

PREFAZIONE

Questa ricerca, come del resto tutte le pubblicazioni edite dall'associazione LULE, nasce dal desiderio di far conoscere un mondo, quello della prostituzione di strada, scabroso e difficile da affrontare.

Noi volontari e operatori dell'associazione, attivi in questo ambito dal 1997, ci siamo trovati, nel tempo, a conoscere e a far fronte a realtà disparate: sociali, umane, giudiziarie ed anche sanitarie. Se per quanto riguarda le prime potevamo dirci preparati, almeno teoricamente, in merito alle questioni sanitarie mancava la definizione di una modalità di intervento consona al contesto. Tuttavia, nel giro di pochi anni, partendo da un lavoro di contatto e conoscenza con le ragazze di strada svolto in modo costante e professionale, abbiamo sviluppato strumenti e metodi per veicolare informazioni sanitarie, raccogliere dati statistici, favorire il loro accesso ai servizi socio - sanitari, che ci hanno permesso di esercitare un impatto significativo sul fenomeno e di condividere iniziative e progetti con le ASL e le amministrazioni comunali del territorio.

Rispetto al tema specifico del rischio di diffusione di malattie a trasmissione sessuale l'approccio iniziale è stato quello di porsi alcuni interrogativi:

“Cosa conoscono le prostitute di strada in merito all'infezione da HIV, alle malattie a trasmissione sessuale e alle modalità di contagio?”

“Qual è il rischio reale di diffusione di tali patologie nel contesto attuale della prostituzione di strada?”

“Quali competenze offrire alle persone che si prostituiscono per svolgere un'efficace azione preventiva?”



“Come valutare l'efficacia di tale intervento?”

Questa pubblicazione è il resoconto di un percorso che si è posto come finalità la tutela e la promozione della salute a livello individuale e collettivo.

Esso si è svolto tramite un impegno informativo ed educativo che, grazie alla collaborazione dei servizi sanitari territoriali, ha determinato un impatto importante in termini di prevenzione.

Ad esso si è affiancato la proposta di un questionario che è stato individuato come il metodo più adatto per rilevare le competenze acquisite dalle prostitute di strada in tema di HIV e malattie sessualmente trasmissibili e verificare il raggiungimento di un livello di conoscenze che costituisca la base per un comportamento di tutela consapevole e responsabile.

Crediamo, peraltro, che siano soprattutto l'accompagnamento e lo stimolo costanti offerti dagli operatori e dai volontari a permettere a persone che versano in condizioni di grave disagio di sostenere la motivazione a un percorso di piena autodeterminazione.

Ci auguriamo che il presente lavoro possa risultare utile sia a coloro che sono direttamente impegnati sul campo, perché possano trarne spunti e suggerimenti, sia ad un pubblico più vasto, che intenda acquisire un'informazione diretta rispetto alla difficile realtà della prostituzione di strada.

Marco Baiardo
Presidente dell'associazione LULE

.....

CONOSCENZA DELL'HIV E PERCEZIONE DEL RISCHIO DA PARTE DELLE PERSONE CHE SI PROSTITUISCONO IN STRADA

L'origine della ricerca

Nella primavera del 1999, facendo riferimento alla delibera regionale del 7 maggio 1999 – n. 6/42880 “Linee guida per la prevenzione dell'infezione da HIV per il triennio 1998 – 2000”, l'associazione LULE ha presentato il progetto “Prevenzione di strada”, finalizzato a ridurre i comportamenti sanitari a rischio delle persone che si prostituiscono sulla strada.

Le motivazioni alla base dell'intervento proposto erano la scarsa cultura sanitaria e la condizione forte di marginalità sociale che caratterizzavano il target individuato e che lo rendevano vulnerabile a comportamenti non tutelanti per sé e per la collettività.

Il progetto ha preso formalmente avvio il 1° luglio 2000 e ha dato seguito all'attività di educativa di strada che l'associazione LULE stava realizzando dal 1997, consentendo di estenderla e strutturarla su un territorio costituito dall'area sud-ovest della Provincia di Milano (distretti di Abbiategrasso, Magenta, Rho, Binasco, Rozzano, S. Giuliano Milanese) e dalla Provincia di Pavia.

Uno degli obiettivi previsti era rilevare la percezione del rischio connesso all'HIV e le conoscenze possedute in materia da parte delle persone che si prostituiscono sulla strada, da qui la ricerca in oggetto.

Il metodo

Preliminarmente ci si è posti il problema di come assumere le informazioni. La modalità adottata è stata quella di somministrare un apposito questionario anonimo in lingua madre alle prostitute nel corso dei contatti sulla strada da parte degli operatori del progetto. L'impostazione e i contenuti scelti sono stati estremamente semplici, in considerazione del setting instabile e del fatto che le persone cui rivolgersi erano in genere giovani donne straniere dotate di un basso livello di istruzione. Gli operatori stessi si sono preoccupati di esplicitare il significato della rilevazione e di aiutare le donne, laddove necessario, nella comprensione delle domande poste. Le donne hanno generalmente compilato il questionario nell'auto utilizzata per le uscite di strada e hanno avuto l'opportunità di rispondere nella propria lingua d'origine.

La scelta compiuta si è rivelata proficua, poiché sono stati raccolti 385 questionari e si è rilevata una buona disponibilità a rispondere da parte delle intervistate.

Si evidenzia che tale iniziativa fa seguito ad un analogo intervento compiuto nel 1998 che aveva condotto alla pubblicazione della prima ricerca "Prostituzione e HIV", nell'ambito della quale furono analizzati i dati emersi dalla raccolta di 104 questionari.

Da un punto di vista strettamente metodologico vi sono alcuni limiti di cui si è consapevoli: da un lato il numero dei questionari raccolti ha scarsa valenza statistica e dall'altro la neutralità della risposta potrebbe essere stata inficiata dal fatto che gli operatori erano al medesimo tempo somministratori, interpreti e traduttori oltre che consulenti delle intervistate.

.....

Tuttavia, quanto fin qui documentato ci permette di ricostruire un quadro del problema meno empirico e disarticolato rispetto al passato e ne offre una percezione più definita.

Il questionario e il campione

Il questionario adottato è composto da otto domande a risposte chiuse e due a risposte aperte sul tema specifico dell'AIDS e delle malattie a trasmissione sessuale. Precisamente, i primi otto quesiti sono dedicati esclusivamente al tema dell'AIDS e della sieropositività, mentre con gli ultimi due si è trattato il tema delle altre malattie trasmissibili sessualmente.

Si è preferito optare per domande facili e veloci per due ragioni essenziali: da un lato ovviare alle difficoltà linguistiche e di comprensione delle intervistate, dall'altro non abusare del loro tempo, dato che in genere esse esercitavano la loro attività al momento della somministrazione del questionario.

Per quanto concerne il campione sottoposto ad analisi, esso è composto da persone rappresentative delle tre principali aree di provenienza delle prostitute di strada: la Nigeria, l'Albania e l'Europa dell'Est. Precisamente esso è costituito da 280 donne di origine nigeriana, da 66 di provenienza albanese e da 39 di origine moldova e rumena.

La distribuzione del questionario è avvenuta nell'arco temporale del biennio luglio 2000 – giugno 2002.

Segue l'analisi dei risultati della rilevazione.

.....

Quesito n. 1: L'AIDS è una malattia pericolosa?

Con la prima domanda si è voluto indagare la consapevolezza dei rischi connessi alla patologia in oggetto.

Le risposte evidenziano come la quasi totalità delle intervistate, a prescindere dall'etnia di appartenenza, riconosca la pericolosità dell'AIDS.

Rispetto all'indagine compiuta nel 1998 si rileva che coloro che, allora, scelsero la risposta "molto" erano pari all'87,5% del campione globale e al 77,1% del campione di donne albanesi. Dunque tale gruppo etnico, che manifesta peraltro la maggior stanzialità sul territorio, parrebbe riconoscere in maniera più incisiva il pericolo della sindrome da HIV.

Totale risposte

Quesito n. 1: L'AIDS è una malattia pericolosa?		
Risposte	V.A.	%
Molto	363	94,3
Poco	4	1,0
non so	18	4,7
<i>Totale</i>	385	100,0

Totale risposte nigeriane

Quesito n. 1: L'AIDS è una malattia pericolosa?		
Risposte	V.A.	%
Molto	265	94,6
Poco	2	0,7
non so	13	4,6
<i>Totale</i>	280	100,0

.....

Totale risposte albanesi

Quesito n. 1: L'AIDS è una malattia pericolosa?		
Risposte	V.A.	%
Molto	61	92,4
Poco	1	1,5
non so	4	6,1
<i>Totale</i>	66	100,0

Totale risposte moldove e rumene

Quesito n. 1: L'AIDS è una malattia pericolosa?		
Risposte	V.A.	%
Molto	37	94,8
Poco	1	2,6
non so	1	2,6
<i>Totale</i>	39	100,0

Quesito n. 2: Come si trasmette l'Aids?

Dalle risposte fornite alla seconda domanda inizia ad emergere come sull'argomento vi siano informazioni parziali. Per la metà circa delle intervistate il sangue e lo sperma costituiscono la via principale ed esclusiva di contagio. Un quarto indica solo il sangue, le rimanenti evidenziano diverse altre combinazioni.

Complessivamente il sangue viene indicato come possibile via di trasmissione nell'80% delle risposte, lo sperma nel 66%. Di fatto non viene ancora pienamente riconosciuto il potenziale di rischio dell'atto sessuale non protetto dal preservativo. Nel 1998 solo il 28,8% aveva risposto "sangue e sperma", il sangue compariva nel 72% delle risposte e lo sperma nel 50%. Rispetto ad allora è aumentata in tutti i gruppi etnici la conoscenza delle reali modalità di contagio.

.....

Totale risposte

Quesito n. 2: Come si trasmette l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
attraverso sangue e sperma	177	46,0
attraverso il sangue	94	24,4
attraverso lo sperma	32	9,9
attraverso sperma, sangue e saliva	38	8,3
attraverso sperma, sangue, semplice contatto	6	1,6
mediante semplice contatto	6	1,6
attraverso sperma e semplice contatto	3	0,8
attraverso sperma e saliva	2	0,5
attraverso la saliva	2	0,5
non so	21	5,5
nessuna risposta	4	1,0
<i>Totale</i>	<i>385</i>	<i>100,0</i>

Totale risposte nigeriane

Quesito n. 2: Come si trasmette l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
attraverso sperma e sangue	129	46,1
attraverso il sangue	83	29,6
attraverso lo sperma	24	8,6
attraverso sperma, sangue e saliva	17	6,1
attraverso sperma, sangue, semplice contatto	4	1,4
mediante semplice contatto	4	1,4
attraverso sperma e semplice contatto	2	0,7
attraverso sperma e saliva	1	0,4
attraverso la saliva	2	0,7
non so	12	4,3
nessuna risposta	2	0,7
<i>Totale</i>	<i>280</i>	<i>100,0</i>

.....

Totale risposte albanesi

Quesito n. 2: Come si trasmette l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
attraverso sperma e sangue	28	42,4
attraverso il sangue	8	12,1
attraverso lo sperma	6	9,1
attraverso sperma, sangue e saliva	11	16,7
attraverso sperma, sangue, semplice contatto	1	1,5
mediante semplice contatto	1	1,5
attraverso sperma e semplice contatto	1	1,5
attraverso sperma e saliva	1	1,5
attraverso la saliva		
non so	8	12,1
nessuna risposta	1	1,5
<i>Totale</i>	66	100,0

Totale risposte moldove e rumene

Quesito n. 2: Come si trasmette l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
attraverso sperma e sangue	20	51,3
attraverso il sangue	3	7,7
attraverso lo sperma	2	5,1
attraverso sperma, sangue e saliva	10	25,6
attraverso sperma, sangue, semplice contatto	1	2,6
mediante semplice contatto	1	2,6
attraverso sperma e semplice contatto		
attraverso sperma e saliva		
attraverso la saliva		
non so	1	2,6
nessuna risposta	1	2,6
<i>Totale</i>	39	100,0

.....

Quesito n. 3: Come ti puoi difendere dall'AIDS ?

Le risposte fornite alla domanda n. 3 dimostrano una conoscenza diffusa dell'efficacia del profilattico quale strumento di difesa dal contagio.

Rispetto al 1998 la percentuale di tale risposta passa dall'83,7% al 91,2% considerando il campione globale e dal 74,3% al 84,% considerando il campione albanese. Le albanesi continuano a dimostrarsi il gruppo meno "preparato", ma anche quello le cui risposte risentono del lavoro educativo svolto dagli operatori di strada.

Totale risposte

Quesito n. 3: Come ti puoi difendere dall'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
con il profilattico	351	91,2
con il profilattico e la pillola	11	2,9
con la pillola	10	2,5
non so	11	2,9
nessuna risposta	2	0,5
<i>Totale</i>	385	100,0

Totale risposte nigeriane

Quesito n. 3: Come ti puoi difendere dall'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
con il profilattico	260	92,9
con il profilattico e la pillola	5	1,8
con la pillola	6	2,1
non so	7	2,5
nessuna risposta	2	0,7
<i>Totale</i>	280	100,0

.....

Totale risposte albanesi

Quesito n. 3: Come ti puoi difendere dall'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
con il profilattico	56	84,8
con il profilattico e la pillola	2	3,0
con la pillola	4	6,1
non so	4	6,1
nessuna risposta		
<i>Totale</i>	66	100,0

Totale risposte moldove e rumene

Quesito n. 3: Come ti puoi difendere dall'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
con il profilattico	35	89,7
con il profilattico e la pillola	4	10,3
con la pillola		
non so		
nessuna risposta		
<i>Totale</i>	39	100,0

Quesito n. 4: Il profilattico è utile per evitare l'AIDS?

La quarta è una domanda di verifica in merito alla consapevolezza dell'utilità del profilattico. Le risposte date testimoniano una coscienza elevata, ma non piena dell'importanza del suo impiego a difesa della propria ed altrui salute. Permane, dunque, una ridotta, ma preoccupante percentuale di intervistate che dimostra di non sapere come agire per tutelarsi.

Ciò conferma l'importanza di ribadire e puntualizzare con loro l'impiego necessario del profilattico in ogni tipo di rapporto.

Occorre ricordare, peraltro, che spesso il profilattico è usato dalle organizzazioni criminali che operano nel settore per controllare indirettamente il numero di rapporti e conseguentemente i guadagni di ogni singola "protetta". Pertanto il conoscere quanto esso sia utile per ridurre i rischi di contagio può eliminare il pericolo che una ragazza decida di avere rapporti non protetti al fine di aumentare i propri guadagni.

D'altro canto si evidenzia che quasi nessuna utilizza forme di protezione nel rapporto col proprio compagno, il quale difficilmente accetterebbe l'uso del profilattico, e che viene riferita come molto elevata la richiesta di rapporti senza preservativo da parte dei clienti, i quali sono disposti ad offrire in cambio cifre considerevoli.

Totale risposte

Quesito n. 4: Il profilattico è utile per evitare l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
sì	331	86,0
no	37	9,6
non so	16	4,1
nessuna risposta	1	0,3
<i>Totale</i>	<i>385</i>	<i>100,0</i>

Totale risposte nigeriane

Quesito n. 4: Il profilattico è utile per evitare l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
sì	236	84,3
no	30	10,7
non so	14	5,0
nessuna risposta		
<i>Totale</i>	<i>280</i>	<i>100,0</i>

.....

Totale risposte albanesi

Quesito n. 4: Il profilattico è utile per evitare l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
sì	59	89,4
no	6	9,1
non so	1	1,5
nessuna risposta		
<i>Totale</i>	<i>66</i>	<i>100,0</i>

Totale risposte moldove e rumene

Quesito n. 4: Il profilattico è utile per evitare l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
sì	36	92,2
no	1	2,6
non so	1	2,6
nessuna risposta	1	2,6
<i>Totale</i>	<i>39</i>	<i>100,0</i>

Quesito n.5: esiste un test per sapere se hai l'AIDS?

La domanda n. 5 implica il possesso di conoscenze più specifiche ed infatti alla rilevazione del 1998 la percentuale di intervistate che diede una risposta affermativa fu pari al 77,9%.

L'indagine attuale mostra l'esito del passaggio informativo compiuto in termini di attività educativa di strada, che ha lasciato una traccia significativa evidenziata dal fatto che, nel corso del triennio di sviluppo del progetto, i servizi territoriali hanno eseguito 561 analisi del sangue, in gran parte test HIV, a carico di prostitute di strada accompagnate dagli operatori della LULE.

.....

Totale risposte

Quesito n. 5: Esiste un test per sapere se hai l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
sì	342	88,8
no	15	3,9
non so	28	7,3
nessuna risposta		
<i>Totale</i>	385	100,0

Totale risposte nigeriane

Quesito n. 5: Esiste un test per sapere se hai l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
sì	259	92,5
no	7	2,5
non so	13	4,6
nessuna risposta	1	0,4
<i>Totale</i>	280	100,0

Totale risposte albanesi

Quesito n. 5: Esiste un test per sapere se hai l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
sì	46	69,7
no	8	12,1
non so	12	18,2
nessuna risposta		
<i>Totale</i>	66	100,0

.....

Totale risposte moldove e rumene

Quesito n. 5: Esiste un test per sapere se hai l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
sì	36	92,3
no		
non so	3	7,7
nessuna risposta		
<i>Totale</i>	39	100,0

Quesito n. 6: se pensi che esista lo faresti?

La domanda n. 6 intende testare la disponibilità delle intervistate ad adottare modalità di prevenzione ed eventualmente di cura.

Le risposte sono incoraggianti, visto che la quasi totalità di loro si dichiara disposta ad effettuare il test. I dati confermano quanto già rilevato nel 1998.

L'alto numero di controlli sanitari eseguiti nel periodo 2000 – 2003 testimonia il passaggio dalla sfera dell'intenzione a quello della realizzazione.

Totale risposte

Quesito n. 6: Se pensi che esista, lo faresti?		
Risposte	V.A.	%
sì	337	87,5
no	22	5,7
non so	25	6,5
nessuna risposta	1	0,3
<i>Totale</i>	385	100,0

.....

Totale risposte nigeriane

Quesito n. 6: Se pensi che esista, lo faresti?		
Risposte	V.A.	%
sì	248	88,6
no	12	4,3
non so	19	6,8
nessuna risposta	1	0,3
<i>Totale</i>	<i>67</i>	<i>100,0</i>

Totale risposte albanesi

Quesito n. 6: Se pensi che esista, lo faresti?		
Risposte	V.A.	%
sì	52	78,8
no	8	12,1
non so	6	9,1
<i>Totale</i>	<i>66</i>	<i>100,0</i>

Totale risposte moldove e rumene

Quesito n. 6: Se pensi che esista, lo faresti?		
Risposte	V.A.	%
sì	37	94,9
no	1	2,6
non so	1	2,6
<i>Totale</i>	<i>39</i>	<i>100,0</i>

Quesito n. 7: Che cosa è l'HIV?

La maggior parte delle persone che si prostituisce sulle strade dimostra una conoscenza molto superficiale delle malattie e della tematica sanitaria in generale.



La risposta alla domanda n. 7 ne è una conferma; se si chiede, infatti, che cosa sia l'HIV molte delle intervistate non sanno dare una risposta. Si evidenzia, tuttavia, un significativo incremento della risposta corretta che è stata indicata dal 55,1% del campione attuale a fronte del 32,7% del campione del 1998.

Dal confronto tra le etnie emerge, come in precedenza, una maggior percentuale di risposte corrette tra le nigeriane e le est europee. D'altro canto, il campione albanese che non rispondeva o non sapeva rispondere è passato dal 62,8% del 1998 al 40,9% attuale.

Totale risposte

Quesito n. 7: Che cos'è l'HIV?		
Risposte	V.A.	%
il virus che causa l'AIDS	212	55,1
una sigla per definire chi è sieropositivo	58	15,1
Entrambe	4	1,0
non so	106	27,5
nessuna risposta	5	1,3
<i>Totale</i>	385	100,0

Totale risposte nigeriane

Quesito n. 7: Che cos'è l'HIV?		
Risposte	V.A.	%
il virus che causa l'AIDS	144	55,0
una sigla per definire chi è sieropositivo	47	16,8
entrambe	3	1,1
non so	73	26,0
nessuna risposta	3	1,1
<i>Totale</i>	280	100,0

.....

Totale risposte albanesi

Quesito n. 7: Che cos'è l'HIV?		
Risposte	V.A.	%
il virus che causa l'AIDS	33	50,0
una sigla per definire chi è sieropositivo	5	7,6
entrambe	1	1,5
non so	26	39,4
nessuna risposta	1	1,5
<i>Totale</i>	66	100,0

Totale risposte moldove e rumene

Quesito n. 7: Che cos'è l'HIV?		
Risposte	V.A.	%
il virus che causa l'AIDS	25	64,1
una sigla per definire chi è sieropositivo	6	15,4
entrambe		
non so	7	17,9
nessuna risposta	1	2,6
<i>Totale</i>	39	100,0

Quesito n. 8: Cosa significa sieropositività

Come nel caso precedente, le risposte alla domanda n. 8 evidenziano la scarsa conoscenza in materia da parte delle intervistate.

Dal confronto con i dati rilevati nel 1998 emerge una crescita della percentuale di risposte corrette dal 22,1% al 30,1%. I gruppi nigeriano ed est europeo continuano a dimostrarsi più preparati rispetto a quello albanese.

.....

Totale risposte

Quesito n. 8: Cosa significa sieropositività?		
Risposte	V.A.	%
essere malati di AIDS	122	31,7
non essere malati, ma essere infetti	116	30,1
entrambe	9	2,4
non so	134	34,8
nessuna risposta	4	1,0
<i>Totale</i>	<i>385</i>	<i>100,0</i>

Totale risposte nigeriane

Quesito n. 8: Cosa significa sieropositività?		
Risposte	V.A.	%
essere malati di AIDS	85	30,4
non essere malati, ma essere infetti	89	31,8
entrambe	5	1,8
non so	99	35,4
nessuna risposta	2	0,7
<i>Totale</i>	<i>280</i>	<i>100,0</i>

Totale risposte albanesi

Quesito n. 8: Cosa significa sieropositività?		
Risposte	V.A.	%
essere malati di AIDS	23	34,8
non essere malati, ma essere infetti	10	15,2
entrambe	3	5,5
non so	30	45,5
nessuna risposta		
<i>Totale</i>	<i>66</i>	<i>100,0</i>

.....

Totale risposte moldove e rumene

Quesito n. 8: Cosa significa sieropositività?		
Risposte	V.A.	%
essere malati di AIDS	14	35,9
non essere malati, ma essere infetti	17	43,6
entrambe	1	2,6
non so	7	17,9
nessuna risposta		
<i>Totale</i>	39	100,0

Quesito n. 9: Conosci malattie che puoi contrarre facendo la prostituta?

Con la domanda n. 9 si è cercato di indagare se il campione intervistato fosse a conoscenza di altre malattie che si possono trasmettere attraverso il rapporto sessuale e se fosse in grado di elencarle.

Come si evince dall'analisi dei dati la metà delle intervistate non offre una risposta al quesito e il restante 50% offre un riscontro disarticolato, superficiale e in alcuni casi confuso (l'HIV considerato al pari di una patologia).

La motivazione di tale risultato risiede nella cultura sanitaria realmente carente (pochissime indicano l'epatite come malattia sessualmente trasmessa), ma anche in un riscontrato calo di concentrazione nel rispondere alle due ultime domande. L'unico termine realmente ricorrente è "AIDS", che comunque viene proposto solo nel 41,4% dei questionari raccolti.

Il dato può essere considerato incoraggiante se confrontato con quello rilevato nel 1998. Allora si ottenne il 78% di risposte evasive o mancanti e solo il 7,7% delle intervistate indicò l'AIDS.

.....

Totale risposte

Quesito n. 9: Conosci le malattie che puoi contrarre facendo la prostituta?		
Risposte	V.A.	%
AIDS e MTS	47	12,2
AIDS	41	10,6
AIDS e gonorrea	23	6,0
HIV	12	3,1
AIDS, sifilide e gonorrea	12	3,1
Gonorrea	11	2,9
AIDS e epatite	7	1,8
AIDS e sifilide	7	1,8
Infezioni vaginali	7	1,8
HIV e AIDS	4	1,0
AIDS, gonorrea e epatite	3	0,8
AIDS, sifilide, gonorrea e epatite	3	0,8
AIDS, gonorrea e prurito	2	0,5
AIDS, infezione e epatite	2	0,5
AIDS, sifilide e epatite	2	0,5
Sifilide e gonorrea	2	0,5
AIDS, HIV e gonorrea	1	0,3
AIDS, malaria, gonorrea	1	0,3
AIDS, sifilide e prurito	1	0,3
AIDS, sifilide, gonorrea e herpes	1	0,3
AIDS, sifilide, trichomonas e tubercolosi	1	0,3
HIV, AIDS e epatite	1	0,3
HIV e febbre	1	0,3
Infezioni e epatite	1	0,3
Malattia della pelle	1	0,3
MTS	1	0,3
Prurito	1	0,3
Sifilide e epatite	1	0,3
nessuna risposta	188	48,8
Totale	385	100,0

Totale risposte nigeriane

Quesito n. 9: Conosci le malattie che puoi contrarre facendo la prostituta?		
Risposte	V.A.	%
AIDS e MTS	47	16,8
AIDS	17	6,1
AIDS e gonorrea	17	6,1
HIV	12	4,3
Gonorrea	10	3,6
AIDS, sifilide e gonorrea	8	2,9
HIV e AIDS	4	1,4
AIDS e sifilide	3	1,1
AIDS, gonorrea e epatite	3	1,1
AIDS, gonorrea e prurito	2	0,7
Infezioni vaginali	2	0,7
Sifilide e gonorrea	2	0,7
AIDS e epatite	1	0,4
AIDS, HIV e gonorrea	1	0,4
AIDS, malaria, gonorrea	1	0,4
AIDS, sifilide e prurito	1	0,4
AIDS, sifilide, gonorrea e herpes	1	0,4
HIV e febbre	1	0,4
Prurito	1	0,4
nessuna risposta	146	52,1
Totale	280	100,0

Rispetto al 1998 la percentuale di nigeriane che non risponde o offre risposte evasive passa dal 70,1% al 52,1%. Allora l'AIDS veniva nominata dal 10,5% del campione, attualmente dal 38,2%. Nel 1998 solo il 2,9% delle albanesi segnalò l'AIDS (oggi il 36,3%), tutte le altre non furono in grado di indicare alcuna patologia sessualmente trasmessa.

.....

Totale risposte albanesi

Quesito n. 9: Conosci le malattie che puoi contrarre facendo la prostituta?		
Risposte	V.A.	%
AIDS	16	24,2
AIDS e epatite	6	9,1
Infezioni vaginali	5	7,6
AIDS, infezioni e epatite	2	3,0
Gonorrea	1	1,5
Infezioni e epatite	1	1,5
MTS	1	1,5
Sifilide e epatite	1	1,5
nessuna risposta	33	50,0
<i>Totale</i>	66	100,0

Totale risposte moldove e rumene

Quesito n. 9: Conosci le malattie che puoi contrarre facendo la prostituta?		
Risposte	V.A.	%
AIDS	8	20,5
AIDS e gonorrea	6	15,4
AIDS e sifilide	4	10,3
AIDS, sifilide e gonorrea	4	10,3
AIDS, epatite, sifilide e gonorrea	3	7,7
AIDS, sifilide e malattie del fegato	2	5,1
AIDS, sifilide, trichomonas e tubercolosi	1	2,6
HIV, AIDS e epatite	1	2,6
Malattia della pelle	1	2,6
Nessuna risposta	9	23,1
<i>Totale</i>	39	100,0

.....

Quesito n. 10; Come puoi evitare tali malattie?

Dalle risposte alla domanda n. 10 emerge con chiarezza come l'uso del profilattico sia il metodo ritenuto più efficace nel prevenire le malattie a trasmissione sessuale. Resta comunque alta la percentuale di risposte non utilizzabili o indicative di carenti conoscenze in materia.

Si rileva che nel 1998 l'uso del profilattico fu indicato nel 49,2% dei questionari rispetto al 59,9% attuale. Da parte delle albanesi solo nel 20,1% rispetto al 48,5%.

Totale risposte

Quesito n. 10: Come puoi evitare tali malattie?		
Risposte	V.A.	%
Con il profilattico	215	55,8
Con esami del sangue	10	2,6
Con il profilattico e controlli medici	8	2,1
Smettendo di prostituirsi	5	1,3
Con il profilattico e eseguendo esami del sangue	2	0,5
Con il profilattico, farmaci e controlli medici	2	0,5
Con il profilattico e evitando il contatto col sangue altrui	2	0,5
Con il profilattico ed evitando di toccare mani e bocca	2	0,5
Con medicine	1	0,3
Non avendo rapporti con persone malate	1	0,3
Non sposandosi	1	0,3
Con la vaccinazione	1	0,3
Con controlli medici	1	0,3
Nessuna risposta	134	34,8
Totale	385	100

.....

Totale risposte nigeriane

Quesito n. 10: Come puoi evitare tali malattie?		
Risposte	V.A.	%
Con il profilattico	173	61,8
Con esami del sangue	6	2,1
Con il profilattico e controlli medici	4	1,4
Smettendo di prostituirsi	3	1,1
Con il profilattico e eseguendo esami del sangue	2	0,7
Con il profilattico, farmaci e controlli medici	2	0,7
Con il profilattico e evitando il contatto col sangue altrui	2	0,7
Con il profilattico ed evitando di toccare mani e bocca	1	0,4
Non sposandosi	1	0,4
Con la vaccinazione	1	0,4
Con controlli medici	1	0,4
Nessuna risposta	84	30,0
<i>Totale</i>	<i>280</i>	<i>100,0</i>

Totale Albanesi

Quesito n. 10: Come puoi evitare tali malattie?		
Risposte	V.A.	%
Con il profilattico	28	42,4
Con il profilattico e controlli medici	4	6,1
Con esami del sangue	2	3,0
Nessuna risposta	32	48,5
<i>Totale</i>	<i>35</i>	<i>100,0</i>

.....

Totale risposte moldove e rumene

Quesito n. 10: Come puoi evitare tali malattie?		
Risposte	V.A.	%
Con il profilattico	14	35,9
Smettendo di prostituirsi	2	5,1
Con medicine	1	2,6
Con controlli medici	1	2,6
Con esami del sangue	1	2,6
Non avendo rapporti con persone malate	1	2,6
Con il profilattico ed evitare baci	1	2,6
Nessuna risposta	18	46,2
<i>Totale</i>	39	100,0

Uno sguardo di sintesi

Dall'analisi delle risposte ottenute emergono alcune considerazioni:

- i soggetti che praticano la prostituzione di strada possiedono generalmente uno scarso livello di istruzione e una cultura sanitaria carente
- la maggior parte delle persone intervistate è consapevole della pericolosità per la propria salute dell'AIDS. Rari i casi in cui sia emersa una totale ignoranza di tale rischio
- rispetto alle modalità di trasmissione della malattia le conoscenze espresse paiono frammentarie e più dovute ad un passa parole tra "colleghe" che ad una campagna di informazione puntuale e scientifica
- il profilattico viene riconosciuto come un efficace strumento di protezione

-
- è conosciuta anche la possibilità di effettuare un test per la ricerca della causa della malattia e traspare anche una certa disponibilità ad effettuarlo
 - risultano poco conosciute o ignorate le altre malattie a trasmissione sessuale
 - il livello di conoscenza dimostrato è cresciuto rispetto alla rilevazione del 1998 in conseguenza dell'intervento di educativa di strada, ma denota ulteriori margini di opportuno miglioramento
 - le intervistate di etnia albanese appaiono meno preparate rispetto alle nigeriane e alle est europee, seppure lo scarto in tal senso si sia ridotto rispetto a quanto riscontrato nell'analogha indagine compiuta nel 1998
 - il turn over cui esse sono sottoposte è complice delle risposte fuorvianti date da quante non hanno usufruito appieno delle opportunità educative

In conclusione appare evidente la necessità di continuare ad operare nel settore offrendo una informazione sanitaria semplice, ma al tempo stesso corretta e comprensiva di tutti i rischi di patologie che si possono sessualmente trasmettere e non con il solo riferimento all'AIDS. Risulta altrettanto opportuno puntualizzare il concetto di difesa della salute dalle malattie a trasmissione sessuale e ribadire, a tal fine, la necessità d'impiego del profilattico.

Vale la pena ricordare che, a fronte di una domanda di prostituzione elevata e pressoché costante, una campagna di sensibilizzazione sanitaria costituisce un intervento utile non solo per chi si prostituisce, ma per l'intera collettività.

LA PREVENZIONE SANITARIA SULLA STRADA

La prostituzione di strada e il rischio sanitario

Nel corso degli anni '90 la prostituzione di strada in Italia ha assunto i contorni di un fenomeno emergente per il suo rapido sviluppo e per la drammaticità delle condizioni in cui versavano le persone coinvolte. Uno dei fattori che destavano maggiori preoccupazioni era il rischio che in tale contesto fosse favorita la diffusione delle malattie a trasmissione sessuale, tra cui l'AIDS.

Chi iniziava ad indagare il fenomeno incontrava per lo più giovani donne e minori straniere, immigrate clandestinamente o vittime della tratta, tenute in condizioni di marginalità sociale e di sfruttamento.

Queste persone dimostravano solitamente una cultura sanitaria carente, possedevano informazioni limitate sui servizi socio - sanitari e sulle modalità di accesso agli stessi, effettuavano di rado controlli regolari del proprio stato di salute e usufruivano solo in caso di emergenza delle prestazioni del sistema sanitario.

Per loro, la mancanza di autonomia, il turnover cui erano sottoposte, la scarsa informazione sui servizi, le difficoltà linguistiche accentuavano la condizione di rischio per quanto riguardava il contagio da malattie a trasmissione sessuale (d'ora in poi MTS). Ciò, connesso all'alta richiesta di prestazioni non protette da parte dei clienti, elevava il livello di rischio per la salute individuale e pubblica.

Da qui l'importanza di rivolgersi ad esse per realizzare un programma educativo di prevenzione e tutela della salute.

.....

Il progetto “Prevenzione di strada”

Il progetto “Prevenzione di strada”, realizzato dall'associazione LULE nel triennio luglio 2000 – giugno 2003, è nato dalla collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL Provincia di Milano 1, Provincia di Milano 2, Provincia di Pavia e con 60 amministrazioni comunali e ha trovato attuazione nei distretti di Abbiategrasso, Magenta, Rho, Binasco, Rozzano, S. Giuliano Milanese e nel territorio della Provincia di Pavia.

Il progetto, avviato a valere sul “Programma triennale di prevenzione del contagio da HIV” voluto dalla Regione Lombardia, ha permesso di analizzare e comprendere la realtà della prostituzione di strada e, soprattutto, di intervenire in termini di prevenzione e di risposta al bisogno di assistenza sanitaria nei confronti di una frangia di popolazione che ha frequenti contatti a rischio dal punto di vista della diffusione di malattie sessualmente trasmesse, ma che, generalmente, interagisce poco o nulla con i servizi preposti alla profilassi e alla cura.

La modalità individuata è stata quella di attivare un capillare intervento di educativa di strada che permettesse il contatto diretto con l'utenza individuata, allo scopo di fornire informazioni e riferimenti relativamente alle MTS, ma anche di accogliere e rispondere al bisogno di controllo e di cura sanitaria tramite l'accompagnamento e la mediazione con i servizi preposti. A tal fine l'équipe operativa ha instaurato una stretta connessione con i poli territoriali costituiti dalle ASL per la diagnosi e la cura delle MTS, con gli uffici di igiene pubblica e con i servizi consultoriali.

Le unità mobili di strada

La realizzazione dell'educativa di strada è avvenuta tramite la messa in campo di unità mobili, gestite da operatori professionali affiancati da mediatrici culturali e da volontari specificatamente formati rispetto all'intervento nell'ambito della prostituzione. Le unità mobili hanno diviso l'area di intervento in porzioni corrispondenti ai distretti sanitari e hanno compiuto uscite di strada diurne e notturne con gli automezzi dell'associazione, provvedendo a contattare le persone che esercitavano la prostituzione. Il principio in base al quale si definiva la frequenza delle uscite è stato garantire una presenza costante e continuativa finalizzata alla creazione di rapporti di fiducia che fossero alla base dell'offerta di prevenzione. A tale scopo gli operatori hanno ritenuto opportuno proporsi a ciascuna ragazza con un contatto medio settimanale.

Dopo le prime uscite di mappatura, finalizzate a definire la localizzazione delle ragazze sul territorio, è stato avviato il vero proprio lavoro di contatto.

Il metodo di approccio impiegato è stato quello di recarsi con l'auto in prossimità del luogo in cui si prostituivano le ragazze e di far avvenire il contatto non in auto, ma a terra, per distinguersi dai clienti e dalle altre figure ambigue che gravitano abitualmente intorno a loro. Il principale strumento utilizzato è stato l'ascolto, accompagnato da un'abilità comunicativa verbale e non verbale. Al primo contatto sulla strada con una ragazza non conosciuta gli operatori hanno provveduto a consegnare una semplice e immediata scheda di presentazione del progetto che segnalasse i servizi e le opportunità disponibili, nonché le modalità di accesso ai medesimi.

.....

In tal modo alla ragazza veniva chiarito il ruolo degli operatori e l'obiettivo dell'intervento nei suoi confronti e garantita la disponibilità ad accompagnarla in un percorso di educazione sanitaria e di promozione sociale. Successivamente veniva proposto materiale informativo sanitario di carattere specifico e venivano offerti lubrificanti, detergenti e prodotti per l'igiene personale.

L'educazione sanitaria

Il materiale presentato alle ragazze è stato elaborato dall'équipe degli operatori, che lo ha aggiornato costantemente nei contenuti e nella veste grafica. Esso comprende: un volantino sull'HIV, uno sull'epatite B, uno sulle MTS, uno sull'uso del profilattico, uno sui metodi contraccettivi, uno sulla gravidanza e l'IVG, uno sulla corretta alimentazione e uno sul corretto uso degli assorbenti, oltre a 3 opuscoli di approfondimento sull'apparato genitale femminile, sulle MTS e sull'HIV.

Tutte le schede informative sono state redatte in lingua italiana, inglese, rumena, albanese, russa e spagnola, contengono illustrazioni e sono di colore vivace per attrarre fin da una prima occhiata l'attenzione. La loro impostazione è semplice e immediata, in modo da rendere il messaggio comprensibile anche ad un target poco scolarizzato.

Le schede sono state distribuite e commentate ripetutamente durante le uscite delle unità mobili, ritornando anche più volte sul medesimo testo. Spesso sono state lette sulla strada insieme alle ragazze, in modo da favorire la comprensione e l'assimilazione delle informazioni proposte.

.....

L'impatto della proposta educativa è stato complessivamente buono; le ragazze di provenienza est europea si sono dimostrate generalmente più preparate e disponibili all'intervento informativo, le nigeriane incuriosite e attente a conservare con cura il materiale proposto, le albanesi più reticenti e scostanti.

In ogni caso l'argomento "salute" è risultato di forte interesse e tale da suscitare attenzione anche in un ambiente disturbante come la strada.

Alcune ragazze hanno chiesto autonomamente approfondimenti sui temi proposti, dimostrando di aver acquisito consapevolezza dell'importanza di conoscere norme utili alla tutela della salute propria e altrui.

In merito allo specifico lavoro di prevenzione del contagio da HIV ed MTS gli operatori hanno svolto un'attività di persuasione all'adozione di comportamenti sicuri finalizzati alla salvaguardia della salute individuale e collettiva. L'obiettivo perseguito è stato favorire la riduzione dei comportamenti a rischio, ottenendo il risultato di evitare di essere infettati e, nel caso, di trasmettere l'infezione.

I principi adottati nel definire tale intervento sono stati:

- mirare il counselling sui temi della riduzione del rischio
- valutare la reazione della ragazza
- evitare di pianificare soluzioni non realistiche di riduzione del rischio
- prestare attenzione alle esigenze legate alle differenze etniche

I passaggi percorsi nella sua realizzazione durante il contatto diretto con la ragazza sono stati:

- incrementare la percezione del rischio
- identificare i comportamenti a rischio
- indagare il livello di consapevolezza



- identificare le ambivalenze tra i comportamenti e la percezione del rischio
- esplorare i comportamenti a rischio recenti
- identificare specificatamente i dettagli dei comportamenti a rischio
- indagare il livello di accettabilità del rischio
- identificare le situazioni in cui la donna si trova a maggior rischio
- ripercorrere la riduzione di alcuni comportamenti a rischio precedentemente affrontati
- identificare gli ostacoli per la riduzione del rischio
- spronare e sostenere la ragazza ad attivare i comportamenti preventivi

In sostanza si è intervenuti proponendo un'informazione elementare e soprattutto, personalizzata in modo che il singolo soggetto potesse sentirsi chiamato in prima persona a verificarsi circa il possibile contagio.

Di fatto, il contesto instabile della strada ha reso difficoltosa l'applicazione rigorosa della metodologia impostata in termini di principio e gli operatori hanno di volta in volta adattato l'intervento alle reali condizioni del contesto, avendo sempre come riferimento l'obiettivo della riduzione dei comportamenti a rischio.

Sulla base dell'esperienza compiuta e della considerazione che il successo di una strategia informativa - preventiva dipende anche dalla sua capacità di trasferire una serie di conoscenze in modo efficace al destinatario, i punti fermi mantenuti sono stati:

- l'andare oltre il livello nozionistico dell'intervento
- l'impegno a sintonizzarsi con il mondo di rappresentazioni delle ragazze e a modulare il messaggio sulle loro caratteristiche ricettive
- la ricerca di un colloquio intimo e costante

.....

Il profilattico e i lubrificanti

Dopo aver verificato l'ampia disponibilità da parte delle ragazze di profilattici, anche di buona qualità, si è scelto di provvedere alla distribuzione di campioni di prodotti per la lubrificazione vaginale, in considerazione del fatto che questi sono meno conosciuti e che, proprio il difetto o l'errata lubrificazione, possono facilmente causare la rottura del profilattico, oltre a determinare arrossamenti e infiammazioni che alzano il rischio di contrarre MTS. Si consideri, a titolo di esempio, che tempo fa era molto diffuso sul territorio l'impiego del "Luan", un anestetico locale, con funzione di lubrificante. Poiché si tratta di una crema a base oleosa il suo impiego comporta un concreto rischio di lacerazione del condom, eppure le ragazze lo utilizzavano regolarmente.

In ogni caso, sia da parte degli operatori di strada sia da parte degli operatori dei servizi, molto lavoro è stato svolto per educare all'uso "necessario" del preservativo in ogni tipo di rapporto e alle corrette modalità di impiego dello stesso.

La linea telefonica dedicata

Ogni operatore responsabile di un'area distrettuale ha gestito un linea telefonica cellulare intestata all'associazione e resa nota alle ragazze incontrate sulla strada. In tal modo si è reso disponibile un canale di comunicazione attivo 12 ore al giorno (dalle 11.00 alle 23.00) con una persona conosciuta, che ha rappresentato un utile strumento per mantenere un contatto costante, fornire informazioni o fissare appuntamenti.

.....

Inoltre, l'équipe ha provveduto a divulgare sulla strada il Numero Verde Nazionale contro la Tratta (800.290.290), iniziativa coordinata dal Ministero per le Pari Opportunità e gestita, nella Regione Lombardia, dall'associazione LULE. Il Numero Verde è stato attivato per offrire consulenza, orientamento e sostegno a favore delle vittime del traffico a scopo di sfruttamento sessuale ed è un servizio in grado di rispondere 24 ore su 24 da un'unica sede regionale alle telefonate di richiesta e di coordinare le azioni di risposta.

Le numerose chiamate, rivolte soprattutto ai numeri cellulari degli operatori, dimostrano l'utilità di uno strumento di contatto che potesse essere utilizzato dalle ragazze per esprimere i propri bisogni o semplicemente per ottenere momenti di ascolto.

La costruzione del rapporto personale

In termini di principi gli operatori hanno applicato la metodica dell'outreach, che propone di instaurare rapporti diretti e amicali con i soggetti a rischio per porre le basi di una successiva azione mirata al cambiamento. Tale azione viene realizzata fornendo i mezzi per poter comprendere, interiorizzare e mantenere comportamenti sani e tutelanti, oltre che per acquisire la capacità di apportare modifiche consapevoli, convinte e durature ad atteggiamenti negativi.

Allo scopo di rendere più amichevole la loro presenza e di favorire l'avvio della relazione, nel corso delle uscite gli operatori hanno provveduto ad offrire generi di conforto (acqua, the, latte, caramelle, brioche).

Tutte le ragazze si sono dimostrate generalmente disponibili al contatto, ma, al di là del primo approccio, è stato difficile approfondire il rapporto.

.....

D'altro canto, il fatto che per molte la prostituzione sia una condizione di sfruttamento vissuta come una necessità o un obbligo non ha favorito il confronto, ma ha talvolta innescato un circolo vizioso in cui l'assenza di una progettualità futura ha favorito atteggiamenti passivi e diffidenti. Nonostante ciò, in tanti casi la presenza discreta e costante degli operatori ha permesso di conquistare la fiducia delle ragazze e di allacciare relazioni forti e significative con molte di loro. Si è così potuto ottenere il risultato di costituire un riferimento reale ed affidabile, offrendo l'opportunità di un rapporto educativo fondato sul rispetto e sull'ascolto e finalizzato alla promozione di autonomia.

La relazione avviata in tali condizioni non si è limitata alla concessione di assistenza o alla somministrazione di servizi, ma ha costituito un riferimento forte ed è stata finalizzata al miglioramento delle condizioni di vita della ragazza, cui sono state offerte opportunità per conquistare spazi di autonomia personale e di integrazione sociale.

Nel corso dello sviluppo del progetto si è potuto evidenziare come i rapporti con le ragazze conosciute da tempo siano andati rafforzandosi e come ciò abbia contribuito anche ad allacciare relazioni con nuove ragazze, grazie all'aiuto offerto dalle donne già conosciute che facilitava l'approccio.

Gli accompagnamenti a servizi sanitari

Il costante lavoro di contatto sulla strada ha determinato, nel tempo, il consolidamento dei rapporti instaurati e consentito di avviare la proposta di accesso di servizi sanitari.

.....

Un obiettivo dell'intervento era, infatti, quello di favorire la fruibilità dei servizi socio – sanitari, offrendo elementi di conoscenza degli stessi e rendendo maggiormente accessibili le prestazioni erogate.

A tal fine gli operatori del progetto hanno garantito la disponibilità a realizzare accompagnamenti ai servizi socio – sanitari e intermediazione con i medesimi in caso di necessità.

Questa impostazione è legata al fatto le ragazze, per la maggior parte, non risiedono nel luogo in cui esercitano l'attività di prostituzione e, di conseguenza, non conoscono i servizi disponibili sul territorio.

Inoltre, la presenza degli operatori ha permesso di offrire sostegno, favorire la comunicazione con il personale sanitario e rendere l'accompagnamento un'opportunità per approfondire la relazione iniziata in strada e il lavoro di prevenzione. Si consideri, infine, che la condizione di emarginazione rende le ragazze spesso inconsapevoli di quali siano i diritti loro garantiti in materia di sanità.

Le difficoltà generalmente incontrate nella realizzazione degli accompagnamenti sanitari sono state le seguenti:

- il rispetto degli orari degli appuntamenti ai servizi
- il ritorno al servizio a breve distanza dall'esecuzione di analisi e test per ritirare i referti
- la disponibilità ad eseguire visite e controlli periodici nello stesso servizio, permettendo l'elaborazione di una cartella sanitaria individuale

La prima difficoltà è stata manifestata soprattutto dalle ragazze nigeriane che spesso venivano da altri territori e che hanno una concezione del tempo e dell'importanza della puntualità differente dalla nostra.

.....

Ne sono conseguiti diversi appuntamenti mancati ed è stata affrontata definendo accordi con alcuni servizi per un accesso flessibile.

Il secondo problema è nato dal non riuscire a ritagliarsi una nuova occasione di allontanamento dalla strada a distanza ravvicinata dall'accompagnamento. È stato affrontato permettendo il ritiro dei referti da parte del medico o dell'infermiera dell'associazione, che hanno provveduto poi a consegnarli proponendo un counseling adeguato. Si sottolinea, in ogni caso, che la maggior parte delle ragazze gode di scarsa libertà di movimento, perciò spesso i contatti devono essere rapidi e gli accompagnamenti svolgersi durante le ore di "lavoro", quando più facilmente si riesce ad eludere la sorveglianza degli sfruttatori. Le ragazze est europee, in particolare, sono quelle sottoposte ad un controllo più serrato e, in genere, sono autorizzate a recarsi ai servizi solo se riescono a convincere i loro protettori dell'importanza della salute propria e altrui.

Infine, la continuità individuale nell'accesso ai servizi è stata spezzata dal turn over cui le ragazze sono normalmente sottoposte che, in molti casi, ne ha impedito la permanenza in una determinata zona proprio per evitare l'avvio di percorsi di presa di coscienza e di promozione sociale. D'altro canto, là dove la ragazza non è stata spostata l'accesso periodico ha potuto essere realizzato.

Si evidenzia che chi si prostituisce nelle ore notturne ha maggiori difficoltà a recarsi ai servizi e più facilmente resta esclusa dalla sfera degli accompagnamenti, ciò in conseguenza della condizione di maggior emarginazione cui è sottoposta che ne limita fortemente la possibilità di autodeterminazione.

.....

Si segnala che molte ragazze hanno chiesto indirizzi utili per recarsi autonomamente ai servizi vicini al luogo di residenza, ma tante sono rimaste restie ad affrontare da sole il personale sanitario e il resto dell'utenza che vedono così diversa da loro.

In particolare gli elementi che hanno limitato la loro autonoma iniziativa in questo senso sono:

- la non conoscenza dei servizi
- la scarsa conoscenza della lingua italiana
- la paura di svelare la propria condizione
- l'eccessiva burocrazia/scarsa disponibilità delle strutture ad accogliere
- precedenti esperienze negative

Nonostante tali difficoltà, dopo i primi accompagnamenti gli operatori hanno stimolato le ragazze a recarsi autonomamente ai servizi affinché ciò rappresentasse la conquista di uno spazio di gestione di sé. Di fatto, il numero di ragazze che ha avuto un accesso indipendente ai servizi senza richiedere l'accompagnamento è costantemente aumentato, anche se quantitativamente difficile da monitorare.

Nel corso dello sviluppo del progetto gli operatori hanno ricevuto e gestito anche richieste di orientamento ai servizi da parte di alcuni clienti e compagni delle ragazze. In qualche caso questi contatti hanno originato l'invio ai servizi sanitari di uomini italiani e stranieri.

Complessivamente durante il triennio luglio 2000 – giugno 2003 sono state erogate 2426 prestazioni di carattere preventivo, diagnostico e terapeutico che hanno visto coinvolte 339 delle 1166 ragazze conosciute.

Precisamente si è trattato di 561 analisi del sangue, 532 visite ginecologiche, 237 visite mediche di base, 237 counseling su referti, 223 vaccinazioni, 166 pap test, 71

.....

visite specialistiche e 399 prestazioni sanitarie di varia natura (altri test diagnostici, interventi terapeutici, etc.).

Visti gli esiti della proposta di accesso ai servizi sanitari e considerato che quasi nessuna delle ragazze accompagnate ne fruiva autonomamente, se non in condizione di emergenza, possiamo affermare che è complessivamente cresciuta in loro la percezione della necessità di tutela della propria salute e quindi l'attitudine alla prevenzione. Questa considerazione è supportata dal fatto che, se all'inizio la maggior parte di esse era oggetto passivo di una proposta di visite fatta da parte degli operatori, successivamente molte si sono rese soggetto attivo nel rivolgere la richiesta e nell'esplicitare il bisogno, manifestando con ciò una presa di coscienza dell'importanza della cura di sé.

Attualmente, anche ragazze arrivate da poco sulle nostre strade accedono rapidamente ai servizi grazie allo stimolo esercitato dalle "colleghe" che già conoscono gli operatori e le orientano a rivolgersi ad essi con fiducia.

Le "opinion leader"

La mancanza di autonomia delle persone oggetto dell'intervento e il turn over cui sono state sottoposte non ha reso possibile la formazione di "educatrici pari", nonostante molte di loro fossero interessate all'argomento. Si è comunque lavorato per ottenere un maggior coinvolgimento nelle attività di alcuni esponenti del gruppo, individuati dopo una prima fase di osservazione sulla base della conoscenza della lingua italiana, della propensione all'apprendimento, delle capacità comunicative e del carisma che esprimevano all'interno del gruppo.

.....

Queste figure, dette opinion leader, sono state coinvolte e valorizzate dagli operatori al fine di trasmettere informazioni sanitarie e sociali, nonché quale esempio per le più refrattarie all'intervento e per i soggetti più deboli in generale.

La risposta ai bisogni sociali

Nel corso del progetto molte ragazze hanno manifestato necessità che sono andate al di là della dimensione preventiva rispetto al contagio da HIV e da MTS o, comunque, prettamente sanitaria. Tante, infatti, hanno chiesto di approfondire questioni legislative rispetto alla tematica dell'immigrazione e della prostituzione.

Laddove il bisogno espresso è stato quello di essere aiutate ad sottrarsi ad un circuito di sfruttamento e di tratta, la risposta degli operatori è stato l'orientamento rispetto ai percorsi di integrazione sociale previsti dall'art. 18 del D. Lgs. 286/98. Tale articolo di legge prevede la possibilità per le vittime della tratta di accedere a specifici programmi di reinserimento, i quali, peraltro, sul territorio regionale sono gestiti dall'Associazione LULE e da altre organizzazioni in rete.

Nel triennio luglio 2000 – giugno 2003 42 ragazze hanno deciso di avviare un percorso di integrazione e altre 3 hanno espresso la volontà di rientrare nel Paese di origine e sono state aiutate in tal senso.

Le condizioni generali di salute

Nel sottolineare che non è scopo di questa relazione fornire dati epidemiologici relativi allo stato di salute delle ragazze, si segnala che, anche per il gruppo delle

.....

prostitute di strada extracomunitarie, vale il cosiddetto "effetto migrante sano" affermato da numerose ricerche e studi di settore, ovvero quella sorta di autoselezione che precede la migrazione e che fa sì che parta verso l'Occidente essenzialmente chi si trova in condizioni fisiche buone o comunque adeguate a fronteggiare i rischi e lo stress di un'impresa migratoria.

Nel loro caso, in particolare, l'effetto è accentuato dalla giovane età e dal fatto che, rappresentando una "merce" redditizia, vengono scelte per il viaggio coloro che sono in buono stato di salute: il corpo, infatti, è il loro principale strumento di lavoro. Tuttavia, il percorso migratorio che esse affrontano è più di un semplice trasferimento da un Paese straniero ad una nazione dell'Unione Europea. Già prima di arrivarci, infatti, molte vengono sottoposte a diversi livelli di violenza e ricatto e, anche in seguito, coloro che vengono poste a prostituirsi sulle nostre strade si trovano a dover fronteggiare una serie di fattori specifici di malessere che intaccano le buone condizioni fisiche di partenza.

Tali fattori sono riconducibili sostanzialmente a tre aree problematiche:

- le concrete condizioni di vita (soprattutto il clima e i tempi di lavoro)
- i rischi sanitari connessi all'attività della prostituzione (HIV, malattie sessualmente trasmissibili, gravidanza)
- i problemi psicologici

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto l'elemento costante è una situazione di stress e di ansia continua, legati allo status giuridico irregolare (la costante paura della polizia), alle condizioni del lavoro (il timore di aggressioni da parte dei clienti e di violenze da parte degli sfruttatori) e all'isolamento (la loro vita relazionale si

.....

svolge in genere in microcomunità pochissimo integrate nel tessuto sociale delle realtà territoriali).

L'Annuario Sociale del Gruppo Abele del 2001 indica un aumento rilevante dei disturbi psicologici e psichiatrici tra le donne immigrate, riportando che in molti casi si tratta di vere e proprie patologie conclamate, che arrivano fino alla crisi psicotica.

Il riscontro maturato all'interno delle comunità in cui vengono accolte le ragazze che abbandonano la prostituzione di strada conferma questo dato preoccupante.

Il monitoraggio e la valutazione del progetto

I dati quantitativi relativi all'attività di strada sono stati registrati su apposite schede di rilevamento, questi dati sono stati poi elaborati e hanno consentito un monitoraggio costante dell'attività delle unità mobili, dell'andamento generale dei contatti e della caratterizzazione del fenomeno sul territorio.

Si evidenzia che il lavoro degli operatori è stato accompagnato da una costante attività di formazione e supervisione, finalizzata a far sì che essi approfondissero ed aggiornassero le proprie conoscenze del fenomeno, acquisissero competenze in merito alle modalità di intervento ed esercitassero il proprio impegno sociale con consapevolezza e maturità.

La supervisione, in particolare, è stata realizzata da uno psicologo esterno all'organizzazione ed ha avuto lo scopo di analizzare le problematiche relazionali emerse e di adoperarsi affinché gli operatori vivessero con equilibrio i rapporti con l'utenza e all'interno del gruppo.

.....

Per la verifica del lavoro compiuto e per l'analisi della congruenza e del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti gli operatori coinvolti nell'attività hanno svolto periodiche riunioni di coordinamento, inoltre è stato implementato un sistema di auto-valutazione con la costituzione di un gruppo di valutazione formato da tutti i soggetti coinvolti a livello operativo. Il gruppo di valutazione si è avvalso della collaborazione di un facilitatore esterno che ha avuto il compito di stimolare la produzione del materiale di rilevazione e di offrire spunti di riflessione in merito a nodi critici. La valutazione si è svolta in itinere e si è attenuta agli indicatori individuati in fase progettuale.

La partecipazione dei soggetti attuatori alle attività valutative è stata buona, così come la collaborazione e l'interesse dimostrati nella compilazione delle tabelle di rilevazione dei dati. Le tabelle sono state approntate durante il primo semestre di attività e via via perfezionate in base alle difficoltà rilevate nella compilazione delle stesse. L'attività di monitoraggio è stata svolta con cadenza semestrale. Gli strumenti utilizzati sono stati le griglie di rilevazione, le tabelle riassuntive dell'attività svolta e i focus group.

Gli esiti

Il riscontro complessivo del lavoro svolto è che l'impegno costante alla prevenzione accresce la consapevolezza della necessità di prendersi cura di sé e favorisce l'assunzione di comportamenti che tutelano la salute propria e altrui. Inoltre, il fatto di offrire opportunità concrete di fruizione dei diritti può porre le premesse per una reale promozione sociale.

DONNE E HIV

Epidemiologia dell'infezione da HIV nelle donne

Dal 1981, anno in cui è stato osservato il primo caso di AIDS in una donna, l'epidemia di HIV si è ampiamente diffusa nella popolazione femminile.

Nei Paesi industrializzati ad alto tenore di vita, l'infezione era localizzata all'inizio in gruppi circoscritti di popolazioni, identificabili da simili comportamenti "a rischio". In queste aree l'epidemia era diffusa quasi esclusivamente tra le tossicodipendenti, che rappresentavano una ridotta proporzione nei casi di infezione/malattia segnalati.

Nei Paesi in via di sviluppo, viceversa, la malattia da HIV si è manifestata immediatamente come una epidemia generalizzata, non circoscritta a specifiche popolazioni, e di dimensioni molto più estese. In questi Paesi la trasmissione sessuale ha determinato e determina la maggioranza nei casi di trasmissione di HIV, tanto che le donne da sempre rappresentano la metà dei casi colpiti dalla malattia.

La crescente importanza della trasmissione sessuale nelle dinamiche epidemiche mondiali ha fatto sì che nel corso degli ultimi anni anche nei Paesi ad alto tenore di vita si assistesse ad un progressivo trasferimento dell'infezione da HIV da determinati gruppi di popolazione (tossicodipendenti, omosessuali) alla popolazione generale e, di conseguenza, alle donne.

In generale le donne, soprattutto quelle più giovani e psicologicamente immature, sono apparse particolarmente vulnerabili alla trasmissione eterosessuale da HIV, sia biologicamente (a causa della

.....

più efficiente trasmissione sessuale del virus dall'uomo alla donna) sia socialmente, poiché spesso le disuguaglianze nei rapporti di potere tra uomini e donne costituiscono un' ostacolo alla negoziazione di un comportamento sessuale sicuro.

Il rapporto sessuale non protetto è infatti il principale fattore di rischio di trasmissione di HIV tra le donne adulte ed adolescenti in tutti i Paesi del mondo. In alcune culture, inoltre, fattori quali la precoce iniziazione alla vita sessuale, l'elevata promiscuità sessuale, la frequentazione di uomini maturi ("sugar daddies"), nonché le varie forme di violenza cui sono sottoposte le giovani donne, si sono dimostrati associati a prevalenze particolarmente elevate di malattie sessualmente trasmesse (MST) e di HIV nella popolazione femminile di età compresa tra i 15 ed i 24 anni.

Nel mondo la trasmissione sessuale è responsabile di più dell'80% dei casi di infezione da HIV sinora osservati. Soprattutto in Africa e nel sud-est asiatico la trasmissione sessuale è praticamente responsabile della quasi totalità dei casi di infezione.

Nell' Europa occidentale i casi di AIDS attribuiti alla trasmissione eterosessuale hanno superato nel 2001 quelli associati all'uso di sostanze stupefacenti per via e.v., e tra il 1997 ed il 2001, è stato osservato un aumento di più del 50% delle nuove diagnosi di HIV acquisite attraverso rapporti eterosessuali.

In alcuni paesi dell'Est europeo i rapporti eterosessuali rappresentano la modalità di trasmissione più frequente. In Ucraina, ad esempio, le nuove diagnosi di infezione da HIV acquisite per via eterosessuale rappresentano il 28% di tutti i nuovi casi segnalati nei primi sei mesi del 2002.

.....

In Italia, la distribuzione dei casi di AIDS notificati al Centro Operativo AIDS (COA, Istituto Superiore di Sanità) mostra un aumento nel tempo dei casi attribuibili alla trasmissione eterosessuale.

Secondo quanto riportato dall'Organizzazione Mondiale della sanità, dei 38 milioni di persone adulte affette da AIDS viventi nel 2002, e dei 5 milioni di nuove infezioni da HIV acquisite nel corso dello stesso anno, il 50% è rappresentato da donne. Nella popolazione femminile, l'incidenza di malattie e di infezione è aumentata più rapidamente rispetto agli uomini (dati UNAIDS – WHO, dicembre 2002).

In Europa, al 30 giugno 2002 sono stati segnalati 261.440 casi di AIDS tra le persone adulte. Di questi, 46.035 riguardavano la popolazione femminile (17,6%). Il maggior numero di casi sono stati diagnosticati nell'Europa occidentale (94%), dove l'epidemia da HIV è iniziata più di 10 anni prima. In Italia, al 30 giugno 2002, sono stati segnalati 11.125 casi di AIDS di sesso femminile, pari al 22,1% del totale.

Nell'ultimo decennio la proporzione di pazienti di sesso femminile tra i casi adulti di AIDS notificati è progressivamente aumentata, passando dal 16,0% nel 1985 al 24,2% nel 2000. La maggior parte dei casi si concentra nella fascia d'età compresa tra i 25 e i 34 anni.

In ogni caso più del 90% delle donne con infezione da HIV vive oggi nei Paesi in via di sviluppo dove le condizioni sociali e culturali, la mancanza di opportunità lavorative, di indipendenza economica e di potere decisionale in molte scelte di vita, rendono estremamente elevato il rischio di infezione, malattia e morte per AIDS.

Meccanismi ed efficacia della trasmissione sessuale dell'HIV

La modalità di trasmissione dell'infezione da HIV nei Paesi occidentali ha subito cambiamenti negli ultimi anni facendo assistere ad un progressivo aumento del passaggio virale per via sessuale (omo, trans ed eterosessuale) con una elevata incidenza di infezione nel sesso femminile. Ciò contemporaneamente ad un calo di incidenza di trasmissione per via trasfusionale da aghi e siringhe infette. Il panorama dell'infezione si viene perciò a spostare verso un gruppo di popolazione più generalizzato rispetto a quello considerato negli anni '80, che comprendeva prevalentemente tossicodipendenti ed omosessuali.

La via più comune di trasmissione dell'HIV nel mondo è quella sessuale da soggetti di sesso maschile ai propri partner. La trasmissione di HIV mediante rapporti vaginali è ritenuta responsabile di almeno il 75% delle infezioni da HIV, anche se il rischio di trasmissione a seguito di un singolo rapporto vaginale penetrativo con eiaculazione in vagina è relativamente basso, essendo stimato tra lo 0,07 e lo 0,1%. La trasmissione di HIV attraverso rapporti anali è più efficiente rispetto ad altre pratiche sessuali. Il sesso orale tra donne (cunnilingus) sembra essere privo di rischio, mentre la fellatio sembra avere un limitato rischio di trasmissione. È stato infatti osservato, in uno studio di Dillon coll., che tra 122 soggetti con infezione primaria il 6,6% dei casi è attribuito al sesso orale.

Vi sono diversi fattori biologici che condizionano la trasmissione sessuale dell'HIV, infatti la trasmissione di HIV è un avvenimento biologico la cui efficienza dipende dall'infettività della persona infetta e dalla suscettibilità dell'ospite esposto all'infezione.

.....

Ad esempio, HIV non è presente nelle secrezioni genitali in modo omogeneo e i diversi tipi di HIV non hanno le stesse caratteristiche di trasmissibilità.

In ogni caso, sulla base delle conoscenze disponibili il fattore che condiziona maggiormente la trasmissione sessuale dell'infezione da HIV è la concentrazione di HIV nel tratto genitale. Sebbene non sia ancora stato definito se HIV venga trasmesso attraverso le cellule seminali infette o il plasma seminale (o entrambi), è indubbio che la trasmissione sessuale dell' HIV sia influenzata dalla carica virale presente nello sperma.

Per quanto riguarda la suscettibilità all'infezione da parte della donna è noto che una normale flora vaginale riduce il rischio di trasmissione HIV e che le donne affette da affezioni vaginali caratterizzate da aumento della flora batterica anaerobia o da diminuzione dei lattobacilli si infettano più facilmente.

Si consideri che numerosi fattori influenzano i meccanismi di trasmissione di HIV per via sessuale. I traumi e le infiammazioni del tratto genitale così come le MST, ad esempio, aumentano significativamente il rischio di trasmissione dell'infezione da HIV. Le MST, inoltre, aumentano la concentrazione di HIV nelle secrezioni genitali femminili.

L'accesso alle cure per le donne con infezione da HIV

L'accesso delle persone alle cure è definito come l'uso opportuno dei servizi assistenziali al fine di ottenere i migliori risultati possibili in termini di salute.

Numerosissime evidenze di letteratura dimostrano che l'accesso alle cure è significativamente diseguale tra i diversi gruppi sociali.

.....

Anche per le donne con infezione da HIV è stato dimostrato un minor accesso alle cure e ai trattamenti.

Nonostante la maggior parte degli studi pubblicati sull'argomento sia stata condotta negli Stati Uniti, nazione nella quale l'assistenza sanitaria non è gratuita per tutti e varia a seconda del tipo di assicurazione sanitaria, un minore accesso ai trattamenti per le donne sieropositive è comunque stato documentato anche in Paesi, come l'Italia, ove il sistema sanitario è pubblico e l'accesso alle cure e alle terapie è gratuito.

L'analisi dei dati della coorte italiana I.Co.N.A., costituita da persone con infezione da HIV *naive* a terapie antiretrovirali, dimostra che le donne, a parità di stadio di malattia e di livelli di marcatori di progressione, hanno una minore probabilità, rispetto agli uomini, di ricevere una prescrizione HAART (sigla che indica lo schema terapeutico più efficace attualmente in uso).

In generale per le donne con infezione da HIV, le barriere all'accesso alle cure e ai trattamenti sono sostanzialmente di tipo individuale e/o sociale o intrinseche alla struttura assistenziale.

Le donne sieropositive sono più spesso povere, poco istruite, hanno meno frequentemente un'assicurazione sanitaria (in Paesi in cui l'accesso alle cure non è gratuito per tutti), e appartengono più spesso a minoranze etniche. Tali condizioni sono presenti già prima della diagnosi di infezione da HIV. E' indubbio che le sfavorevoli condizioni socio-economiche costituiscono una barriera importantissima all'accesso alle cure ottimali e a un follow-up clinico costante.

Più frequentemente degli uomini, le donne sono vittime di violenze, soprattutto nell'ambito del proprio nucleo familiare, che incidono gravemente sullo stato

mentale, spesso già precario. E' stato dimostrato che le persone oggetto di violenza hanno un aumentato rischio (oltre il 20%) di ritardare l'accesso alle strutture sanitarie in caso di bisogno.

E' facilmente intuibile e ben documentato come una vita caotica e instabile possa rendere difficoltoso sia l'accesso alle cure sia la regolare assunzione di una terapia e un follow-up clinico costante. Da questo punto di vista, la prostituzione o l'abuso di sostanze stupefacenti rappresentano due fattori che rendono ancor più complesso un regolare accesso alle cure.

Un ulteriore barriera ad un ottimale accesso alle cure è rappresentata dalla diversità linguistica e culturale delle donne appartenenti a gruppi etnici differenti.

L'interpretazione del ruolo della donna nella società, la percezione del rischio della malattia e l'attenzione alla propria salute così come la diversa spiritualità e il sostegno affettivo da parte della comunità di appartenenza possono influenzare fortemente l'accesso alle cure. Le donne sono spesso le maggiori e, a volte, uniche responsabili della cura dei figli o di altre persone che fanno parte del nucleo familiare. Le responsabilità inerenti i figli sono fra le cause più importanti della disparità di accesso alle cure fra uomini e donne con infezione da HIV. Tale responsabilità e la paura di non essere in grado, a causa della propria malattia, di ottemperare a questo compito assistenziale, producono un aumento significativo di livelli di stress e possono anche rappresentare una barriera ad un'aderenza ottimale alle terapie. Di fatto, le donne hanno una minor percezione del rischio di essere infette e si rivolgono, più tardivamente degli uomini, a centri specializzati per l'assistenza a persone con infezione da HIV.

Si consideri che nella donna la stigmatizzazione conseguente alla diagnosi di AIDS può avere dimensioni molto gravi e peculiari. In alcuni gruppi etnici l'emancipazione femminile è ancora in fase iniziale e il contagio per via sessuale si ricopre di implicazioni morali a volte estremamente dure. La discriminazione della donna eterosessuale con infezione da HIV è più forte che per gli uomini, particolarmente in società più chiuse, come quelle degli ambienti rurali, dove sta crescendo in modo preoccupante il numero di donne con infezione da HIV.

Infine, la diagnosi di infezione può essere causa di un elevato numero di intense reazioni emotive come rabbia, paura, frustrazione e determinare sensi di colpa e perdita di autostima e nelle persone che convivono con l'infezione possono comparire depressione, ansia e comportamenti suicidari.

Molte donne sieropositive, di fatto, vivono sentimenti di colpa, e di vergogna, temono di essere abbandonate o di subire violenza da parte del partner e, a causa di questi sentimenti, difficilmente comunicano la propria sieropositività, danneggiando ulteriormente il proprio benessere psicofisico.

La coesistenza di depressione, dipendenza da oppiacei, violenze, condizioni socio-economiche depresse e la responsabilità della cura dei figli, oltre ad essere un "peso" psicologico notevole, rendono difficoltosa la cura della propria persona e ritardano o impediscono l'accesso alle cure e alle terapie.

Interventi per la prevenzione

Le strategie di prevenzione messe in atto nei Paesi occidentali sono state caratterizzate, in origine, da un importante aspetto androcentrico, in risposta ad un rischio maggiore tra gli omosessuali.

Solo da una decina d'anni, di fronte alle variazioni significative della diffusione dell'infezione, sono state studiate strategie preventive mirate alle donne.

Una recente review (Ehrardt AA, Exner ME. Prevention of sexual risk behaviours for HIV infection with women. AIDS 2000; 14: S53 – S58) ha evidenziato come gli interventi che meglio prevengono l'espandersi dell'infezione attraverso l'uso del profilattico, sono stati quelli basati su interventi psicosociali condotti da donne e mirati a sole donne, di lunga durata e finalizzati al miglioramento dell'abilità di condurre una relazione di coppia. Al contrario, interventi di breve durata contenenti messaggi indirizzati alle donne hanno comportato un incremento dell'uso del condom senza tuttavia influenzare nel tempo i comportamenti.

Dall'analisi degli studi emerge che:

- sembra essere essenziale raggiungere un numero soglia di contatti con la popolazione bersaglio da formare per far sì che l'intervento sia efficace
- sembrano essere più efficaci gli interventi mirati alle sole donne. Ventiquattro dei 30 programmi di prevenzione mirati alle sole donne, e solo 5 dei 17 in cui venivano coinvolti entrambi i sessi, hanno dimostrato un'efficacia a lungo termine
- l'informazione, da sola, appare importante per avviare il cambiamento dei comportamenti, incrementando l'attitudine alla prevenzione, ma non è sufficiente

.....

I progetti finalizzati esclusivamente ad insegnare un corretto utilizzo del profilattico hanno fallito nel ridurre i comportamenti a rischio e nell'incrementare l'uso del profilattico stesso (CDC. Youth risk behaviour surveillance USA 1997, MMWR 1998; 47: 1 – 89).

Con l'introduzione della HAART i comportamenti sessuali a rischio sembrano essere aumentati e alcuni studi hanno evidenziato una correlazione positiva tra l'ottimismo sul facile controllo dell'infezione da HIV grazie ai nuovi farmaci e un aumento dei comportamenti sessuali a rischio. In sostanza, anche se negli ultimi due anni sono notevolmente modificate la mentalità, l'attività e l'approccio al malato infetto da HIV, con conseguente cambiamento di prospettive per i sanitari e i pazienti stessi, resta ancora necessario intervenire su diversi fronti per prevenire il diffondersi dell'infezione da HIV ed evitare che altri soggetti si ammalinino di AIDS.

Negli Stati Uniti, ad esempio, si è dimostrato chiaramente che una corretta prevenzione delle infezioni a trasmissione sessuale costituisce una buona strategia anche per la prevenzione dell'AIDS e, di conseguenza, si sta diffondendo il concetto per cui, prevenendo le malattie a trasmissione sessuale, si contribuisce a limitare la diffusione dell'AIDS.

Il modello di intervento applicato nel progetto "Prevenzione di strada" procede esattamente in questa direzione e sviluppa alcune delle indicazioni emerse dagli studi cui si è appena fatto cenno. In conclusione si reputa essenziale continuare a impegnarsi nella programmazione e definizione di interventi educativi e nella realizzazione di strategie di prevenzione efficaci nel proteggere le donne e nel contenere il diffondersi dell'epidemia nella popolazione femminile.

IL QUESTIONARIO

Noi dell'associazione LULE vogliamo aiutarti ad avere cura della tua salute e a conoscere i rischi e le malattie cui può andare incontro la donna che si prostituisce. Per fare questo abbiamo bisogno di sapere quali informazioni possiedi sull'AIDS e le altre malattie sessualmente trasmissibili e ti chiediamo di rispondere a questo breve questionario.

1. L'AIDS è una malattia pericolosa?

Poco molto non so

2. Come si trasmette?

Saliva sperma sangue

Semplice contatto non so

3. Come ti puoi difendere?

Con il profilattico con la pillola

Altro..... non so

4. Il profilattico è utile per evitarla?

Si no non so

5. Esiste un test per sapere se si ha l'AIDS?

Si no non so

S
I
D
I
A



6. Se pensi che esista lo faresti?

Si no non so

7. Che cosa è l'HIV?

Il virus che causa l'AIDS non so

Una sigla per definire chi è sieropositivo

8. Cosa significa sieropositività ?

Essere malati di AIDS non so

Non essere malati, ma essere infetti

9. Conosci malattie che puoi contrarre facendo la prostituta?

.....

10. Come puoi evitarle?

.....

PROFILO DELL'ASSOCIAZIONE LULE

LULE ("fiore" in albanese) è un'iniziativa nata nel 1996 come espressione dell'impegno della Caritas Decanale di Abbiategrasso ad intervenire nel settore della prostituzione di strada e della tratta a scopo di sfruttamento sessuale.

Nel settembre di quell'anno un gruppo di volontari ha dato avvio ad un percorso formativo per individuare le modalità di intervento opportune nel settore; ad aprile del 1997 è stato presentato un progetto articolato e strutturato agli amministratori locali ed ha preso inizio il programma operativo.

Nel 1998 è stata costituita l'associazione di volontariato LULE o.n.i.u.s. che in pochi anni ha acquisito un ruolo di primo piano a livello nazionale nella gestione di interventi sociali nel settore della prostituzione e della tratta

L'associazione LULE risulta iscritta al Registro Regionale Lombardo del Volontariato e alla terza sezione del Registro Nazionale degli Enti e Associazioni che svolgono attività a favore degli immigrati con il numero di iscrizione C/4/2000/MI e può di conseguenza gestire programmi di assistenza e integrazione sociale per vittime della tratta secondo quanto previsto dall'articolo 18 del D. Lgs. 286/98.

LULE è inserita nella rete nazionale degli interventi sociali nell'ambito della prostituzione, fa parte del "Coordinamento Interregionale Tratta" della Caritas Ambrosiana e del Tavolo di Coordinamento del "Gruppo ad hoc prostituzione e tratta" del C.N.C.A. cui aderisce dalla data della loro fondazione.

.....

Le sue finalità sono:

- la promozione delle donne in condizioni di disagio, in particolare sottoposte a sfruttamento sessuale e vittime della tratta
- l'integrazione sociale attraverso la gestione di servizi orientati alla risposta ai bisogni di persone emarginate

A fronte di una realtà complessa, quale si presenta oggi la prostituzione di strada, con implicazioni di tipo sociale, giuridico, economico, sanitario, morale, di tutela dell'ordine e della sicurezza, l'intervento realizzato si caratterizza per essere:

- integrato, in quanto coinvolge più soggetti, istituzionali e non, attivi nel costruire azioni coordinate e partecipate
- articolato, in quanto agisce su più fronti, ponendosi obiettivi diversificati ed esplicando interventi sia sulle cause sia sugli effetti del fenomeno

Gli ambiti operativi sono:

- l'attività di comunicazione e formazione, finalizzata all'informazione e sensibilizzazione territoriale e alla formazione di volontari e operatori
- l'attività di strada, finalizzata alla tutela sanitaria, alla costruzione di relazioni significative e alla promozione di percorsi di autonomia
- l'attività di pronto intervento, finalizzata a sostenere e orientare i percorsi di fuga dallo sfruttamento
- l'attività di integrazione territoriale, finalizzata a promuovere l'integrazione sociale e lavorativa delle donne sfuggite al circuito della tratta
- l'attività di orientamento e consulenza tramite la gestione del Punto Rete Lombardo del Numero Verde Nazionale contro la tratta

.....

Una costante azione di formazione e supervisione viene realizzata a scopo di aggiornamento e verifica del lavoro svolto.

Le diverse attività sono realizzate da 60 volontari specificamente formati e da 16 professionisti collaboratori con qualifica di assistenti sociali, educatori, psicologi.

Le strutture di accoglienza gestite sono:

- la comunità "L1", pronto intervento per vittime della tratta
- le comunità di seconda accoglienza "Elle" e "Mirabello", per sostenere l'integrazione sociale delle donne sfuggite al circuito della tratta

Per l'attività di strada il territorio di intervento è costituito dall'area sud-ovest della Provincia di Milano (distretti di Abbiategrasso, Magenta, Corsico, Rho, Binasco, Rozzano, S. Giuliano Milanese), dalla Provincia di Pavia e, tramite l'associazione La Melarancia, da una parte della Provincia di Bergamo.

Interventi realizzati al 30 giugno 2003

- sono stati organizzati 194 incontri pubblici e nelle scuole, un convegno internazionale e una giornata nazionale di sensibilizzazione sulla tratta
- l'attività dell'associazione è stata presentata dagli organi di comunicazione locali, nazionali ed europei (30 testate giornalistiche, RAI, Mediaset, BBC, France 2, TV locali)
- sono stati pubblicati 9 aggiornamenti e ricerche sui temi della prostituzione e della tratta (3 edizioni di "Vite di strada", "HIV e prostituzione", "La tratta delle donne nei documenti internazionali ed europei", "Giovani e prostituzione" 2000 e 2001, "Il cliente della prostituzione", "Fiori di strada")

-
- sono stati gestiti 21 corsi di formazione al volontariato cui hanno preso parte 414 persone e 2 corsi di formazione per operatori
 - sono state compiute 3451 uscite sulla strada, nel corso delle quali sono state contattate 4330 ragazze prostitute
 - è stata realizzata un'opera di prevenzione sanitaria che ha permesso di effettuare 4191 accompagnamenti ai servizi sanitari per 621 ragazze di strada
 - sono stati gestiti 4 corsi di formazione alla lingua e cultura italiana che hanno coinvolte 144 di loro
 - sono stati svolti 710 colloqui di orientamento e consulenza
 - sono stati gestiti i percorsi di ingresso in comunità di 300 ragazze: 85 nigeriane, 78 albanesi, 52 rumene, 46 moldove, 11 ucraine, 5 bulgare, 5 cinesi, 4 russe, 3 bosniache, 3 ecuadoriane, 2 uruguaiane, 1 croata, 1 italiana, 1 messicana, 1 somala, 1 sudafricana, 1 ungherese. 34 di loro erano minorenni
 - sono state ricevute 1051 chiamate al Punto Rete Lombardo del Numero Verde Nazionale contro la Tratta che hanno dato esito a 44 inserimenti in percorsi di integrazione sociale, ad 1 rimpatrio assistito e ad oltre 350 invii ai servizi territoriali
 - sono stati compiuti 3 viaggi in Albania e 2 in Romania per informare e sensibilizzare le popolazioni locali in merito al rischio della tratta
 - sono state coinvolte la regione Lombardia, le amministrazioni provinciali di Milano, Bergamo, Como, Cremona, Lodi, Mantova, Pavia, 4 ASL e 143 amministrazioni comunali nel supporto ai diversi progetti

.....

RINGRAZIAMENTI

Per il prezioso contributo concesso a sostegno delle attività del progetto "Prevenzione di strada" si ringraziano:

- la Regione Lombardia
- i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL Provincia di Milano 1, Provincia di Milano 2 e Provincia di Pavia
- i Comuni della ASL Provincia di Milano 1 Abbiategrasso, Albairate, Arconate, Arluno, Assago, Bareggio, Besate, Bubbiano, Calvignasco, Cassinetta di Lugagnano, Castano Primo, Cislano, Corbetta, Corsico, Cusago, Gaggiano, Inveruno, Magenta, Mesero, Morimondo, Motta visconti, Osson, Ozzero, Pero, Pogliano Milanese, Pregnanza Milanese, Rho, Robecco S/N, Rosate, S. Stefano Ticino, Sedriano, Settimo Milanese, Vanzago, Vermezzo, Vittuone e Zelo Surrigone
- i Comuni della ASL Provincia di Milano 2 Basiglio, Carpiano, Casarile, Lacchiarella, Melegnano, Noviglio, Opera, Pieve Emanuele, Rozzano, S. Donato Milanese, S. Giuliano Milanese, Vernate, Zibido S. Giacomo
- i Comuni della ASL Provincia di Pavia Borgo S. Siro, Casorate Primo, Cilavegna, Gropello Cairoli, Landriano, Parona Lomellina, S. Martino Siccomario, Sizzano, Vigevano, Voghera

INDICE

Introduzione	3
Conoscenza dell'HIV e percezione del rischio da parte delle persone che si prostituiscono sulla strada	5
La prevenzione sanitaria sulla strada	30
Donne e HIV	47
Il questionario	57
Profilo dell'associazione LULE	59
Ringraziamenti	63