

A.A.A – Africa Aids Aiuto

L'AIDS in Africa: una pandemia che spopola il continente

di Roberto Bosio

Tratto da: Afriche, n° 59, 2003/3

1. Lo stato dell'AIDS

La malattia oggi

Alla fine del 2002, secondo le stime dell'UNAIDS e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹, 42 milioni di persone vivevano con l'AIDS². Solo nel 2002, l'epidemia ha contagiato oltre 5 milioni di persone. E nel giro di dieci anni, il numero delle persone infette dovrebbe arrivare a 100 milioni - se non interverranno cambiamenti.

Nel 2002, sono morte di AIDS più di 3 milioni di persone. Purtroppo entro il 2020 potrebbero morire di AIDS fino a 68 milioni di persone³: è un dato impressionante. Ma c'è un'altra realtà triste e discriminante: esiste un'AIDS dei poveri e un'AIDS dei ricchi. E non è difficile intuire quale sia la fetta di mondo più colpita dal fenomeno: di questi 68 milioni, 55 moriranno in Africa, e soprattutto nell'Africa Subsahariana. In questa parte del continente l'AIDS rappresenta la prima causa di morte - provoca il 25% dei decessi -, con i suoi 2,4 milioni di morti nel 2002, mentre una malattia come la malaria ne provoca "solo" - si fa per dire - il 10%.

Un altro dato allarmante fornito dalle Nazioni Unite, riguarda la diffusione del virus tra i giovani. La maggior parte di loro inizia ad avere rapporti sessuali senza sapere granché su come proteggersi dall'infezione da HIV, secondo quanto è emerso da uno studio prodotto dall'UNICEF, in collaborazione UNAIDS e OMS, che ha preso in esame giovani tra i 15 e i 24 anni di 60 Paesi: il 50% dei giovani ha notizie scarse, imprecise e fuorvianti sulla trasmissione dell'HIV, e solo il 20% dei Paesi maggiormente a rischio ha informazioni corrette.

Così il 50% dei nuovi casi di infezione si situa proprio in questa fascia giovanile. "La conseguenza tragica è che 6.000 giovani al giorno sono preda dell'HIV", ha detto Carol Bellamy, direttore generale dell'Unicef⁴.

¹ OMS, UNAIDS, *Le points sur l'épidémie de SIDA*, dicembre 2002, scaricato dal sito www.unaids.org.

² Dei contagiati 38,6 milioni sono adulti (e 19,2 milioni donne), mentre i giovani sotto i 15 anni colpiti dalla malattia sono 3,2 milioni.

³ È questo il dato fornito dall'ONU a cinque giorni dalla Conferenza Internazionale sull'HIV che si terrà a Barcellona dal 7 al 12 luglio.

⁴ Ma i ragazzi sono anche il fattore-chiave per invertire la diffusione del virus. In Thailandia, infatti, il Governo ha intensificato la campagna per l'uso del preservativo, che è passato dal 60% al 95%, facendo calare il numero dei sieropositivi tra i giovani maschi dall'8% al 3%.

Tabella 1: l'AIDS nel mondo

- Nel mondo, 57 Paesi hanno raggiunto un tasso di sieropositivi superiore all'1% tra la popolazione adulta; si pensi che da questa soglia l'epidemia inizia a guadagnare l'insieme della popolazione.

- In 28 altri Paesi i sieropositivi sono più del 4% della popolazione, superando il limite oltre il quale l'epidemia scappa ad ogni controllo.

- Tredici Paesi hanno un tasso d'infezione della popolazione adulta superiore al 10 %.

- Sette Paesi hanno superato il tasso del 20%, il Botswana e lo Zimbabwe sono andati oltre anche i livelli giudicati possibili dagli specialisti, con tassi di prevalenza rispettivamente del 39 e 34%.

- L'India conterà ben presto il numero più elevato di persone colpite dalla malattia, seguita da vicino dalla Cina; questi due Paesi conteranno insieme almeno 10 milioni di sieropositivi entro il 2005.

- L'Ucraina (1%) e la Russia (0,9%) registrano la crescita dell'AIDS più rapida al mondo; in Russia, secondo la tendenza attuale, il numero dei casi recensiti raddoppia ogni anno. Secondo le stime del Ministero russo della salute, tra la popolazione maschile, da 5 a 10 milioni di persone di età compresa tra i 15 e i 20 anni potranno essere colpiti nei prossimi cinque anni.

Fonte: UNDP, *Le VIH/SIDA et les stratégies des réductions de la pauvreté*, agosto 2002, scaricato dal sito www.undp.org.

E non è tutto. Il rapporto dell'UNICEF *Bambini sull'orlo del baratro*, sottolinea che nelle tre regioni oggetto di studio - Africa Subsahariana, Asia, America Latina e Caraibi -, oltre 13,4 milioni di bambini hanno perso uno o entrambi i genitori a causa della malattia, numero che raggiungerà la cifra di 25 milioni entro il 2010.

Di fronte a queste cifre drammatiche rimaniamo sconvolti, fino a perdere il senso di quanto accade a causa della malattia. Per ritrovarne il senso dovremmo ricordare che dietro ad ognuno di questi numeri c'è un volto, una storia.

La radiografia del male nei Paesi africani

Nel 2015, i 38 Paesi più colpiti dell'Africa⁵, vedranno la loro popolazione ridursi di 91 milioni - cioè del 10% - a causa dell'AIDS. Tra il 2000 e il 2005 l'epidemia causerà 15 milioni di morti, aumentando la mortalità del 36% rispetto a un mondo senza AIDS.

L'impatto demografico è ancora più drammatico nei sette Paesi africani dove i sieropositivi raggiungono il 20% - si tratta di Botswana, Lesotho, Namibia, Sudafrica, Swaziland, Zambia e Zimbabwe -: qui l'incidenza dell'AIDS ridurrà del 19% la popolazione al 2015, con un tasso di mortalità che aumenterà del 112% a causa di questa epidemia. In Botswana, Lesotho, Sudafrica e Swaziland, la popolazione nel 2050 dovrebbe addirittura essere inferiore a quella del 2000.

Il peggio dell'epidemia non è passato. In diversi Paesi africani anzi, l'epidemia generalizzata inizia solo adesso, perché un numero crescente di persone hanno contratto l'HIV durante gli anni passati solo ora manifestano i sintomi dell'infezione.

I 5 milioni di persone infettate fanno del *Sudafrica* il Paese al mondo più colpito dall'AIDS⁶. Questo risultato dipende dal ritardo nell'affrontare il problema. Negli anni Ottanta, sotto il regime dell'apartheid, le autorità sanitarie hanno quasi ignorato il

⁵ Si tratta di Angola, Benin, Botswana, Burundi, Burkina Faso, Camerun, Ciad, Congo, Costa d'Avorio, Eritrea, Etiopia, Gabon, Gambia, Gibuti, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Equatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Malawi, Mali, Mozambico, Namibia, Nigeria, Repubblica Centrafricana, Repubblica Democratica del Congo, Ruanda, Sierra Leone, Sudafrica, Sudan, Swaziland, Togo, Uganda, Tanzania, Zambia, Zimbabwe.

⁶ Dopo il Sudafrica c'è l'India con 3.970.000 sieropositivi, ma naturalmente su una popolazione che si aggira sul miliardo di persone.

rischio-epidemia, anche perché ritenevano che il problema riguardasse solo la popolazione di colore. Anche il governo ha le sue responsabilità: il presidente Mbeki per lungo tempo si è opposto all'uso degli anti-retrovirali. Solo recentemente l'autorità statale si è decisa ad affrontare con decisione la drammatica situazione, triplicando la spesa sanitaria, e avviando una costosa riforma agraria (prevede la distribuzione ai poveri del 30% delle terre entro il 2017) che dovrebbe ridurre la povertà.

In tutta l'Africa australe la situazione è drammatica. Nelle città dello *Zambia*, più di un adulto su quattro è sieropositivo, mentre nelle campagne più di un adulto su sette è infettato dal virus. In *Botswana*, il 35,8% degli adulti sono infettati dall'HIV, triplicando così il tasso osservato nel 1992. Nello *Zimbabwe*, se in un incidente d'autobus muoiono 40 persone il governo dichiara il lutto nazionale, ma in presenza di una malattia che uccide 70 persone la settimana (molti decessi però non sono registrati) il governo resta in silenzio. E così più di 2,3 milioni di persone sono state raggiunte dal male (su una popolazione che supera di poco i 10 milioni di abitanti).

In *Uganda* pare non si stia verificando ciò che alcuni temevano, e cioè che metà della popolazione potesse diventare sieropositiva entro il 2000. Grazie a programmi energici di prevenzione, l'Uganda ha ridotto a "solo" il 5% la popolazione colpita dal male, mentre all'inizio degli anni Novanta si era vicini al 14%. L'infezione sembra ridursi in diverse parti del Paese – e decresce anche la prevalenza dell'HIV tra le donne incinte fra i 15 e i 19 anni. L'utilizzazione del preservativo fra le ragazze celibi tra i 15 e i 24 anni è quasi raddoppiato nel periodo 1995-2001, e un numero più importante di donne di questa fascia d'età ha ritardato la propria attività sessuale o pratica una totale astinenza. Se queste tendenze portano all'ottimismo, non compensano ancora la gravità dell'epidemia in questi Paesi. Tutti i Paesi devono far fronte a sfide considerevoli, non solamente per mantenere ed allargare gli interventi di prevenzione, ma anche per fornire gli antiretrovirali, e il sostegno necessario ai milioni di individui che vivono con l'HIV/AIDS o resi orfani dall'epidemia.

Meno preoccupante - rispetto all'inizio degli anni Novanta, quando nel continente era la zona più colpita dal virus – la situazione dell'Africa orientale. In *Kenya*, lo scenario non è migliore. Dal 1995, l'AIDS è la prima causa di morte tra la popolazione d'età compresa tra i 15 e i 39 anni, con un tasso di contagio che ha raggiunto le due cifre e continua a crescere.

Nella *Repubblica del Congo*, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, nel 1994 c'erano già 100.000 sieropositivi su 2,5 milioni di abitanti. Oggi, la continua guerriglia interna ha peggiorato il quadro: 110.000 persone infette.

Nell'Africa occidentale alcuni Paesi hanno tassi di infezione inferiori al 2%; ma ci sono anche Paesi, come la *Costa d'Avorio*, che figura già tra i 15 Paesi del mondo più colpiti dal male: il 9,7% della popolazione è sieropositiva. Il forte movimento migratorio spiegherebbe in parte il proliferare del virus; tra le cause c'è pure l'utilizzo anarchico di materiali per iniezioni nelle cliniche private, sorte come funghi ad Abidjan negli ultimi anni.

Nel *Camerun*, entro il 2010, il tasso di mortalità a causa dell'AIDS raddoppierà, perché la lotta al virus non ha ancora raggiunto il grosso della popolazione. Così l'11,8% della popolazione ha già contratto il virus. Il forte aumento dell'HIV tra le donne incinte in Camerun (è più che raddoppiato, ed ha finito per superare l'11% delle donne tra i 20 e i 24 anni nel periodo 1998-2000) prova con quale rapidità l'epidemia può espandersi. Ci sarebbe anche una specificità tutta camerunese: il virus starebbe mutando!

In *Nigeria*, che è di gran lunga il Paese più popolato dell'Africa, più di 3,5 milioni di persone sono state infettate dall'HIV – cioè 5,8% della popolazione -, ad un ritmo di 1.400 casi di infezione al giorno, in un'atmosfera generale improntata allo scetticismo e al disinteresse. Nemmeno la pubblicazione di rapporti sui decessi causati dalla malattia sembra aver destato allarme.

Nell'Africa centrale, profili di crescita minacciosi fanno ombra ai tassi relativamente deboli di prevalenza dell'HIV nella maggior parte dei Paesi. Diversa è la situazione della *Repubblica centrafricana*, con una percentuale di contagio che ha toccato il 12,9% della popolazione.

Nell'Africa del Nord, i dati disponibili sono insufficienti: nel Sud dell'Algeria alcuni studi parlano di tassi di contagio dell'1% circa nelle femmine incinte. La Tunisia dichiara circa 2.000 sieropositivi su 10 milioni di abitanti, e identifica due fattori di diffusione del virus: i tunisini emigrati in Europa, che tornano di tanto in tanto a casa, e i turisti stranieri. Il morbo deriverebbe quindi solo da cause esterne. Qui, la maggior parte della popolazione pensa ancora che l'AIDS non la riguardi, e arriva persino a negarne l'esistenza, rifiutando di riconoscere l'esistenza di relazioni sessuali fuori dal matrimonio o la prostituzione.

Negare l'esistenza del morbo è una reazione che persiste tra i responsabili sociali e politici di certi Paesi, ed offre all'epidemia un terreno ideale per perseguire la sua propagazione⁷.

Perché l'AIDS in Africa colpisce di più le donne?

Malgrado le tendenze positive recenti osservate tra i giovani (in particolare tra le ragazze) in certi Paesi africani, si constata che, nell'Africa subsahariana, le giovani sono infettate due volte più dei giovani. Nel 2001, si stima che tra il 6 e l'11% delle giovani tra i 15 e i 24 anni vivevano con l'HIV/AIDS in rapporto al 3-6% dei giovani (maschi). Questo fenomeno sembra dovuto a diversi fattori.

Le donne e le ragazze sono spesso oggetto di discriminazioni quanto al loro accesso all'educazione, all'impiego, al credito, alla salute, alla terra e all'eredità. Dato che la crisi di numerose economie africane gonfia i ranghi dei poveri, i rapporti con gli uomini (occasionalmente o ufficializzati attraverso il matrimonio) possono costituire delle occasioni vitali per ottenere la sicurezza finanziaria e sociale o per soddisfare aspirazioni materiali. Generalmente, sono gli uomini più anziani che possono offrire questa sicurezza. Ma nelle regioni dove l'HIV/AIDS è più sviluppato, questi rischiano molto spesso anche di essere infettati dalla malattia. E la dipendenza unita alla subordinazione fanno sì che sia molto difficile per le ragazze e le donne esigere rapporti sessuali protetti (persino con il loro marito), o mettere fine a relazioni che comportano il rischio d'infezione.

Degli studi hanno mostrato che le ragazze tendono a sposare uomini più anziani e che il loro rischio d'infezione aumenta se l'uomo ha tre o quattro anni in più. D'altra parte, l'ignoranza in materia di salute sessuale e riproduttiva e dell'HIV/AIDS è molto comune. Nei Paesi dell'Africa che conoscono delle epidemie generalizzate, si è visto che fino all'80% delle femmine tra i 15 e i 24 anni mancavano delle conoscenze base sull'HIV/AIDS. Questo fenomeno, associato al fatto che le ragazze e le adolescenti sono più vulnerabili all'infezione da un punto di vista biologico (il collo dell'utero è più sensibile alle lesioni) contribuisce a spiegare le grandi differenze di prevalenza dell'HIV tra le ragazze e i ragazzi dai 15 ai 19 anni.

Questo quadro complessivamente drammatico non deve nascondere le tendenze positive osservate tra i più giovani in diversi Paesi. In Sudafrica, il tasso di prevalenza dell'HIV tra le ragazze incinta con meno di 20 anni è caduto al 15,4% nel 2001 (era del 21% nel 1998). Questa riduzione, così come la caduta del tasso di sifilide (dall'11,2% nel 1997 al

7 I dati disponibili per l'Africa del Nord ed il Medio Oriente suggeriscono un aumento del tasso d'infezione da HIV e si stima che 83.000 persone hanno contratto il virus nel 2002. Questa cifra porta a 550.000 il numero stimato di persone viventi con l'HIV/AIDS. L'epidemia ha ucciso 37.000 persone nel 2002.

2,8% nel 2001) tra le donne incinte in consultazione prenatale, sembrano indicare che le campagne di sensibilizzazione e i programmi di prevenzione stanno portando i loro frutti. La grande sfida sarà ora di conservare e consolidare questi successi provvisori, in particolare tenendo conto che i livelli di infezione continuano ad aumentare tra le donne incinte con qualche anno in più.

Una riduzione della prevalenza dell'HIV è stata osservata anche tra le giovani donne dei quartieri poveri di Addis Abeba in Etiopia. I livelli d'infezione tra le ragazze di età compresa tra i 15 e i 24 anni in consultazione prenatale sono caduti dal 24,2% nel 1995 al 15,1% nel 2001 (tuttavia, non si sono riscontrate queste tendenze nei dintorni della città, né in altre regioni del Paese).

2. Qualche effetto della peste del secolo

La riduzione della speranza di vita

La prima conseguenza: bisogna aspettarsi una diminuzione drammatica della speranza di vita nell'Africa Subsahariana. Nei 29 Paesi del continente più colpiti dal virus, la speranza di vita ha già subito un taglio di sette anni, quando la vita media per un neonato nato in questi luoghi, prima del forte sviluppo del morbo, di rado superava i 50 anni.

In Botswana, il Paese più colpito dal morbo, la speranza di vita è caduta dai 65 anni del periodo 1990-95, ai 56,3 anni del 1995-2000, e soprattutto ai 39,7 anni del 2000-05. L'AIDS causerebbe in questo Paese una riduzione della speranza di vita di 28 anni.

La fascia d'età più colpita è quella tra i 20 e i 49 anni, che verrà in gran parte falciata dal male – si calcola che almeno un ¼ della popolazione dell'Africa Subsahariana morirà di AIDS.

E c'è di peggio: in Sudafrica, la mortalità dei minori di 5 anni sfiorerà il 150 per 1.000 nati vivi da qui al 2010. Secondo l'Ufficio Census, senza l'AIDS la mortalità sarebbe stata di 50 ogni 1.000 nati vivi.

Un mondo popolato solo da vecchi e da orfani

Secondo il rapporto, *Children on the Brink (Bambini sull'orlo del baratro)*, redatto dall'UNICEF in collaborazione con UNAIDS e USAID, - reso noto nel 2002 durante la XIV Conferenza Internazionale sull'HIV/AIDS di Barcellona -, l'Africa presenta la più alta percentuale di bambini orfani. Nel 2001 oltre 34 milioni di bambini dell'Africa subsahariana risultavano orfani, un terzo dei quali a causa dell'AIDS. In alcuni Paesi (12), la situazione è ancora più drammatica: nel 2001, il 70% dei loro bambini erano rimasti orfani.

La malattia dell'adulto che con il suo lavoro sosteneva la famiglia, riduce le entrate, la produzione agricola, deteriora la situazione alimentare, aumenta le spese sanitarie, così come le spese per i funerali – quando ci sono i soldi per farli. Il risparmio si trasforma in debito, i bambini abbandonano la scuola, lo stato della salute della popolazione si deteriora...

Degli studi sulle famiglie rurali della Thailandia mostrano che la produzione e i redditi dell'agricoltura sono caduti tra il 52 ed il 67% nelle famiglie colpite dall'AIDS. Secondo uno

studio effettuato in Zambia, i 2/3 delle famiglie urbane in cui la persona che produceva il reddito principale è morto di AIDS, hanno subito una perdita di reddito dell'80%. Lo stesso studio ha stabilito che il 61% di queste famiglie avevano dovuto cercare un alloggio meno caro, che il 39% non avevano più accesso all'acqua corrente, e che il 21% delle ragazze ed il 17% dei ragazzi avevano abbandonato i loro studi.

Sono le femmine ad essere più colpite nei loro ruoli molteplici di dispensatrici di cure, di capifamiglia e di coltivatrici in un'agricoltura di sussistenza. Una di queste è Kevina. Lei ha 14 anni, ed ha visto morire il padre e la madre, gli zii. Nel cuore dell'Uganda si è trovata a dover tirare su quattro fratelli e tre sorelle più piccoli di lei, oltre alla cura del nonno di 84 anni. Per vivere raccoglie la legna, che tenta di vendere prima che i vicini la rubino.

I nuovi appestati

Gugu Diamini era una donna sudafricana che confessò tra le lacrime di aver contratto anche lei l'AIDS. Quella sera stessa Gugu tornò nel suo villaggio, ma non la fecero nemmeno entrare in casa: l'accerchiarono, l'insultarono e la uccisero a pugni e calci. Anche per questo l'AIDS è chiamato spesso con il nome di "morbo nascosto", perché chi lo ha contratto non manifesta all'esterno la sua malattia, per paura delle reazioni che questa può provocare. In altri casi è un "morbo nascosto" perché è difficile spiegare alle persone che è comunque meglio fare il test, anche se non si sono ancora manifestati i primi segnali della malattia. Per tanti chi appare sano non può aver contratto il virus dell'HIV, e così facendo si aumenta il tasso di mortalità collegato all'AIDS.

Gli esempi riguardano anche i paesi ricchi. Negli Stati Uniti vige il divieto di entrata nel Paese per le persone sieropositive⁸.

Il virus e la sicurezza di Washington

Un rapporto della CIA, dal titolo *La minaccia delle malattie infettive globali e le sue implicazioni per gli Stati Uniti*, stabilisce che a causa dell'espansione dell'HIV/AIDS in Africa, Asia e nei Paesi dell'ex Unione Sovietica il male dovrebbe essere considerato un problema di "sicurezza". È la prima volta che la CIA si intromette in questioni di sanità.

Durante l'amministrazione Clinton, Washington è giunta alla conclusione che la pandemia può destabilizzare i governi, per esempio africani o asiatici, e ciò rappresenta un problema di sicurezza per gli Stati Uniti.

Per la CIA, le nuove malattie, come la ricomparsa di quelle vecchie, costituiranno una minaccia globale crescente nei prossimi vent'anni. Queste malattie minacceranno le truppe statunitensi all'estero ed esacerberanno l'instabilità politica e sociale in paesi e regioni "chiave" per gli interessi di Washington. Inoltre, il fatto che l'AIDS si diffonda particolarmente tra gli eserciti, spesso coinvolti in violenze su donne e bambine, favorirebbe l'esistenza di "individui instabili" (contagiati) in posizioni di comando e con possibilità d'accesso ad arsenali militari, in alcuni casi nucleari.

Dal punto di vista statunitense, l'AIDS rappresenta una minaccia sia nell'ex Unione Sovietica che in Asia, dove abbondano le armi atomiche. Questo scenario, integrato da quegli "individui instabili e infetti" con accesso ad arsenali nucleari, è già rappresentato in decisione di film apocalittici prodotti da Hollywood. Tuttavia, dopo il 2001, a Washington la paura è lungi dall'essere virtuale. Secondo alcuni analisti è probabile che l'HIV/AIDS diventi un motivo di contrasto politico ed economico tra Stati Uniti e i paesi del Sud perché, al fine di bloccare qualsiasi fonte d'infezione, la superpotenza potrebbe giungere a imporre l'embargo commerciale contro tali paesi.

⁸ la coalizione CHANGE - di cui fa parte Lila CEDIUS - ha portato avanti una richiesta alla Commissione Europea affinché lavori per cancellare questo divieto.

L'amputazione del PIL

La malattia colpisce pesantemente anche l'economia. Solo per fare qualche esempio: in Sudafrica potrebbe amputare il Prodotto interno lordo (PIL) del 17% da oggi al 2010, e – secondo Kofi Annan - cancellare nello stesso periodo 22 miliardi di dollari dall'economia nazionale; in Botswana – il Paese con il PIL più elevato dell'Africa – il budget del governo si ridurrà del 20%, nel corso di questo decennio, a causa dell'AIDS, e si ridurrà del 13% anche il reddito delle famiglie più povere.

Le imprese africane, a causa del male riducono la loro produttività, e spendono sempre più per riuscire a trovare e formare personale, man mano che i loro impiegati contraggono la malattia. Aumentano anche i costi per le assicurazioni malattia e le spese mediche.

Tabella 4: il peso dell'AIDS

- a causa dell'AIDS, i poveri in Burkina Faso passeranno dal 45% al 60% circa tra il 2001 ed il 2010, secondo il Rapporto burkinabè dell'UNDP sullo sviluppo umano del 2001.
- Secondo rapporti dei poteri pubblici, il tasso di scolarizzazione nella Repubblica Centrafricana e nello Swaziland è già scesa tra il 20 e il 36% perché gli orfani dell'AIDS abbandonano la scuola.
- Secondo il Rapporto dell'UNDP sullo sviluppo umano di Trinidad e Tobago del 2000, i tassi d'infezione del HIV sono cinque volte più elevati per le ragazze tra i 15 e i 19 anni in rapporto ai ragazzi, e ciò rivela una situazione di discriminazione per le giovani.
- Secondo il Rapporto del Botswana sullo sviluppo umano del 2000, le entrate pubbliche subiranno una riduzione del 20% nel Botswana, paralizzando l'azione di riduzione della povertà e la realizzazione degli obiettivi del Millennio decisi dalle Nazioni Unite nel 2000.

3. Perché siamo finiti in questa situazione?

Il peso del debito

I governi africani, se vogliono ottenere prestiti da Paesi esteri e ripagare il debito contratto – circa 250 miliardi di dollari -, devono sottostare alle condizioni imposte dalla Banca Mondiale (BM) e dal Fondo Monetario Internazionale (FMI) con i loro programmi di aggiustamento strutturale.

E la ricetta per tutti i Paesi è sempre stata la stessa: privatizzazione dei servizi pubblici magari sul modello degli Stati Uniti - dalla gestione del sistema fognario, alla raccolta ed allo smaltimento dei rifiuti e del rifornimento d'acqua, fino alla sanità -, e la riduzione della spesa pubblica, in particolare di quella per l'istruzione e la sanità, e il blocco dei salari dei dipendenti statali.

Questo perché, come ha sottolineato la Banca Mondiale, i rischi per la salute tra i poveri, nel cui novero rientrano “cattive condizioni igieniche, rifornimenti d'acqua non sicuri, carenza di igiene personale e degli alimenti, eliminazione inadeguata dei rifiuti, contaminazione dell'aria in ambiente domestico, e abitazioni degradate e sovraffollate” sono legati a un terzo del “peso globale delle malattie”.

Visto che per la BM e il FMI “il pubblico” è sinonimo d'inefficienza, la soluzione è che i governi forniscano un quadro normativo e amministrativo all'interno del quale fornitori efficienti e affidabili (spesso provenienti dal settore privato) siano incentivati a offrire alle

famiglie i servizi che queste desiderano e che sono disposte a pagare, compresa l'acqua, la sanità, la raccolta dei rifiuti, case e fornelli a bassa emissione di fumi nocivi.

Il servizio forse sarà migliore, ma solo per chi ha i soldi per pagarlo. Gli altri, gli 1,3 miliardi di persone che vivono con meno di 1 dollaro al giorno, o i 2,6 miliardi che vivono con meno di 2 dollari al giorno, si devono arrangiare. E il solo mancato accesso all'acqua potabile provoca malattie che costano 5 milioni di vite all'anno, delle quali 5.000 al giorno sono bambini. Tutti questi morti vivevano nel Sud del mondo.

L'altra spada di Damocle è che l'Africa deve pagare in interessi sul debito quello che potrebbe spendere in lotta alla fame ed alle malattie. Come diceva Julius Nyerere "È immorale che i poveri paghino il debito".

E invece in Zimbabwe, dove ogni settimana circa 900 persone muoiono di AIDS, il governo ha eliminato cure costose come la dialisi renale perché non può permettersi di spendere per i moribondi le già scarse risorse disponibili. In Zambia, il governo destina oggi il 10% in meno alle spese sanitarie rispetto a dieci anni fa; in questi anni, però, ha dovuto versare 1,3 miliardi di dollari per gli oneri sul debito. In Uganda, per il pagamento del debito si spende quasi sei volte di più rispetto agli investimenti sanitari. E l'elenco potrebbe essere molto più lungo.

In pratica, le politiche delle due istituzioni finanziarie (BM e FMI) hanno finito per avere molto più peso sulla salute nei Paesi sottosviluppati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità o dei Ministri della Sanità locali.

Una globalizzazione fatta su misura per il Nord del mondo

Il WTO lavora solo in un senso: aprire tutti i mercati alle imprese del Nord, mentre quelli dei Paesi più ricchi rimangono ben protetti dalle merci provenienti dal Sud del mondo. Per esempio, i Paesi ricchi non hanno soddisfatto gli impegni presi nel ridurre le barriere ai prodotti tessili del Terzo Mondo. I 48 Paesi più poveri al mondo si trovano a fronteggiare tariffe elevate sulle loro esportazioni, anche se il loro valore rappresenta solo lo 0,5% delle importazioni dei Paesi ricchi.

Anche il sistema internazionale degli investimenti sta creando un ambiente nel quale le multinazionali hanno tutti i vantaggi mentre i Paesi, in particolare quelli più poveri, si fanno concorrenza tra loro per offrire loro le migliori condizioni, minando - quando c'è - qualsiasi forma di welfare economico e sociale. Per attirare gli investimenti gli Stati fanno promesse come la soppressione dei diritti doganali, l'esenzione da imposte dirette e indirette, e le garanzie sugli investimenti, come la possibilità di rimpatriare senza vincoli i profitti. Così, secondo la Banca Mondiale, in molti Paesi poveri solo il 10% delle spese turistiche va alle popolazioni residenti. In Paesi come il Kenya rimane solo il 30% di quanto pagato all'acquisto del viaggio, in Nepal il 47%, in Sri Lanka il 30%, in Thailandia il 59%.

Terzo aspetto sono i diritti di proprietà intellettuale: il 97% dei brevetti mondiali appartengono alle imprese dei Paesi industrializzati, così come l'80% dei brevetti per la tecnologia e i prodotti dei Paesi in via di sviluppo.

Risultato: i Paesi del Sud del mondo non hanno risorse per i loro poveri, perché negli ultimi anni hanno dato più denaro al Nord di quanto ne abbiano ricevuto. Siamo arrivati così al paradosso dei poveri che finanziano i ricchi. I Paesi del nord, come l'Italia, non

hanno nemmeno rispettato l'impegno di dedicare lo 0,7% del proprio PIL all'aiuto pubblico allo sviluppo.

Una malattia per ricchi

Secondo il dottor Sandro Vento, aiuto ospedaliero nella divisione malattie infettive all'ospedale di Borgo Trento a Verona "Negli ultimi 2-3 anni nel mondo occidentale si è messa a punto una specifica cura per l'infezione da HIV: si tende a dare tre farmaci anti-retrovirali assieme. Questa terapia costa, in Italia, almeno 1.300 euro al mese per singolo paziente. Se si pensa che la cura non dovrebbe essere mai interrotta, ci si rende conto della quantità di risorse necessarie...".

Decisamente troppo per i Paesi dell'Africa subsahariana: il loro reddito pro capite annuale, se investito interamente in queste medicine, non basterebbe nemmeno per pagare le cure di un mese. In un continente dove 290 milioni di persone sopravvivono con meno di un dollaro al giorno, pochi si possono permettere di pagare spese mediche mensili elevate.

Secondo l'UNAIDS e l'OMS, alla fine del 2001, meno del 4% delle persone che avevano bisogno di anti-retrovirali nei Paesi a basso e medio reddito ricevevano queste medicine. E meno del 10% delle persone che vivono con il virus hanno avuto accesso a cure palliative, o a trattamenti per le infezioni opportuniste.

In Perù, se vuoi entrare nel programma statale di lotta all'AIDS, devi prima dimostrare di essere sieropositivo e per questo devi fare la prova sierologica Elisa. A pagamento: ti costerà circa 20 soles (12 mila lire, ndr). Una volta dimostrata la sieropositività, entri nel programma. E cosa ti offre il programma? Ti dà consigli, ti obbliga ad eseguire la prova (sempre a pagamento) per tua moglie, per le persone con le quali hai avuto rapporti sessuali. Solo consigli e niente farmaci. I farmaci il sieropositivo o l'ammalato deve comprarli. Quanti sono gli infettati che potranno curarsi? Immaginati che devi investire in farmaci circa 500 dollari al mese⁹ (più di quello che guadagna un medico statale in Perù). Onestamente non credo che qualcuno possa farlo, se non fa parte della ristretta, minoritaria e potente borghesia. Il governo non può farsi carico di tale spesa, le Organizzazioni internazionali di aiuto neanche e i pazienti... stanno morendo.

Il Botswana, Paese relativamente prospero, è diventato il primo paese africano ad adottare la misura di mettere gli antiretrovirali a disposizione di tutti i cittadini che ne hanno bisogno. Purtroppo, finora, possono usufruire di questa politica un numero relativamente limitato di persone (circa 2000). In più, un pugno di compagnie (per esempio AngloGold, De Beers, Debswana e Heineken) hanno annunciato dei programmi destinati a fornire antiretrovirali ai loro impiegati ed alle loro famiglie. Si tratta di iniziative preziose, ma se paragonate ai bisogni, rappresentano poco più di una goccia nel mare.

Queste cifre riflettono lo scacco della comunità internazionale che – malgrado i progressi compiuti in questi ultimi anni – non ha potuto attuare una risposta corrispondente all'ampiezza ed alla gravità dell'epidemia mondiale.

Le cure occidentali per i sieropositivi diventano quindi una prerogativa di una ristrettissima élite, mentre gli altri continuano a morire come le mosche. In ogni Paese, con tempi più o meno lunghi, comunque e dovunque possa cominciare, l'epidemia finirà

9 La differenza tra i 1.300 euro detti dal medico italiano e i 400 dollari per il Perù derivano dai diversi prezzi dei farmaci nei differenti paesi.

inevitabilmente per stabilire il proprio centro di gravità tra i gruppi più emarginati e deboli della società.

I brevetti sui farmaci

L' Accordo TRIPS ha stabilito una serie di regole "minime" per il sostegno e la protezione dei diritti di proprietà intellettuale; la parte relativa ai brevetti, regolandone la commercializzazione, stabilisce la disponibilità e quindi l'accesso ai farmaci nei Paesi aderenti al WTO.

A tutti i Paesi membri, l'accordo impone di adottare, attraverso l'emanazione di una legge nazionale, un sistema di protezione dei diritti di proprietà intellettuale, di una durata minima di venti anni.

Questo sistema garantisce ai titolari dei brevetti sui farmaci un monopolio di fatto sui medicinali, vietando, in tutti gli stati membri, la produzione, l'impiego ed il commercio di prodotti senza l'autorizzazione del titolare del brevetto.

Il considerevole costo dei farmaci anti-AIDS è dunque essenzialmente dovuto alle caratteristiche di monopolio del mercato e al cartello tra le multinazionali farmaceutiche.

Un problema riconosciuto anche dal WTO, che nella dichiarazione finale della conferenza ministeriale di Doha, ammette che ciascun governo in condizioni di gravi crisi sanitarie può ricorrere al meccanismo di licenza obbligatoria (permesso per la produzione di un farmaco generico senza pagare i diritti di brevetto, in caso di uso non commerciale e per un periodo di tempo limitato).

È importante sottolineare che in realtà la dichiarazione non dice nulla di nuovo rispetto al TRIPS, ma ne dà una interpretazione favorevole ai Paesi in via di sviluppo. Purtroppo la dichiarazione lascia insoluto il problema per i Paesi privi di una industria farmaceutica in grado di produrre autonomamente i farmaci necessari, e che quindi devono importarli.

Col passare dei mesi, l'orizzonte si è chiuso, allontanando sempre più il raggiungimento della "rapida ed efficace soluzione" promessa nel novembre 2001.

Si è cominciato a divergere sulle malattie da considerare, sui paesi beneficiari, sulle regole per evitare che i farmaci finiscano in Paesi diversi dai giusti destinatari, eccetera.

I Paesi in via di sviluppo hanno lottato perché le malattie interessate non si limitassero solo ad AIDS, tubercolosi e malaria, a cui i Paesi occidentali volevano limitarsi, e per trovare un metodo lineare e più semplice dello schema complicato abbozzato nel *draft* proposto dal messicano Motta, presidente del comitato TRIPS. Inoltre hanno insistito perché fossero considerati anche i vaccini, i sistemi diagnostici e i test. USA e Svizzera sono stati i più decisi a resistere, sostenuti dalle loro imprese farmaceutiche. A tal punto che Carlos Trojan (guida della delegazione UE a Ginevra), in una conversazione telefonica riportata da un giornale statunitense, si era lasciato scappare che "i funzionari statunitensi sembrano avere alle loro spalle l'intera industria farmaceutica americana".

Le pressioni delle industrie farmaceutiche non ha permesso di trovare una soluzione. Per i Paesi in via di Sviluppo il rischio è oggi quello di dover pagare nuovamente il prezzo di una soluzione in loro favore dovendo cedere molto di più su altri argomenti di interesse per USA ed UE. Quello che è sicuro è che il Consiglio TRIPS non ha più in agenda questo tema e che la possibilità di vedere una soluzione prima di Cancun dipenderà dalla

eventuale convenienza che i Paesi forti potranno ricavare da essa. Intanto la gente continua a morire.

L'atteggiamento delle multinazionali farmaceutiche

Fanno molto pensare le parole di un medico svizzero, Benno Leutold, un tempo ricercatore: “Ho abbandonato perché il mondo farmaceutico mi fa schifo e mi fanno tristezza tanti miei colleghi vittime di questa dittatura delle multinazionali. I test clinici oggi sono figli di una sola necessità: la ricerca di margini sempre maggiori di profitto. Non crederete mica che le società fanno esperimenti per pura ricerca scientifica? Un farmaco ha 20 anni di vita. Svanito il brevetto, il prezzo troppo basso lo spinge fuori dal mercato. L'interesse è dunque a cicli continui di nuovi prodotti. (...) La notizia di un nuovo, miracoloso prodotto viene fatta filtrare sui giornali e tra i medici. (...) Le case farmaceutiche sono ormai delle banche d'affari con un laboratorio di ricerca. A capo dei dipartimenti ci sono economisti (...). Sono loro a impartire istruzioni su quale sostanza concentrarsi e quale spazzare via dal mercato”. E così avviene che solo il 10% dei fondi per la ricerca e lo sviluppo sia destinato a cure contro il 90% delle malattie a diffusione mondiale, mentre il grosso è speso per malattie tipiche del Primo mondo come l'obesità, la calvizie e l'impotenza.

Le multinazionali applicano gli stessi principi ai malati. In Thailandia, per affrontare la meningite, esisteva, fino a pochissimo tempo fa, solo un farmaco prodotto sul posto dalla Pfizer, industria USA. La medicina è efficace, ma per un paziente all'inizio della cura, significa una spesa mensile di 15.000 baht, una volta e mezzo lo stipendio di un dirigente. Sull'onda della necessità, due ditte thailandesi riuscirono a commercializzare un prodotto equivalente a 1/3 del prezzo. Ancora troppo caro per gran parte della popolazione, ma era già un passo avanti. Poco tempo dopo il governo USA, su richiesta della Pfizer, intervenne, minacciando le autorità thailandesi di tassare le loro principali esportazioni (legno, gioielli, microprocessori, ...) se non avessero rinunciato alla produzione del farmaco. Sei mesi dopo il governo venne esaudito. I diritti di proprietà sui brevetti medicinali, e i lauti profitti delle case farmaceutiche erano stati preservati.

Il Sudafrica ha rischiato di subire la stessa sorte. Nel 1997, Mandela aveva promulgato delle leggi che autorizzavano le ditte locali a produrre trattamenti contro l'AIDS, o a importarli, al di fuori del regime di protezione dei brevetti. Reazione immediata delle grandi compagnie farmaceutiche americane: prima avviarono delle cause, e poi spinsero il loro governo a prendere misure di ritorsione sul modello della Thailandia. Il vicepresidente Al Gore, s'incaricò del problema.

La tenacia del governo sudafricano, associata alla pressione di diverse associazioni USA, che interpellavano Gore su questo problema in ogni suo incontro pubblico, in vista dell'elezione presidenziale, ha condotto il governo degli Stati Uniti a rinunciare a ogni tipo di procedimento o misura di ritorsione. Immediatamente dopo, i laboratori hanno ritirato le loro denunce.

Quattro aziende dominano l'industria farmaceutica mondiale - Merck, Pfizer, Glaxo-SmithKline, Eli Lilly – e decidono il prezzo dei farmaci. A questo cartello cerca di sfuggire – tra gli altri - una compagnia farmaceutica indiana, la Cipla, ha iniziato a produrre farmaci già brevettati all'estero, e ad offrirli a prezzi più bassi rispetto a quelli in vigore nei paesi occidentali.

Fino a poco tempo fa il cocktail anti-Aids offerto dalla Cipla veniva venduto ad un

prezzo di circa 1.800 dollari all'anno per ogni paziente, mentre in occidente il trattamento costa circa 10-15.000 dollari. Ovviamente la politica della compagnia ha suscitato l'ira delle multinazionali occidentali, in particolare quando la Cipla ha comunicato l'intenzione di offrire il cocktail di farmaci ai paesi sottosviluppati a 600 dollari, che diventavano 350 per all'associazione Medici senza frontiere. Le multinazionali occidentali hanno accusato la compagnia di rubare le loro invenzioni sfruttando alcune falle della legislazione indiana e di danneggiare così il futuro della ricerca.

Il prestigioso Wall Street Journal, in un lungo servizio, ha aperto delle crepe nell'aura di moralità che circonda il padrone della Cipla, Yusuf K. Hamied: dietro queste scelte apparentemente così generose non ci sarebbe altruismo, ma meri calcoli di mercato – non diversamente dalle multinazionali difese dal giornale economico. Intanto, qualunque siano le ragioni che muovono l'imprenditore indiano, molte persone in più hanno la possibilità di curarsi.

Gli atteggiamenti che favoriscono il contagio

I ciarlatani

Visto che non hanno accesso alla medicina "occidentale", una porzione rilevante della popolazione consulta i guaritori. Secondo Eric Gbodossou, medico beninese con regolare laurea e studi "moderni" che dirige l'ospedale tradizionale "Malango", nella cittadina di Fatick, 150 km a sud-est di Dakar (Senegal): "Le terapie tradizionali hanno raggiunto risultati evidenti nel combattere alcune malattie virali e malattie opportunistiche connesse all'immunodeficienza. Ogni politica sanitaria dovrebbe tenerne conto, anche perché i guaritori sono spesso un tutt'uno con le comunità locali".

Certo i guaritori tradizionali vanno presi con le pinze. E' inquietante registrare – come scrive il corrispondente da Accra di Anb-Bia, Samuel Sarpong – che il ministero della sanità del Ghana abbia prestato fede, all'inizio degli anni Novanta, a Nana Kofi Drobo, un erborista (morto suicida nel 1992) che affermava di aver scoperto un trattamento efficace contro l'AIDS. Solo che la pretesa efficacia non è mai stata dimostrata e nel frattempo molta gente si era fatta l'idea che dell'AIDS non ci si dovesse preoccupare più di tanto...

Le cronache dei giornali africani sono piene di episodi che rivelano quanti trafficanti e ciarlatani si porta dietro il flagello AIDS. Nella Repubblica Democratica del Congo, ma l'esempio può essere esteso ad altri Paesi, sono numerosi i praticoni che vendono ricette magiche, e persino "pastori" e sette religiose che attirano la gente assicurando miracoli e guarigioni.

I comportamenti individuali

Anche la cultura individuale favorisce il virus, in particolare gli atteggiamenti di machismo. Gli uomini africani si fanno beffe dei preservativi, spesso citando la massima "la doccia non si fa con l'impermeabile. Nell'Africa francofona, l'acronimo AIDS (in francese la *Sindrome da Immunodeficienza acquisita* si abbrevia in SIDA) è stato letto come *Sindrome Imaginaire pour Décourager les Amoureux* (Sindrome Immaginaria per Scoraggiare gli Amanti): un'invenzione dei bianchi per scoraggiare la sessualità africana.

Molti uomini considerano la loro donna come una proprietà personale di cui disporre a piacimento. Non sono pochi poi coloro che ritengono del tutto legittimo avere relazione sessuali con qualsiasi donna, consenziente o meno. E così succede che in Paesi come il Ruanda il 45% delle donne con l'AIDS hanno contratto il virus dal loro marito.

I ragazzi che vedono i padri e altri uomini essere violenti verso le donne, o trattarle come oggetti sessuali, finiscono per considerare normali questi comportamenti. Un recente studio in Germania, per esempio, indica che i ragazzi senza rispetto verso le ragazze sono state testimoni di comportamenti simili nelle loro case.

In altri luoghi, soprattutto nelle campagne, le origini virali o fisiche della malattia non sempre sono riconosciute: spesso si ritiene che il male sia trasmesso dal “popolo della notte” o dalle “streghe” e che lo si possa prevenire seguendo certi riti e usanze. L'idea che l'unico modo per prevenire l'AIDS sia quello di cambiare il comportamento sessuale non è affatto accettata da tutti in Africa, come pure nel resto del Terzo Mondo.

La religione e lo Stato

La posizione della religione e dello Stato nei confronti della sessualità continua a incoraggiare la diffusione dell'AIDS. Pubbliche amministrazioni pudiche rifiutano di ammettere che nelle loro società possano esistere omosessualità diffusa, rapporti extraconiugali, prostituzione, comportamenti promiscui e tossicomania.

Tanto nei Paesi musulmani quanto in Cina, Giappone, Russia, India o Africa, la reazione prevedibile del rifiuto di massa e la convinzione che “qui non può succedere” ritardano la diffusione fra la popolazione dell'informazione e delle misure preventive necessarie. Il morbo ha così tutto il tempo di mettere radici in profondità.

Alcuni religiosi musulmani proclamano che i valori dell'Islam proteggeranno il popolo e che chi si ammala ha avuto quel che si merita. Secondo alcuni membri del clero, queste persone vanno evitate: un mufti di Dubai cita le parole del Profeta in materia di malattie infettive – “fuggi da loro come fuggiresti dal leone” – e commenta che “coloro che contraggono il virus (a meno che non l'abbiano fatto senza avere colpa) sono in guerra con Dio e il Profeta e vengono puniti per i loro peccati. Vanno quindi evitati a tutti i costi”.

Una parte del clero cattolico e musulmano non favorisce l'uso dei profilattici, che secondo loro incoraggiano il popolo ad abbandonarsi al “sesso libero”. Un altro studioso del Corano aggiunge: “i malati di AIDS non sono curabili e non recano alcun servizio alla società, se non quello di diffondere il contagio. Dovrebbero essere messi in un villaggio a parte. Come i lebbrosi”.

4. La speranza è l'ultima a morire

L'intervento degli Stati africani subsahariani

Diciannove paesi africani hanno creato dei consigli o commissioni nazionali sull'HIV/AIDS. Nell'insieme della regione, 40 Paesi hanno creato dei piani strategici nazionali sull'AIDS - prova della loro determinazione nel combattere la malattia. È incoraggiante notare anche la partecipazione attiva delle istituzioni regionali alla lotta

contro il virus, come la Commissione economica per l'Africa, l'Unione africana e la Comunità di sviluppo dell'Africa australe.

Il modello da seguire è quello del governo dell'Uganda, che incoraggia organizzazioni e istituzioni che hanno un programma anti-AIDS. Fin dal suo arrivo al potere nel 1986, il presidente Yoweri Museveni non ha nascosto la gravità dell'epidemia e così facendo si è messo in ottima luce presso l'ONU e l'OMS, che hanno scelto l'Uganda per sperimentare programmi di cura dei sieropositivi.

Ma come ha dichiarato Drew Altman, Presidente della Fondazione della Famiglia Kaiser, e membro del gruppo di lavoro mondiale dell'UNAIDS sulla prevenzione dell'HIV, "Le risorse sono assolutamente insufficienti, perché fino ad oggi, troppi governi non hanno fatto la loro parte". "Abbiamo scoperto che gli stessi paesi in via sviluppo sono in effetti i più importanti donatori di fondi per i programmi sull'AIDS. I Paesi sviluppati devono fare molto di più. Un gran numero di paesi donatori offrono somme che ci si potrebbe attendere da fondazioni private e non da Paesi ricchi".

Il gruppo mondiale di lavoro sulla prevenzione dell'HIV stima che nel 2002, i Paesi in via di sviluppo abbiano destinato 782 milioni di dollari alla prevenzione, i governi donatori 780 milioni di dollari, le fondazioni e le Organizzazioni Non Governative (ONG) 160 milioni di dollari, il sistema delle Nazioni Unite 100 milioni di dollari e la Banca Mondiale 64 milioni di dollari.

Il tanto strombazzato - dai governi del G8 - Fondo Globale per combattere l'AIDS, Malaria e Tubercolosi ha disponibilità per soli 1.8 miliardi di dollari, a fronte di un impegno che doveva essere tra i 7 e i 10 miliardi di dollari l'anno. Il Fondo poi deve ancora adottare regole per garantire la trasparenza e cancellare ogni ambiguità sul ruolo dei privati, in particolare delle grandi multinazionali farmaceutiche.

Queste cifre non devono stupirci: Pochi anni fa, il Segretario Generale dell'ONU, Kofi Annan, aveva proposto di creare un fondo internazionale di 10 miliardi di dollari per la lotta all'AIDS. Gli Stati Uniti annunciarono che avrebbero contribuito con 200 milioni di dollari. Un modo come un altro per dire che il problema dell'AIDS non li interessava più di tanto. E infatti, finora, nessuno si è impegnato.

La società civile

“Agli adulti consigliamo la fedeltà di coppia. Invitiamo i giovani a dar prova di astinenza sessuale. E a tutti coloro che non possono osservare queste due regole raccomandiamo l'uso del preservativo”.

In poche parole, Adèle Voundi, funzionaria del ministero della Sanità, cristiana, ci riassume il lavoro della sua associazione *Amici di Prudenza*. Questo gruppo ha la particolarità di essere costituito soprattutto da prostitute: sono loro ad organizzare incontri di sensibilizzazione, in cui si raduna la gente intorno a un cartellone con informazioni sull'AIDS, o si proietta un filmato, o ancora si propone una piccola rappresentazione teatrale. Il lavoro non finisce qui, perché poi si chiede al gruppo che ha assistito di spiegare ciò che ha visto, per assicurarsi che abbia compreso bene, ed agganciare i leader dei vari gruppi; saranno poi loro a diffondere le informazioni corrette agli amici, ai parenti, alle famiglie.

In Mauritania, un Paese totalmente islamizzato, l'associazione Stop SIDA è presieduta da un capo religioso, Hamden Ould. L'obiettivo è arrivare a far parlare i religiosi di AIDS e

di preservativi senza arrivare allo scontro sui precetti morali. Un primo risultato è stato raggiunto perché si parla della malattia nella grande preghiera settimanale del venerdì.

In cinque Stati (Senegal, Guinea, Mali, Burkina Faso, Niger), un programma finanziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità fa passare precisi messaggi di prevenzione attraverso fumetti presentati agli adulti. In Guinea, in particolare, numerose associazioni e ONG comunicano molto attraverso canti, danze, rappresentazioni teatrali, riuscendo in questo modo a portare i temi della lotta all'AIDS anche negli ambienti della prostituzione.

In Madagascar, che risulta essere un Paese tra i meno colpiti dall'epidemia, si registra dal 1997 una collaborazione tra il Programma nazionale di lotta all'AIDS e 4 delle 18 diocesi cattoliche. Si punta sulle scuole gestite dalla Chiesa cattolica: con la collaborazione degli insegnanti e dei genitori degli alunni – che hanno già avuto modo di seguire corsi di educazione sanitaria – si promuove tra i giovani un comportamento sessuale responsabile, progettuale e improntato ai valori cristiani. Va ricordato che già nel 1990 la Conferenza Episcopale Malgascia allertò l'opinione pubblica con un documento specifico sull'AIDS.

Dal 1991 l'episcopato del Malawi ha varato un programma di informazione sull'AIDS, oggi esteso a sette diocesi, che mobilita le Comunità di Base, con l'assistenza ai malati e agli orfani, e la creazione di gruppi di sostegno, per far fronte alle situazioni più difficili. Nel Paese, in questi anni è nata una trentina di associazioni di lotta contro l'AIDS, che contano sugli stessi sieropositivi per fare opera di sensibilizzazione negli ospedali e ambulatori. Sono stati creati dei club anti-AIDS nelle scuole e anche tra i giovani non scolarizzati. È stato addirittura lanciato un giornale dedicato solo all'estensione e all'impatto dell'epidemia e ai modi per combattere questa guerra.

Il Senegal ha iniziato a combattere una guerra contro l'AIDS in anticipo rispetto agli altri Stati africani, visto che già dagli anni Settanta (prima ancora che scattasse l'allarme AIDS) esiste un programma sanitario per combattere le malattie sessualmente trasmissibili, e il settore delle trasfusioni, per gli standard africani è piuttosto efficiente. Questi comportamenti “virtuosi” danno come risultato un tasso di positività all'HIV contenuto rispetto ai dati generali del Paese. Ma non bisogna pensare che il pericolo sia superato; infatti sia l'episcopato senegalese che numerose associazioni femminili sono sempre attivi tra la popolazione.

In Mali è scesa in campo anche la moglie del presidente Alpha Oumar Konaré, che ha dato vita ad un'apposita associazione centrata sullo slogan “cultura-solidarietà-AIDS”, dichiarando “La minaccia dell'AIDS sta minando le fondamenta della nostra società. Fino a qualche anno fa da noi non si conoscevano casi di malati esclusi dalla famiglia, abbandonati. Oggi questo accade”. L'associazione ritiene che i messaggi relativi alla prevenzione, per arrivare veramente alla gente, debbano essere pronunciati dai maestri della parola, i griot (depositari della cultura profonda del Paese). Perciò in più occasioni ha promosso convegni di griot per discutere proprio di questo, non dimenticando di contattare anche gli altri *opinion leaders* (predicatori religiosi, uomini di teatro, giornalisti) e di utilizzare i moderni mezzi di comunicazione. Non a caso ogni anno viene organizzata la giornata *Syncro-SIDA*: per un giorno intero la radio nazionale e le 60 stazioni radiofoniche private trasmettono in contemporanea programmi e dibattiti sull'AIDS.

In Sudafrica, per recuperare il tempo perduto sotto l'apartheid, dalle chiese – in particolare sotto la spinta di alcuni sacerdoti e vescovi – c'è un impegno costante per

alleviare le sofferenze legate alla malattia.

Le giunte militari che si sono avvicendate per decenni in Nigeria hanno abbandonato a sé stesso il sistema sanitario e si sono infischiate dell'epidemia. Basti un dato: la maggior parte dei 115 centri per le analisi del sangue, alcuni muniti anche di apparecchi laser in grado di fare il test di sieropositività a buon mercato, sono in pessime condizioni. Le campagne di informazione e di sensibilizzazione sono state condotte e finanziate finora da Organizzazioni Non Governative (ONG) e da Agenzie Internazionali. I cattolici che si vogliono sposare hanno l'obbligo di fare il test, se uno dei due fidanzati è sieropositivo, la coppia deve discuterne con il sacerdote.

Sul terreno della prevenzione si muovono numerose associazioni. Due ONG di Kampala, Taso e Aic, hanno lanciato un progetto denominato "Iniziativa Philly Lutaya", che ha lo scopo di cambiare i comportamenti sessuali con l'aiuto di volontari sieropositivi. Questi ultimi sono disponibili a raccontare la loro esperienza e la loro situazione, in particolare agli studenti. Sempre ai giovani si rivolge il "Club gioventù viva", fondato nel 1992 da suor Myriam Duggan, delle Francescane Missionarie di Maria, medico dell'ospedale Nsambya di Kampala: partendo dal vangelo, si chiede ai giovani di comprendere il significato della sessualità nella vita dell'uomo e quindi di prendere decisioni coerenti con l'aiuto della preghiera individuale e comunitaria. Ogni ospedale gestito dalla chiesa ha una sezione per gli ammalati di AIDS, ma soprattutto non c'è parrocchia in Uganda priva di gruppi impegnati nell'informazione alle comunità locali e nell'aiuto alle persone colpite dal virus.

In Egitto, facendo leva su una presenza più che trentennale e su una collaudata rete di centri e di ambulatori, è molto attiva la Caritas. Ha creato un'apposita unità d'intervento che gestisce una linea telefonica (ogni giorno per tre ore un esperto risponde), organizza incontri e seminari (per dirigenti di comunità e responsabili politici, per medici e paramedici, per docenti e allievi delle scuole, per persone affette dal virus) e pubblica opuscoli con informazioni essenziali sulla malattia.

Il lavoro di prevenzione che si sta facendo nel continente può sembrare – visto dal Nord del mondo – velleitario perché privo di grandi mezzi e di riscontri precisi. Invece tutta l'attività che abbiamo segnalato (e le altre migliaia che ci sono sconosciute) rappresentano altrettanti segnali positivi. Sono l'indice di un'Africa che reagisce, che si fa carico (con apparente rassegnazione, in realtà con una forte spinta vitale) anche dell'AIDS come si fa carico dei rifugiati che attraversano le sue frontiere, degli orfani, delle popolazioni affamate dai conflitti. Un'Africa che spesso non comprendiamo, ma la cui capacità di pazienza, di tenacia e di speranza sta dicendo qualcosa anche a noi.

Visto il costo proibitivo dei farmaci, questi programmi di prevenzione rappresentano le uniche armi per tenere sotto controllo l'epidemia in Africa. L'informazione è uno degli strumenti più efficaci di lotta per contrastare il dilagare della malattia: in alcune aree della Nigeria, circa una persona su dieci sa solo vagamente cosa sia l'AIDS, mentre sono ancora meno quelli che sanno come evitarla. E la Nigeria come gli altri Paesi stanno pagando a caro prezzo questa ignoranza diffusa; perché non informare le persone di questa malattia equivale a firmare la loro condanna a morte.

Questi programmi hanno mezzi molto limitati, perciò non riescono a raggiungere la maggior parte delle persone più esposte al rischio di infezione – anche se ci sono differenze notevoli da una regione all'altra. Basti pensare che sul piano mondiale:

- solamente il 5% delle donne incinte esposte al virus hanno accesso alle medicine

suscettibili di prevenire la trasmissione madre-figlio;

- il 12% degli individui hanno accesso a consulenze sanitarie e a test HIV volontari;
- il 19% dei consumatori di droghe iniettabili hanno accesso a programmi di riduzione dei rischi;
- il 24% degli individui ad alto rischio hanno accesso all'informazione sull'AIDS ;
- il 42% degli individui che ne hanno bisogno hanno accesso ai preservativi.

Un altro dramma che l'Africa sta cercando di affrontare è quello degli orfani. Nello Zimbabwe, in molti villaggi, parte del raccolto e delle risorse vengono destinate a bambini orfani o a famiglie in difficoltà economiche, e gruppi ecclesiastici hanno iniziato ad organizzare attività di aiuto ai minori, coinvolgendo le donne dei villaggi, identificando i bisogni, offrendo supporto medico e psicologico. Poiché tali programmi nascono dal territorio e coinvolgono attivamente la popolazione, risultano più efficaci ed economici: si stima un costo medio di 68 centesimi di dollaro al mese per bambino.

5. La buona volontà però non basta

Il Summit del millennio organizzato alle Nazioni Unite nel settembre del 2000, ha riunito i dirigenti del pianeta: i responsabili africani hanno chiaramente parlato delle condizioni disperate nei loro Paesi, altri leader del mondo si sono uniti a loro, dai primi ministri del Bangladesh e del Belize, fino al presidente degli Stati Uniti. Alla fine si sono fissati un obiettivo mondiale che consiste nel ridurre il tasso d'infezione dell'HIV/AIDS tra i giovani del 25% nei Paesi più toccati tra il 2000 ed il 2005, e su scala mondiale, entro il 2010. Per raggiungere questi obiettivi, modificare i comportamenti è solo una parte della soluzione.

Combattere l'AIDS seriamente

L'UNAIDS ritiene che siano necessari per la prevenzione contro l'HIV 5,7 miliardi di dollari ogni anno fino al 2005 – e 6,6 dal 2005 al 2007. Questa somma permetterebbe di evitare 29 dei 45 milioni di nuove infezioni previste entro il 2010. Oggi invece vengono destinati ai fini della prevenzione solo 1,9 miliardi.

I governi donatori dovrebbero aumentare il loro finanziamento delle attività di prevenzione dell'HIV raggiungendo almeno lo 0,02% del loro Prodotto Interno Lordo. Nessun Paese donatore raggiunge oggi questo livello. I capitali attribuiti ogni anno ai trattamenti, al sostegno così come al sostentamento degli orfani devono passare dagli 1,6 miliardi di dollari ai 5,5 miliardi nel 2005.

Un piano Marshall per i poveri

Quando si è poveri e senza lavoro, ci si sente disperati. Molti ragazzi e ragazze relegati ai margini della società – per esempio i bambini di strada a Lagos e Luanda – hanno raccontato di avere rapporti sessuali indiscriminati, e quindi a rischio, a causa dell'apatia, della mancanza di sicurezza e degli atteggiamenti che il vivere allo sbando comportano.

Il messaggio è chiaro: per combattere l'AIDS, dobbiamo anzitutto combattere la povertà con rinnovata energia e maggiori risorse. Anche perché non c'è solo l'AIDS, tutte le malattie stanno ritornando a colpire con incredibile virulenza, dalla lebbra alla malaria, dalla tubercolosi alla dengue e ai nuovi morbi. Oggi in Africa la malaria uccide più dell'AIDS, e basterebbe un miliardo di dollari per eliminare annualmente gli effetti negativi della malaria.

Susan George, per iniziare a ridurre lo scarto osceno esistente tra Nord e Sud del mondo, pensa che sarebbe necessario una sorta di "piano Marshall" per il mondo intero. La responsabilità politica sarebbe dei singoli governi, ma questi dovrebbero accettare di far partecipare alle decisioni i loro cittadini, sulla base di un modello come quello adottato nella città brasiliana di Porto Alegre: quel "bilancio partecipativo" attraverso il quale i cittadini decidono come spendere una parte dei soldi pubblici.

Il piano Marshall dovrebbe prevedere anche un sistema di scambi più giusto. Se l'Africa, il Sud Est Asiatico e l'America Latina aumentassero di un punto percentuale le loro esportazioni, creerebbero un aumento di reddito sufficiente a far uscire dalla soglia di povertà 128 milioni di persone.

Per finanziare questo piano Marshall, non possiamo contare su un aiuto pubblico come quello attuale. Soltanto i paesi nordici (Svezia, Danimarca, Norvegia) si avvicinano all'obiettivo dello 0,7%, fissato dalle Nazioni Unite. Si dovrebbe cominciare con la cancellazione del debito dei paesi poveri, che genera sofferenze indicibili, magari riducendolo del 20% all'anno. I poveri stanno morendo sotto i programmi di "aggiustamento strutturale" ideati dalla Banca Mondiale e dal Fondo Monetario Internazionale, il cui obiettivo è spremere sufficienti risorse dai paesi indebitati da destinare al servizio del debito. E questi paesi hanno già pagato l'equivalente di diversi piani Marshall ai ricchi.

Il debito è diventato uno strumento politico. Esempio: gli USA hanno recentemente cancellato più di 370 milioni di dollari di debito pakistano; è accaduto lo stesso in Egitto durante la guerra del Golfo. Il debito è diventato l'equivalente del bastone e della carota per i creditori. Ogni anno, i G7 dicono che stanno cancellando il debito e ogni anno non accade nulla.

E poi bisognerebbe tassare i capitali internazionali attraverso la Tobin tax o altre forme di tasse che permetterebbero di eliminare l'evasione fiscale delle multinazionali e delle grandi fortune. La Tobin tax, la tassa sulle transazioni finanziarie, potrebbe generare tra i 60 e i 400 miliardi di dollari l'anno, colpendo soprattutto i più ricchi. In questo modo si potrebbero generare tutte le risorse necessarie per combattere la povertà africana e quindi anche il virus dell'AIDS.

Il denaro non manca. Quello che non c'è è la capacità di iniziativa politica.

Non si deve dimenticare un'altra terribile verità: la corruzione e il malgoverno in Africa. "La corruzione ha raggiunto un livello suicida nella nostra società", affermano i vescovi del Camerun. "È diventata talmente parte della nostra vita che chi la pratica non sente neanche il rimorso". A questo riguardo, bisogna riconoscere che in generale le élite africane hanno tradito la loro gente. Fra loro e le masse popolari, c'è un abisso spaventoso. E i frutti della corruzione e il malgoverno sono i bambini denutriti, le folle senza lavoro...

Il prezzo dei medicinali

Nonostante le promesse, non c'è ancora un trattamento antiretrovirale a basso costo. "Se io medico - ha detto Morten Rostrup, presidente del Consiglio internazionale dei Medici Senza Frontiere - ignoro un malato che ha un bisogno disperato di cure, vengo incolpato di cattiva pratica medica e posso essere accusato di un crimine. Oggi e ogni giorno, più di 8.000 persone con l'Aids muoiono. Eppure la comunità internazionale rifiuta ancora di identificare e finanziare una risposta globale adeguata. Stiamo assistendo a un crimine contro l'umanità".

Difficile che le cose cambino finché ci sono persone come Andrew Naxos, oggi direttore dell'USAID - è l'agenzia americana per gli aiuti umanitari all'estero.

Andrew Naxos è uno dei pochi uomini di cui il presidente George Bush si fida. Repubblicano di ferro, è un cristiano di rito greco, cresciuto tra i puritani del Massachusetts; è convinto che il peccato sia la causa dei mali dell'umanità. Appena nominato amministratore dell'USAID ha convinto il Presidente a negare ogni aiuto ai consultori familiari all'estero in cui si consiglia l'aborto. Ha accompagnato il segretario di Stato Colin Powell in Africa, ed è tornato sconvolto dalla distruzione del tessuto sociale provocata dall'Aids. Ha annunciato che userà il denaro dei contribuenti americani per promuovere il solo rimedio in cui crede: la castità.

Sin dai tempi in cui era al potere il libertino Bill Clinton, l'agenzia di aiuti americana distribuisce ogni anno agli africani tre milioni di profilattici gratuiti. Secondo le valutazioni dell'ONU ne servirebbero almeno altri 30 milioni, ma Naxos è scettico. "I profilattici - ha sostenuto - non sono efficaci al cento per cento: la cosa migliore è comportarsi bene".

Quanto ai milioni di africani che stanno morendo e non possono permettersi i costosi farmaci americani, dovranno rassegnarsi. "In Africa - ha spiegato al Boston Globe, Andrew Naxos, col tono di un esploratore di ritorno dal continente nero - molta gente non ha la nozione del tempo. I medicinali contro l'Aids devono essere presi ad ore precise, o non funzionano. Molti africani non hanno mai visto un orologio in vita loro. Se voi dite di prendere una pillola all'una del pomeriggio, non capiscono di cosa parliate. Conoscono l'alba, mezzogiorno, il tramonto, la notte: nient'altro". Toby Kasper, dei Medici senza frontiere, espone una situazione molto diversa. "I nostri pazienti - chiarisce - prendono due pillole al mattino e altre due alla sera. È tutto. Nessuno si è mai sballato".

Le priorità dei governi sono ben altre. L'Egitto, circondato da nazioni africane minate dal contagio, pretende una risoluzione che condanni senza mezzi termini "l'omosessualità maschile, la prostituzione e altre forme di sessualità irresponsabile". I paesi islamici minacciano di boicottare la conferenza se sarà raccomandato l'accesso delle donne a maggiori informazioni sul sesso. Per i consultori i negoziatori hanno trovato una terminologia pudica: "Servizi riproduttivi". Ma gli Stati Uniti vogliono che si usi l'espressione "cure riproduttive", perché sia ben chiara l'esclusione dell'aborto.

In Africa, soltanto 10 mila persone su decine di milioni ricevono i farmaci per la cura dell'Aids, che prolungano la vita di anni. La stragrande maggioranza dei malati viene abbandonata al suo destino. Nel documento dell'ONU c'era un vago accenno alla necessità che le industrie americane rinuncino all'esclusiva su medicinali che possono essere prodotti nel resto del mondo a un costo cento volte inferiore. È stato tolto.

Molti hanno argomentato che anche se fondi adeguati fossero disponibili, il trattamento non sarebbe applicabile in contesti di povertà. "Ci sono persone in Africa - osserva Fred

Minandi, un agricoltore del Malawi – che affermano che la gente non è capace di prendere le medicine perché non sa l'ora. Io posso non avere un orologio ma vi assicuro che da quando ho iniziato ad assumere la triterapia, cioè dall'agosto dell'anno scorso, non ho perso una dose. Sono uno dei primi pazienti che ha ottenuto gli antiretrovirali gratuitamente in Malawi e se oggi posso parlare è perché ho il trattamento".

L'unico modo di garantire un prezzo adeguato per i medicinali, è garantire a tutti i paesi poveri la possibilità di produrre al proprio interno o importare questi beni al di fuori del regime di proprietà intellettuale stabilito dall'accordo TRIPS. I governi occidentali poi, dovrebbero appoggiare l'interpretazione di questo accordo più favorevole al diritto alla salute, e trasferire al più presto conoscenze e quindi assistenza tecnico-legislativa a quelli più poveri. Infine gli incontri sull'accordo TRIPS non dovrebbero vedere solo la partecipazione dei soli tecnici del WTO e dei ministri del commercio, perché questo accordo non riguarda solo loro.

Le fusioni tra le maggiori multinazionali farmaceutiche

Delle fusioni che si susseguono a ritmo crescente, rischiano di essere vittime innocenti i pazienti dei diversi protocolli terapeutici, che a volte vengono letteralmente abbandonati perché l'azienda acquirente non ritiene né conveniente né interessante continuare la sperimentazione avviata dall'azienda acquistata.

La concentrazione delle multinazionali farmaceutiche porta con sé anche la concentrazione della ricerca, ovvero la forte riduzione del numero di molecole studiate e sperimentate, così come la contrazione dello spirito di iniziativa dei ricercatori, che viene indirizzato esclusivamente verso interessi specifici di poche aziende. Così si trascura ad esempio di ricercare soluzioni efficaci agli effetti collaterali sempre maggiori delle terapie anti-HIV.

Non si può poi dimenticare che la ricerca affidata alle sole multinazionali si concentra solo sulle malattie dei paesi ricchi, ovvero di chi può pagare – e molto – le medicine. Dal 1975 al 1999 sono stati prodotte 1393 nuove molecole, e tuttavia solo 13 (e quindi quasi l'1%) hanno riguardato la cura delle malattie tropicali, diffuse nei paesi poveri.

Glossario essenziale

AIDS: Sindrome da immunodeficienza acquisita (*Acquired immunodeficiency syndrome*), una grave malattia causata dal virus HIV, che distrugge le difese immunitarie dell'organismo, soggetto di conseguenza a gravi infezioni «opportunistiche» e a talune forme di cancro.

Anticorpi: sostanze secrete dai linfociti B in risposta all'aggressione sull'organismo di sostanze conosciute come antigeni. Ogni anticorpo è specifico per un particolare antigene. Nel caso del virus HIV, non tutti gli anticorpi prodotti sono neutralizzanti. Nonostante la loro presenza, il virus conserva la sua potenza distruttiva.

DNA: acido desossiribonucleico, una molecola di grandi dimensioni che conserva le informazioni genetiche e costituisce il fondamento dell'ereditarietà.

Elisa: abbreviazione di *Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay* (saggio di assorbimento legato a enzima o metodo immuno-enzimatico). Si tratta dell'esame sierologico (del sangue) più usato per stabilire se il corpo abbia reagito alla presenza del virus HIV.

Epidemia: l'insorgere di una malattia, temporaneamente ad elevato rischio di diffusione. L'insorgenza e l'estinzione di un'epidemia dipendono da fattori quali la gravità della malattia, le modalità di trasmissione dell'agente infettivo, le condizioni ambientali, la durata dell'incubazione e l'esistenza di portatori sani (asintomatici). È indispensabile elaborare le strategie per combattere un'epidemia sulla base di questi fattori. L'infezione da HIV può essere trasmessa, ma non è a elevato rischio di contagio. Il periodo di incubazione è lungo.

HIV: il virus dell'immunodeficienza umana, che causa l'Aids. Di questo virus esistono due tipi principali: HIV-1, responsabile della pandemia mondiale dell'Aids, e HIV-2, anch'esso causa dell'Aids e diffuso principalmente in Africa occidentale.

Immunosoppressione: riduzione dei meccanismi di difesa immunitaria dell'organismo.

Incubazione: intervallo tra il momento in cui il corpo viene in contatto con il microrganismo e il momento della comparsa dei primi sintomi della malattia. Nel caso dell'Aids, il periodo di incubazione è molto variabile; può durare da alcune settimane a mesi o persino ad alcuni anni.

Infezione opportunistica: infezione indotta da un microrganismo di solito ben tollerato dall'organismo, che può diventare patogeno quando le difese del corpo sono depresse. Le manifestazioni più gravi di Aids sono causate da infezioni opportunistiche.

Leucociti: cellule del sangue responsabili della difesa dell'organismo da agenti esterni.

Prevenzione: misure individuali o collettive finalizzate a limitare o a evitare il rischio di un incidente o malattia, riducendone le conseguenze e curandone gli effetti. Nell'ambito sanitario, la prevenzione comprende provvedimenti sociali nonché strettamente medici.

Retrovirus: virus il cui materiale genetico è composto da RNA, ma che è trasformato nella cellula in DNA da uno speciale enzima, la transcriptasi inversa. Il virus HIV è un retrovirus.

RNA: acido ribonucleico. Trasmette le informazioni genetiche conservate dal DNA nella cellula. Tutto il materiale genetico del virus dell'immunodeficienza umana è costituito da molecole di RNA.

Sieropositivo o HIV-positivo: soggetto che risulta positivo al test per la ricerca di anticorpi anti-HIV. Egli è venuto in contatto con il virus HIV e dovrebbe essere considerato potenzialmente contagioso tramite il suo sangue e i rapporti sessuali. Quando il test non individua anticorpi, il soggetto è detto «sieronegativo» o «HIV-negativo».

Sindrome: un insieme di sintomi e segni che possono costituire il comune denominatore di certe malattie. La sindrome da immunodeficienza costituisce la caratteristica essenziale dell'Aids, ma può verificarsi anche in altre patologie, come nelle malattie congenite o tumorali (leucemia), o può essere indotta da farmaci (terapia immunosoppressiva nei pazienti sottoposti a trapianto).

Sistema immunitario: tutti i meccanismi che intervengono a difendere l'organismo contro i cosiddetti antigeni, cioè agenti esterni (batteri, virus, parassiti) o sostanze tossiche. Il sistema immunitario riesce a distinguere gli aggressori presenti nell'organismo stesso da quelli esterni. Può riconoscere i nemici aggressivi, quelli contro i

quali è già in possesso di difese (naturali o acquisite). Sa organizzare il giusto attacco agli antigeni. A questo scopo usa: gli anticorpi (o immunoglobuline) presenti nel flusso circolatorio (risposta «umorale»); cellule specifiche chiamate linfociti B e T, capaci di riconoscere gli antigeni, organizzare la risposta e produrre nuovi anticorpi (risposta cellulare); i macrofagi che intervengono dopo i linfociti e gli anticorpi. I linfociti T4, che coordinano le difese immunitarie, sono cellule strategiche che costituiscono il bersaglio del virus HIV, che le paralizza e le distrugge.

Triterapia: efficace terapia per combattere l'HIV/AIDS composta da tre farmaci.

Virus: agenti infettivi responsabili di numerose patologie in tutti gli esseri viventi. Si tratta di particelle piccolissime (visibili soltanto al microscopio elettronico) che, diversamente dai batteri, possono sopravvivere e moltiplicarsi solamente all'interno di una cellula vivente a spese della cellula stessa.

I link del pianeta AIDS

Ecco alcuni siti internet dove poter avere informazioni sempre aggiornate sul tema dell'AIDS, e in particolare sulla situazione della malattia in Africa.

- <http://www.misna.org>

È l'agenzia di stampa dei missionari.

- <http://www.unimondo.org>

Vera miniera di informazioni da parte di buona parte delle ONG del mondo.

- <http://www.unaids.org>

Ufficio delle Nazioni Unite che si occupa dell'Aids.

- <http://allafrica.com/aids/>

Tutte le notizie sull'Aids, aggiornate costantemente da allAfrica.com.

- <http://www.msf.org>

È il sito dell'organizzazione Medici senza frontiere.

- <http://www.mg.co.za/>

Daily Mail & Guardian, quotidiano sudafricano pioniere dell'online.

- <http://www.aids.it>

Sito dell'Ospedale «Sacco» di Milano.

- <http://www.lila.it>

Sito della Lega per la lotta all'AIDS.

- <http://www.anlaids.it>

Sito dell'Associazione per la lotta all'AIDS.

Tabella: Statistiche e caratteristiche dell'epidemia per regione alla fine del 2002

Regione	Inizio dell'epidemia	Adulti e bambini che vivono con l'HIV-AIDS	Nuovi casi d'infezione tra gli adulti e i bambini nel 2002	Tasso di prevalenza tra gli adulti	Femmine in % tra gli adulti sieropositivi	Principali modi di trasmissione tra gli adulti ¹⁰
Africa subsahariana	Fine anni '70 inizio anni '80	29,4 milioni	3,5 milioni	8,8%	58%	Etero
Africa del Nord e Medioriente	Fine anni '80	550.000	83.000	0,3%	55%	Etero, ID
Asia del Sud e del Sudest	Fine anni '80	6 milioni	700.000	0,6%	36%	Etero, ID
Asia dell'Est e Pacifico	Fine anni '80	1,2 milioni	270.000	0,1%	24%	ID, etero, omo
America Latina	Fine anni '70 inizio anni '80	1,5 milioni	150.000	0,6%	30%	Omo, ID, etero
Carabi	Fine anni '70 inizio anni '80	440.000	60.000	2,4%	50%	Etero, omo
Europa orientale ed Asia centrale	Inizio anni '90	1,2 milioni	250.000	0,6%	27%	ID
Europa occidentale	Fine anni '70 inizio anni '80	570.000	30.000	0,3%	25%	Omo, ID
America del Nord	Fine anni '70 inizio anni '80	980.000	45.000	0,6%	20%	Omo, ID, etero
Australia e Nuova Zelanda	Fine anni '70 inizio anni '80	15.000	500	0,1%	7%	Omo
Totale		42 milioni	5 milioni	1,2%	50%	

Fonte: UNAIDS e OMS, 2002

Sito WEB della SMA - Società delle missioni Africane - Genova
È vietata la riproduzione totale o parziale senza il consenso scritto dell'editore.
Reproduction in whole or in part without express written permission is prohibited.

Copyright ©2008 SMA - All rights reserved

¹⁰ Etero: trasmissione eterosessuale (uomo-donna); homo: trasmissione sessuale tra uomini; ID: trasmissione attraverso l'iniezione di droghe.