per evitare il contagio.

SEA L'informazione esistente al di fuori della scuola è sicuramente un utile supporto, ma spesso finisce per assumere un carattere statico e nozionistico. Gli interventi di prevenzione nelle scuole hanno un enorme valore perché, al contrario, possiedono lo spessore delle esperienze a carattere umano. Il contatto diretto con i ragazzi, la possibilità di instaurare con loro una "relazione" in cui non esiste chi insegna e chi impara è perciò estremamente interessante.

CHIARA P. Credo che il punto centrale qui stia nella "qualità" delle informazioni che circolano e ancora di più nella "modalità" con cui queste arrivano ai ragazzi. I libri di scuola, per esempio, sono senza dubbio precisi e dettagliati ma rimangono dei libri di scuola e quindi un ragazzo di 13-14 anni al più studierà nozioni al fine di ottenere

un bel voto o di "fare il proprio dovere", ma difficilmente vedrà oltre. Difficilmente farà suo quanto appreso e lo riporterà nella propria vita...rimarranno per lui cose astratte e lontane.
Allo stesso modo quanto opuscoli o libretti possono colpire e raggiungere un preadolescente?!
Il senso di andare nelle scuole, quindi c'è, eccome. Si è vicini ai ragazzi, si vuole stimolarli e avvicinarli ad un problema che per loro è lontano, aiutandoli a capire che invece così lontano non è. Far emergere insieme i rischi ad esso legati e l'importanza della "prevenzione".
Noi volontari dobbiamo "educare" i ragazzi senza grandi pretese. Entrare nelle classi, mostrarsi giovani e vicini a loro, ma con quel po' di esperienza in più che può rassicurare e aiutare. Tutto questo in maniera "creativa", diversa rispetto a quello che fanno quotidianamente.
Il progetto, rispetto a un opuscolo, raggiunge di più il cuore e la mente dei ragazzi...e speriamo che lasci il segno o almeno getti il seme.

2. In generale, quali rappresentazioni della malattia emergono da parte dei preadolescenti? È percepita come qualcosa a loro "vicino" o "lontano"?

ANNA Le rappresentazioni che si incontrano entrando in classe sono svariate. Dipendono molto dalle esperienze che hanno vissuto i ragazzi e da quanto, attraverso lezioni scolastiche o racconti di parenti/amici, hanno appreso. Sicuramente l'Hiv per la maggior parte dei preadolescenti che incontriamo è qualcosa di molto lontano. È una malattia che non li colpisce e che, a dir loro, sicuramente non li toccherà mai, né direttamente né indirettamente. Il virus secondo loro si contrae se si va in Africa e nel terzo mondo, si contrae se si va in meridione, se si è una rock star o se si sta a stretto contatto con persone che ne sono affette e si mangia dallo stesso piatto o si beve dallo stesso bicchiere... Poi, aiutandoli a ragionare, loro stessi riescono a riformulare il proprio pensiero.

CHIARA C. Nella maggior parte dei casi i ragazzi che incontriamo percepiscono la malattia come qualcosa di molto grave ma sicuramente lontano dalla loro esperienza di vita attuale. Questo è probabilmente dovuto al fatto che solo pochissimi hanno una vita sessuale attiva che li costringe in qualche modo a fare i conti con il rischio di contagio; inoltre spesso la malattia viene percepita come espressione di uno stile di vita deviante con riferimento a determinate categorie considerate a rischio (tossicodipendenti, prostitute, omosessuali).Gli incontri di prevenzione sono spesso la prima occasione per riflettere su tali percezioni e per cominciare a guardare più realisticamente al problema.

SEA Le conoscenze dei ragazzi sono estremamente eterogenee, soprattutto nel campo dell'educazione sessuale. I ragazzi hanno sentito parlare del virus ma credo che non lo ritengano poi così vicino a loro: i "malati" sono lontani perché appartengono ad alcune categorie, il virus è lontano perché appare come la diretta conseguenza di comportamenti propri di chi frequenta brutti posti e brutte persone. Alcuni di loro conoscono ancora poco per parlare correttamente di trasmissione per via sessuale, altri sono convinti che esistano persone e quindi categorie più o meno a rischio.

CHIARA P. Per i preadolescenti il problema Hiv è senza dubbio un problema lontano (ma non mi sembra poi una cosa così strana). È chiaro che sentano più vicino problemi come il fumo, le droghe,il sesso. Tutto ciò che sanno circa questa "malattia" è relativo a quello che hanno appreso a scuola (se è stata affrontata) o immagini che circolano legate a film o di sentito dire. Allora emergono possibili sintomi della malattia, informazioni molto più nozionistiche o sentimenti, emozioni, paure ad essa legati (emarginazione, paura di morire, paure...). Spesso sanno alcune cose ma in modo confuso o se vogliamo, anche, semplicistico. A volte è difficile tirare fuori quello che sanno e ancor di più quello che "sentono e provano" se pensano all'Hiv.

3. C'è secondo te una differenza tra l'immaginario degli adolescenti oggi e quello che dei tuoi coetanei (20-25enni) una decina d'anni fa? Che cosa è cambiato e che cosa è rimasto uguale? Come lo spieghi?

ANNA Un cambiamento c'è sicuramente stato. Oggi si parla di Aids e di tante altre cose con molta più facilità di allora. Oggi molti tabù sono stati infranti. I ragazzi di oggi hanno anticipato le prime esperienze, i primi rischi. Oggi in terza media sanno cos'è il virus, sanno come si trasmette, sanno cos'è un rapporto sessuale e cosa un preservativo. Sanno cosa sono le droghe e sanno cosa fa male e cosa no. Quello che non sanno è come unire tutte queste informazioni e creare un pensiero, un'opinione, un atteggiamento personale ed è questo che non è cambiato. Gli stereotipi sono sempre gli stessi. Il virus dell'Hiv era lontano allora come lo è adesso, era solo in Africa o in alcune situazioni particolari allora così come lo è adesso. La differenza? Adesso i pezzi del "puzzle conoscenza" ci sono tutti, manca chi li aiuti ad unirli.

CHIARA C. Credo che l'immaginario sulla malattia dei miei coetanei, agli inizi degli anni novanta, fosse meno ricco e articolato. Erano molto meno diffuse le informazioni sul virus e noi ragazzi, specialmente in un piccolo paese di provincia, eravamo molto meno sollecitati e stimolati di quanto non avvenga ai ragazzi che incontriamo adesso nelle scuole.

SEA I preadolescenti di oggi sono più aperti, con più esperienza, sicuramente meno inibiti anche da un punto di vista educativo. Io ricordo che sentii parlare di Aids grazie ad un opuscolo che ci venne distribuito in classe in prima liceo: allora le rappresentazioni della malattia erano totalmente diverse. Ancora oggi ricordo l' immagine di quel ragazzo "cattivo" che sarebbe di certo morto, da non emulare e soprattutto da tenere alla larga.

CHIARA P. C'è differenza, assolutamente sì. Oggi i ragazzi sanno molto di più rispetto a qualche hanno fa, proprio perché i mezzi di informazione sono aumentati, ma nonostante questo le loro idee sono comunque confuse ed è qui che il progetto Prometeo interviene. Quando entro nelle classi a volte rimango tra il "divertito e l'imbarazzato" di fronte a cose che i ragazzi dicono... ma è anche questo un modo per entrare in contatto con la loro realtà e per avvicinarsi a loro.

4. Quali sono le difficoltà che incontri nel tuo lavoro nelle scuole?

ANNA Entrare in classe e riuscire a portare l'attenzione di 15/20 ragazzi su di te. Riuscire a far capire che non sei un'insegnante ma nemmeno una compagna di classe. Trovare il giusto tono per iniziare l'incontro, stimolare la loro curiosità e la loro voglia di mettersi in gioco trasmettendo il concetto: "tutto è giusto, nulla sbagliato e soprattutto nessuno li giudicherà".
È importante coinvolgere l'insegnante, perché possa poi proseguire il percorso da noi iniziato.
E infine, la difficoltà maggiore, è ricordarsi di essere un volontario e ricordarsi lo scopo del progetto. Ciò significa entrare con tutta l'umiltà e la semplicità del mondo e pensare che si è in classe per trasmettere sì delle informazioni utili ai ragazzi, ma soprattutto per ragionare, per prendere coscienza di una realtà sociale a loro più vicina di quello che si possa pensare e, soprattutto, per ascoltarli. Ascoltare i loro pensieri, le loro paure, le loro perplessità, i loro sogni e i loro desideri, i loro disagi e le loro opinioni. Ascoltare è la difficoltà maggiore. Ma anche la "sfida" più bella, perché fa crescere insieme il volontario e il ragazzo.

CHIARA C. Credo che la difficoltà principale in una classe sia riuscire a costruire degli incontri equilibrati che tengano effettivamente conto delle esigenze dei singoli ragazzi all'interno del gruppo classe. Tra i ragazzi di una classe vi so-

no diversi livelli di maturità, diverse e variegate esperienze e curiosità; ritengo sia delicato e difficile allo stesso tempo riuscire a dare risposte, sollecitare domande e soddisfare curiosità nel rispetto delle caratteristiche di ciascuno.

CHIARA P. La difficoltà principale è quella di "creare la relazione" con i ragazzi (nel senso ampio del termine), riuscire ad entrare in contatto, avvicinarsi a loro... Fare in modo che si fidino di noi, non abbiano paure, siano liberi di esprimersi e di dire quello che pensano. Allo stesso modo è importante "ascoltarli", non esiste un Prometeo preconfezionato e standard... seguendo le linee guida è importante essere capaci di rispondere alle differenti esigenze di ogni classe. Un'altra difficoltà si può incontrare nelle relazioni con i professori: la cosa importante, anche se non semplice, risiede nella capacità di gestire la situazione di modo da "lasciare l'insegnante al suo posto", al fine di evitare che questi possano condizionare i ragazzi con la sua presenza, i suoi interventi o "giudizi".
E ancora è importante non dimenticare l'obiettivo per cui si è nelle classi. Nessuna pretesa. Non pensare di diventare i migliori amici dei ragazzi o i loro insegnanti. Lavorare insieme per il raggiungimento di un obiettivo.

5. Secondo te quali sono i punti di forza di un buon progetto di prevenzione?

ANNA Il principale punto di forza secondo me è sicuramente la struttura del progetto: dinamica, attuale, stimolante ed efficace. A ciò bisogna aggiungere la convinzione e la passione dei volontari e dei loro formatori. Dietro al progetto Prometeo c'è uno staff che ci crede, tanto e con il cuore.

CHIARA C. A mio avviso un punto di forza è rappresentato dalla capacità di intervenire con competenza nella relazione con i ragazzi al fine di creare un clima che favorisca il dialogo e la libera espressione di idee ed emozioni. Un buon progetto di prevenzione inoltre non si occupa semplicemente di diffondere informazioni corrette (sebbene utili e necessarie), ma si occupa delle rappresentazioni del problema accompagnando i ragazzi in un percorso di riflessione e comprensione che può diventare un'importante occasione di crescita.

SEA La prevenzione va fatta, secondo me, CON i ragazzi, non PER i ragazzi. Noi volontari, operatori e medici pensiamo con gli studenti e interveniamo in modo da fare informazione e contestualmente ci poniamo nell'ottica di prendere dagli incontri quello che i ragazzi pensano e sentono, in questo modo possiamo migliorare il progetto di anno in anno. Un buon progetto tiene conto dei ragazzi delle loro differenze, delle loro aspettative, delle loro difficoltà a parlare di un argomento non semplice su cui spesso scuola e famiglia hanno costruito dei tabù.

CHIARA P. È importante entrare in una classe mantenendo ben saldo l'obiettivo finale e non dimenticando il proprio ruolo. Il progetto Prometeo aiuta i ragazzi ad avvicinarsi a un problema che purtroppo a volte viene percepito come troppo lontano (sia a livello geografico sia a livello di "persona"). Gli interventi dei volontari si svolgono in chiave stimolante e se vogliamo divertente. I ragazzi vivono un'esperienza diversa, "giocano" in maniera costruttiva e unica (non capita spesso di fare brainstorming o giochi di ruolo come il nostro e soprattutto nell'ambiente scuola). Questi sono punti di forza per il progetto, così come lo è il ruolo del volontario. Il volontario deve entrare nelle classi con l'umiltà di sapere che quello che deve fare è aiutare i ragazzi ad avvicinarsi a questo problema, deve aiutarli ad aprire le loro menti sotto questa prospettiva, coinvolgerli in tematiche importanti e profonde nel modo giusto e ascoltarli. Ascoltare la loro voce e i loro bisogni. Non deve avere la pretesa di essere un insegnante né un amico. "Deve essere una presenza discreta e leggera".

POLITICHE SOCIALI

CALEIDOSCOPIO

a cura di Massimo Gianotti

FARMACI NEGATI: LA CAMPAGNA DI MSF PER L'ACCESSO AI FARMACI ESSENZIALI

Nonostante gli sfavillanti progressi della medicina, una manciata di malattie infettive continuano a falcidiare il Sud del mondo. Dal punto di vista di Medici Senza Frontiere (MSF) a uccidere milioni di uomini, donne e bambini non sono tanto le malattie in sé, quanto il mancato accesso alle cure che pure esistono o potrebbero esistere. I prezzi esorbitanti dei farmaci e l'assenza di ricerca sulle malattie che colpiscono i più poveri provocano più morti dei conflitti e delle guerre. Ma è proprio vero che i brevetti (e gli alti prezzi che da essi derivano) sono l'unico mezzo per incentivare la ricerca medica? Ed è accettabile che lo studio di nuove cure sia delegato alle sole industrie private che agiscono secondo logiche di profitto e non secondo i bisogni di salute?
L'assistenza medica resta un miraggio per buona parte dell'umanità a causa di complessi fattori: inadeguatezza dei sistemi sanitari, scarsità di personale formato, assenza di infrastrutture, costi di prestazioni e farmaci troppo elevati. La mancanza di medicinali o il loro prezzo proibitivo sono, tra questi fattori, i più immediatamente misurabili e su di essi MSF lavora da anni con la Campagna per l'accesso ai farmaci essenziali. La situazione delle medicine contro l'Aids è emblematica: il costo delle terapie di "prima linea", nei Paesi a basso reddito, negli ultimi 5 anni è sceso da 10mila dollari a 400-150 dollari a paziente per anno, grazie esclusivamente alla concorrenza di farmaci generici, equivalenti a quelli delle multinazionali ma prodotti nel Sud del mondo, soprattutto in India. Questa conquista è costata anni di lotte e non è ancora soddisfacente visto che al mondo ci sono 5milioni di persone che necessitano urgentemente di cure contro l'Aids e appena un milione e 300mila le ricevono. Ancora più drammatica è la questione delle terapie di "seconda linea", necessarie quando nei pazienti insorgono resistenze virali o effetti tossici: in questi casi si devono utilizzare farmaci più recenti e innovativi e quindi meglio protetti dai brevetti che determinano un monopolio di fatto impedendo per almeno 20 anni la concorrenza dei generici e dunque l'abbassamento dei prezzi.
Fiumi di parole sono state scritte e dette sull'importanza del brevetto come strumento per incentivare la ricerca e l'innovazione, ma la questione vista con gli occhi dei malati è un'altra: il diritto a fare profitti e a vedere remunerati i propri investimenti può davvero fare terra bruciata del diritto alla vita e alla salute? I farmaci non sono una merce come le altre. Le norme sul commercio internazionale in parte riconoscono questa diversità e prevedono alcune "clausole di salvaguardia" per favorire la disponibilità di farmaci a prezzi accessibili superando la protezione dei brevetti e permettendo ai Paesi colpiti da emergenze sanitarie di produrre o importare farmaci a basso costo equivalenti a quelli "di mar-

ca". Ma queste norme restano quasi sempre sulla carta, inapplicate o annacquate dalla politica "tampone" delle donazioni occasionali da parte dei grandi "marchi" farmaceutici. Le case farmaceutiche multinazionali preferiscono studiare nuovi farmaci per trattare l'obesità, la calvizie o l'impotenza, pur se non vi sono ancora terapie adeguate per trattare la tubercolosi e la leishmaniosi che ancora uccidono in tutto il mondo. Su questo fronte si è però finalmente aperto uno spiraglio: l'OMS ha varato una risoluzione che punta a orientare la ricerca medica sui reali bisogni sanitari e non sulla previsione di profitti. Si promette così un cambiamento di rotta che vedrà – speriamo - Governi nazionali e istituzioni internazionali in prima linea nella ricerca medica, fin qui delegata quasi interamente alle industrie private.

Fonte: http://www.msf.it/farmacinegati

Aids: la campagna del ministero della salute

Il Ministero della salute ha realizzato l'VIII Campagna Aids per l'anno 2006, con l'obiettivo di diffondere la cultura della prevenzione sessuale. Secondo gli ultimi dati epidemiologici dell'Istituto Superiore della Sanità, si è registrato, da una parte, un aumento della trasmissione dell'Hiv/Aids per via sessuale, dall'altra, una diminuzione di casi di contagio tra tossicodipendenti.

Un elemento innovativo dell'attuale campagna informativa sull'Aids è rappresentato dalla stretta collaborazione fra le strutture pubbliche e il privato sociale. Lo scopo è quello di individuare in maniera congiunta modalità comunicative indirizzate a specifici gruppi etnici presenti sul territorio nazionale.

Precedenti esperienze hanno di fatto evidenziato come la semplice traduzione di messaggi informativi pensati per la popolazione italiana, risulti ben poco incisiva sulla comunità degli stranieri. La campagna si rivolge, quindi, alla popolazione sessualmente attiva nel suo insieme - omo ed eterosessuale -, e, in particolare, alla popolazione immigrata, dove il contagio è purtroppo in crescita, a causa di un suo incremento demografico, ma anche per una maggiore difficoltà di accedere senza alcun timore alle strutture sanitarie.

Info sulla campagna:
www.governo.it/GovernoInforma/Campagne/aids_2006

Medici senza frontiere: è ora di prendersi cura dei bambini malati di Aids

Nel mondo ci sono circa 2 milioni e 300mila bambini affetti da Hiv/Aids. Ogni giorno oltre 1500 bambini vengono infettati dall'Hiv, la gran parte di loro sono neonati. Nove bambini su dieci neo-infetti contraggono il virus dalla madre, questo avviene perché gli sforzi per prevenire la trasmissione materno-fetale rimangono insufficienti nei Paesi del Sud. Circa il 50% dei bambini che nascono sieropositivi muoiono prima di aver compiuto 2 anni. Nonostante le tragiche proporzioni di questa emergenza gli sforzi per lo sviluppo di farmaci pediatrici capaci di contrastare la malattia sono assolutamente insufficienti.

Da anni l'associazione umanitaria intèrnazionale Medici Senza Frontiere (MSF) denuncia un fatto inaccettabile: trattare un bambino sieropositivo è molto più difficile e costoso che trattare un adulto. Le poche formulazioni pediatriche dei medicinali contro l'Aids hanno prezzi che sono fino a sei volte superiori agli stessi mèdicinali per adulti.

Tra il 2003 e il 2004 sono state sviluppate terapie semplificate per gli adulti affetti da Hiv che vivono nei Paesi più poveri. Queste terapie semplificate (dette FDC, fixed dose combination) hanno rappresentato una vera svolta per il trattamento dei malati di Aids, anche grazie al loro prezzo contenuto.

Questi benefici, però, non hanno riguardato i bambini. Per i più piccoli non esistono combinazioni in dose fissa che renderebbero la terapia molto più semplice da seguire. Le poche formulazioni anti-retrovirali studiate appositamente per i bambini, oltre ad essere estremamente complesse da somministrare, sono 6 volte più costose di quelle per adulti. La terapia per un bimbo del peso di 14 kg costa circa 1300 dollari l'anno, contro i 200 $ necessari a trattare un adulto.

Per maggiori informazioni: www.accessmed-msf.org

L'infanzia violata

"I bambini non imparano dalla violenza".
È questo il motto di Kapaya Kaoma, un giovane studente di Lusaka che si batte contro la violenza sui bambini nella comunità in cui vive e che sogna di diventare un legale in difesa dei diritti dei più piccoli.
Nel maggio del 2006 era a New York, insieme ad altri testimoni, alla presentazione dello Studio Generale sulla violenza contro i bambini condotto dalla Segreteria delle Nazioni Unite.

di Graziella Aquino

La proposta di un'indagine "globale" nacque nel 2001 quando, su indicazione del Comitato sui Diritti dei Bambini, l'Assemblea Generale richiese alla Segreteria Generale delle Nazioni Unite di condurre un approfondito studio sul problema della violenza contro i bambini e di fissare precise raccomandazioni per appropriate azioni degli stati-membro. Lo Studio adotta la definizione di violenza contenuta nell'articolo 19 della Convenzione dei Diritti del Bambino (Convention of the Rights of the Child-CRC): "tutte le forme di violenza fisica o mentale, ingiuria o abuso, trascuratezza o trattamento negligente, maltrattamento o sfruttamento, compreso l'abuso sessuale".

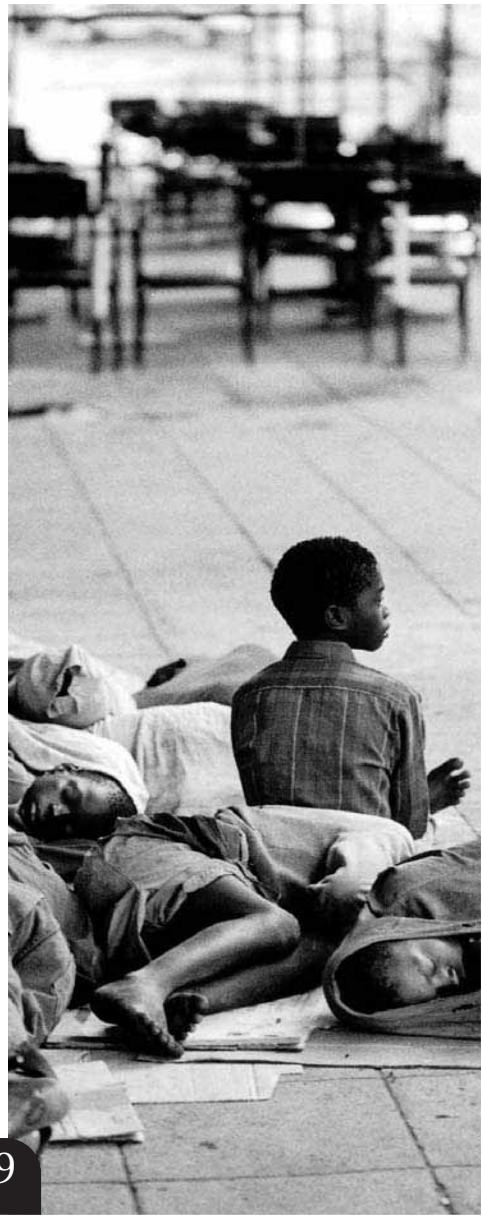
La maggior consapevolezza dell'impatto della violenza sulla salute e sul benessere dei bambini ha indicato la necessità di nuove e urgenti misure di prevenzione, perché nessuna violenza contro i bambini può essere giustificata e tutte le forme di violenza contro i bambini possono essere prevenute. Questo è il messaggio centrale dello Studio, che si caratterizza, tra l'altro, per essere il primo che vede i bambini coinvolti direttamente e consistentemente nell'indagine, proprio a sottolineare la loro condizione di esseri umani con pieni diritti e il loro diritto quindi ad esprimersi su questioni loro riguardanti. Ciò che emerge dalla ricerca è che in molte parti del mondo, in forte contraddizione con gli obblighi a difesa dei diritti umani e dei bisogni dei bambini, molta violenza contro l'infanzia è tuttora legale, autorizzata dallo Stato e socialmente approvata. Il Rapporto ambisce pertanto a segnare un definitivo e generale punto di svolta: la fine della giustificazione della violenza contro i bambini, anche laddove è accettata in nome della tradizione o travestita come "disciplina".

L'OMS ha stimato che circa 53.000 bambini morti nel 2002 erano vittime di omicidi; l'OIL-Organizzazione Internazionale del Lavoro stima che nel 2004 più di 218 milioni di bambini erano coinvolti in lavoro minorile e di questi 126 milioni svolgevano lavori pericolosi. Nel 2000 si stima che 5.7 milioni erano vittime di lavoro forzato, 1.8 milioni di prostituzione e pornografia, 1.2 vittime di traffici illeciti. L'UNICEF valuta che in Africa subsahariana, Egitto e Sudan ogni anno 3 milioni di fanciulle e donne sono sottoposte a mutilazioni degli organi genitali.

Tuttavia, le ricerche condotte rilevano drammaticamente che, oltre all'alta percentuale di violenza contro l'infanzia commessa da estranei, la

stragrande maggioranza degli atti di violenza venga perpetrata da persone appartenenti alla ristretta sfera della vittima: genitori e famiglie allargate, fidanzati/e, coniugi o partner, insegnanti, compagni di scuola, colleghi. Molti bambini sono quotidianamente esposti alla violenza fisica, sessuale e psicologica nelle loro case, a scuola, in istituti di cura e detenzione, nei luoghi di lavoro e nelle comunità in cui vivono. Solo 16 stati proibiscono espressamente le punizioni corporali in qualsiasi forma, lasciando così la stragrande maggioranza della popolazione infantile mondiale senza adeguate misure legali che la protegga dall'essere colpita e deliberatamente umiliata nell'ambito delle proprie abitazioni. A ciò si aggiunge la quota di bambini costretta a subire violenza da parte di coloro che se ne prendono cura nelle scuole, negli istituti di assistenza, nei luoghi di lavoro legali o illegali che siano. Solo il 2,4% dei bambini del mondo è legalmente protetto da pene corporali in tutti i contesti. E così in più di 100 paesi gli studenti fanno esperienza di maltrattamenti autorizzati dallo Stato e perciò legalizzati. In almeno 30 paesi la frustata e la bastonatura è imposta ai minori come misura punitiva e correttiva nei sistemi di pena e detenzione e in molti più paesi in simili strutture sono autorizzate addirittura forme di punizione violenta.

La reale portata di tutte le forme di violenza contro i bambini solo ora sta diventando visibile; negli ultimi decenni alcune forme estreme di violenza, tra cui lo sfruttamento sessuale, il traffico di bambini, le mutilazioni ai genitali femminili, le peggior forme di lavoro infantile e l'impatto dei conflitti armati, hanno provocato un grido internazionale e un consenso nella condanna, benché non un'adeguata rapidità nel-



l'applicazione dei rimedi. Tutto ciò ha conseguenze devastanti per la loro salute e il loro benessere presente e futuro.

Solo una piccola parte degli atti di violenza contro i bambini è riferita e indagata. In molti paesi del mondo non esistono sistemi e procedure per la denuncia e l'indagine di atti di abuso contro i minori. Laddove esistono statistiche ufficiali di denuncia di violenze nell'ambito delle famiglie o altri contesti esse tuttavia sottostimano drammaticamente le reali dimensioni del problema. Le ragioni del "vuoto di denunce" sono molteplici, ma nei bambini molto spesso prevale la paura di dichiarare il male di cui sono vittime per timore di subire ritorsioni o peggiorare le loro condizioni in seguito ad interventi esterni. In molti casi i genitori, che dovrebbero proteggere i bambini, rimangono silenziosi se la violenza è perpetrata da altri membri della famiglia, partner o persone potenti ed influenti nella comunità, come un pubblico ufficiale, un poliziotto, il capo gruppo.

A tracciare un quadro poco chiaro contribuisce anche la mancanza in molti paesi di sistemi anagrafici efficienti e attendibili, che tengano rigorosamente conto delle nascite e delle morti infantili. Ciò significa che atti di violenza letale contro i bambini potrebbero essere misurati accuratamente solo attraverso sistemi di registrazione delle morti. Senza dimenticare inoltre che sono pochi i paesi al mondo che registrano l'ingresso di bambini in istituti di cura e detenzione e soprattutto ancor meno sono i paesi che raccolgono informazioni su atti di violenza a danno dei più piccoli in questi contesti.

La persistente accettazione e tolleranza sociale di alcune forme di violenza contro i bambini è la maggior causa della perpetrazione in quasi tutti i paesi dove la violenza è un male endemico. Rapporti su infanticidi, punizioni crudeli e umilianti, trascuratezza e abbandono, abusi sessuali e altre forme di violenza contro l'infanzia risalgono ad antiche civiltà. I recenti studi dimostrano chiaramente che si tratta di un serio e sostanziale problema globale; esso interessa ogni paese nel mondo, in una varietà di forme e modalità ed è spesso profondamente radicato in pratiche culturali, economiche e sociali. Le vittime della violenza e i suoi responsabili e in generale la comunità intera accettano la violenza fisica, sessuale e psicologica come componente ed esperienza inevitabile dell'infanzia. La legge inoltre nella maggior parte degli Stati condona "ragionevoli" e "legittime" punizioni corporali e ciò riflette l'approvazione sociale della violenza quando essa è descritta o camuffata come disciplina. Punizioni corporali o altre forme di abusi crudeli e degradanti, bullismo e stupri e una vasta gamma di pratiche violente fondate sulla tradizione possono essere percepite come normali, soprattutto quando non lasciano segni visibili.

Non si possono più tollerare compromessi nella sfida alla violenza contro i minori; l'unicità dei bambini – il loro potenziale umano, la loro iniziale fragilità e vulnerabilità, la loro dipendenza dagli adulti per la crescita e lo sviluppo – ne fa un'inattaccabile motivo per fare più investimenti nella prevenzione e nella protezione contro la violenza. I governi sono invitati ad accettare la condizione di emergenza in cui ci troviamo, benché non nuova, ma non per questo meno seria. I bambini, non visti e non ascoltati, hanno sofferto a causa della violenza inferta loro dagli adulti per secoli; ma ora che le dimensioni e l'impatto degli abusi stanno diventando visibili i bambini non possono più essere lasciati in attesa di essere considerati e protetti.

ALESSANDRO MAGRI – GRUPPO TIEMPO • ALESSANDRO SUARDI - MURAGLIA, CALZOLARI & ASSOCIATI • ALESSIO, ALESSANDRO, DAVIDE, ENRICO, FRANCESCO, LUCIANO M., LUCIANO N., ROCCO, SAIDO, SIMONE E TUTTE LE VOLONTARIE DEL VINTAGE PER IL MONTAGGIO, IL TRASLOCO E L'ALLESTIMENTO DEL MERCATINO DI NATALE • ANGELA CORTUCCI, ALESSANDRA CACHERANO – ATM • BARBARA LANZA, ROBERTA PEDACI – ERTHEA • BSH ELETTRODOMESTICI SPA • CARMELA FUSCO - CONSORZIO STUDI E RICERCHE FISCALI GRUPPO SANPAOLO IMI • DANIELA PAOLINI - COMUNE DI VEDANO OLONA • DONATELLA LORE - DS GROUP SRL • EDUARDO GILIBERTI, MONICA GAMBERA – MONDADORI PUBBLICITÀ • ELISABETTA FALBO - SPORT SERVICE MAPEI SRL • ESTER VISENTIN • FAMIGLIA ARENARE • FILIBERTO CLARINI – BRISTOL MEYERS SQUIBB • FILOMANIA • FLAVIA SPONZA – KRAFT • FONDAZIONE I. BINDA ONLUS • FRANCESCA ALTEA - MERCK SHARP & DOHME • GIANPIERO FIORINI - SPEED TRANSPORT SERVICE ITALIA S.R.L. • GIGLIOLA GIGLI – ASS. L'ISOLA CHE NON C'È • GIOVANNI FAVERO - AON • GIOVANNI SENO, GIOVANNI PIROLA, ELIANA MARCHIÒ - OCÉ • GIUSEPPE E STELLA DI DONATO • GIUSEPPE FERRARA - FER.GIS • GLORIA PROFILI VENTURI • GRUPPO MEDIA • GRUPPO M.G. INTERNATIONAL • ILEANA E ROSI - STUDIO PROF. SERGIO PIVATO • INIZIATIVE SRL • ITALGIS SRL • IVO FERRARIO, MARTA POZZOLI – COCA COLA HBC • IVO LIZZOLA • JHONSON & JHONSON • LAURA TAMPINI - LOT -ORIEL ITALIA SRL • LEONARDO BRAMBILLA - DUEMANI COOPERATIVA SOCIALE • LOREDANA RAVAGLIA - COMUNE DI VALBONDIONE • LUC VIERSTRAETE, MAURIZIO DI CICCO, DARIO LAMPERTI, CRISTINA CATELLANI, FIONA CICCONI, SILVIA ZUCCA, SILVIA MONICI - ROCHE • LUISA ZAMPIERI - GIOCHI PREZIOSI • MAJA MATIC - SCATOLIFICIO R.G. SRL • MARCO E MATTEO CABASSI, PAOLO NOTARI, MASSIMO BUSNELLI – GRUPPO BRIOCHI FINANZIARIA • MARCO MURAGLIA • MARZIA ORIANI E LAURA MELLEA - G.M. GESTIONE MULTISERVICE • MAURA MINEN - SKEMA SAS DI P, MINEN & C. • MAURIZIA SORBINI - ALSO S.P.A. • MIRELLA STEFANIZZI - AKZO NOBEL SIKKENS • MORATO PANE • NADIA GRILLO- ALCOL • ORNELLA PASSONI - SPM SRL SERVICE PRO MARKING • PAOLA PISANO - EDIZIONI PIEMME • PAOLO ZAMBONARDI - MERZ ITALIA SRL • PATRIZIA DE MARCO – CHIOSTRO DEL BRAMANTE • PELIKAN ITALIA • PIERPAOLO POLI CAPPELLI – KOH-I-NOOR • RICCARDO CESATI – MONDADORI • ROBERTA GALASSI - MILANO ENERGIA SRL • ROBERTA SALVARANI - SANITHAD SERVIZI SOCIALI • ROCCO GIORGIANNI – FONDAZIONE MILAN • ROSY MANENTE - TECNOELETTRICA BRAGONI SRL • SANDRO LUCIDI - STUDIO LUCIDI • SARA VENEGONI - BERNDES • SIA ITALIA • SIDECAR DIFFUSION • SIG.RA DE ROSA - L'OREAL • SIGG. AMBROGI E BARBARULO - API ENERGIA S.P.A • SILVIA MAZZOLA • SIMONA ATZORI E LA COMPAGNIA DEL PESCARA DANCE FESTIVAL • STEFANIA RIPAMONTI - INITIATIVE MEDIA MILANO S.P.A. • STEFANIA SCAMPINI - VINAVIL S.P.A. • STEFANIA SCHEZZINI - ALCST • SUOR SANDRA - SUORE ORSOLINE DI S. CARLO • SUSANNA - CAREWORK VARESE