

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

FACOLTA' DI SCIENZE STATISTICHE DEMOGRAFICHE E SOCIALI

TESI DI LAUREA

TITOLO: L'AIDS E L'HIV NEI PAESI DELL'AFRICA DEL SUD

RELATORE: CH.MA MARIA CASTIGLIONI

LAUREANDA: ROSSELLA SALVIATO

ANNO ACCADEMICO:2002-2003

L'AIDS E L'HIV NEI PAESI DELL'AFRICA DEL SUD

.....Ahi, Africa (e il figlio scivola dal ventre anche se
il Padre irriga il corpo di rose sangue latte)
vivo e sono i tuoi dolori
la tua rassegnata mansuetudine
il tuo tam tam venduto a suon di dollari
dai Signori che ti hanno resa merce
avallata al lume del dogma
usarono e abusarono delle case padronali e catapecchie
concepirono l'architettura delle favelas
fosti la corona di spine che contorna le città
la meta delle armi confezionate su misura
imparasti dal Bianco la vertigine
dello strano insipido dio chiamato Consumo
nella tua diaspora e nel tuo stesso seno
la memoria crivellata quasi estinta
da me dal tuo Brasile strapparono le foglie
della vergogna per non piangere enumerare
morti malattie e lacrime.....

Tratto da "poesie" di Heleno de Oliveira

INDICE TESI

Introduzione	4
Capitolo 1: La descrizione del virus	
1.1- Alcune domande sulla conoscenza del virus.....	5
1.2- I tipi di trasmissione.....	10
1.2.a- La trasmissione materno – fetale.....	10
1.2.b- La trasmissione sessuale.....	12
1.3- La storia dell’HIV.....	14
1.4- L’AIDS nel mondo.....	20
CAPITOLO 2: Le conferenze internazionali	
2.1- Conferenza di Durban (9-14 LUGLIO 2000).....	26
2.2- Studi presentati alla Conferenza di Durban.....	30
2.3- Big Pharma e Medicine Act.....	32
2.4- La battaglia legale contro il monopolio dei farmaci.....	34
2.5- Dichiarazione di Doha (novembre 2001).....	37
2.6- XIV Conferenza Internazionale di Barcellona(2002).....	36
CAPITOLO 3: Impatto demo-socio-economico	
3.1- Impatto demografico dell’AIDS.....	42
3.2- L’impatto sociale.....	44
3.2.a- La famiglia.....	43
3.2.b- Il sistema scolastico.....	44
3.2.c- La sanità.....	46
3.3- L’impatto economico.....	48
3.3.a- L’agricoltura.....	49
3.3.b- L’occupazione nell’industria.....	49
CAPITOLO 4: I problemi sociali	
4.1- Ruolo dell’informazione tra i giovani.....	52
4.2- La povertà.....	55
4.3- Le donne giovani.....	58
4.4- Violenza sulle donne e sui bambini.....	61

CAPITOLO 5: Fattori di protezione

5.1- Post - porre il primo rapporto sessuale.....	65
5.2- Astinenza prima del matrimonio.....	66
5.3- Partner regolare.....	67
5.4- Uso del preservativo.....	68
CONCLUSIONI	71
APPENDICE	72
BIBLIOGRAFIA	76

INTRODUZIONE:

Nel 1991, l'HIV e l'AIDS sono stati visti come una forte crisi nell'ambito sanitario. Allora era stato stimato che nell'Africa Sub-Sahariana, nell'arco di 10 anni, circa 9 milioni di persone si sarebbero infettate (5 milioni delle quali destinate a morire): una sottostima dimostrata dai dati forniti dall'UNAIDS come si può vedere nella figura 1. In questo scritto si mostra come il trend dell'infezione da HIV avrà un forte impatto sulla popolazione africana e sulla crescita economica. Inoltre questo scritto cerca di dimostrare che tanti anni di lotta all'epidemia ha portato diversi risultati specialmente nei paesi del Sud dell'Africa che risultano i più colpiti dal virus. Si può vedere che i paesi ricchi o in via di sviluppo hanno abbassato notevolmente i tassi d'infezione grazie ad interventi politici mirati, a programmi ed interventi finanziati dai governi e ai supporti economici alle famiglie per l'acquisto dei farmaci.

Stima del numero di malati di HIV/AIDS alla fine del 1999 (UNAIDS)

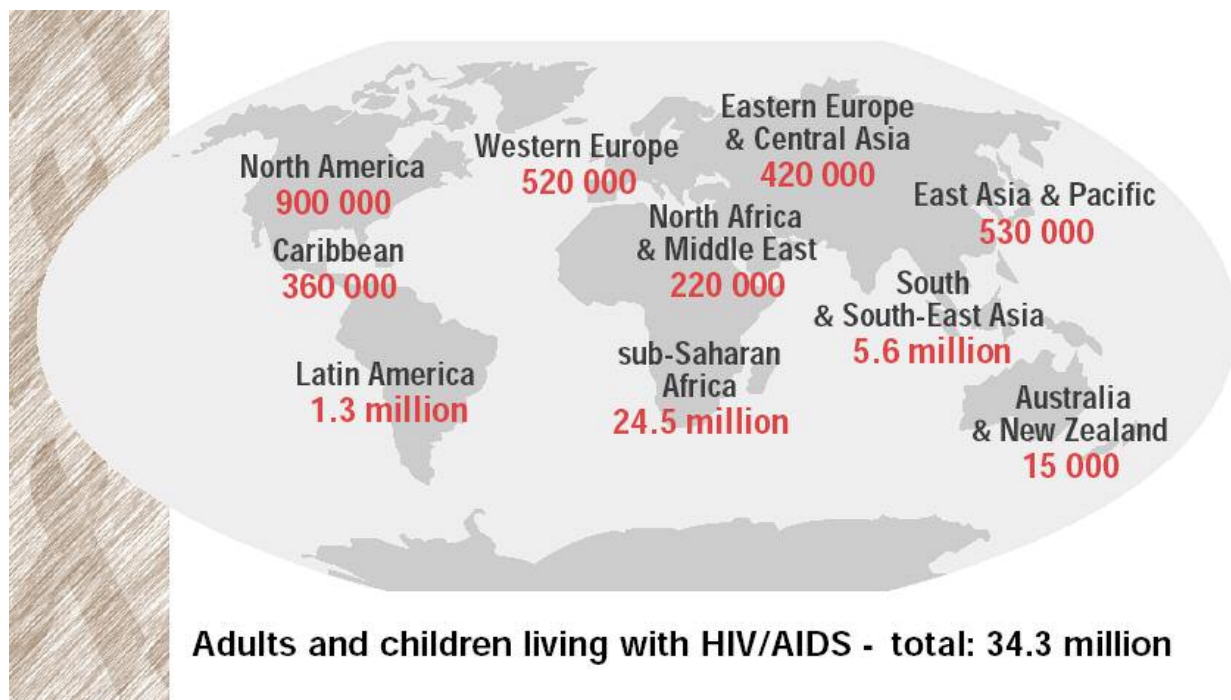


fig.1

CAPITOLO 1: La descrizione del virus

1.1- Alcune domande sulla conoscenza del virus:

In questa prima parte del capitolo si cercherà di chiarire le differenze tra HIV e AIDS e di portare a conoscenza quali sono i meccanismi di trasmissione del virus e i suoi sintomi.

Cos'è l'infezione HIV?

L'HIV è il virus di immunodeficienza umana, l'organismo che causa l'AIDS. L'HIV è trovato nei liquidi corporali (in modo particolare nel sangue, nello sperma, nelle secrezioni vaginali, e nel latte materno) delle persone infette dal virus. Una persona può essere infettata dall'HIV senza neanche saperlo. Tuttavia essa può essere infetta dall'HIV per molti anni (spesso più di 10 anni) prima di contrarre l'AIDS.

Cos'è l'AIDS?

L'AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) è una condizione causata dall'HIV. Accade quando il sistema immunitario di una persona è indebolito dall'infezione HIV, che limita la capacità del corpo di difendersi dalle malattie e dalle infezioni. I centri sanitari di controllo e prevenzione delle malattie delineano l'AIDS come una condizione causata in una persona che:

- Ha un'infezione HIV documentata in laboratorio
- Ha avuto un indice CD4 (un tipo indefinito di cellula che combatte l'infezione) minore di 200
- Ha avuto una o più malattie che determinano l'AIDS (alcune delle quali sono elencate di seguito):
 - Candidosi (un'infezione dell'esofago e dell'apparato respiratorio)
 - Cancro cervicale invadente
 - Cryptosporidiosis di durata superiore ad un mese (diarrea causata da un parassita)
 - Cytomegalovirus (CMV; un virus che può attaccare molti apparati organici)
 - Infezione del virus dell'Herpes simplex; ulcere croniche
 - Sarcoma di Kaposi (un tipo di cancro che di solito accade nella pelle)
 - Linfoma (un tipo di cancro che di solito coinvolge i linfonodi o la milza)
 - Mycobacterium avium complex (un'infezione batterica che causa febbre, perdita di peso e malattia gastrointestinale)
 - Pneumocystis pneumonia (PCP; un'infezione del polmone)

- Polmonite batterica periodica
- Infezione cerebrale Toxoplasmosi (una malattia causata da un parassita)
- Tuberculosi (TBC; una malattia contagiosa che ha spesso un effetto deleterio sui polmoni)
- Sindrome progressiva (perdita di peso significativa, diarrea, e febbre)

Qualche volta una persona con l'AIDS soffre di infezioni e si sente male. Altre volte una persona può sentirsi bene e può partecipare alle normali attività.

Come si trasmette l'infezione HIV?

L'infezione HIV si trasmette attraverso il sangue e i liquidi corporali (soprattutto lo sperma, le secrezioni vaginali e il latte materno) degli individui infetti. Esso si può trasmettere mediante:

- Contatto sessuale (soprattutto rapporti sessuali vaginali o anali). La trasmissione mediante sesso orale può succedere, ma il rischio è molto più basso.
- Sangue e altri fluidi corporali, per mezzo di:
 - Scambio di siringhe, droghe e gli arnesi della droga
 - Ricevendo trasfusioni di sangue infetto o prodotti di sangue e/o trapianti di organi infetti
 - Usando strumenti di foratura della pelle contaminati (aghi, siringhe, lamette da barba, aghi per tatuaggi, o strumenti di circoncisione)
 - Dopo una ferita causata da aghi contaminati o altri oggetti acuminati
 - Dopo aver ricevuto uno schizzo di sangue infetto o di liquidi corporali sulle membrane mucose (come gli occhi)
- Metodi perinatali (passati da madre a neonato durante la gravidanza, parto o allattamento al seno)

Quali sono i fattori di rischio dell'infezione HIV?

Alcuni comportamenti pongono le persone a rischio di HIV. I fattori primari di rischio di HIV includono:

- Intraprendere sesso rischioso
- Fare sesso con più di un partner o con un partner che ha o ha avuto più di un partner o che fa uso o ha usato droghe

- Scambio di siringhe, droghe e arnesi per la droga
- Ricevere una trasfusione o una terapia di sangue o prodotti di sangue
- Farsi fare un tatuaggio o un foro nella pelle
- Avere un lavoro (ad esempio un dipendente di un istituto sanitario) che espone una persona al sangue o ad altri liquidi corporali

Anche avere una Malattia Sessualmente Trasmissibile incrementa il rischio di trasmettere o acquisire l'HIV.

Come evitare di prendere l'infezione HIV?

La probabilità di essere infettati dall'HIV può essere ridotta evitando comportamenti ad alto rischio. L'astinenza è un modo sicuro per evitare l'acquisizione dell'HIV attraverso l'atto sessuale. Il rischio di infezione dall'HIV facendo sesso è basso se la relazione è monogama e dura un lungo periodo con una persona non infetta. La migliore maniera di prevenire l'HIV è astenersi da pratiche sessuali malsicure e dalle droghe.

Per ridurre i rischi:

- Usare profilattici di lattice o di poliuretano durante i rapporti sessuali
- Limitare il numero di partner sessuali
- Evitare di scambiare le siringhe, droghe e arnesi per la droga
- Evitare di fare sesso con partner che hanno comportamenti rischiosi
- Evitare di usare strumenti di foratura della pelle che non sono stati disinfettati
- I lavoratori presso strutture sanitarie dovrebbero seguire sempre delle precauzioni ordinarie

Quali sono i sintomi dell'infezione HIV e dell'AIDS?

Le persone infette dall'infezione HIV potrebbero non presentare nessun sintomo. Ci vogliono 10 anni o più tra l'infezione HIV e la diagnosi dell'AIDS. Ora, con i progressi nella terapia, questo ritardo di tempo può essere prolungato. Una volta che i sintomi iniziano a svilupparsi, essi possono includere:

- Un'inspiegabile perdita di peso che dura almeno un mese
- Diarrea per diverse settimane o di più
- Uno strato bianco sulla lingua
- Ghiandole allargate o infiammate nel collo, nelle ascelle e/o in altre parti del corpo
- Una tosse che persiste per più di un mese

- Febbre persistente e/o sudore nella notte
- Infezioni vaginali persistenti

Poiché questi sintomi possono essere causati da altre malattie, un esame deve essere eseguito per confermare la presenza dell'HIV.

Può un'infezione da HIV portare ad altri problemi di salute?

L'HIV indebolisce il sistema immunitario rendendo una persona infetta dall'HIV sensibile a molte infezioni che il corpo è normalmente capace di contrastare. Queste sono spesso referenziate come infezioni opportunistiche o malattie che definiscono l'AIDS. Molte condizioni possono essere particolarmente severe, difficili da curare, e ricorrenti in individui con l'infezione HIV.

Qual'è l'incidenza dell'infezione HIV sulla gravidanza?

I bambini nati da madri con l'infezione HIV possono contrarre il virus HIV durante la gravidanza, le doglie, il parto e l'allattamento al seno. Circa il 20% dei neonati di madri non curate negli Stati Uniti acquisiranno l'infezione HIV; le percentuali di trasmissione sono più alte in alcune parti del mondo.

Ci sono attualmente alcune opzioni terapeutiche (droghe antivirali) che possono ridurre fortemente l'indice di trasmissione dell'HIV dalla madre al bambino. Poiché il virus HIV può anche essere trasmesso attraverso il latte materno, le madri positive all'HIV vengono informate di non allattare al seno i propri neonati. Tuttavia in alcune zone del mondo dove le infezioni infantili (diverse dall'Hiv) sono frequenti e possono essere fatali, il rischio di trasmissione dell'HIV deve essere valutato contro i rischi associati al non allattamento al seno.

Come viene diagnosticata l'infezione HIV?

Vi sono esami del sangue per determinare se una persona è infettata dall'HIV. La diagnosi dell'infezione HIV viene eseguita dalla scoperta di anticorpi all'HIV su uno stesso campione di sangue con due esami differenti, con il secondo esame che permette di confermare il primo. Poiché questi esami cercano gli anticorpi invece del virus attuale, è possibile che tra il momento in cui l'infezione accade e il momento in cui i livelli di anticorpi sono alti abbastanza per essere rilevati, un esame dell'HIV risulti negativo persino se la persona è attualmente infetta dall'HIV. Questo

intervallo di tempo utile varia da persona a persona. Quindi le persone che pensano di poter essere infette devono aspettare 2-6 mesi dalla loro ultima esposizione possibile prima di essere esaminati. Vi sono altri esami del sangue che possono cercare la presenza attuale e la quantità di virus nel sangue. Tuttavia questi esami sono molto costosi e vengono usati soprattutto in decisioni terapeutiche per persone che si sa essere già state infettate dall'HIV.

C'è una terapia o una cura per l'infezione HIV o per l'AIDS?

Al momento non vi sono cure per l'infezione HIV e per l'AIDS. Tuttavia con l'uso combinato delle nuove droghe antivirali (nota come terapia combinata) come pure droghe per prevenire infezioni opportunistiche, molte persone con l'infezione HIV e l'AIDS hanno esteso e migliorato la qualità della loro vita e ritardato il progredire dell'infezione HIV verso l'AIDS. Queste droghe possono causare numerosi effetti collaterali che richiedono il passaggio ad un'altra droga o la cessazione dell'uso. Inoltre la terapia combinata richiede l'assunzione di enormi quantità di pillole su una scaletta complicata. Queste droghe sono anche molto costose e non sono disponibili a molte persone nei paesi industrializzati come pure in molte parti del mondo, dove vive la maggioranza degli individui con l'infezione HIV e l'AIDS.

1.2 I tipi di trasmissione:

Vediamo adesso quali sono i due principali tipi di trasmissione del virus nei paesi africani differenziando il TMF o trasmissione materno - fetale dalla trasmissione sessuale.

1.2.a – La trasmissione materno - fetale

La trasmissione verticale, cioè da madre a bambino, rappresenta la principale via di contagio dell'infezione da HIV in età pediatrica soprattutto nei paesi del Sud dell'Africa. Infatti, oltre il 95% dei casi di AIDS pediatrico sono riscontrati nei bambini nati da madre sieropositiva. La trasmissione del virus può avvenire durante la gravidanza, al momento del parto o nel post-partum, sebbene vi sia una evidenza sufficientemente ampia che l'infezione avvenga in misura più frequente al momento del parto.

La frequenza di trasmissione varia, in assenza di terapia antiretrovirale, tra il 7 e il 40%.

Vediamo quindi quali sono i principali fattori in grado di aumentare il rischio di trasmissione verticale:

- .. Condizioni cliniche materne (stadio clinico, deficit di vitamina A, presenza di coinfezioni);
- .. Situazione immunologica materna (anticorpi neutralizzanti, anti Gp 120);
- .. Presenza di altre malattie sessualmente trasmesse;
- .. Caratteristiche virologiche (carico virale nel siero e nei secreti cervico-vaginali, fenotipo, tropismo, Ag p24);
- .. Caratteristiche genetiche del neonato (antigeni di istocompatibilità, assenza di recettori specifici);
- .. Modalità di espletamento del parto
- .. Un travaglio prolungato > 4 ore e/o una rottura prematura delle membrane;
- .. Età gestazionale (prematùrità);
- .. Allattamento al seno;
- .. Terapia antivirale in gravidanza;
- .. Fattori comportamentali, quali la modalità di acquisizione dell'infezione, l'uso di droga in gravidanza e abitudini di vita a rischio associate.

E' possibile riconoscere il momento in cui è avvenuta la trasmissione del virus osservando la positività del test in funzione della distanza dal parto.

Infezione intrauterina:

Un bambino è classificato come infettato entro l'utero materno se dal momento in cui viene effettuato il test si ha come risultato la positività entro le 48 ore.

Secondo uno studio di Newell del 1998 nelle donne che non hanno allattato i loro bambini circa 1/3 delle trasmissioni madre-bambino avvengono durante il periodo intrauterino, mentre per le donne che allattano 1/4 delle trasmissioni madre-bambino avvengono sempre in periodo intrauterino (vedi tabella 1).

Tabella 1:% di infezione HIV acquisita durante o dopo la gravidanza senza terapie antiretrovirali tra i bambini con HIV

	Allattati/parzialmente allattati	Non allattati
Durante il periodo intrauterino	20%	33%
parto	45-50%	67%
Post-parto attraverso l'allattamento	30-35%	0

infezione intra-parto:

Un neonato è considerato infetto da parto se il test risulta negativo nelle prime 24 ore dopo il parto ma positivo entro i 90 giorni dal parto.

Infezione post-parto:

un bambino è considerato infettato dopo il parto se il test è risultato negativo tra i 2 –6 mesi e successivamente positivo.

Quindi per studiare il rischio di infezione dopo il parto si deve tener conto della negatività del test dalla nascita e della lunghezza dell'allattamento.

Sia a la lunghezza dell'allattamento espressa in mesi e sia $k, a N_x$ il numero di bambini che nascono da madre sieropositiva di età x che allatta per a mesi ma hanno test negativo nei primi k mesi. E siano $k, a P_x$ i bambini che hanno test positivo al mese k allora

$$k, a T_x = \frac{k, a P_x * 100}{(k, a N_x)}$$

rappresenta il rischio di infezione al mese k per durata dell'allattamento.

Vediamo alcuni risultati su campioni diversi di neonati esposti in tabella:

studio	Negatività del test dal parto (mesi)	Tempo medio di allattamento (mesi)	Rischio di infezione postnatale attraverso l'allattamento	Campione di neonati
	k	a	k,aTx	k,aNx
Leroy,1998	2.5-15.7	15	9.2%	429
Taha,1998	7 settimane		9.6%	621
Ekipini,1997	3-6	20	12%	45
Bertolli, 1996	3-5	12	4%	189
Simonon,1994	3	19	4.9%	180

Il rischio di infezione post-parto attraverso l'allattamento risulta così tra il 4-12 % dopo circa 3 mesi di età.

1.2.b – La trasmissione sessuale:

La trasmissione per via sessuale avviene attraverso rapporti con partner infetti ed è l'infezione che più si presenta nei paesi dell'Africa sub-sahariana.

Nei paesi del sud dell'Africa l'uso degli anticoncezionali è molto basso quindi è utile vedere quali indici sono di interesse per lo studio della trasmissione sessuale del virus. Siano D_x le donne sessualmente attive di età x , sD_x le donne sieropositive di età x e D il totale delle donne sessualmente attive, allora:

$$F_x = \frac{sD_x}{D_x}$$

rappresenta la percentuale di donne di età x ammalate di HIV e

$$\text{tot,aF}_x = \frac{sD_x}{D}$$

D

rappresenta l'incidenza dell'HIV dell'età x sul totale delle donne 15-49 (cioè sessualmente attive).
Con questi tassi sarà possibile costruire i grafici che saranno presentati più avanti nei capitoli successivi spesso comparando le infezioni tra maschi e femmine.

1.3 - La storia dell'HIV

1981

Ad Atlanta, negli Stati Uniti, viene riscontrato un improvviso aumento di diagnosi di casi di polmonite da *Pneumocystis carinii* e di Sarcoma di Kaposi in giovani omosessuali. Al fatto non è data particolare rilevanza finché, nel Luglio dello stesso anno il New York Times pubblica la notizia accompagnata da constatazioni allarmanti:

- 1) i decorsi clinici della malattia risultano straordinariamente gravi;
- 2) sono colpiti soggetti molto più giovani di quanto non avvenga normalmente;
- 3) si manifestano centinaia di casi (422), molti si concludono con decessi (159). Subito si parla di epidemia e viene associata all'omosessualità.

1982

A seguito del verificarsi di casi di questa nuova malattia tra gli emofilici, si fa strada l'ipotesi che si tratti di una anomalia legata al sangue. Nel corso di un congresso promosso dalla Fda (Federation Aids) sui prodotti ematici, Bruce Voeller, già direttore della National Gay Task Force propone di chiamare Acquired Immune-Deficiency Syndrome (Aids) questa nuova malattia. I casi di Aids negli Usa salgono a 1614 e le morti a 619.

1983

Un altro gruppo colpito risulta essere quello dei tossicodipendenti, mentre cominciano a manifestarsi casi in altre parti del mondo. In Francia l'Istituto Pasteur individua un virus che sembrerebbe legato alla malattia, diventa chiaro che si è di fronte a una nuova malattia che distrugge il sistema immunitario, rendendolo facile preda di infezioni che in condizioni di buona salute potrebbero essere facilmente contrastate dall'organismo.

1984

Ci si rende conto che un agente infettivo trasmissibile è il responsabile del diffondersi della malattia: l'HIV viene identificato come l'agente causale dell'AIDS. Negli Usa i casi sono saliti a 11.055, le morti a 5620.

1985

Vengono messi a punto i primi test per individuare la presenza di anticorpi ad HIV. Iniziano ad essere testati anche gli emoderivati in Usa e Giappone. Ad Atlanta si tiene la I Conferenza Internazionale Aids sponsorizzata dall'OMS. Partecipano 2000 ricercatori in rappresentanza di 30 nazioni. Viene denunciata la presenza del focolaio africano. Negli Usa i casi sono saliti a 22.996, i

morti a 12.592. In Europa i casi sono 1617, in Italia 25. Nel mondo si valutano in 20.008, ma non ci sono dati sull'Africa. Si inizia a parlare di trasmissione eterosessuale.

1986

A Parigi si svolge la II Conferenza Internazionale AIDS. Si hanno le prime stime sull'infezione in Africa. L'OMS stima tra i 5 e i 10 milioni i sieropositivi nel mondo. Anche in Europa si iniziano a testare gli emoderivati. E' evidente ormai che l'AIDS colpisce indifferentemente uomini e donne, siano essi gay o eterosessuali, bambini e vecchi. In Italia i casi registrati sono 273. Emerge con chiarezza l'importanza delle campagne preventive e si inizia a parlare di farmaci promettenti nel contrastare l'infezione.

1987

A Washington si tiene la III Conferenza Internazionale AIDS con oltre 12.000 delegati in rappresentanza di 110 nazioni. L'amministrazione statunitense partecipa al congresso con tutte le sue agenzie federali. L'Assemblea Mondiale della Sanità approva una strategia globale per fronteggiare l'epidemia. Viene approvata la prima molecola anti AIDS, è l'Azt. In Italia i casi sono ormai diventati 800 e nel mondo oltre 50.000.

1988

A Stoccolma si svolge la IV Conferenza Internazionale AIDS. Per la prima volta è nutrita la partecipazione di ricercatori provenienti dalle nazioni in via di sviluppo. I casi italiani salgono a 1685 e nel mondo sono 96.443. Per la prima volta viene celebrata il 1 dicembre la giornata mondiale Aids.

1989

Montreal ospita la V Conferenza Internazionale AIDS. Per la prima volta gli attivisti fanno sentire in questa sede la loro voce occupando il palco e gridando le loro rivendicazioni. I casi di AIDS nel mondo sono circa 160.000, in Italia 3500. Negli Usa, per effetto delle proteste degli attivisti la Burroughs Wellcome è costretta ad abbassare il prezzo dell'Azt.

1990

Ronald Regan ammette di non avere adeguatamente considerato in passato l'epidemia di AIDS. Questo non basta certamente a dare soddisfazione alle migliaia di attivisti che a San Francisco, in occasione della VI Conferenza Internazionale AIDS, manifestano per richiamare l'attenzione sulla malattia e contestare le norme discriminatorie introdotte da George Bush. In tutto il mondo i casi di Aids sono 254.000, in Uganda oltre 12.000, in Francia 8883, in Italia 6759.

1991

Viene approvato un nuovo farmaco anti AIDS: è la ddI, anch'essa, come l'Azt, inibisce la trascrittasi inversa. Firenze ospita la VII Conferenza Internazionale Aids. Il nostro paese registra 9053 casi, 47.594 in Europa, 380.000 nel mondo. Circa 10 milioni sono i sieropositivi nel mondo.

1992

Viene approvata dall'Fda (Food and Drug Administration) la ddC, un altro inibitore della trascrittasi inversa. Prende avvio il primo studio clinico con una terapia di combinazione a due farmaci. Per l'VIII Conferenza Internazionale Aids si sarebbe dovuti tornare negli Usa a Boston, ma il permanere delle norme restrittive sull'ingresso in territorio nordamericano di malati e sieropositivi convinse gli organizzatori a spostarsi ad Amsterdam. In Italia i casi di AIDS sono saliti a 13.668, negli Usa oltre 213.000, in Uganda oltre 30.000, in Europa sono 71.568.

1993

In Francia scoppia lo scandalo del sangue infetto: quattro funzionari della banca del sangue vanno in prigione. A Berlino si svolge la IX Conferenza Internazionale AIDS. Nel mondo oltre 600.000 sono i casi di AIDS. Si inizia a osservare che nel Sud Est Asiatico la diffusione del virus procede molto rapidamente.

1994

L'Fda approva un nuovo farmaco, il d4T: è un inibitore della trascrittasi inversa. La X Conferenza Internazionale Aids si tiene a Yokohama: è l'ultima Conferenza a cadenza annuale. I casi di AIDS riportati dall'OMS sono complessivamente 985.119, con un aumento del 37 per cento rispetto l'anno precedente, tuttavia l'OMS stima un totale molto alto e cioè circa 4 milioni di casi. Su quelli riportati, il 42 per cento appartiene agli Stati Uniti, il 33,5 per cento all'Africa, l'11,5 per cento all'Europa, l'11,5 per cento all'America Latina, l'1 per cento all'Asia e lo 0,5 per cento all'Oceania. Ancora più preoccupanti i dati riguardanti i sieropositivi che in tutto il mondo sono stimati in 16 milioni e in un milione i bambini (principalmente in Africa). In Italia ci sono 100 infezioni da HIV ogni milione di abitanti.

1995

Dopo dieci anni questo è il primo a non avere una propria Conferenza Internazionale. Nel giugno 1995 l'OMS stima che nel mondo siano 15 milioni le persone con infezione da HIV. Se il modello su cui poggia tale stima è corretto per il 2000 ci si attendono almeno 30 milioni di persone sieropositive nel mondo. Alle soglie del terzo millennio si stimano in 10 milioni le persone che saranno morte a seguito dell'Aids, saranno 5 milioni i bambini affetti da Aids e 10 milioni gli orfani a causa dell'Aids sotto i dieci anni di età. Viene registrato il saquinavir, il primo inibitore

della proteasi e il 3TC, inibitore della trascrittasi inversa particolarmente sinergico con altri inibitori. In Italia si registrano 4515 nuovi casi: è l'anno in cui se ne registra il più alto numero

1996

E' l'anno di svolta. La monoterapia e anche la duplice terapia sono da abbandonare. A gennaio vengono presentati studi clinici che mostrano quello che in breve diventa lo standard di terapia: l'Haart (Highly Active Anti-Retroviral Therapy) associazione di due inibitori della trascrittasi inversa e di un inibitore della proteasi. Nello stesso momento viene messo a punto un sistema per misurare la carica virale. Tale misurazione non solo è predittiva del decorso dell'infezione ma consente anche di misurare sul singolo paziente la risposta alla terapia il cui obiettivo diventa l'azzeramento della carica virale, cioè l'assenza nel sangue di particelle di Rna virale. David Ho (matematico e studioso americano) lancia la sua personale sfida al virus: i suoi dati, basati su un modello matematico, indicherebbero la possibilità di eradicare il virus. David Ho è l'uomo dell'anno secondo Times. Molti i nuovi farmaci disponibili per le combinazioni che ampliano l'offerta terapeutica per le persone con Hiv: viene registrata la Neviparina, il primo farmaco di una nuova classe, gli inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa; l'Indinavir e il Ritonavir, entrambi inibitori della proteasi. La XI Conferenza Internazionale Aids a Vancouver si chiude con la convinzione che sia stata la Conferenza in cui si è iniziato ad intravedere una luce in fondo al tunnel.

1997

Gli effetti delle nuove terapie non tardano a essere evidenti: calo rapido e netto della mortalità per Aids, riduzione drastica dei ricoveri. Torna la fiducia e l'entusiasmo tra medici e persone con Hiv. La partita allora si sposta sull'assoluta necessità di facilitare l'accesso in terapia e i farmaci per tutti. Se questo rappresenta un problema nel Nord del mondo è addirittura una chimera per il Sud del mondo dove si continua a morire nonostante gli strumenti messi a punto dalla ricerca. Nel mondo sono oltre 22 milioni le persone con HIV. In Italia i nuovi casi registrati dal Centro Operativo Aids sono 3292.

1998

I risultati delle ricerche cliniche condotte con le terapie di combinazione vengono presentati alla XII Conferenza Internazionale Aids di Ginevra. Anche con l'Haart si iniziano a vedere i primi fallimenti terapeutici. Due le tematiche che emergono con prepotenza e che rappresentano ancora oggi delle sfide cui rispondere: se la terapia non riesce ad azzerare rapidamente la replicazione virale, l'Hiv sviluppa resistenza ai farmaci e, pur essendo aumentate le molecole disponibili, spesso ci si trova di fronte a resistenze crociate, perciò occorre allestire rapidamente strategie di salvataggio. Gli indiscutibili successi della scienza nel contrastare l'HIV (negli Usa la mortalità

per AIDS si è quasi dimezzata), da un lato generano la sensazione che l'AIDS sia battuto e quindi l'epidemia arrestata, dall'altro accrescono la sensazione che il Nord e il Sud del mondo siano sempre più distanti. Ecco che allora si abbassa la guardia confondendo il numero dei casi di Aids conclamato, ridotto per effetto delle terapie, con il numero delle nuove infezioni che invece non accenna assolutamente a diminuire. Nel mondo, solo nel 1998, si stimano in 5,8 milioni le nuove infezioni da HIV. In Italia secondo il COA (Centro Operativo Aids) la percentuale delle persone che si sono infettate per via sessuale è addirittura aumentata. Il numero dei nuovi casi di AIDS è di 1926.

1999

Sono ormai molti i nuovi farmaci disponibili (ma come al solito il loro arrivo in Italia - e in gran parte dell'Europa - ha tempi più lunghi per cui si dovranno aspettare almeno dodici mesi dalla loro commercializzazione negli Usa): l'Abacavir, un inibitore della trascrittasi inversa, il Nelfinavir, inibitore della proteasi e, infine altri due inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa: la Delaviridina e l'Efavirenz. L'Fda garantisce procedure d'approvazione accelerate per un nuovo inibitore della proteasi, l'Amprenavir, ma molte altre sono le molecole prossime ad essere registrate. Nel mondo si verificano 10 nuove infezioni ogni minuto. A settembre l'International AIDS Society (IAS) organizza la Rome State-of-the Art Conference on Treatment of Hiv Infection e lancia il progetto "Share": per chiamare a una mobilitazione collettiva e planetaria tutti coloro che sono convinti che solo attraverso la riduzione delle disuguaglianze tra nord e sud del mondo si può battere il nemico AIDS. Negli stessi giorni viene reso noto che circa l'8 per cento della popolazione sud-africana è sieropositiva e 3,6 milioni di persone hanno l'AIDS: questi numeri rendono il Sud Africa una delle nazioni più colpite al mondo dall'infezione da HIV. A fine dicembre i numeri dell'AIDS comunicati dall'UNAIDS indicano 5,6 milioni di nuove infezioni nel corso dell'anno che fanno salire a 33,6 milioni le persone con HIV/AIDS nel mondo. Dall'inizio dell'epidemia le morti giungono a 16,3 milioni

2000

Il dibattito sull'AIDS si concentra sulle dimensioni geopolitiche della pandemia, in preparazione della Conferenza Mondiale di Durban. Medici Senza Frontiere lancia la sua campagna per l'accesso ai farmaci, destinando ad essa l'intero importo ottenuto dal premio Nobel vinto l'anno prima. La questione dell'accesso ai farmaci attraversa l'intero anno dividendo in due il campo: chi sostiene che i brevetti dei farmaci debbano essere sempre e comunque rispettati, chi sostiene che, di fronte alla catastrofe sanitaria, i paesi poveri possono/devono trovare forme diverse di approvvigionamento dei farmaci, ivi inclusi i cosiddetti generici- farmaci prodotti con lo stesso principio attivo ma non dall'azienda che detiene il marchio commerciale. Il presidente Clinton

definisce l'AIDS un problema che minaccia la sicurezza nazionale degli Usa e adotta un piano Marshall per affrontare l'AIDS in Africa. Per ridurre i problemi dell'accesso ai farmaci alcune aziende farmaceutiche dichiarano di accettare di ridurre significativamente il prezzo dei farmaci per il sud del mondo. L'emergenza è ovunque e l'AIDS sta diventando la malattia predominante della popolazione sudafricana. In alcune città del Botswana, come la capitale Francistown, la prevalenza di HIV tra le donne gravide supera il 40 per cento. Dichiara Nelson Mandela: "Occorre combattere una tale indifferenza: è finito il tempo di considerare le morti di Aids come un semplice fatto della vita". A Durban sono stati presenti 12.700 delegati di cui 1.459 erano giornalisti. A settembre negli Usa viene approvato il lopinavir, nuovo potentissimo inibitore della proteasi. Alla fine del 2000 si stima che nel mondo siano 36,1 milioni le persone con HIV/AIDS: 34,7 milioni gli adulti, 1,4 i bambini al di sotto dei 15 anni. Oltre il 70 per cento di queste persone (25,3 milioni) vive nell'Africa sub-Sahariana, un altro 16 per cento (5,8 milioni) risiede invece nel sud-est asiatico.

1.4 – AIDS nel mondo

Africa:

Gli stati africani del sud del Sahara sono dotati del migliore sistema di sorveglianza dell'HIV nel mondo. Questo sistema ha messo in evidenza come i tassi d'infezione si sono relativamente stabilizzati su bassi livelli in Senegal mentre gli alti livelli in Uganda si sono ridotti nel tempo.

Comunque, nella maggior parte degli stati sub-sahariani gli adulti e i bambini si ammalano di HIV con tassi molto alti : il numero di infettati nella regione durante il 1999 risulta di 4 milioni.

Questo maggior rischio di infezione è dovuto al fatto che la probabilità di incontrare un partner infetto è diventata alta.

Inoltre, vi sono 16 paesi nei quali più di 1/10 della popolazione adulta di età 15-49 è infetta dall'HIV.

In 7 paesi, tutti **nell'Africa del sud**, circa 1 adulto su 5 sta convivendo con il virus: in Botswana nel 1999 il 35,8 % degli adulti erano infettati mentre in Sud Africa si passa dal 12,9 % nel 1997 al 19,9 % due anni dopo.

Con un totale di 4,2 milioni di persone infettate il Sud Africa è il paese più infettato nel mondo .

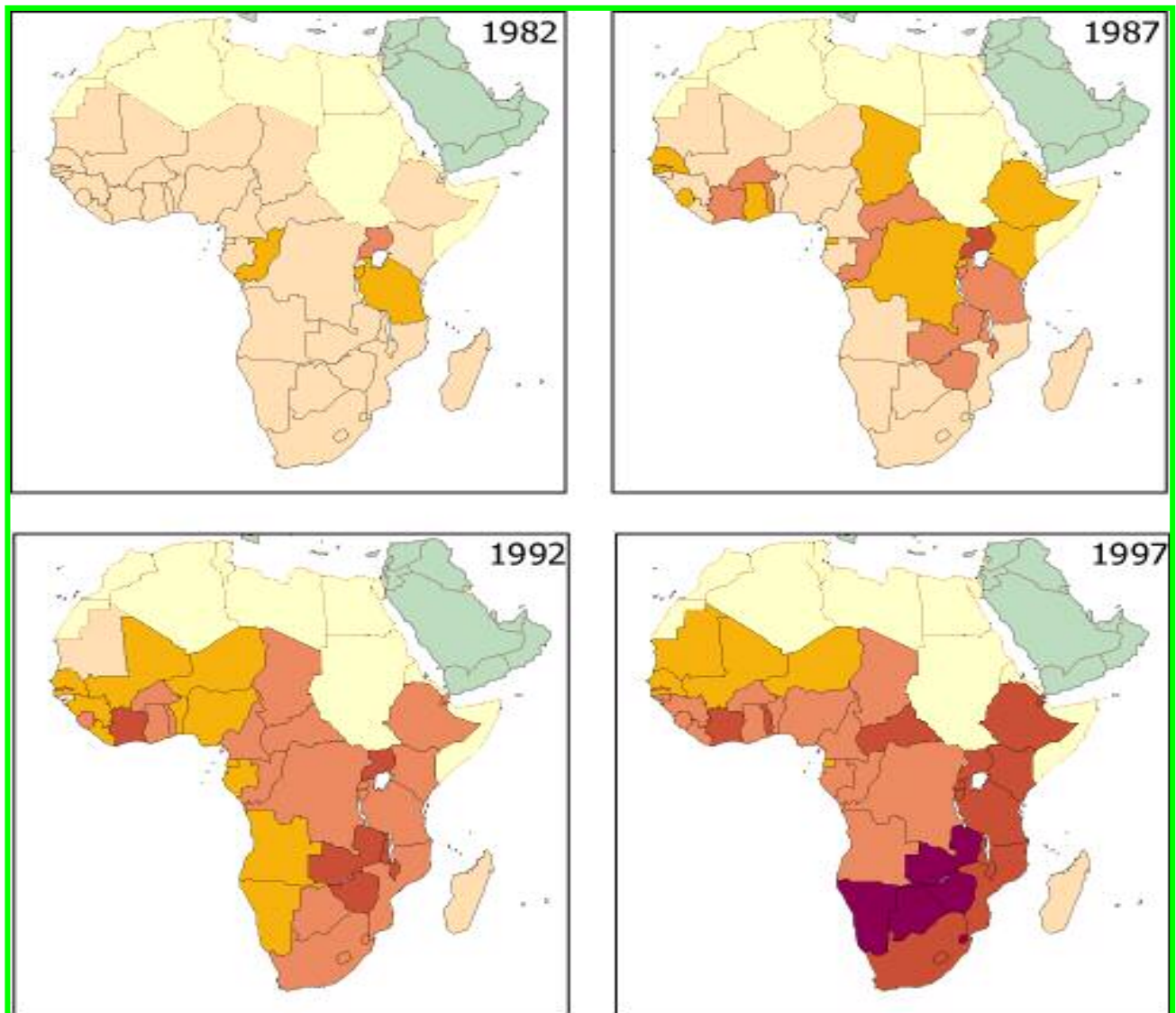
L'Africa dell'ovest è meno affetta dall'infezione da HIV. I tassi d'incidenza sono diversi: la Costa d'Avorio rimane uno dei paesi maggiormente colpiti; in Nigeria (il paese più popoloso nel sud dell'Africa) oltre il 5% degli adulti sono infetti mentre gli altri paesi dell'ovest presentano percentuali intorno al 3%.

Per quel che riguarda **l'Africa dell'est** l'Uganda ha abbassato i tassi d'infezione da 14% negli anni '90 a circa l'8% nel '99 grazie a forti campagne di prevenzione, e lo stesso percorso è stato seguito dallo Zambia. L'Uganda è stato il primo paese a promuovere le campagne di prevenzione dall'HIV per donne gravide nelle città e queste campagne stanno dando i primi effetti anche nelle zone rurali.

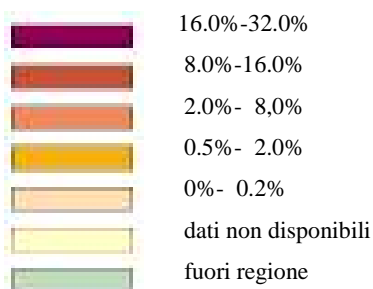
Africa del nord: i paesi appartenenti a questa zona geografica non risentono di forti tassi d'infezione. Questo è dovuto alla forte chiusura sociale e religiosa che ricade sia sugli uomini che sulle donne. Influenzati dalla corrente arabo-islamica le persone vivono in rigide osservanze sessuali non permettendo rapporti occasionali e punendo tali devianze anche con la pena di morte. Inoltre c'è per alcuni paesi l'indisponibilità dei dati proibita per legge dai governi dei paesi nord-africani.

Africa sub-sahariana: i tassi d'infezione sono aumentati vertiginosamente e sono dovuti a vari fattori come i rapporti promiscui, le scarse campagne preventive, il monopolio dei farmaci delle grandi aziende e alla politica ostruzionista verso gli aiuti da parte dei paesi sviluppati.

FIGURA 2:evoluzione storica dell'HIV in Africa



Percentuale di adulti 15-49 infetti da HIV in Africa:



In figura 2 si può vedere l'evoluzione storica dell'AIDS in Africa per zone. In questo modo è possibile vedere come ogni paese abbia subito l'influsso dell'infezione dal 1982, in cui si contavano i primi casi del virus, fino agli anni più recenti dove alcuni paesi sono arrivati a convivere con una vera e propria epidemia.

Asia :

A differenza dei paesi africani i paesi asiatici presentano tassi d'infezione molto bassi in Cambogia e in Thailandia (1% per le età 15-49).

Negli altri paesi asiatici i tassi sono ancora più bassi: in Indonesia meno di 5 persone su 10000 sono infette e nelle Filippine 7 su 10000.

Cina e India hanno la più grande popolazione nel mondo e se in India 7 adulti su 1000 sono affetti da HIV vuol dire che milioni di indiani sono infetti (in valore assoluto più che in qualsiasi paese eccetto il Sudafrica).

L'epidemia in India sembra avere diffusione eterogenea: mentre alcuni paesi mostrano tassi molto bassi, altri hanno tassi alti negli adulti (oltre il 2%).

Un alto fattore di rischio di contrarre l'HIV potrebbe essere l'uso di droghe: in Manipur tra i drogati si è passati da un tasso d'infezione da Hiv quasi nullo nel 1988 ad oltre il 70% dopo soli 4 anni mantenendo queste percentuali anche nel 1996. La maggior parte delle persone che fanno uso di droghe sono uomini che poi passeranno il morbo alle proprie mogli o ragazze attraverso rapporti sessuali non protetti o con prostitute: si pensi che nella metà degli anni 90 più di ¼ delle prostitute sono risultate sieropositive in alcune città indiane e nel 1997 il 71% delle prostitute a Mumbai era sieropositivo.

Il governo indiano ha applicato programmi di prevenzione molto forti ottenendo un calo delle infezioni: ad esempio in Tamil Nadu vi è stata una forte campagna di promozione all'uso del preservativo (figura 3).

E' stato fatto uno studio sui comportamenti sessuali sulle categorie medie di lavoratori come gli operai e i camionisti: si può osservare che cala il numero di uomini che hanno rapporti occasionali mentre quelli che hanno rapporti occasionali hanno aumentato con il tempo l'uso del preservativo.

In Thailandia le campagne di prevenzione hanno avuto successo nei gruppi eterosessuali mentre si è avuto un peggioramento nei gruppi omosessuali e nei drogati.

In Cambogia l'HIV si è sviluppato negli uomini che hanno rapporti sessuali prima e durante il matrimonio con prostitute, anche se le forti campagne di prevenzione stanno aumentando l'uso del preservativo tra le prostitute.

Proportion of men reporting casual sex in the past year and condom use with their last non-regular partner, Tamil Nadu, India, 1996-1998

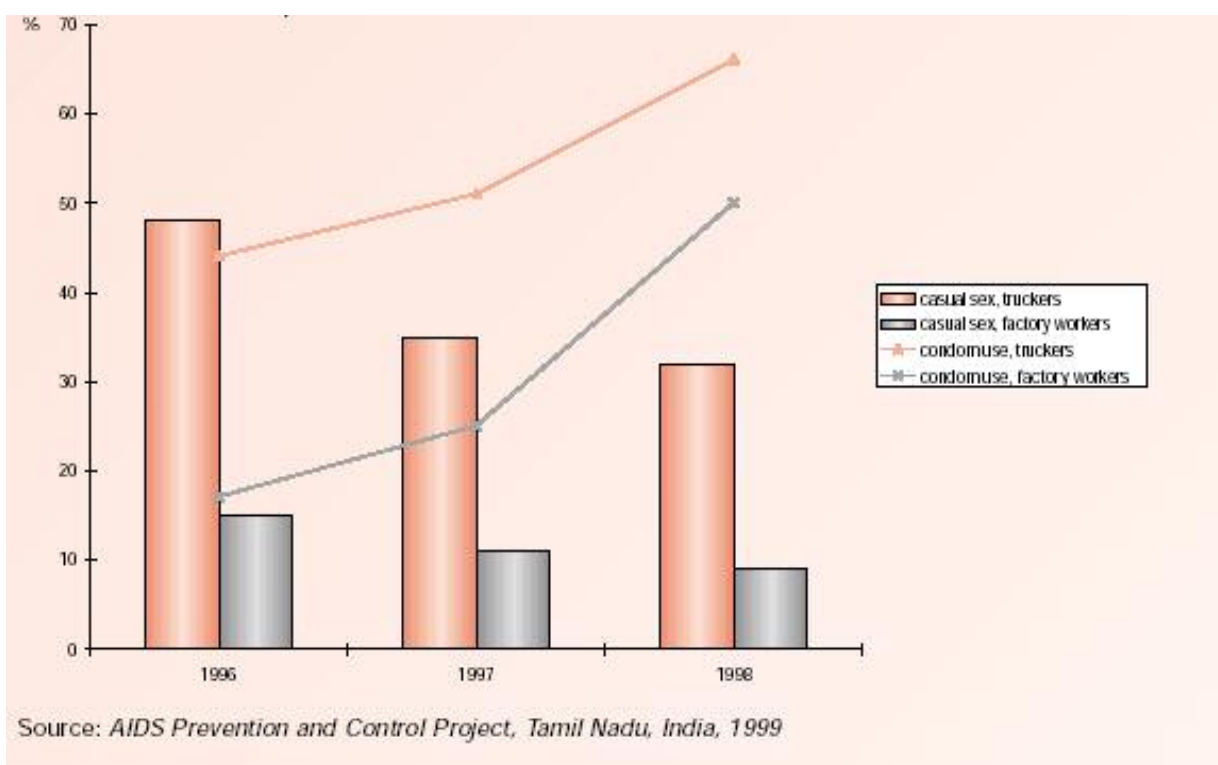


fig.3

America latina:

Si hanno forti tassi d'infezione (rapporti omosessuali, uso di droghe) ma in Brasile e Costarica i tassi sono in riduzione. Questo trend è dovuto alle forti campagne dell'uso del preservativo e al mercato nero dei farmaci per terapie antiretrovirali).

Caraibi :

Si hanno forti tassi d'infezione specialmente nelle donne gravide dovuti alla prostituzione e ai rapporti sessuali promiscui: infatti ad Haiti il 13% delle donne gravide nel 1996 sono risultate HIV-positive.

Si tratta di un'epidemia eterosessuale dovuta a rapporti promiscui specialmente nei giovani (secondo un'indagine a Saint Vincent ¼ delle donne e degli uomini hanno affermato di aver avuto il primo rapporto sessuale prima dei 14 anni).

La maggior parte degli uomini giovani hanno rapporti con donne della loro età o più giovani mentre le ragazze sono preposte ad avere rapporti con uomini più vecchi e questo fa sì che il tasso

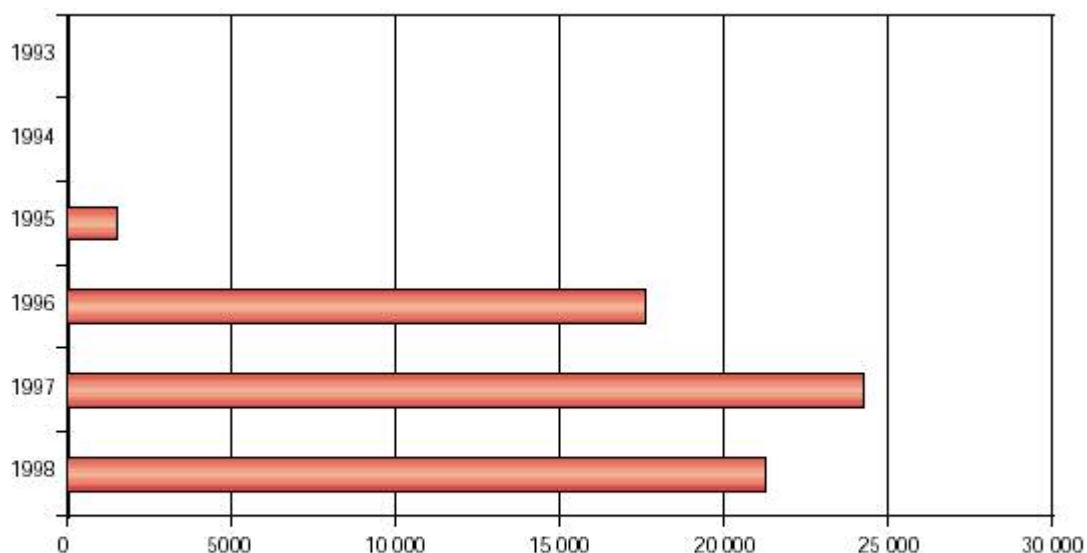
d'infezione delle donne 15-19 risulta cinque volte più alto di quello degli uomini di età 15-19 anni (studi in Trinidad e Tobago).

Europa dell'est:

In Russia e Ucraina l'Hiv è molto diffuso tra chi fa uso di droghe. Secondo i dati del 1999 si può vedere nella figura 4 un aumento sensibile del numero degli infetti specialmente dopo il 1995.

Purtroppo in questi paesi non è disponibile una raccolta di dati esauriente dovuta al fatto che, nel periodo delle guerre interne, gli studi e le ricerche sull'AIDS vennero sospese.

Number of diagnosed HIV infections, Ukraine, 1993-1998



Source: National AIDS Programme, Ukraine, 1999

fig.4

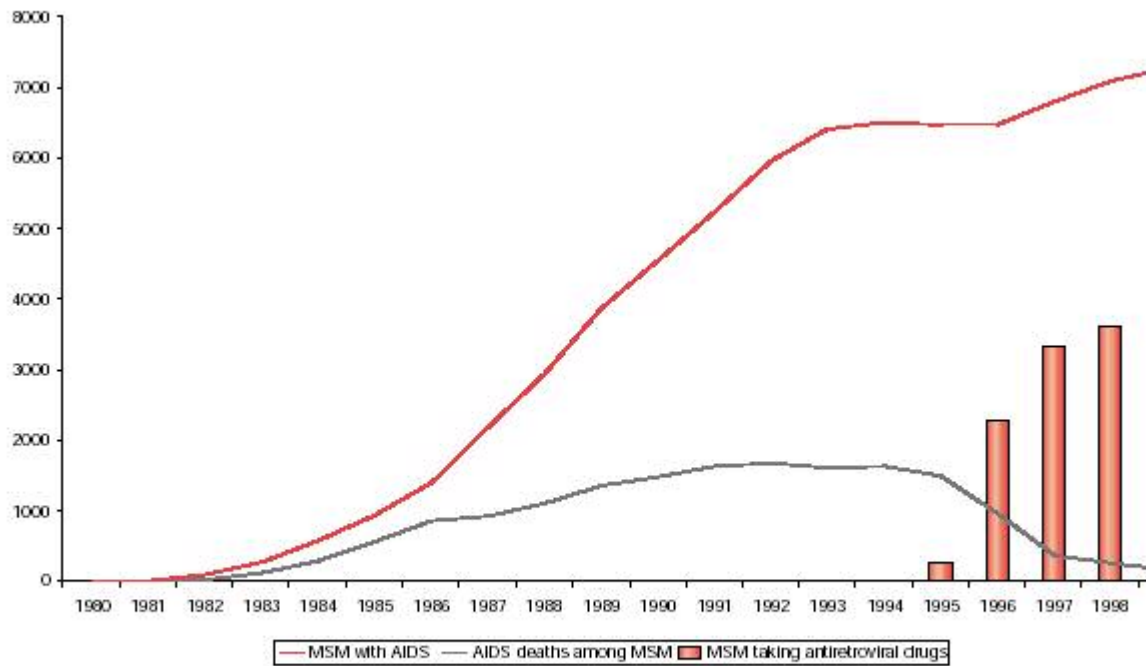
Paesi sviluppati:

I tassi d'infezione sono rilevanti nei drogati e omosessuali (5%). La sopravvivenza è più lunga grazie all'accesso a terapie e farmaci: tuttavia il tasso di infezione tra drogati è aumentato nonostante l'introduzione di terapie antiretrovirali.

I tassi molto bassi tra gli eterosessuali sono dovuti ad una percezione migliore dello stato di salute da parte dell'individuo che tende ad avvicinarsi alle strutture sanitarie come ospedali e consultori familiari facendo richiesta di test ospedalieri e servizi di prevenzione.

In figura 5 si può notare l'aumento vertiginoso degli omosessuali infettati in California e i decessi che tendono a diminuire dopo il 1995, anno dell'introduzione delle terapie antiretrovirali.

Number of AIDS patients, AIDS deaths and patients on antiretroviral therapy among men who have sex with men (MSM), San Francisco, USA, 1980-1998



Source: San Francisco Department of Public Health (California), USA, 1999

fig.5

CAPITOLO 2: Le conferenze internazionali

In questo capitolo si cerca di esporre i principali argomenti e studi delle ultime conferenze internazionali ritenute importanti perché hanno dato una svolta all'introduzione delle cure e dei farmaci nei paesi più poveri. A partire dalla conferenza di Durban del 2000, in cui il mondo ha potuto vedere le condizioni della popolazione dell'Africa sub-sahariana, in cui si comincia ad intravedere la prima svolta sulla questione farmaci si arriverà fino a Barcellona 2002 in cui tutti i paesi sono chiamati a contribuire all'estinzione del virus.

2.1 – Conferenza di Durban (9-14 LUGLIO 2000)

Farmaci per tutti, più potere alle donne, vaccini. Sono i tre temi che hanno monopolizzato l'attenzione alla XIII Conferenza internazionale sull'Aids di Durban, Sudafrica. Relativamente povero di novità scientifiche, l'incontro - che per la prima volta si è tenuto in un paese africano - ha posto con forza il diritto di cure per tutti. Le stesse che vengono dispensate nella parte privilegiata del pianeta. Interprete ispirato di questa richiesta è stato il giudice sudafricano Edwin Cameron, che ha strappato una lunghissima *standing ovation* a una platea di 2000 delegati. "Mr Justice" ha raccontato la sua storia di sieropositivo graziato dalla terapia combinata. "Tre anni fa stavo morendo. Poi ho cominciato un trattamento con la terapia combinata, due compresse due volte al giorno. E da allora sono tornato a essere pieno di energia e con una voglia di vivere che non ho mai avuto prima".

La terapia combinata, a base di inibitori della proteasi e della trascrittasi inversa, è diffuso in Occidente e negli ultimi anni ha ridotto la mortalità del 70 per cento (UNAIDS). Ma in Africa è tutta un'altra storia. Continua Edwin Cameron: "Per curarmi pago 400 dollari al mese, ma 290 milioni di africani vivono con un dollaro al giorno. A queste latitudini sono ben pochi coloro i quali si possono permettere questa cura, che ai miei occhi rasenta il miracoloso. E questo perché il regime di monopolio in cui di fatto operano le grandi multinazionali del farmaco, insieme alle norme internazionali sui brevetti che proteggono questi prodotti, rendono inavvicinabili simili terapie alle moltitudini del terzo mondo".

L'Aids non è più solo un capitolo tragico e affascinante della ricerca scientifica. Anche grazie alle parole di questo giudice bianco, omosessuale e sieropositivo, è diventato una questione di diritti umani e giustizia sociale. La sproporzione fra Nord e Sud del mondo di fronte all'epidemia è stata messa in luce dall'epidemiologo del Wellcome Trust dell'Università di Oxford, Roy Anderson. "Per i paesi in via di sviluppo la situazione è destinata a peggiorare. Già oggi il 95 per cento dei 35

milioni di sieropositivi nascono in Africa, Asia e America Latina. In Africa, in particolare, la speranza di vita alla nascita sta tornando al livello degli anni Cinquanta, intorno ai 35-40 anni". Ma l'epidemia è in piena diffusione anche in Russia, in India e probabilmente in Cina. E nonostante il successo delle terapie combinate, l'incidenza non accenna a migliorare nemmeno nei paesi industriali, sia tra i gruppi a rischio sia nella popolazione generale. Tra i due milioni e mezzo di persone che muoiono di Aids senza medicine, le donne sono in prima linea. Lo ha ricordato, al congresso di Durban, la dottoressa indiana Rao Gupta, dell'International Center for Research on Women. È infatti soprattutto dai rapporti eterosessuali che l'Hiv si fa strada nelle nuove generazioni. Ogni anno, in tutto il mondo, 2,4 milioni di donne sieropositive restano incinta, e 600 mila bambini -- soprattutto africani e asiatici -- nascono con la pesante eredità della malattia. Prima ancora che con i farmaci, il galoppo dell'epidemia materno - fetale può essere frenato riconoscendo alle donne più potere e autonomia nella sfera sessuale. "Legate ai miti della verginità fino alle soglie del matrimonio e alla maternità forzata subito dopo, sono soprattutto le donne africane e asiatiche a patire una condizione di subalternità inaccettabile", ha detto Gupta. Nel mondo, un terzo delle donne ha subito violenza almeno una volta nella vita, e dalle ricerche condotte in India e Tanzania gli abusi sono un indicatore di sieropositività sensibile quasi quanto il test vero e proprio. Secondo la ricercatrice indiana, le campagne di prevenzione dovrebbero dimenticare i retorici inviti alla castità prematrimoniale e fedeltà e dare alle donne strumenti di protezione gestibili direttamente da loro, come il preservativo femminile e le creme microbicide vaginali (ancora in fase di studio). Lasciare all'uomo la decisione se usare o no il condom espone le partner a una roulette russa che si rinnova a ogni rapporto. Da Durban arrivano novità importanti anche sulle terapie per evitare la trasmissione materno - fetale. Un nuovo farmaco (neviparina) risulterebbe più efficace del composto Azt/3tc nel bloccare il passaggio del virus dalla madre al figlio. Dai dati presentati dai Centers for Diseases Control and Prevention di Atlanta (Usa), somministrando una dose di neviparina alla donna durante il travaglio e al neonato nelle prime 48 ore, il rischio di trasmettere l'infezione si riduce del 50 per cento. Più efficace, quindi, e anche meno costosa della terapia a base di Azt. A far pendere il piatto della bilancia verso la nuova molecola ci ha messo lo zampino anche l'azienda produttrice, la Boeringher-Ingelheim, che durante il Congresso ha annunciato la disponibilità a regalare il farmaco per cinque anni ai paesi in via di sviluppo che si siano dotati di un programma nazionale anti-Aids. "A questo punto ogni ritardo diventa ingiustificabile", ha spiegato Chewe Luo (Università dello Zambia), che ha confrontato le diverse strategie terapeutiche per ridurre la trasmissione materno-fetale. "Nei prossimi cinque anni, senza questa cura, in Sudafrica nasceranno 270 mila bambini sieropositivi. Vista l'incapacità di organizzare una campagna di screening della popolazione, sarebbe

consigliabile, e più economico, dare il farmaco a tutte le donne gravide. E sarebbe necessario curarle anche dopo il parto. Non vogliamo salvare bambini destinati a diventare orfani". Mentre si cercano nuove strade per la terapia combinata, a Durban si coltiva la speranza del vaccino. Attualmente ne stanno sperimentando 25 forme diverse, ma solo una (della californiana Vaxgen) è entrata nella fase III, di sperimentazione sull'uomo. Ci vorranno ancora due anni per avere i risultati di questo vaccino, rivolto peraltro al sottotipo virale B, diffuso prevalentemente in Occidente. La ricerca dei vaccini che prevengono la trasmissione dei sottotipi virali più diffusi nei paesi poveri (come l'HIV-A) è ancora agli inizi. In una sessione del Congresso, è stata annunciata la prima importante sperimentazione di un vaccino "africano", realizzato dallo sforzo congiunto del Dipartimento di immunologia dell'Università di Oxford (Uk) e dell'Università di Nairobi. Il mix di pezzi di Dna del virus che compone il nuovo vaccino è stato curiosamente suggerito da uno studio condotto su un gruppo di prostitute degli slum di Nairobi. Una piccola minoranza di loro, infatti, non si è infettata per anni nonostante una media di 6-7 rapporti al giorno, spesso non protetti. "La nostra speranza è che questo vaccino stimoli la stessa straordinaria risposta immunitaria all'Hiv che abbiamo osservato in queste donne", ha spiegato Andrew Mc Michael, responsabile della parte del progetto studiata a Oxford. Entro il successivo mese di agosto è stata annunciata la sperimentazione di un vaccino su una ventina di volontari in Gran Bretagna, e solo alla fine dell'anno partirà una sperimentazione più vasta in Kenya. "Purtroppo siamo ancora nella fase di verifica della sicurezza del preparato. Per sapere qualcosa di concreto sulla sua efficacia dovremo aspettare ancora 5 anni", ha spiegato Wayne Koff, vicepresidente della International Aids Vaccine Initiative (IAVI).

Trasmissione verticale di HIV: Recenti Sviluppi

Come abbiamo già detto, uno dei temi maggiormente sviluppati nel corso della Conferenza è stata la prevenzione della trasmissione materno - fetale (TMF). I due argomenti principali affrontati in questa sessione sono stati:

1. l'impiego di terapie antiretrovirali compatte nei paesi in via di sviluppo
2. la ricerca di opzioni adeguate per il nutrimento dei lattanti in paesi con limitate risorse economiche. La prevenzione della TMF ha enfatizzato le disparità esistenti tra i paesi sviluppati, in cui si cerca di giungere alla completa eradicazione dell'AIDS pediatrico, e quelli in via di sviluppo, dove i programmi di prevenzione sono solo all'inizio.

Eliminazione della trasmissione verticale e dell'AIDS pediatrico nei paesi con risorse economiche adeguate:

Negli stati Uniti d'America la percentuale di TMF è ridotta a meno del 3%. Inoltre sembra auspicabile che non sarà più necessario far ricorso al taglio cesareo elettivo in quelle donne in terapia antiretrovirale. Dati Europei, simili a quelli degli USA sono stati riportati dal Dr. Thorne grazie all'esperienza su 2633 gravide HIV positive trattate con mono, duplice o triplice terapia in relazione agli anni di osservazione. In questa popolazione il cesareo è stato eseguito nel 67% delle pazienti, con ampie differenze a seconda delle nazioni di provenienza. La frequenza di trasmissione verticale è diminuita dal 16% del 1994 al 7% del 1998-99, quando quasi il 41% delle pazienti riceveva la triplice terapia. Sfortunatamente vi è ancora un'elevata incidenza di donne perlopiù tossicodipendenti, che non fanno ricorso alle cure profilattiche. A testimoniare gli eccellenti progressi ottenuti in questo campo, vi sono i risultati dello studio pediatrico ACTG 316 disegnato per testare l'efficacia della monodose di Neviparina all'inizio del travaglio. Lo studio è stato interrotto dopo la prima analisi ad interim in quanto la frequenza di TMF è risultata inferiore al 3%.

2.2 – Studi presentati alla Conferenza di Durban

Studio BMSAI455-094

Glenda Gray del South Africa Hospital ha presentato i risultati di questo studio effettuato su 204 giovani donne HIV-positivo. Il trattamento, effettuato con diverse combinazioni di farmaci (d4T, ddI, d4T+ddI, ZDV) tra la 34-36a settimana di gestazione, è proseguito durante il parto, il post-parto e, nei bambini per i restanti 36 mesi. Un'analisi preliminare ha dimostrato una riduzione della TMF del 3,6% nella popolazione studiata (197 pazienti). Sia nei bambini che nella mamme non si sono verificati eventi avversi significativi.

Studio SAINT

Un semplice e poco costoso regime di trattamento con Neviparina (NVP), somministrata in monodose alla madre all'inizio del travaglio e al bimbo dopo la nascita, riduce significativamente l'incidenza di TMF con percentuali analoghe alla combinazione ZDV-3TC. Sebbene il disegno dello studio prevedesse solo una valutazione di efficacia della terapia "ultra-short", un'analisi ha mostrato che l'allattamento era un fattore di rischio indipendente per la trasmissione dell'HIV. Con una frequenza di trasmissione documentata del 22-25% in assenza di trattamento, la percentuale di TMF, è stata del 14 e 10,8% rispettivamente, nei trattamenti NVP e ATZ+3TC. Questo dato rappresenta una significativa riduzione del rischio di TMF. Il risultato può essere migliorato con un inizio precoce della terapia, infatti questa è stata iniziata meno di due ore prima del parto nel 25% delle pazienti.

Update dello studio PETRA: dati di efficacia e tollerabilità a 24 mesi

I dati sull'aggiornamento dello studio PETRA, che confrontava 3 differenti regimi contenenti AZT e 3TC nella prevenzione della TMF, hanno dimostrato la scarsa efficacia di una terapia antiretrovirale a breve termine quando questa era seguita dall'allattamento al seno. Un importante evento dello studio è stata l'interruzione del braccio contenente placebo in seguito a un'analisi a interim eseguita in Thailandia che ha dimostrato una conclamata efficacia della terapia AZT+3TC nella prevenzione della TMF. L'interpretazione dei dati di questo studio risulta difficile per la mancanza di dati tra la sesta settimana e il 24 mese di vita dei bambini e per la diversa percentuale di donne che hanno allattato al seno. In questo

contesto è difficile fornire indicazioni precise sulla corretta durata dell'allattamento che viene attualmente stimata in 6 mesi. La mancanza di uniformità e le differenze culturali dei centri partecipanti allo studio non permettono conclusioni univoche sull'allattamento al seno.

HIVNET 012

I dati di questo studio confermano la validità dell'impiego della nevirapina nella prevenzione della TMF, che sembra superiore a quella di una terapia "short term" con zidovudina. Anche in questo caso l'interpretazione dei dati è complicata dal fatto che un'alta percentuale di madri, trattate con ZDV, ha proseguito l'allattamento al seno per più di 6 mesi.

La possibilità di allattare al seno nei paesi in via di sviluppo.

A questo riguardo le opinioni degli esperti sono divise. Da una parte stanno quelli che sostengono la necessità di allattare esclusivamente al seno i nati da madri HIV-positive. Dall'altra vi sono coloro che ritengono pericoloso questa opzione e consigliano il ricorso al latte artificiale. Dal momento che vi sono dati a sostegno di una e dell'altra ipotesi un'uniformità di vedute non è stata raggiunta. L'insieme di tutti i dati raccolti alla conferenza è controverso: non evidenzia una superiorità di un metodo di allattamento rispetto all'altro, anche se sembra che quello al seno possa essere preferibile. Il rischio di trasmissione dell'HIV attraverso l'allattamento è stato stimato, in un modo nuovo, raccogliendo dati su una popolazione di donne in Kenya. Il rischio di trasmissione di infezione da HIV, ingerendo un litro di latte umano, è simile a quello di un singolo rapporto sessuale non protetto. Questo studio ha inoltre concluso che la frequenza di trasmissione diminuisce con l'epoca di allattamento e è più alta nei primi 4 mesi. Le donne che allattano al seno presentano una mortalità più alta, con un rischio di morte 3 volte superiore. Anche questi dati sono però gravati da numerosi fattori non controllati, quali la situazione clinica delle madri, situazione immunologica e la carica virale. In sintesi non è possibile uniformare i comportamenti. Dove non vi siano alternative all'allattamento al seno sembra preferibile ricorrere alla pastorizzazione del latte umano, anche attraverso semplici metodi attuabili a domicilio. E' indispensabile quindi che gli operatori sanitari conoscano le opzioni disponibili per l'allattamento e che informino adeguatamente le madri per poter scegliere la migliore condotta.

2.3 – Big Pharma e Medicine Act:

Big pharma è un consorzio formato da 39 multinazionali farmaceutiche per intentare causa al Governo sudafricano per l’emanazione del “medicine act” (legge del 1997 ad opera di Nelson Mandela) che permette la violazione dei brevetti dei farmaci anti-AIDS.

Questa legge permetterebbe la registrazione forzata e l’importazione parallela dei costosissimi farmaci che combattono l’AIDS .

Price (US\$) of a defined daily dose of selected antiretrovirals in five countries

Drug	Defined daily dose	USA ⁽¹⁾	Cote d'Ivoire ⁽²⁾	Uganda ⁽³⁾	Brazil	Thailand ⁽⁶⁾
zidovudine 100 mg	600 mg	10.12	2.43	4.34	1.08 ⁽⁴⁾	1.74
didanosine 100 mg	400 mg	7.25	3.48	5.26	2.04 ⁽⁴⁾	2.73 ⁽⁷⁾
stavudine 40 mg	80 mg	9.07	4.10	6.19	0.56 ⁽⁴⁾	0.84
indinavir 400 mg	2400 mg	14.93	9.07	12.79	10.32 ⁽⁵⁾	NA
saquinavir 200 mg	1200 mg	6.50	4.82	7.37	6.24 ⁽⁵⁾	NA
efavirenz 200 mg	600 mg	13.13	6.41	NA	6.96 ⁽⁵⁾	NA

(1)Prezzi, 2 aprile 2000, da www.globalrx.com, una farmacia USA per corrispondenza che offre farmaci retrovirali a prezzi di produzione

(2)Prezzi, forniti da UNAIDS, Costa d’Avorio, marzo 2000

(3)Prezzi, forniti da UNAIDS, Uganda, marzo 2000

(4)Farmaci prodotti in Brasile (US\$1=R\$1.8)

(5)Costo, al gennaio 2000, dei farmaci importati in Brasile

(6)Farmaci prodotti in Thailandia (US\$1=38 bath)

(7)115 mg di farmaco in polvere corrispondenti a 100 mg in compressa

tab.3

Registrazione forzata: modalità attraverso la quale i governi possono, in una situazione d'emergenza, autorizzare l'industria nazionale alla produzione di dati farmaci senza pagarne i più che esosi diritti alla società che ne detiene i brevetti.

Importazione parallela: garantisce ai governi, in caso d'emergenza, di acquistare il farmaco da un paese terzo che lo vende ad un prezzo decisamente più basso.

Queste due modalità sono previste dalla WTO (World Trade Organization) ma il medicine act dal 1997 non è mai stato messo in atto a causa delle continue e pesanti minacce di ritorsioni economiche e sanzioni operate dagli Stati Uniti contro il Sud Africa.

I trattamenti antiretrovirali messi a punto da multinazionali quali la Glaxo, la Boehringer, la Bristol, la Roche e altre costano dai 10 ai 15 mila dollari l'anno a fronte di una spesa sanitaria che nei paesi dell'Africa sub-sahariana a stento raggiunge i 37 dollari pro-capite l'anno. E' evidente che tali condizioni risultano inaccessibili per milioni di persone.

La Cipla Ltd di Mumbai ha proposto un prezzo di 1200 dollari per la combinazione dei tre farmaci, che le consente non solo di coprire i costi ma anche di offrire le medicine ai settori pubblici a prezzi ancora più bassi senza andare in rovina. Con questa proposta l'industria indiana dà una dimostrazione pratica del fatto che le multinazionali mantengono un prezzo 10 volte superiore a quello che già consente ampi margini di guadagno.

Dalla tabella 3 si può vedere che il costo dei farmaci prodotti in Brasile e Thailandia è nettamente inferiore agli altri prezzi (4) mentre quelli importati (5) sono nettamente superiori.

2.4 – La battaglia legale contro il monopolio dei farmaci

5 marzo 2001: prima udienza nel tribunale di Pretoria, va in scena una protesta. Un giovane avvocato di 33 anni organizza un raduno assieme ad altri sieropositivi. Nel palazzo della Corte Suprema viene proclamato lo sciopero della pillola. Gli attivisti sudafricani hanno deciso di rifiutare l'assunzione di farmaci anti-AIDS. Dentro al palazzo i giudici dell'Alta Corte cominciano ad esaminare il caso. Titolo: "processo all'apartheid di Big Pharma". Sul fascicolo del tribunale c'è scritto: sindacato delle aziende farmaceutiche contro governo sudafricano. Mandela dice: "possiamo importare o produrre farmaci antiAids ad un decimo del prezzo attuale. Fermiamo l'olocausto dell'Africa". L'industria ha risposto mobilitando una schiera di avvocati: "la legge di Mandela va bloccata. I farmaci sono tutelati per 20 anni dal brevetto e fino ad allora nessun governo può autorizzare la vendita e la fabbricazione di copie generiche".

Il discorso, perfetto sul piano legale, si traduce in questa situazione: dal '96 da quando è stata scoperta la triterapia antiAids, il numero di decessi negli USA si è dimezzato, mentre in Africa è quasi raddoppiato. Mirryana Debb, dirigente della Pharma: "l'industria farmaceutica non può permettersi di perdere questa causa; i nostri ricavi sono assicurati dai brevetti con cui ammortizziamo gli investimenti in ricerca. Non ci possono chiedere di dare medicine gratis, sarebbe come chiedere alla Ford di regalare macchine a chi non ce l'ha. "Organizzazioni non governative" come Medici senza Frontiere, Oxfam e Placet Africa hanno proclamato la giornata mondiale per l'accesso alle medicine. Dalla parte del governo e contro Big Pharma si è schierato uno dei giudici della Corte Suprema, Edwin Cameron: "sono sieropositivo e mi posso curare perché ho un buon stipendio quindi condivido il Medical Act. L'atteggiamento dell'industria mi sembra agghiacciante".

3 aprile 2001: il Botswana distribuisce medicine gratis: il presidente, infatti, ha annunciato l'intenzione di distribuire gratuitamente entro l'anno i "cocktail" di medicinali che combattono l'Aids a 300 mila pazienti.

15 aprile 2001: Mandela attacca Big Pharma e bacchetta il governo sudafricano: "credo che i gruppi farmaceutici stiano sfruttando la situazione che c'è nei paesi come il Sudafrica, impongono prezzi esorbitanti che sono al di là delle possibilità dei malati di Aids".

18 aprile 2001: 37 case farmaceutiche su 39 sono pronte a rinunciare e stanno cercando un accordo con il governo. "E' vitale che i gruppi farmaceutici siano sconfitti - ha detto il rappresentate Kevin Watkins della Oxfam - stanno portando avanti una violazione dei diritti umani in Sudafrica e questo è un terribile precedente per tutti i Paesi in via di sviluppo". Alle accuse, i rappresentati di Big Pharma rispondono con i numeri del mercato: perdere i diritti derivanti dai brevetti sostengono, comporta delle perdite enormi, che danneggiano i fondi per la ricerca. Le aziende si sono dette comunque disponibili a praticare uno sconto ai governi africani sul prezzo delle medicine. Sul piano dell'immagine, la causa è già persa. Molti paesi dell'Occidente si sono scandalizzati per l'iniziativa di Big Pharma. «Portare Mandela sul banco degli imputati, che errore» ha scritto il Washington Post. «E' una "nowin position" - diceva ieri il Financial Times - l'industria uscirà comunque perdente da questo processo». Molte organizzazioni umanitarie hanno lanciato campagne di boicottaggio dei prodotti delle case farmaceutiche.

19 aprile 2001: Big Pharma si arrende. Le 39 case farmaceutiche che hanno chiamato in tribunale il governo sudafricano per l'importazione senza brevetti di medicinali per la cura dell'Aids, si ritirano dalla causa. E gli attivisti esultano perché si ripristina il diritto alle cure anti-AIDS a basso costo per tutti i paesi del Terzo mondo. Nell'aula di Pretoria, dove da molti mesi si tiene il processo, l'aria di una resa si respirava già da alcuni giorni. Secondo fonti riservate, solo il giorno prima 37 delle grandi case farmaceutiche avevano preso la decisione di abbandonare. Ma alla lettura pubblica dell'annuncio, fatta dal difensore Fanie Cilliers, ("Con il consenso di tutte le parti, chiedo solo di notificare che la citazione in giudizio è stata ritirata"), le persone che gremivano la piccola aula hanno preso a festeggiare con canti e con danze.

Nel febbraio 2001 gli Stati Uniti hanno presentato un reclamo al Wto chiedendo sanzioni contro il Brasile per il mancato rispetto dei brevetti. A giugno però, hanno fatto marcia indietro: gli Usa hanno ufficialmente rinunciato alla richiesta per merito, molto probabilmente, dell'attivismo di José Serra, ministro della sanità brasiliano. In occasione dell'incontro annuale dell'organizzazione mondiale della sanità che si è tenuto a Ginevra il ministro ha proposto un voto di condanna dell'utilizzo degli accordi commerciali per impedire ai paesi poveri l'accesso a medicine più economiche chiamando anche l'Oms a pronunciarsi ufficialmente sulla questione. Poi durante una riunione al Wto con i rappresentanti di 141 paesi il delegato del Brasile ha affermato che la

proprietà non può essere considerata un valore assoluto ma sociale e che quindi i brevetti sulla proprietà intellettuale dei farmaci devono venire sospesi in caso di emergenza, tesi che ha ottenuto anche il consenso dell'Unione europea. A questo punto gli Stati Uniti hanno ritirato la richiesta di sanzioni e hanno proposto di spostare la trattativa dei brevetti sul piano degli accordi bilaterali. La ribellione del Brasile, uno dei primi paesi ad accettare la normativa sui brevetti, è altamente simbolica in quanto il governo brasiliano aveva ceduto alla pressione statunitense introducendo la legge sulla protezione dei brevetti già nel 1997, ben 8 anni prima da quanto previsto dalle regole del Wto aspettandosi in cambio parecchie compensazioni, come l'arrivo di versioni più economiche delle medicine per le quali è scaduto il brevetto e, soprattutto, ingenti investimenti dell'industria farmaceutica. Ma gli incentivi non sono mai arrivati e la diffusione dell'epidemia di AIDS ha continuato ad estendersi. Così paesi come Brasile, Thailandia e India hanno cominciato a produrre farmaci sottocosto violando i brevetti e scatenando le ire delle multinazionali farmaceutiche con le quali stanno conducendo battaglie legali.

2.5 - Dichiarazione di Doha (novembre 2001)

Nel novembre 2001, si è svolto a Doha, Qatar, la riunione del WTO, la cui agenda comprendeva la discussione del rapporto tra salute e proprietà intellettuale dei farmaci. Di fatto la Dichiarazione finale riconosce il pieno diritto dei paesi poveri:

- di ricorrere alla registrazione forzata dei farmaci e di stabilire i motivi sottostanti il ricorso a tale misura
- di determinare i casi di emergenza nazionale o altre circostanze di estrema urgenza

Tuttavia è rimasta irrisolta la questione relativa alla importazione parallela dei farmaci, ovvero alla possibilità per i paesi produttori di farmaci generici di esportarli verso quei paesi poveri che non sono in grado di produrli.

Pertanto si cerca di ottenere :

- che tutti i paesi poveri devastati dall'epidemia di AIDS possano ricorrere pienamente sia alla registrazione forzata che all'importazione parallela dei farmaci anti-HIV, senza che essi incorrano più, come è accaduto in passato, nelle minacce e ritorsioni commerciali da parte dei paesi ricchi;
- che i governi occidentali appoggino senza ambiguità un'interpretazione dello stesso che sia la più favorevole al diritto alla salute e allo sviluppo economico e sociale dei paesi poveri
- che i paesi ricchi adempiano al più presto al compito di trasferire conoscenze (al mondo, più di 120 paesi non dispongono della capacità di produrre farmaci), e quindi assistenza tecnico-legislativa a quelli più poveri, in modo da porli nelle condizioni di poter produrre, ottenere e quindi rendere accessibili tutti i farmaci salvavita
- che gli incontri non siano partecipati dai soli tecnici del WTO e dai ministri del commercio, ma anche dai ministri della salute e della cooperazione internazionale, affinché il sistema di tutela della proprietà intellettuale sia inserito in una visione più complessiva, comprensiva di tutti i fattori che determinano la capacità di sviluppo reale di ogni singolo Paese.

2.6 – XIV Conferenza Internazionale di Barcellona (2002)

AIDS: il ruolo centrale dei Paesi poveri e della società civile di fronte alle mancanze dell'impegno internazionale

Un nuovo rapporto redatto dall'UNICEF in collaborazione con UNAIDS e USAID, reso noto alla Conferenza di Barcellona sull'HIV/AIDS, rivela come la già drammatica situazione dei bambini resi orfani dall'AIDS stia ulteriormente peggiorando, dal momento che sempre più adulti con figli a carico muoiono a causa della malattia, soprattutto nella regione dell'Africa sub-sahariana. Il rapporto, "Children on the Brink" (Bambini sull'orlo del baratro), lancia un appello per un intervento strutturato in aiuto dei bambini, delle famiglie e delle comunità colpite da un'emergenza che, per la sua gravità, appare senza precedenti.

Il rapporto contiene la serie più dettagliata ed esaustiva di statistiche finora prodotte, concernenti il numero effettivo di bambini sino ad oggi rimasti orfani a causa dell'HIV/AIDS, nonché il numero complessivo di orfani previsto per gli anni futuri. Secondo il rapporto, nelle tre regioni oggetto di studio (Africa sub-sahariana, Asia, America latina e Caraibi) oltre 13,4 milioni di bambini hanno perso uno o entrambi i genitori a causa della malattia, un numero che raggiungerà la cifra di 25 milioni entro il 2010. Al dramma dei bambini resi orfani dall'AIDS si somma quello dei molti altri colpiti dalla malattia.

Il rapporto "Children on the Brink" è stato reso pubblico durante la XIV Conferenza internazionale sull'AIDS, svoltasi a Barcellona, ed è il terzo del suo genere (le versioni precedenti erano state pubblicate nel 1997 e nel 2000). Per la prima volta il rapporto viene pubblicato congiuntamente dall'USAIDS, l'UNAIDS e l'UNICEF; oltre a fornire le statistiche sugli orfani da AIDS relative a 88 diversi paesi, individua una serie di tendenze in atto:

- L'Africa presenta la più alta percentuale di bambini orfani. Nel 2001 oltre 34 milioni di bambini dell'Africa sub-sahariana risultavano orfani, un terzo dei quali in conseguenza dell'AIDS. A causa dell'AIDS il numero di orfani sta aumentando drammaticamente e si prevede che, entro il 2010, i bambini orfani saranno oltre 42 milioni. 20 milioni di questi bambini - ossia quasi il 6% dei bambini africani - resterà orfano a causa dell'AIDS.

- L'Asia è il continente con il maggior numero di orfani. In conseguenza del gran numero di persone che vivono in Asia, il numero dei bambini orfani in questo continente è molto più vasto di quello dell'Africa. Nel 2001 in Asia vi erano 65 milioni di bambini orfani, dei quali circa due milioni a causa dell'AIDS. Molti paesi asiatici sono così densamente popolati che anche quando si registrano bassi tassi di incidenza della malattia il numero di persone affette da HIV/AIDS rischia di superare quello registrato in alcuni dei paesi africani maggiormente colpiti. Anche un lieve incremento dell'incidenza della malattia potrebbe condurre quindi a un numero maggiore di

bambini orfani a causa dell'AIDS.

-La concentrazione dei bambini rimasti orfani riflette le principali tendenze della diffusione dell'HIV tra le popolazioni. Nel 2001, in 12 paesi dell'Africa sub-sahariana si registrava il 70% dei bambini rimasti orfani. I tre paesi maggiormente popolati - Nigeria, Etiopia e Repubblica Democratica del Congo - presentavano anche il maggior numero di orfani. Comunque l'impatto dell'AIDS avrà un'incidenza più acuta nei paesi meno densamente popolati, ma che hanno un tasso di diffusione della malattia più elevato. Oltre a ciò, all'interno dei vari paesi, le popolazioni di bambini orfani variano grandemente in base alla concentrazione della diffusione dell'AIDS.

· Il numero di bambini orfani è destinato ad aumentare. I tassi odierni di diffusione della malattia determineranno largamente, nel prossimo decennio, la fisionomia del problema dei bambini orfani. Nei paesi in cui la diffusione dell'HIV/AIDS ha denotato di recente un aumento improvviso, il reale impatto di tale escalation sul numero previsto di bambini orfani deve ancora emergere. Il rapporto affronta anche il problema delle conseguenze devastanti che l'AIDS ha avuto sui bambini, sulle famiglie e sulle comunità, come l'esigenza di un intervento coordinato per rispondere efficacemente ai drammatici problemi esistenti. "L'HIV/AIDS ha prodotto il dramma dei bambini orfani", ha dichiarato Peter Piot, Direttore dell'UNAIDS. "Questa crisi senza precedenti richiederà, nei decenni a venire, una risposta decisa e sempre maggiore, tanto a livello nazionale quanto sul piano regionale e comunitario".

Il rapporto "Children on the Brink", inoltre, esamina le cinque strategie chiave per fornire un aiuto adeguato ai bambini affetti da AIDS e insiste perché le risposte approntate non escludano gli altri bambini colpiti in varie forme dall'epidemia. "Noi dobbiamo rispondere a queste statistiche di portata devastante affrontando le esigenze e difendendo i diritti tanto dei bambini orfani, quanto di quelli resi vulnerabili e i cui genitori sono ancora in vita", ha affermato Carol Bellamy, Direttore Generale dell'UNICEF. "I paesi che registrano alte percentuali di bambini orfani a causa dell'AIDS hanno anche moltissimi bambini afflitti dall'epidemia, come quelli che hanno i genitori malati o che vivono in famiglie che hanno accolto al loro interno bambini rimasti orfani. Essi sono, in egual modo", ha concluso Carol Bellamy, "deboli e vulnerabili".

Alla conferenza stampa di Barcellona sono stati anche discussi i programmi che hanno registrato successi nel migliorare la condizione dei bambini colpiti dall'HIV/AIDS. "Le comunità che presentano alte percentuali di orfani necessitano urgentemente di aiuto", ha dichiarato Anne Peterson, vice-amministratrice per la salute globale dell'USAID, il principale contribuente di fondi per la lotta alla pandemia dell'HIV/AIDS.

L'organizzazione delle Nazioni Unite per la lotta all'AIDS (UNAIDS) porta avanti e rafforza una serie di interventi mirati a prevenire, a livello mondiale, la trasmissione dell'HIV, fornendo cure e

assistenza, adoperandosi per ridurre il rischio di esposizione al virus sia dei singoli individui sia delle comunità e alleviando le conseguenze causate dall'epidemia.

L'UNICEF, l'agenzia delle Nazioni Unite che - grazie ai suoi 161 uffici sparsi in tutto il mondo - tutela i diritti e il benessere dei bambini e degli adolescenti, è in prima linea nella lotta alla diffusione dell'HIV/AIDS. Dal momento che l'AIDS colpisce prevalentemente i giovani, l'UNICEF ha posto la lotta all'HIV/AIDS tra le cinque priorità da realizzare nei prossimi anni. L'UNICEF, in particolare, si dedica alla prevenzione della malattia tra i giovani, alla prevenzione della trasmissione madre-figlio e a garantire le cure e il sostegno necessario a beneficio di tutti quei bambini che sono afflitti dal dramma dell'HIV/AIDS.

L'attuale diffusione dell'epidemia da AIDS nel mondo rinvia ad una catastrofe sanitaria che non trova precedenti nella storia. Il suo impatto è certamente devastante in Africa, ma lo è in modo altrettanto preoccupante in altri continenti. Le stime indicano che al mondo vi sono 40 milioni di individui affetti dal virus dell'HIV, di cui 28 milioni vivono nel solo continente africano. Ogni giorno, muoiono 8.000 persone, ed altre 13.000 si infettano. La XIV conferenza mondiale sull'AIDS di Barcellona ha rappresentato l'occasione per stilare un bilancio su ciò che è stato fatto e ciò che resta da fare, per svelare gli aspetti più critici delle politiche in atto e, quindi, per evocare le strategie che si ritengono fondamentali al fine di combattere in modo efficace l'epidemia dell'AIDS.

Il Fondo Globale per combattere l'AIDS, Malaria e Tubercolosi (GF):

ha stimato che affinché il Fondo potesse avere un impatto significativo nella lotta all'AIDS, dovevano essere allocati dai 7 ai 10 miliardi di dollari l'anno. Gli sforzi in tal senso sostenuti sono miseramente falliti: ad oggi, i governi si sono impegnati per soli 1.8 miliardi di dollari. Si rende allora necessario un altro tipo di approccio. E cioè:

- il Global Fund deve crescere in fretta in modo da raggiungere l'ammontare stabilito, con contributi da ripartirsi in modo equo tra i paesi, in proporzione all'entità del PIL;
- è di fondamentale importanza l'adozione ed il rispetto di regole volte a garantire la massima trasparenza rispetto alla natura addizionale dei contributi forniti dai singoli stati, in modo da evitare che essi vengano di fatto sottratti ai flussi di aiuto allo sviluppo;
- regole di trasparenza devono cancellare ogni ambiguità relativamente al ruolo dei privati, in specie delle grandi multinazionali, affinché ogni eventuale conflitto di interessi venga risolto a favore delle logiche di sanità pubblica e non del loro profitto (si pensi alla potenzialità dei guadagni correlata all'utilizzo del fondo per l'acquisto di terapie anti-Hiv, piuttosto che di ingenti quantità di profilattici)

- attuando quanto è statuito nella Dichiarazione di Doha, il Fondo deve essere utilizzato per sostenere la produzione e l'importazione di farmaci generici, divenendo esso stesso strumento principe per l'accesso ai farmaci salvavita per le popolazioni povere.

CAPITOLO 3 : Impatto demo-socio-economico

La morte prematura della metà della popolazione adulta tipicamente nelle età in cui cominciano a formarsi le famiglie e sono economicamente produttivi ci si può aspettare un impatto nella vita economica e sociale.

Mentre è difficile misurare l'impatto dell'HIV a livello nazionale ,dovuto al fatto che la popolazione africana è composta da diverse tribù e razze, in alcuni paesi esistono un gran numero di informazioni di come l'epidemia abbia avuto degli effetti sia nei settori pubblici che privati dell'economia.

3.1 – Impatto demografico dell'AIDS

La struttura di una popolazione può essere fortemente alterata dall'Hiv. Nei paesi sviluppati, la struttura della popolazione è descritta graficamente da una piramide (vedi fig.6), dove in ascissa si trova la popolazione in migliaia e in ordinata l'età in anni, mentre a sinistra si trovano i maschi e a destra le femmine.

La forma della piramide è determinata sia dalle nascite che dai decessi e quando entrambi sono alti la base della piramide è allungata e si restringe con l'aumentare dell'età. Se la fecondità si abbassa le differenze tra i gruppi di età più elevata e più giovani si attenuano.

Ora, l'AIDS ha introdotto una forma completamente nuova nella piramide delle età.

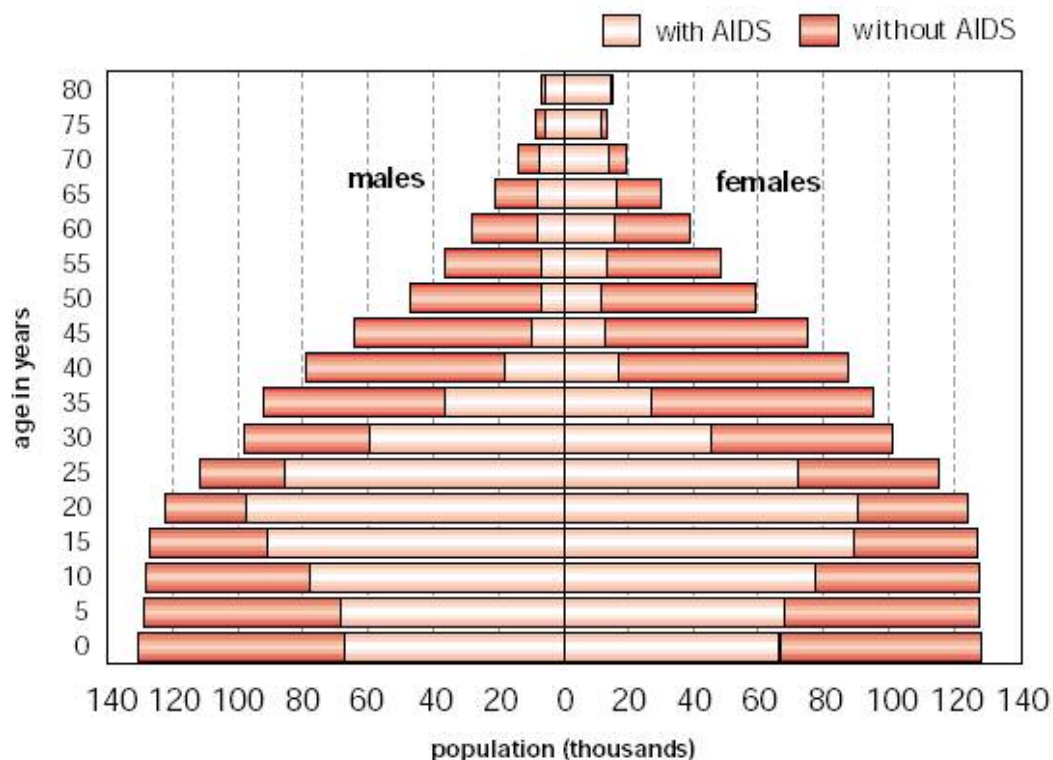
Il cambiamento più drastico nella piramide dell'età nei paesi africani avviene per le età 10-15 anni cioè nelle età in cui ragazzi e ragazze diventano sessualmente attivi e per le donne dopo i 20 anni e gli uomini dopo i 30 anni si hanno forti variazioni. Le persone che non sono state infettate dal virus sopravvivono fino alle età più anziane e questo dà luogo non più ad una struttura piramidale ma ad una forma detta "a camino".

Come si può vedere, la figura sottostante mostra l'impatto dell'AIDS in Botswana, dove oltre un terzo dei 775 000 adulti nel 2000 sono risultati affetti da HIV.

La piramide più scura mostra una normale struttura di popolazione in assenza di AIDS mentre quella più chiara mostra quali effetti produce l'AIDS alle diverse età.

Si tratta di una previsione di popolazione al 2020 del Botswana e la base più chiara è più ristretta per un calo della fecondità e bisogna anche tener conto che molte donne infettate dall'HIV muoiono o non sono più fertili prima della fine dell'età riproduttiva e quindi si riduce il numero dei nati; e più di un terzo dei neonati nascono da madri HIV-positive e quindi oltre alle madri anche i bambini acquisiscono e muoiono presto di AIDS.

Projected population structure with and without the AIDS epidemic, Botswana, 2020



Source: US Census Bureau, World Population Profile 2000

fig.6

L'US Census Bureau grazie ai dati forniti dalle Nazioni Unite mostra come ci siano più adulti in età 60-70 anni in Botswana, nell'arco di 20 anni, che non a 40-50 anni.

Questa proiezione è stata calcolata tenendo conto che l'andamento delle infezioni non cambi fortemente tra il 2000 e il 2010; in ogni modo i cambiamenti dei tassi d'infezione si avranno nelle età prima dei 40 anni nel 2020 e l'andamento della forma "a camino" viene determinato proprio da questa ipotesi. Grazie a queste proiezioni è possibile determinare

l'impatto della mortalità per le classi d'età e mostrare soprattutto cosa porterà l'AIDS nei paesi sottosviluppati.

3.2 – L’impatto sociale

L’epidemia di AIDS ha lasciato milioni di orfani che prima dell’età di 15 anni hanno perso la madre oppure entrambi i genitori a causa dell’AIDS .

Molti di questi bambini sono morti ma tuttora molti altri stanno sopravvivendo non solo in Africa ma anche nei paesi in via di sviluppo come l’Asia e l’America.

3.2.a – La famiglia:

Prima dell’AIDS circa il 2% di tutti i bambini nei paesi in via di sviluppo erano orfani; nel 1997 la popolazione dei bambini con uno o entrambi i genitori morti si è assestato intorno al 7 % in molti paesi africani e in alcuni casi ha raggiunto l’11%.

I bambini che hanno perso i genitori per AIDS hanno davanti a loro un futuro molto più difficile rispetto agli altri orfani, perché vengono etichettati dalla società.

Secondo una pubblicazione del 1999 dell’UNICEF gli orfani affetti dall’AIDS hanno un rischio maggiore di malnutrizione, malattie e abusi rispetto agli orfani per altre cause: essi sono associati alla discriminazione e appunto per questo vengono privati di servizi sociali di base ed istruzione. Inoltre la crisi è risultata talmente enorme e il suo impatto devastante che paesi e comunità dell’Africa stanno cercando di reagire con campagne preventive.

In Malawi si stanno supportando programmi di comunità ed è stato creato il National Orphan Care Task Force nel 1991. Intorno al paese si stanno costruendo dei centri sanitari per la cura dei bambini per incrementare le loro opportunità di sopravvivenza.

In Zambia, che ha la proporzione più grande di orfani di AIDS nel mondo dopo l’Uganda, organizzazioni non governative stanno lavorando per provvedere al cibo, ai vestiti e alla scuola per questi orfani e le loro famiglie.

In Zimbabwe dove il 7% dei bambini sotto i 15 anni sono orfani di AIDS si sta sviluppando una National Policy of the Care and Protection of Orphans e si sta prendendo in considerazione la possibilità di reintegrare gli orfani che potrebbero essere curati dalla comunità, dove possibile.

In Uganda, nel 1986, è stata fondata da Janet Museveni, moglie del presidente, l’UWESO (Uganda Women’s Effort to Save Orfans): un’agenzia di assistenza orfani in vari campi per cercare di reintegrarli nella comunità e conta 35 sedi in vari paesi africani. Questa agenzia aiuta nell’educazione e nel training dei bambini e inoltre finanzia altri programmi per aiutare donne e bambini.

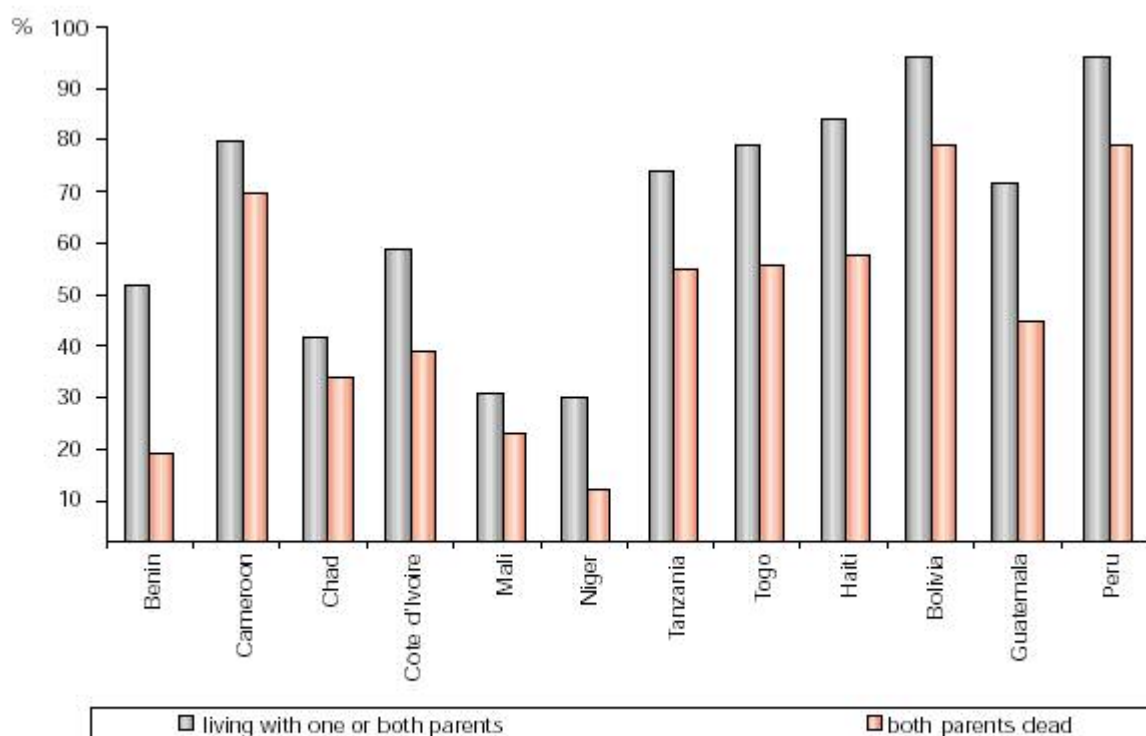
3.2.b - Sistema scolastico:

L'istruzione è una parte essenziale per lo sviluppo della società, ma è messa in crisi nelle aree dove l'infezione da HIV è comune. Prima di tutto si sta sgretolando il supporto all'infanzia da parte degli insegnanti che può appunto abbassare la qualità dell'educazione. In secondo piano si stanno disgregando le famiglie (padri o madri morti di AIDS) e di conseguenza anche il budget diminuisce e vi sono meno soldi per mandare i bambini a scuola, i quali sospenderanno l'attività scolastica per entrare nel mondo del lavoro.

In terzo luogo i bambini che stanno crescendo senza il supporto dei genitori malati sono predisposti a lasciare la scuola perché gli stessi genitori devono pensare a curarsi rinunciando in questo modo alla cura dei propri figli.

Gli insegnanti sono molto importanti per il sistema scolastico ma in alcune parti del mondo si ammalando e muoiono in gran numero per l'HIV.

Proportion of children aged 10-14 who are still in school according to whether their parents are alive, surveys in various countries, 1994-1998



Source: *Demographic and Health Surveys, Macro International, USA, and UNICEF, 2000*

fig.7

Per questo la Repubblica Centrale africana, dove 1/7 degli adulti è affetto dal virus dell'HIV, in un recente studio sull'impatto della malattia nel settore dell'educazione ha mostrato che molti insegnanti sono morti tra il '96 e il '98 di AIDS: di questi l'85 % era sieropositivo morendo mediamente 10 anni prima rispetto agli altri insegnanti malati ma non di AIDS. Lo studio ha mostrato che su 107 scuole solo 66 sono rimaste aperte e, a causa dell'alto tasso di mortalità tra gli insegnanti, i ricercatori hanno calcolato che oltre 71000 bambini con età dai 6 agli 11 anni saranno privati della loro istruzione primaria del 2005.

In Zambia le morti tra gli insegnanti sono molto alte e crescono rapidamente. Nei primi 10 mesi del 1998 lo Zambia ha perso 1300 insegnanti, l'equivalente dei 2/3 degli insegnanti che entrano nel lavoro in un anno.

L'AIDS inoltre può aggravare la disparità nell'accesso all'istruzione tra città e periferia. L'insegnamento nelle zone rurali è considerato poco importante tra gli insegnanti e uno studio condotto in Zambia ha dimostrato che, nelle zone rurali dove c'è minor possibilità di cura, gli insegnanti sono disincentivati ad accettare il lavoro.

In uno studio sulle Aziende commerciali nello Zimbabwe dove la maggior parte delle morti tra i lavoratori è attribuibile all'AIDS, il 48% degli orfani in età da scuola primaria che sono stati intervistati hanno abbandonato gli studi mentre i genitori erano ammalati o quando sono morti, e nessun orfano della scuola secondaria è rimasto a scuola.

Nel grafico in figura 7 si può vedere che i bambini con uno o entrambi i genitori hanno più probabilità di rimanere a scuola rispetto ai bambini con entrambi i genitori morti.

3.2.c - Sanità:

Fin dall'inizio dell'epidemia 18.8 milioni di bambini e adulti si sono ammalati e sono morti e in misura doppia molte persone stanno attualmente convivendo con l'HIV: come conseguenza l'impatto dell'epidemia nel settore sanitario in questi anni sarà maggiore che non negli ultimi 20 anni.

L'incremento per le cure sanitarie si sta pesantemente verificando in molti settori pubblici in alcuni paesi in via di sviluppo: verso la metà del 1990 è stato stimato che il 66% della spesa pubblica sanitaria in Ruanda e oltre ¼ della spesa pubblica in Zimbabwe è indirizzata a cure sanitarie. Uno studio recente ha stimato che nel 1997 la spesa pubblica nel settore sanitario per l'AIDS è stato di circa il 2% del GDP (Gross Domestic Product) in 7 dei 16 paesi africani presi in considerazione rispetto a molti paesi che spendono dal 3 al 5 % del GDP. Recentemente i pazienti di HIV hanno

occupato il 39% dei letti al Keniatta national hospital in Nairobi, Kenia, e il 70% dei letti al Prince Regent hospital in Bujumbura, Burundi.

Il settore ospedaliero in Kenia vede incrementare la mortalità tra i pazienti HIV , che sono stati ammessi all'ultimo stadio della malattia. Il divario e la crescita della domanda del servizio sanitario è sottostimata dall'esplosione dell'epidemia di tubercolosi nei paesi più pesantemente affetti da HIV, perché nella causa per decesso viene indicata la tubercolosi e non l'HIV. Infatti, il sistema immunitario delle persone affette da HIV li rende più vulnerabili nello sviluppo della tubercolosi che è diventata la principale causa di morte per le persone infette da HIV .

I dati ospedalieri dall'Africa mostrano che più del 40% dei pazienti affetti da HIV sta soffrendo di tubercolosi con il gran rischio di trasmetterla ad altre persone nella comunità. Questo potrebbe rappresentare un costo aggiuntivo per il settore sanitario.

3.3 – L’impatto economico

L'impatto economico del morbo nei paesi in via di sviluppo è difficile da stimare, almeno quantitativamente. Appare comunque chiaro che l'economia dei paesi con più alto tasso epidemiologico comincia già a risentire negativamente dei costi sanitari e della mortalità dei dipendenti. In Zimbabwe i costi assicurativi sono quadruplicati nell'arco di 2 anni a causa dell'AIDS, alcune compagnie riferiscono che i costi sanitari sono raddoppiati. In Botswana si stima che in molte società i costi sanitari siano cresciuti dall'1 al 5% in sei anni. In Zambia, una grande compagnia denuncia che i costi economici relativi all'AIDS nel 1995 siano stati superiori ai profitti dello stesso anno.

Programmi di prevenzione rivolte ai dipendenti da parte delle società sembrano aver significativamente ridotto sia i costi sanitari che il tasso di infezioni. Nell'Africa del sud si stima che un dipendente affetto da AIDS comporti un costo di 200 dollari all'anno in termini di minor produttività, trattamento sanitario, assenze e formazione di sostituti. I costi per i dipendenti specializzati sono naturalmente più elevati.

Estremamente efficaci risultano le campagne sanitarie per il trattamento e la cura di altre malattie veneree: tali campagne, nonostante un costo di soli 2 dollari per paziente sembrano aver ridotto il rischio di infezione da HIV del 40%. In Zimbabwe nelle industrie dove sono previste campagne di prevenzione il tasso di nuovi contagi diminuisce del 30%. Tali campagne, coinvolgendo attivamente i lavoratori, risultano essere inoltre estremamente poco costose (6 dollari per lavoratore).

Si può affermare che l'AIDS pesa fortemente sull'economia di un Paese questo perché le età più a rischio coincidono con le età lavorative. Inoltre bisogna tener conto che, come nei paesi del Sud dell'Africa, molti bambini che in futuro dovranno entrare nel mercato del lavoro sono già infettati: molti di essi moriranno prima di entrare nel mondo del lavoro e molti avranno bisogno di cure.

3.3.a - Agricoltura:

L'agricoltura è uno dei più importanti settori economici in molti paesi in via di sviluppo, specialmente se si pensa alla percentuale di persone che dipendono da essa per la sopravvivenza. Anche se il settore produce circa il 20% della produzione nazionale (% del GDP) esso dà lavoro all'80% della popolazione.

Se l'AIDS sta devastando le famiglie anche gli agricoltori rientrano nel contesto: se un agricoltore si ammala spenderà sempre meno tempo nel lavoro e di conseguenza vedrà diminuire le entrate.

Nella maggior parte dei casi, per far fronte alle spese mediche per la cura del malato, la famiglia si vede costretta a vendere i macchinari o i beni dell'azienda per sopravvivere. Queste spese possono essere molto costose in mancanza di agevolazioni del servizio sanitario.

Nel 1997 uno studio della FAO ha mostrato che nella parte ovest della Costa d'Avorio le cure per i pazienti malati di AIDS hanno un costo medio di circa 300\$ americani all'anno: rappresenta da ¼ a metà dello stipendio annuale di un agricoltore medio.

Inoltre bisogna tener conto anche del tempo perso dai membri della famiglia per l'assistenza al malato: infatti le assenze di un familiare dalle fattorie riduce ancora di più la produzione.

Uno studio recente nella zona rurale di Buboka in Tanzania ha evidenziato grosse differenze nell'allocazione delle ore lavorative: una donna con un marito ammalato lavora in agricoltura il 60% in meno di prima.

Gli effetti sulla produzione possono essere molto seri: nell'Africa dell'ovest si sono riscontrate la diminuzione di molte coltivazioni come quelle del caffè e del cotone in Costa d'Avorio.

In Zimbabwe, secondo un articolo pubblicato nel 1998, la produzione agricola è calata del 50% nei 5 anni precedenti e questo coincide con l'inizio dell'epidemia.

La produzione del mais è calata del 54 % e gli ettari dedicati alle piantagioni di cotone sono calate del 34%: secondo la SAFAIDS (Southern Africa AIDS Information Dissemination Service) tutto ciò porterà ad una grande crisi alimentare in Zimbabwe nei prossimi 20 anni (le persone più colpite risultano quelle in età lavorativa).

3.3.b – Occupazione nell'industria:

Data la proporzione di adulti infetti da HIV e la loro mortalità, è inevitabile che l'epidemia abbia delle ripercussioni anche sull'occupazione nell'industria.

Per molti anni le grandi Compagnie hanno ignorato il problema ma ora grazie all'esperienza di altri paesi si sono convinte che la prevenzione può allungare la vita dei malati facendo calare l'assenteismo. Nel 1998 sono state fatte delle interviste in alcune Compagnie edili in Botswana e si è trovata una forte resistenza da parte dei lavoratori ad inserire piani di prevenzione (anche se il 39% delle persone in età lavorativa erano già infette).

Molte Aziende hanno sentito l'impatto HIV nelle loro produzioni: i manager di uno zuccherificio in Kenia hanno stilato delle classifiche sull'impatto lavorativo:

-assenteismo (8000 giorni di lavoro persi tra il '95 e il '97 per malattia)

-bassa produttività (-50% tra il '93 e il '97)

-sostituzioni (costi aggiuntivi per pagare i colleghi che devono sostituire oltre l'orario di lavoro quelli ammalati).

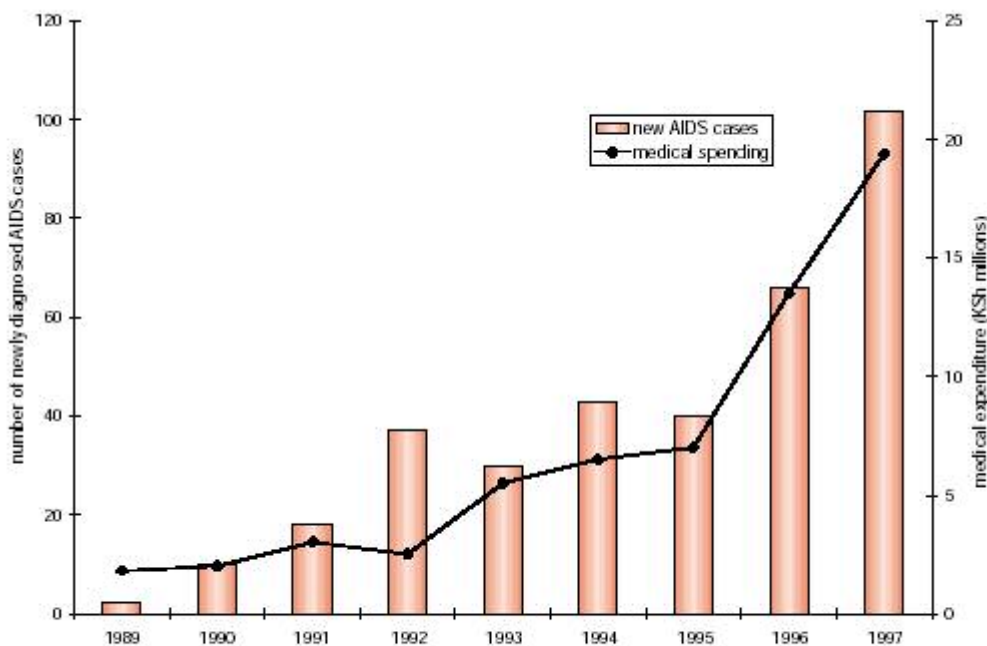
La malattia e la morte sono passate dall'ultimo al primo posto nella lista delle motivazione per cui una persona lascia il posto di lavoro.

La figura 8 mostra i casi di AIDS diagnosticati confrontati con la spesa medica (KSH moneta del Kenya) in un'azienda agricola in Kenia. Si tenga presente che 19.4 milioni in KSH sono 925 000 \$ americani.

Uno studio condotto in 40 aziende dello Zimbabwe ha dimostrato che la prevenzione sul posto di lavoro può contribuire a ridurre la trasmissione dell'HIV (e di conseguenza anche i futuri costi associati ad esso).

In tutte le 40 aziende i lavoratori hanno preso parte ai programmi di prevenzione mentre in metà delle aziende si è introdotta la distribuzione dei preservativi. Purtroppo il numero delle nuove infezioni è aumentato dopo 2 anni dall'introduzione dei programmi di prevenzione in tutte le 40 aziende e in tutti i gruppi d'età ma la buona notizia è che questo aumento è stato del 34% minore rispetto a tutte le altre aziende del paese.

Newly diagnosed AIDS cases and medical expenditure on an agricultural estate in Kenya, 1989-1997



Source: Rugalema et al. HIV/AIDS and the commercial agricultural sector of Kenya, UNDP/FAO, 1999

fig.8

Un altro tipo di prevenzione preso in considerazione dalle aziende è quello di inserire un piano sanitario aziendale che permetta di rivolgersi ad una clinica con cui l'azienda ha un contratto per procurare cure con agevolazioni o gratuite per i lavoratori.

Le Compagnie che considerano questa opzione troppo costosa hanno constatato come, per esempio in un'indagine condotta in un'azienda in Botswana, i lavoratori perdano molte ore lavorative negli ospedali per avere cure mediche statali: la conseguente perdita di produzione costa probabilmente alla Compagnia molto di più che non provvedere privatamente con contratti verso cliniche private.

CAPITOLO 4: I problemi sociali

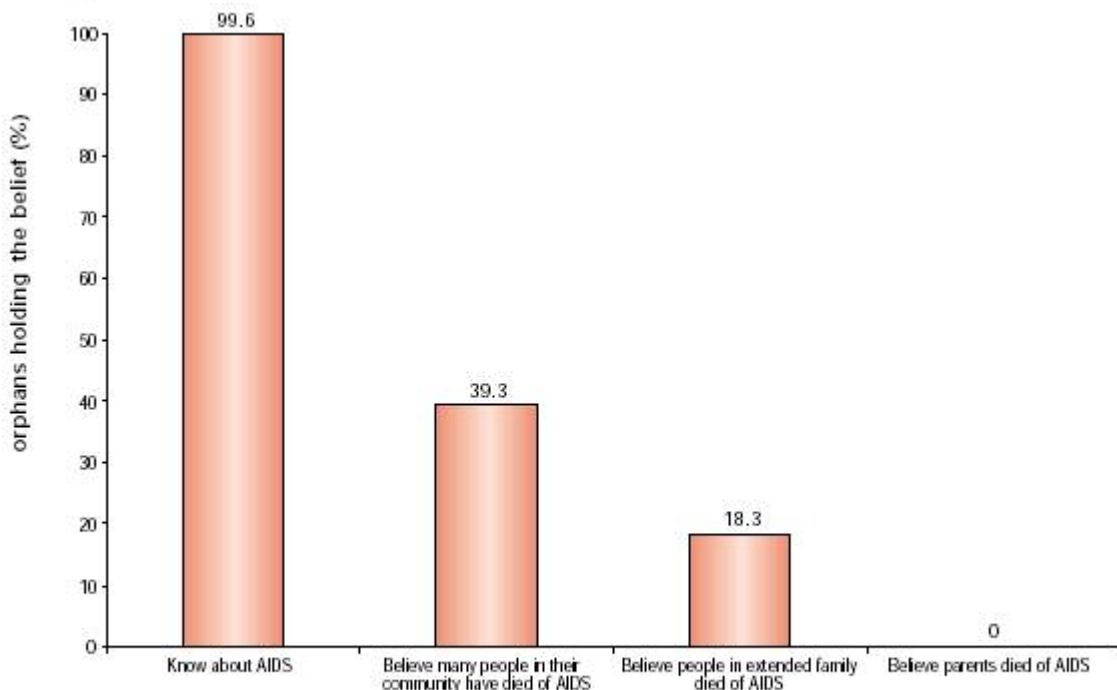
4.1 – Ruolo dell'informazione tra i giovani

In questi anni si è cercato di informare la popolazione di come avviene la trasmissione del virus e quali possono essere i metodi di prevenzione ma in alcune zone del mondo molti non conoscono ancora le informazioni di base. L'ignoranza e la disinformazione sono annidate nelle popolazioni maggiormente affette come in Africa.

In una città sudafricana, Carletonville, solo il 40% di uomini e donne sanno che si può convivere con il virus per anni senza che vi siano segni d'infezione. Circa 1/3 degli intervistati sono erroneamente convinti che gli infetti mostrino da subito i segni della malattia mentre ¼ non ha idea di quello che può succedere.

In uno studio su 72 orfani malati di AIDS risulta che una grande percentuale che dice di conoscere l'AIDS ma nessuno dichiara di credere che i genitori siano morti per questo motivo (riluttanza nel dichiararsi ammalati, vedi figura 9).

Knowledge and beliefs concerning AIDS among AIDS orphans, Rusinga Island, Kenya



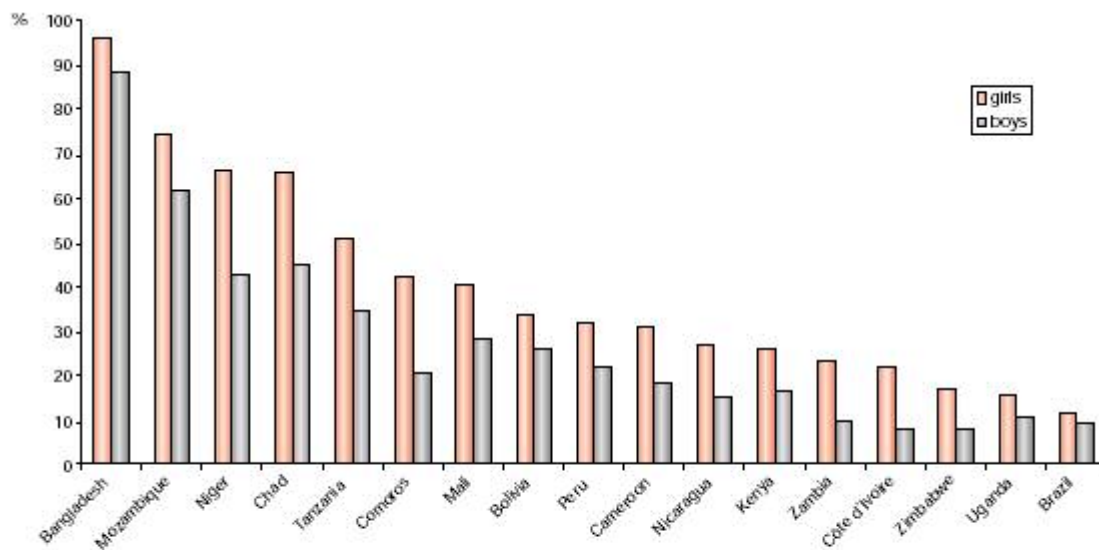
Source: Johnston T et al. Population Communication Africa, Kenya, 1999

fig.9

Le dimensioni numeriche del fenomeno “orfani” rendono improbabile l'ipotesi di istituzionalizzazione dei minori rimasti orfani a causa del morbo; le soluzioni al problema vanno ricercate all'interno della comunità sociale. In Zimbabwe la popolazione sta incominciando ad affrontare il problema: in molti villaggi parte del raccolto e delle risorse vengono destinate a bambini orfani o a famiglie in difficoltà economiche, gruppi ecclesiastici hanno incominciato 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 piuttosto efficaci ed economici: si stima un costo medio di 68 centesimi di dollaro per bambino al mese.

In molti paesi i ragazzi giovani sono più vulnerabili delle persone di età adulte perché non conoscono ancora sufficientemente i metodi di prevenzione.

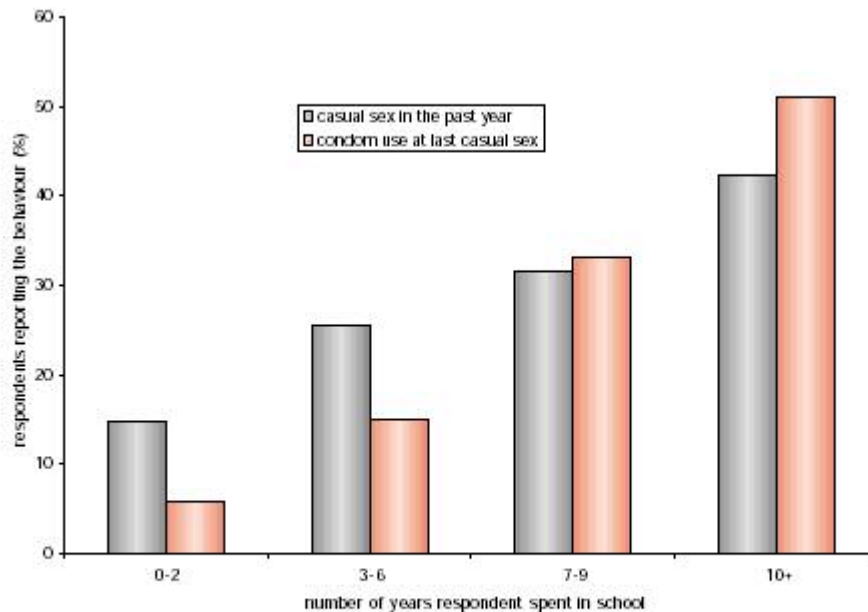
Proportion of girls and boys aged 15-19 who do not know how to protect themselves from HIV, surveys in selected countries, 1994-1998



Source: Demographic and Health Surveys, Macro International, USA, and UNICEF

fig.10

Casual sex and condom use, by educational status,
Mozambique



Source: Agha S, et al. *The promotion of safer sex among high-risk individuals in Mozambique*, Population Services International, USA, 1999

fig.11

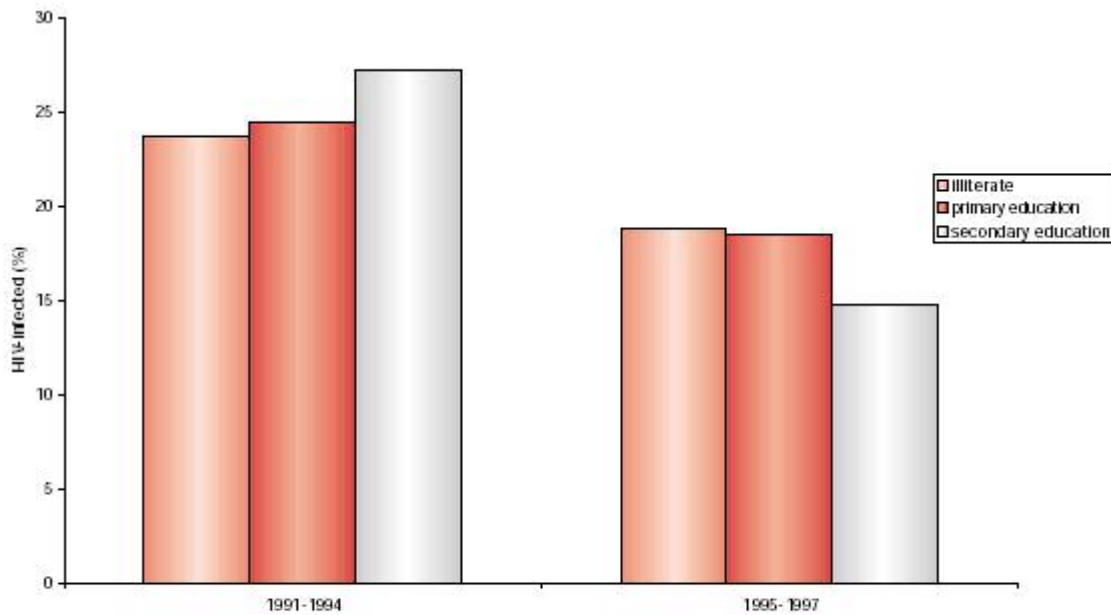
In una ricerca effettuata grazie ad indagini sulla salute riproduttiva (DHS) si è studiato il comportamento dei giovani nei confronti dell'HIV e si può vedere in figura 10 uno dei risultati sulla conoscenza dei giovani riguardo la protezione dall'HIV. Si può notare che la conoscenza del virus è minore per le ragazze, e questo è dovuto al fatto che sono meno scolarizzate dei maschi.

Il fatto di essere più scolarizzati può portare ad avere accesso a lavori migliori e a stipendi più alti e di conseguenza alla possibilità di maggior cura; tutte queste risorse però possono anche portare al consumo di alcol, droghe e sesso, e a stabilirsi nelle zone urbane dove i tassi di infezione sono molto alti per la diffusione della prostituzione e della droga.

Per capire se esiste una correlazione tra comportamenti sessuali e tipo di educazione, l'UNAIDS ha analizzato i risultati degli studi condotti su persone di 15-19 anni in 17 paesi africani e 4 paesi dell'America Latina: l'analisi mostra che se il livello di istruzione cresce alcuni tipi di comportamenti rischiosi crescono in frequenza mentre altri decrescono.

Le ragazze più scolarizzate iniziano ad avere il primo rapporto sessuale più tardi di quelle meno scolarizzate e le ragazze con istruzione secondaria che hanno iniziato l'attività sessuale dopo il 18° compleanno sono del 24% in meno di quelle con istruzione primaria.

HIV prevalence rate among pregnant 15–24-year-olds, by educational status, Uganda



Source: Kilian A et al. AIDS 1999, 13: 391-398

fig.12

La figura 11 mostra l'incremento dell'uso del preservativo rispetto alla scolarizzazione e ai rapporti sessuali casuali tra 5000 individui in Mozambico.

In Uganda il tasso di infezione tra le donne gravide cresce all'aumentare della scolarizzazione (figura 12) durante i primi anni dell'epidemia mentre si è abbassato tra il '95 e il '97.

Una cosa risulta chiara: quando ai bambini e ai ragazzi vengono negate le informazioni di base, l'educazione e la prevenzione per motivi religiosi, sociali o culturali, allora si avrà un maggior rischio di infezione.

4.2 – La povertà:

Gruppi di uomini e donne che vivono ai margini della società esistono in ogni paese, ma sono diversi da zona a zona. Quello che hanno in comune i gruppi marginalizzati è l'incremento della vulnerabilità all'HIV.

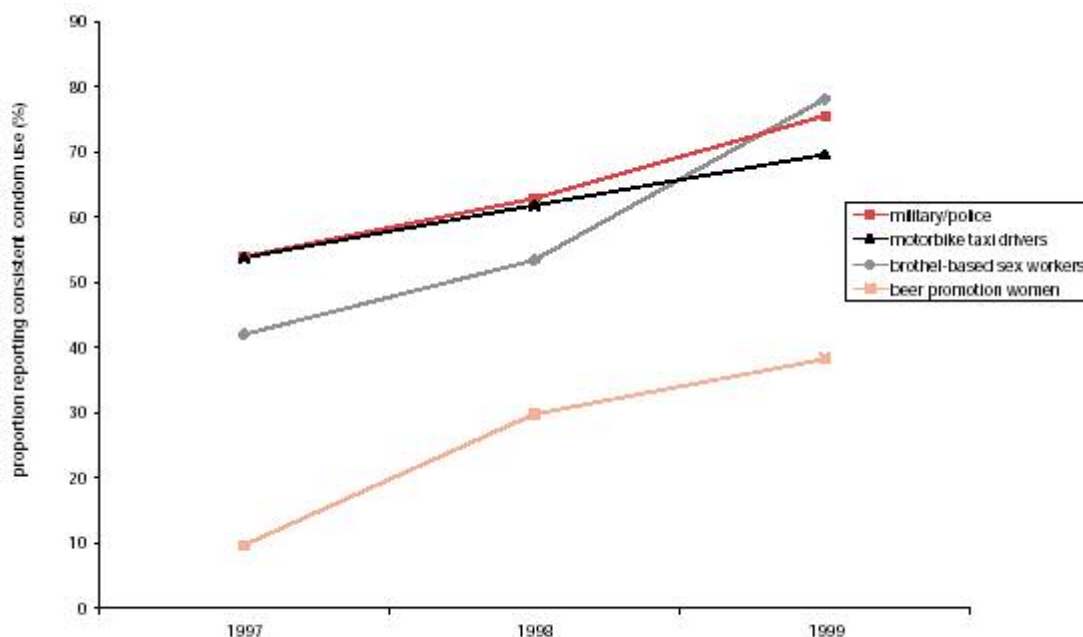
Anche dove prevenzione e servizi di cura esistono per loro, la maggior parte del personale nelle cliniche sono riluttanti ad esporsi al rischio di contrarre il virus specialmente quando si tratta di immigrati, drogati, prostitute e omosessuali.

Un tipo di approccio per ridurre questa paura è quello di far partecipare attivamente organizzazioni formate da gruppi chiusi: ad esempio nei paesi dove l'omosessualità è disapprovata a livello di società sarà una comunità formata da omosessuali ad attivare un programma di prevenzione all'interno del proprio gruppo con il supporto degli enti governativi.

In altri paesi i governi hanno organizzato campagne di prevenzione per i carcerati, i drogati, le prostitute e i loro clienti.

In Cambogia, uno dei paesi più poveri del sud-est Asia e con il più alto tasso di infetti tra gli adulti, si è riscontrato la presenza dell'HIV nel 40 % delle prostitute che possono trasmettere il virus ai clienti e quindi anche alle loro mogli.

Proportion of sex workers and sex work clients always using condoms with commercial partners, Cambodia, 1997-1999



Source: National AIDS Programme, Cambodia, and Family Health International, 2000

fig.13

In questo contesto il governo cambogiano ha creato un sistema di “sorveglianza” nelle cinque città principali studiando il tipo di clienti delle prostitute (soldati e taxista) o le classi lavorative che facevano minor uso del preservativo.

Nel 1998, in Cambogia, è stata inserita una forte campagna di prevenzione per l’uso del preservativo e l’entrata in vigore nel servizio sanitario di cure anti-AIDS: ciò ha portato gli uomini che frequentano le prostitute ad un maggior uso del preservativo (figura 13).

4.3 – Donne giovani

Si è riscontrato che le donne giovani sono più predisposte a contrarre il virus se hanno uno status basso sia a livello di società che di relazione e quando cominciano ad avere rapporti sessuali in età molto giovane. Inoltre sono esposte a violenze sessuali e al mercato nero della prostituzione.

In uno studio su due città dell'est Africa con un'alta prevalenza d'infezione e due città nell'ovest con una bassa prevalenza si sono riscontrate differenze nelle frequenze dei rapporti sessuali extraconiugali e nell'uso del preservativo.

La differenza maggiore si nota nella proporzione delle ragazze di 15-19 anni che dichiarano di aver avuto il primo rapporto sessuale prima dei 15 anni di età quando non sono ancora sposate.

Nelle zone in cui l'HIV è comune l'attività sessuale è aumentata tra le ragazze giovani.

La figura 14 mostra i tassi per età nelle ragazze giovani in Kisumu, Kenia: oltre ¼ delle intervistate ha dichiarato di aver avuto il primo rapporto sessuale prima dei 15 anni e una ragazza su 12 ha dichiarato di essere ammalata dall'età di 15 anni.

Un altro fattore importante che spinge in alto i tassi d'infezione nelle giovani donne è l'età del partner: come mostra la figura 14 il rischio di contrarre il virus con un ragazzo di 15-16 anni è molto basso rispetto ai ragazzi di età sopra i 17 anni.

Nelle zone rurali della Tanzania, il 17% delle ragazze non sposate hanno dichiarato di aver avuto rapporti sessuali con uomini mediamente più vecchi di 10 anni e in uno studio in Zambia oltre ¼ degli uomini che ha rapporti extraconiugali li ha con donne mediamente più giovani di 10 anni.

In uno studio su quattro città africane si è riscontrato che degli uomini che hanno rapporti con prostitute circa 1/3 ha avuto rapporti con ragazze giovani.

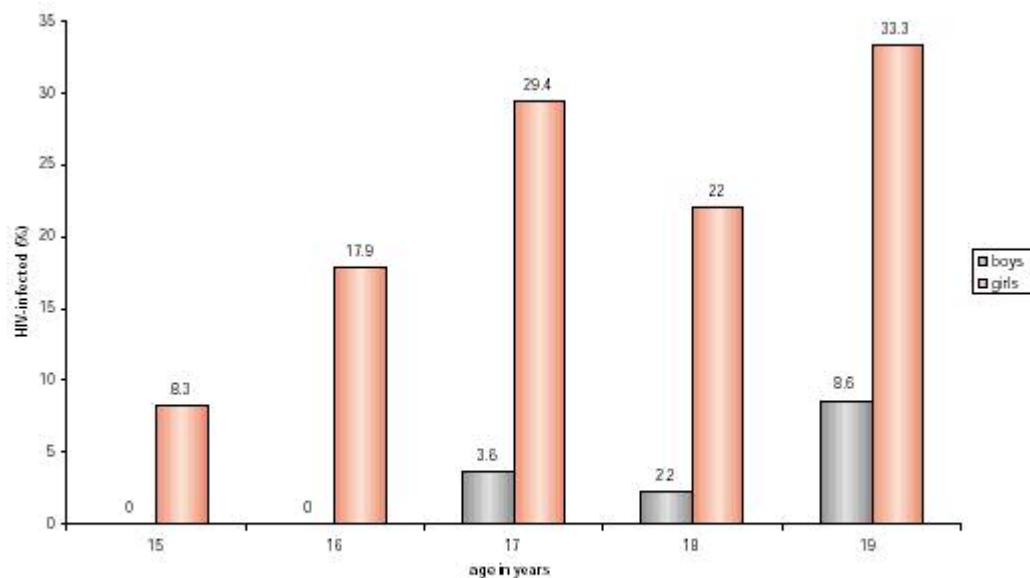
In un'indagine su 1600 bambini e adolescenti in quattro zone povere di Lusaka, Zambia, oltre ¼ dei bambini di 10 anni dichiara di aver già avuto il primo rapporto sessuale e il 60% prima dei 14 anni.

In Sud Africa il 10 % degli intervistati in uno studio in sei province ha dichiarato di aver avuto il primo rapporto sessuale prima degli 11 anni.

Lo studio, commissionato dal Dipartimento sulla salute, raccomanda che l'educazione sessuale sia introdotta intorno ai 12 anni, prima di entrare quindi in età da rapporti.

È anche importante aumentare l'informazione sull'AIDS e le campagne contro l'abuso e la violenza sessuale per scoraggiare gli uomini ad avere rapporti sessuali con donne molto più giovani.

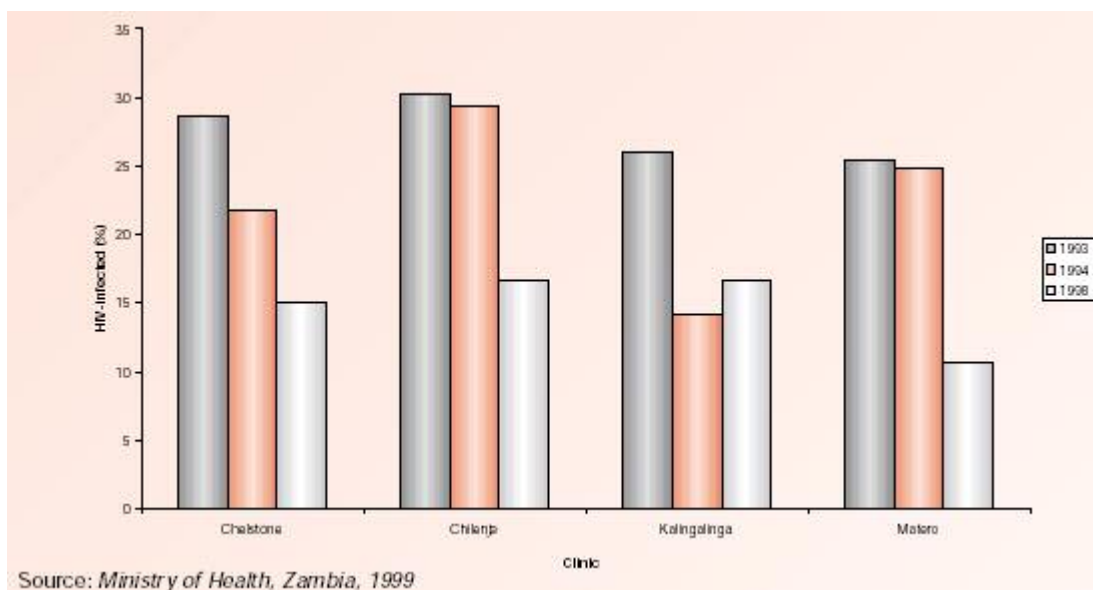
HIV prevalence rate among teenagers in Kisumu, Kenya, by age



Source: National AIDS Programme, Kenya, and Population Council, 1999

fig.14

HIV prevalence rate among pregnant 15–19-year-olds, Lusaka, Zambia, 1993-1998



Source: Ministry of Health, Zambia, 1999

fig.15

HIV prevalence rate among women in their teens and early twenties, various African studies, 1995-1998

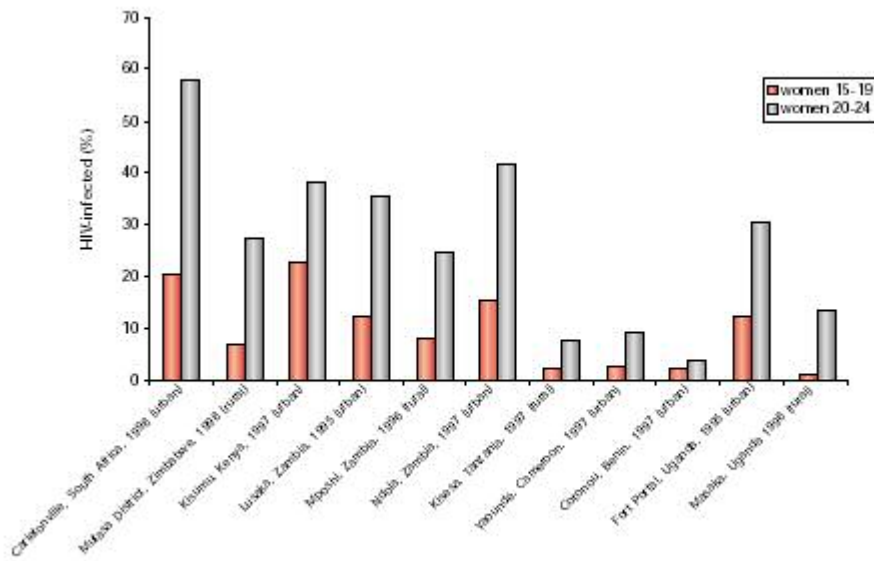


fig.16

La figura 15 mostra che la percentuale di ragazze gravide di 15-19 anni infettate dall'HIV nella capitale Lusaka (Zambia) diminuita in media di metà negli ultimi 6 anni, mentre la figura 16 mostra i tassi d'infezione nelle donne in varie zone rurali e urbane in alcuni paesi africani. Si può notare come le donne insediate nelle città abbiano un tasso d'infezione più alto di quelle che abitano al di fuori delle città. Inoltre le donne di età 20-24 risultano ammalate in percentuale maggiore rispetto alle giovani di 15-19 di anni.

4.4 - Violenza sulle donne e sui bambini:

La violenza sessuale sulle ragazze e sulle donne le rende vulnerabili alle infezioni.

Spesso le ragazze contraggono l'infezione prima dei maschi. Un recente studio in un'area del Kenia mostra che il 22% di ragazze fra i 15 ed i 19 anni risulta già sieropositiva, rispetto al 4% di ragazzi. In uno studio effettuato in Zambia la percentuale era del 12.3 contro il 4.5 di maschi. In Etiopia le ragazze fra i 20 ed i 24 anni sieropositive erano il 35.4% contro il 10.7% dei giovani maschi.

Tali differenze lasciano intuire che le giovani donne vengono infettate da maschi adulti sieropositivi. In molti casi le ragazze decidono volontariamente di avere rapporti sessuali con uomini più grandi, sedotte da regali, soldi od altri favori. Ma spesso il rapporto è frutto di una violenza sessuale: una ragazza su quattro, in Kenia, ha dichiarato di essere stata vittima di violenza; nella Repubblica Democratica del Congo il rapporto sale ad una su tre.

Nei casi di rapporto sessuale con ragazze non consenzienti il rischio di contagio risulta più elevato: sia perché è improbabile che l'uomo decida di usare preservativi, sia perché maggiore è il rischio di abrasioni e ferite.

Naturalmente il fatto che il virus venga contratto in giovane età aumenta, anche in prospettiva, il rischio epidemiologico. Un'adeguata campagna informativa e preventiva dovrebbe essere rivolta ad ogni strato della popolazione, ma soprattutto alle persone più giovani, che più di altre sono soggette al rischio infezione. Le campagne per un comportamento sessuale più corretto sembrano inoltre essere più efficaci nei confronti delle persone giovani che di quelle il cui comportamento è oramai piuttosto radicato.

Ad esempio, a seguito di campagne attive di educazione sessuale e promozione all'uso di profilattici nelle scuole e fra gruppi giovanili, si è assistito ad una significativa riduzione del tasso epidemiologico fra teenagers in Uganda e Tanzania.

Le violenze domestiche in uno studio in Zambia dimostrano l'inferiorità sociale della donna all'interno del matrimonio: meno di ¼ delle donne dichiara di aver provato a rifiutare un rapporto con il marito infetto e solo l'11% ha chiesto al marito di usare il preservativo.

Inoltre nei paesi africani sono frequenti le violenze sessuali e in Uganda il 41% degli uomini ha dichiarato di aver obbligato la partner ad aver rapporti.

In un campione casuale di 20 rifugiati dell'Etiopia in un campo in Somalia nel 1986, 17 hanno dichiarato di aver stuprato donne nel loro paese e 13 hanno dichiarato di aver stuprato donne all'interno della loro famiglia, dunque le donne violentate non solo soffrono psicologicamente ma

devono tener conto della possibilità di essere contagiate o di rimanere incinta: i tassi di infezione tra i militari risultano da 2 a 5 volte più grandi rispetto a quelli dei civili anche in tempo di pace.

La paura della violenza rende più difficile per le donne rifiutare un rapporto non voluto.

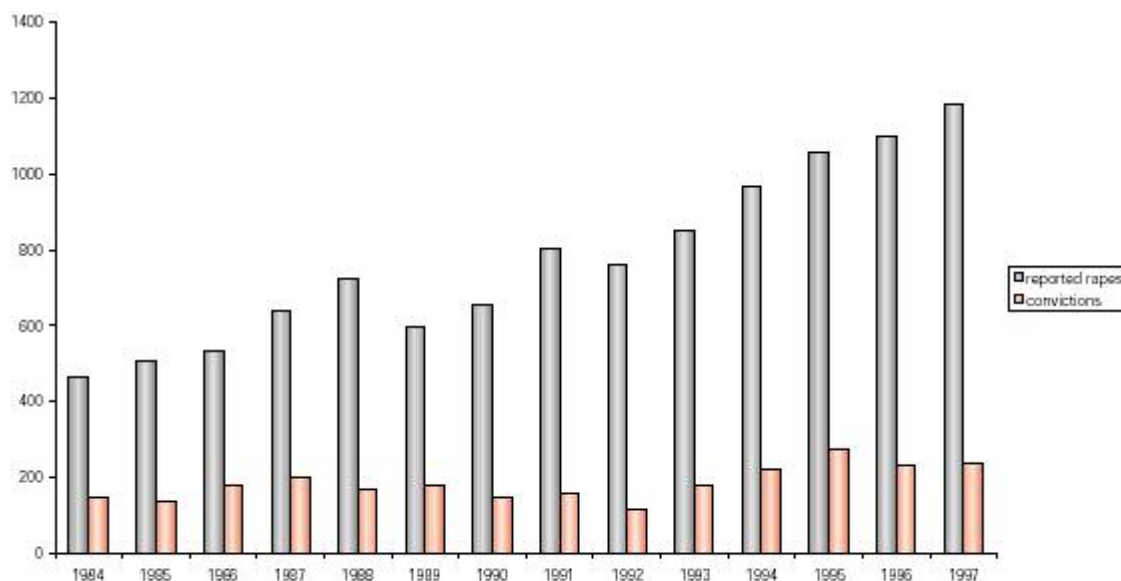
Come la violenza domestica, la violenza sessuale diretta sulle donne è comune in tutto il mondo, tenendo conto delle sottostime per le non-denunce.

In uno studio in Kenia, a Nairobi, si può evidenziare la riluttanza delle donne a denunciare la violenza anche quando è un reato comune all'interno della comunità.

Più del 30% delle donne di età oltre i 18 anni e circa 1/5 delle ragazze sotto i 18 anni dichiarano di essere state violentate ma la maggior parte non sporge denuncia.

Molte dicono di aver vergogna nel denunciare la violenza perchè vengono stuprate da un parente o un amico di famiglia; molte sono scoraggiate dai lunghi tempi burocratici che diventano snervanti per le vittime che vogliono al più presto ricominciare una nuova vita. Quelle che denunciano l'abuso sono sottoposte a interrogatori e quindi a sofferenze psicologiche: di 16 casi di stupro a Nairobi denunciati alla polizia e/o allo sceriffo locale (inclusi 2 casi di incesto e due violenze su minori) l'arresto è avvenuto solamente su 5 casi entro un periodo di sei mesi. Sfortunatamente le denunce da parte della polizia vengono registrate come lesioni e quindi si può verificare una sottostima delle denunce.

Number of reported rapes and convictions in Botswana, 1984-1997



Source: *Emang Basadi Women's Association, Botswana, 1998*

I

fig.17

In Botswana (figura 17) si è avuto un certo incremento sui casi di stupro e molte delle vittime risultano molto giovani: oltre i 2/5 dei casi riguardano ragazze sotto i 16 anni d'età.

Nel 1997, appena 1/5 dei casi riportati finiscono con un arresto, e a loro volta i 3/4 degli arrestati subiscono una condanna di 4 anni o meno. Molti casi vengono quindi archiviati senza l'arresto e questo ha portato il Botswana a cambiare la legge sullo stupro nel 1998: adesso la minima pena prevista per lo stupro è di 10 anni e può diventare di 15 anni se lo stupratore viene trovato positivo al test dell'HIV.

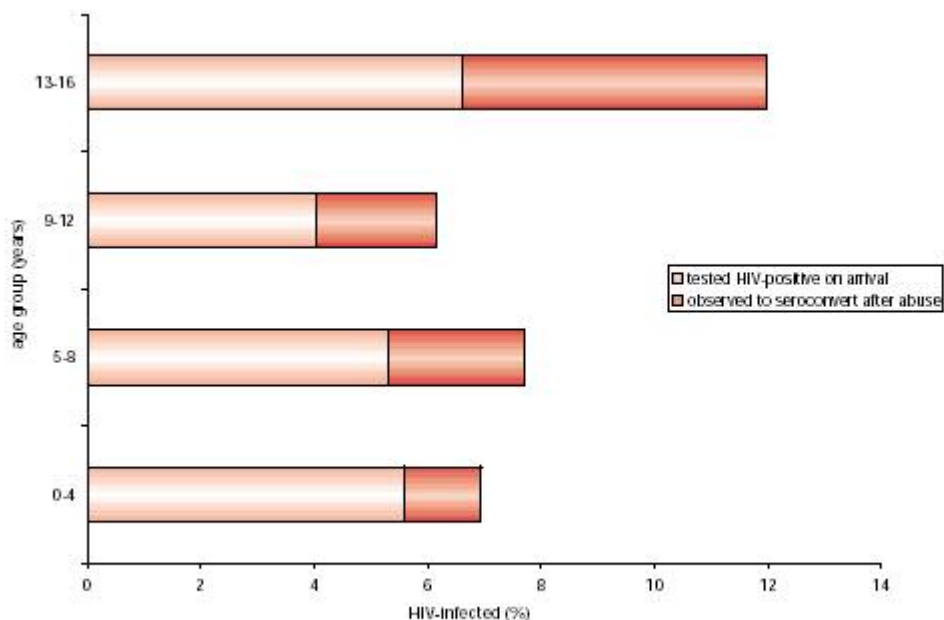
Inoltre se lo stupratore era a conoscenza di essere sieropositivo la condanna arriva ai 20 anni.

Il Botswana non è l'unico paese ad aver preso drastici provvedimenti contro le sempre maggiori violenze specialmente sulle giovani donne.

Lo Zimbabwe, per esempio, oltre a cambiare il sistema giudiziario con pene più severe ha provveduto ad inserire con il Family Support Trust la possibilità di effettuare test e cure agevolate nell'ospedale di Harare per i bambini sotto i 16 anni che hanno subito violenza.

Nel 1998, una media di 77 bambini al mese è stata registrata nella clinica.

Proportion of children testing HIV-positive at a sexual abuse clinic, Harare, Zimbabwe, 1998-1999



Source: Family Support Trust, Zimbabwe, 1999

fig.18

Dal 1999 con una miglior conoscenza della clinica nel territorio, il numero dei pazienti è salito a 94 al mese, con picchi durante il periodo di vacanza.

Oltre metà dei bambini visitati nei primi due anni dall'inizio del programma era sotto i 12 anni, e oltre 300 bambini sotto i 5 anni, molti dei quali non sapevano definire come stupro la violenza subita. La figura 18 mostra non solo che i bambini riportavano forti traumi psicologici ma acquisivano l' HIV con una forte probabilità di mortalità nella loro giovinezza. La parte scura del grafico mostra la percentuale di bambini che sono stati infettati durante la violenza –risultavano negativi all'arrivo ma diventavano sieropositivi dopo poche settimane dal ricovero.

La parte chiara del grafico mostra i bambini già HIV positivi al momento dell'arrivo: probabilmente questi bambini erano già stati precedentemente violentati e molti si sono presentati in clinica settimane o mesi dopo la violenza con il virus già in atto.

CAPITOLO 5: Fattori di protezione

Nella vita sessuale di uomini e donne vi sono comportamenti che possono aumentare o diminuire il rischio di infezione da HIV. Questi comportamenti sono influenzati, specialmente nei paesi africani, da usi e costumi. Le campagne preventive dei primi anni '90 non hanno dato esiti positivi: la scarsa efficacia è dovuta alla diffidenza della popolazione africana verso i paesi ricchi, ex colonizzatori e considerati quindi nemici della cultura africana.

Vediamo, in questo capitolo, alcuni fattori che possono incidere sul rischio di infezione in cui la contraccezione e il problema della fedeltà risultano rilevanti dal punto di vista comportamentale.

5.1 – Post - porre il primo rapporto sessuale:

Nei paesi ricchi la percentuale di giovani che aveva il primo rapporto a 17 anni ha cominciato ad aumentare negli anni '70. In Svizzera, per esempio, nel 1985 il 65% dei ragazzi dichiarava il primo rapporto all'età di 17 anni e lo stesso valeva per il 58% delle ragazze nel 1989. Le campagne di prevenzione hanno invertito il trend e dal 1997 i ragazzi di 17 anni che dichiaravano di aver avuto rapporti sessuali era del 54%. Negli Stati Uniti la proporzione di ragazzi di 15 anni sessualmente attivi è scesa dal 33% circa nel 1988 al 25% nel 1995.

Nei paesi asiatici, inclusa la Cina, l'età al primo rapporto sessuale è la più elevata rispetto a tutti gli altri paesi. Sia le donne che gli uomini hanno il primo rapporto dopo i 20 anni. Studi condotti a Singapore e in Sri Lanka sui ragazzi di 15-19 anni non sposati hanno segnalato che meno del 2% avevano già avuto rapporti.

In America Latina, invece, l'età al primo rapporto è la più bassa. Uno studio condotto in Venezuela ha appurato che il 25% dei giovani ha avuto il primo rapporto tra i 10 e i 14 anni, e in Messico la percentuale arriva al 17%.

Nei paesi dell'Africa sub-sahariana molti giovani hanno il primo rapporto ad un'età molto bassa, specialmente le ragazze.

5.2 - Astinenza prima del matrimonio:

Un'alta proporzione di ragazzi e ragazze sono sessualmente attivi anche se non sono sposati e questo porta ad un'alta probabilità di infezione. Molte campagne di prevenzione, in alcuni paesi africani come il Sud Africa, che promuovevano l'astinenza prima del matrimonio non hanno avuto l'efficacia sperata nei gruppi di persone più giovani.

In uno studio recente nell'ovest Kenya, 1/3 dei giovani uomini sposati hanno dichiarato di aver avuto più di 10 partners prima del matrimonio, mentre le donne, sposandosi più giovani, hanno meno opportunità di avere più partner prima del matrimonio (le donne keniane sposate hanno dichiarato di aver avuto in media tre partner prima del matrimonio).

In studi sui comportamenti sessuali giovanili condotti in Sud Africa e Zambia, oltre metà dei giovani sessualmente attivi hanno dichiarato di aver avuto più di un rapporto negli ultimi tre mesi con partner casuali. Il numero di partner avuti prima del matrimonio non è l'unico fattore che contribuisce al rischio di infezione. Il fattore cruciale per le ragazze è l'età troppo bassa al primo rapporto e i rapporti con uomini più vecchi e quindi maggiormente infettati.

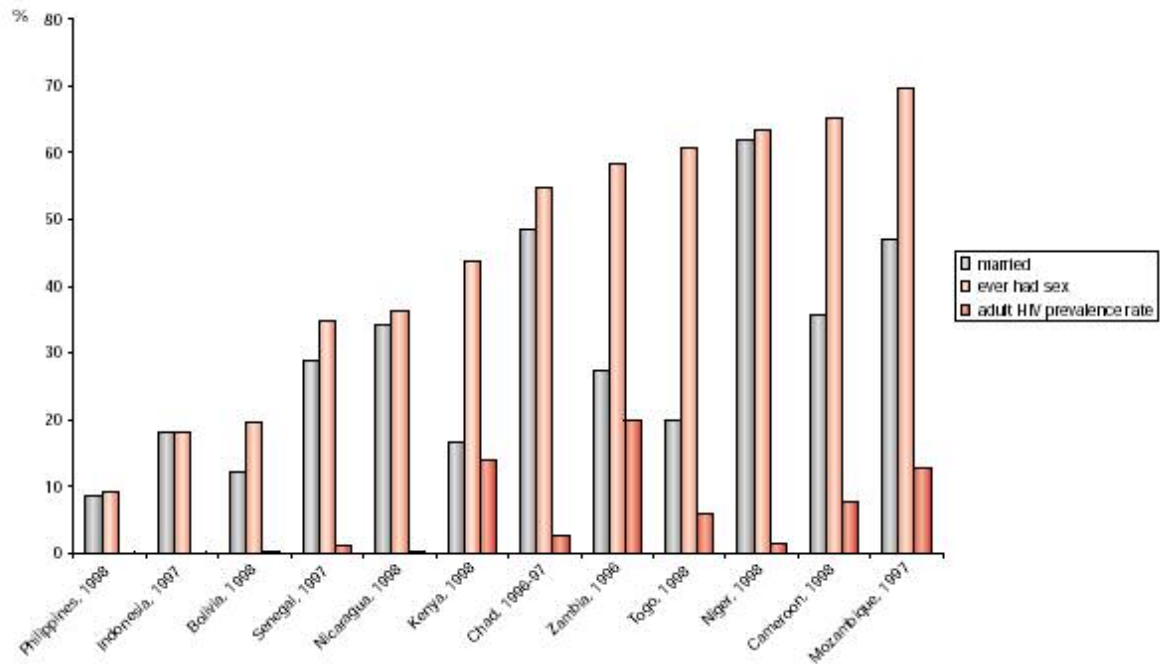
A Kisumu, città keniana, circa 2/5 delle donne che aveva dichiarato di aver avuto rapporti pre-matrimoniali è risultata positiva al virus, mentre non è stata trovata nessuna infetta tra le donne che avevano dichiarato di essere vergini prima del matrimonio.

Inoltre, nel sud-est dell'Africa dove troviamo un'epidemia più forte, i tassi nelle giovani donne sono più alti dei tassi degli uomini che hanno sposato (uomini della stessa età o più vecchi di 5 anni).

La conclusione è che in alcuni paesi vi è un gran numero di donne che sono già infette al momento del matrimonio e che quindi potrebbero infettare il marito con l'HIV. Si pensi che a Kisumu, oltre 1/4 degli uomini sposati di età 20-24 sono risultati sieropositivi mentre 1/10 degli uomini single sono ammalati.

La figura 19 mostra il confronto tra la proporzione delle ragazze di 15-19 anni sposate con quelle di pari età che avevano già rapporti sessuali (in alcuni paesi africani, asiatici e latino americani). Si può vedere che i paesi in cui c'è una grande differenza tra queste due categorie sono anche quelli con il più alto tasso di infezione.

Proportion of 15–19-year-old girls married, proportion reporting ever having had sex, and adult HIV prevalence rate, surveys in selected countries, 1996-1998



Source: Demographic and Health Surveys, Macro International, USA

fig.19

5.3 - partner regolare:

Mentre molte donne si sposano già ammalate mettendo a rischio il proprio marito, si può trovare la situazione inversa in altri paesi.

Inoltre, in alcuni casi si può infettare il proprio partner con rapporti extra-coniugali.

La monogamia è un ideale sociale e religioso: in uno studio condotto nel sud del Viet Nam, il dato che più di 1 uomo su 4 ha dichiarato di aver avuto un rapporto a rischio nell'ultimo anno è stato messo a confronto con 1 su 200 per le donne, e 2/5 degli uomini ha dichiarato di non aver fatto sempre uso del preservativo durante i rapporti.

In uno studio qualitativo nello stato indiano di Gujarat, 33 su 78 degli uomini sposati intervistati ha dichiarato di aver avuto rapporti al di fuori del matrimonio, la maggior parte con donne non sposate del proprio paese.

In uno studio sudafricano, 4 uomini su 5 dichiarano che si dovrebbe avere un unico partner per non contrarre l'Aids anche se metà di questi uomini ha poi dichiarato di aver avuto almeno un rapporto sessuale non protetto con un'altra donna. La stessa cosa, con minor frequenza, è stata riscontrata per le donne.

5.4 - uso del preservativo:

Il preservativo è stato pubblicizzato da molte campagne di prevenzione in molti paesi, tuttavia le classi di persone che lo usano sono molto diverse tra loro.

In alcuni studi condotti in America Latina si mostra una forte disposizione all'uso del preservativo da parte dei giovani (figura 20) il che fa pensare ad una maggior consapevolezza che il virus può infettare con rapporti non protetti.

In alcuni paesi dell'ovest Europa, più del 60% dei giovani hanno dichiarato di aver usato il preservativo al primo rapporto sessuale.

In Svizzera, circa l'80% degli adulti delle classi d'età 18-30 anni (molti dei quali non sono sposati), dichiarano l'uso del preservativo con partner casuali quando questa percentuale era del 20% dieci anni prima (figura 21).

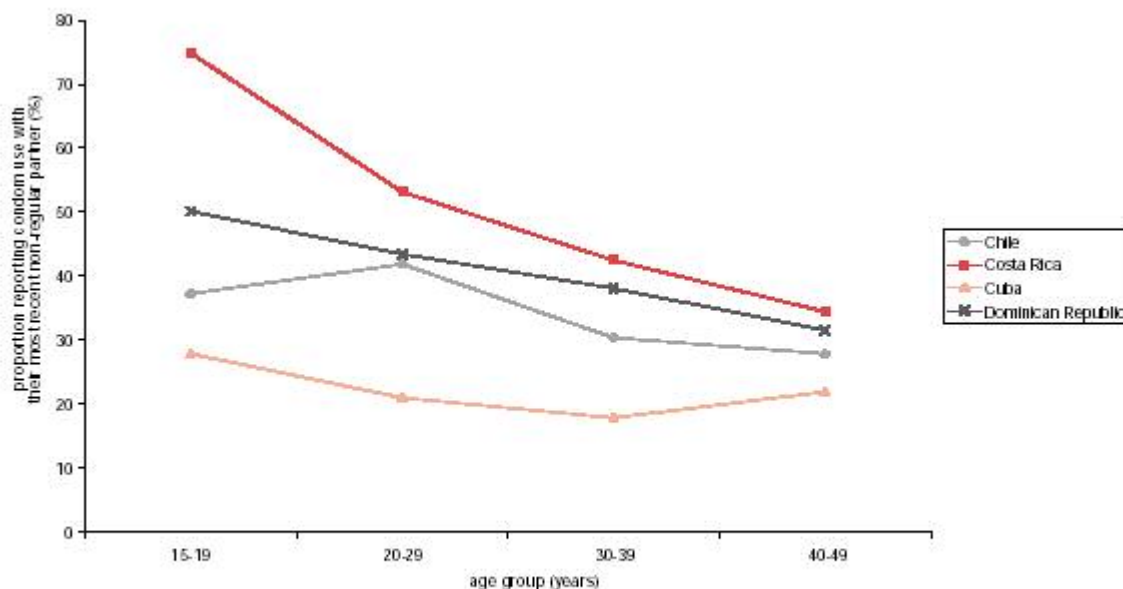
In Africa sub-sahariana, l'uso del preservativo è considerevolmente aumentato. In Uganda, la percentuale di ragazze che dichiara di aver fatto uso del preservativo è triplicata dal 1994 al 1997, e rappresenta il gruppo con il maggior uso rispetto a tutti gli altri gruppi d'età. Questo indica una maggior predisposizione all'uso del preservativo rispetto all'età più anziane.

Inoltre, i tassi d'uso del preservativo rimangono molto bassi in alcuni paesi come il Kenia dove circa il 63% di non sposati che hanno avuto rapporti nell'ultimo anno dichiarano di non aver mai fatto uso di preservativo, mentre appena il 18% dice di farne sempre uso.

Tra quelli sposati, l'uso del preservativo tra gli uomini con partner casuale è comunque basso e per le donne ancora di più - oltre 4 donne sposate su 5 dichiara di non aver fatto uso del preservativo con un uomo che non era il marito.

La cosa che mette in allarme è un tasso di uso del preservativo molto basso per le categorie a rischio: uno studio sulle prostitute di Kisumu, Kenia, mostra che solo metà ha fatto uso del preservativo con l'ultimo cliente, e un terzo non ha mai usato il preservativo.

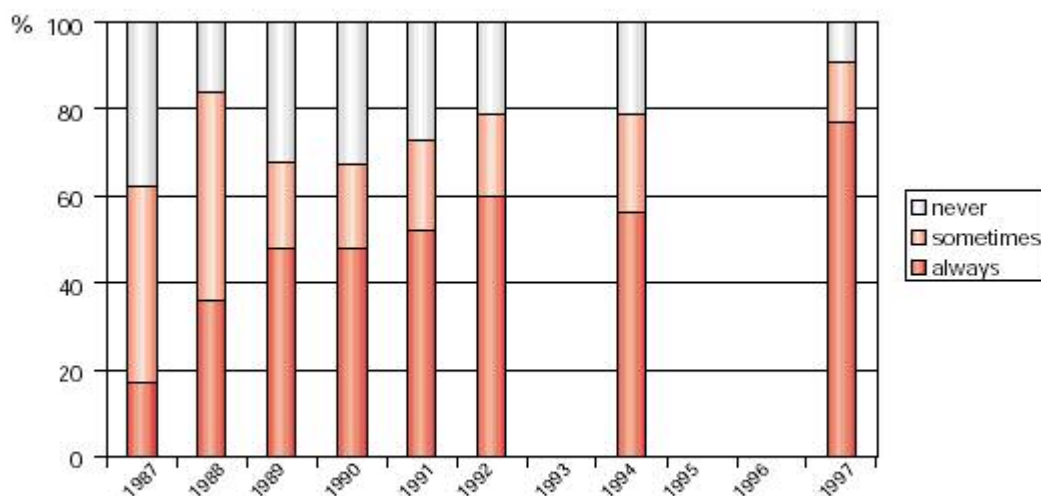
Condom use for casual sex, by age, selected Latin American and Caribbean countries, 1996-1997



Source: National AIDS Programmes

fig.20

Condom use for casual sex in the past six months, 17-30-year-olds, Switzerland, 1987-1997



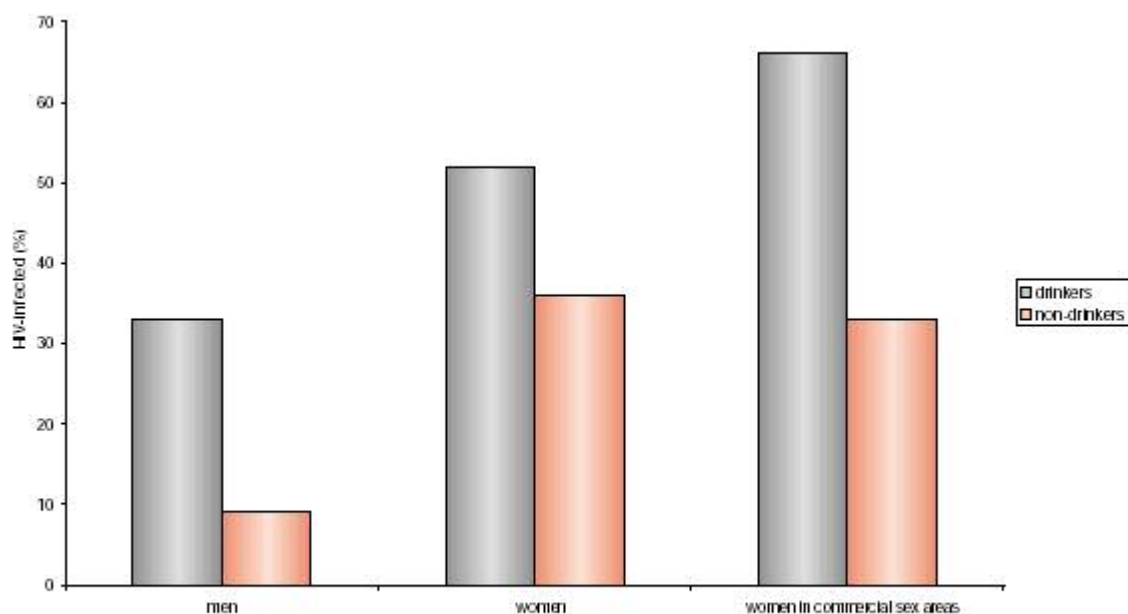
Source: University Institute of Social and Preventive Medicine, Lausanne, Switzerland, 1999

fig.21

Inoltre i $\frac{3}{4}$ delle prostitute dell'indagine sono risultate HIV-positivo al test. Uno dei fattori che influenza l'uso del preservativo è l'alcol (indagine sud-africana di Campbell del 1998): infatti le categorie a rischio come le prostitute hanno rapporti sessuali dopo aver fatto uso di alcol.

Da uno studio condotto nel 1998 a Carletonville, Sud Africa, risulta che le persone che sono ubriache fanno meno uso del preservativo rispetto a quelle sobrie e le conseguenze si possono vedere nella figura 22 dove i bevitori hanno tassi più alti di infezione.

HIV prevalence rates among people consuming alcohol and among non-drinkers, Carletonville, South Africa, 1998



Source: Campbell et al. (unpublished data)

fig.22

In Zambia, $\frac{1}{4}$ delle donne e $\frac{1}{5}$ degli uomini che hanno avuto partner casuali dichiarano di aver bevuto alcolici prima dell'ultimo rapporto. Nell'ovest del Kenia, molte prostitute hanno dichiarato che grazie all'alcol hanno il rapporto sessuale con il primo cliente, e nella città di Kisumu dicono che l'alcol è un metodo di approccio cliente-prostituta. Inoltre le prostitute dichiarano che non vi è uso del preservativo quando il cliente è ubriaco.

In Sud Africa, nel 1999, oltre $\frac{3}{4}$ degli studenti dell'istituto superiore di Johannesburg hanno dichiarato di aver fatto uso del preservativo nell'ultimo rapporto sessuale. Sfortunatamente nelle zone rurali in KwalaZulu Natal (Sud Africa), dove oltre $\frac{1}{4}$ delle donne gravide sono sieropositive e

dove la probabilità di incontrare un partner infetto è la più alta del mondo, l'uso del preservativo tra i giovani è 3 volte inferiore a qualsiasi altra zona del paese.

CONCLUSIONI:

Con questo studio si è voluta analizzare la situazione dell'Africa del Sud fino al momento della legalizzazione dei farmaci anti-AIDS per dimostrare che con il passare degli anni la situazione è fortemente peggiorata nelle zone dell'Africa sub-sahariana. I paesi africani, come lo Zambia e l'Uganda, che in questi ultimi anni hanno adottato programmi di prevenzione, hanno avuto una attenuazione dell'incidenza dell'infezione sulla popolazione anche grazie agli aiuti forniti da associazioni umanitarie.

Quando saranno resi noti i dati raccolti dopo il 2001, per vedere come l'entrata dei farmaci a basso costo porterà modifiche sostanziali, si potranno comparare i dati di questa ricerca con quelli più recenti fornendo un profilo storico completo sull'impatto dell'HIV e dell'AIDS anche in Africa.

APPENDICE

L'UNAIDS riunisce insieme alcune organizzazioni delle Nazioni Unite per aiutare il mondo a prevenire le infezioni da HIV e a migliorare le cure sanitarie per abbassare l'impatto dell'epidemia.

I co-sponsor dell'UNAIDS sono:



Cos'è l'Unicef

L'UNICEF, Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, è un'Agenzia delle Nazioni Unite fondata nel 1946 per aiutare i bambini vittime della Seconda Guerra Mondiale. Nel periodo tra il 1946 al 1953 fu presente in vari paesi europei, e anche in Italia, con moltissimi interventi a difesa dei bambini. La situazione era drammatica: nel 1949 morivano più di 72 bambini ogni mille nati e in regioni poverissime come la Basilicata i morti erano addirittura 110 su 1000.

L'UNICEF aiutò l'Italia del dopoguerra in modo massiccio: per esempio, fornendo 800.000 paia di scarpe per bambini e 700.000 mq. di stoffe per abiti, ma anche costruendo centrali del latte in molte province italiane, fornendo le prime incubatrici ai reparti pediatrici di molti grandi ospedali specie nel sud del paese, distribuendo latte in polvere e vitamine, medicinali e antibiotici, allora rari e preziosissimi contro le malattie infettive, aiutando le mense scolastiche e ricostruendo scuole e corsi di educazione popolare (nel 1950, l'11 % degli italiani era analfabeta, e in alcune zone del sud lo era addirittura il 30%!). Nella primavera del 1950 gli aiuti dell'UNICEF avevano raggiunto, solo in Italia, 1.300.000 bambini e madri!

Con la graduale ripresa dell'economia dei paesi europei, le attività del Fondo vennero rivolte ai bambini dei paesi in via di sviluppo in Africa, Asia e America Latina, fino a che nel 1953, a seguito dei risultati ottenuti, le Nazioni Unite decisero di prorogare indefinitamente il mandato dell'UNICEF.

Nel 1965 l'UNICEF riceve il Premio Nobel per la Pace. Nel 1989 viene approvata la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia nella quale si stabilisce che l'UNICEF sia parte in causa per garantire il rispetto dei diritti dei bambini di tutto il mondo.

Territorialmente l'UNICEF è presente con proprio personale in 158 paesi.

Cosa fa?

Oggi il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia opera in 158 paesi di tutto il mondo, dove vivono oltre due miliardi di bambini e ragazzi sotto i quindici anni, con programmi di sviluppo a lungo termine nel settore sanitario, dei servizi, delle forniture d'acqua, dell'istruzione e dell'assistenza alle madri, oltre che con programmi di emergenza, per difendere i bambini dalle conseguenze delle guerre e di altre calamità'.

Cibo, acqua potabile, vaccini e medicine: portare gli aiuti necessari ai bambini, ovunque ce ne sia bisogno è il lavoro dell'UNICEF. Gli aiuti vengono fatti arrivare dal grande centro di magazzinaggio e imballaggio UNICEF situato a Copenaghen (UNIPAC), per accelerare i soccorsi in caso di emergenza.

In tutti i paesi in cui lavora, l'UNICEF impiega soprattutto personale locale per garantire un più facile ed efficace rapporto con la popolazione, con le singole famiglie e comunità.

Invece di costruire ospedali, dighe, grandi impianti, l'UNICEF fa un lavoro forse meno visibile, ma più duraturo: prepara gli insegnanti e i tecnici locali, forma infermieri e medici affinché possano operare nei villaggi, utilizza tecnologie semplici, che non richiedono necessariamente la presenza di tecnici stranieri.

In altre parole, l'UNICEF cerca di aiutare i paesi più poveri a difendere da soli la vita dei loro bambini. Perché i bambini sono il futuro di un paese, la risorsa più importante.

Per salvare i bambini e farli vivere meglio non servono sempre soluzioni costosissime. Spesso basta garantire acqua potabile, vaccinazioni, pochi e semplici farmaci di base, gli strumenti per lavorare e la scuola elementare per tutti: senza scuola non c'è futuro, né per un bambino né per il suo paese.

Quasi due milioni di bambini l'anno continuano a morire perché non sono stati vaccinati contro le sei principali malattie che colpiscono l'infanzia: morbillo, poliomielite, tubercolosi, pertosse, difterite e tetano.

Ogni anno, nel mondo, tre milioni di bambini continuano a morire a causa della dissenteria. La maggior parte di loro si potrebbe salvare se fossero disponibili ovunque le bustine di sali reidratanti da somministrarsi per via orale: pensate che una bustina costa meno di 200 lire e può salvare la vita di un bambino. Solo nell'ultimo anno l'UNICEF, grazie alla diffusione di questa semplice terapia, è riuscito a salvare la vita a oltre un milione di piccoli.

Per questa grande impresa spesso i mezzi scarseggiano: l'UNICEF è finanziato solo con contributi volontari di Governi e privati.



Il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione è nato nel 1967 per svolgere attività nel campo della popolazione, in stretta relazione con il Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo (Undp). Il Fondo è stato profondamente rinnovato in seguito alla Conferenza mondiale su popolazione e sviluppo, svoltasi al Cairo (Egitto) nel 1994. Dal 1995 il comitato esecutivo del Fondo ha infatti stabilito che il suo programma di assistenza doveva aderire ai principi contenuti nel Capitolo II del Programma d'azione della Conferenza del Cairo, e occuparsi specificamente di assistenza alla salute riproduttiva e altre questioni legate alla popolazione nei confronti dei paesi in via di sviluppo e dei paesi con economie in transizione. Contemporaneamente doveva lavorare per aumentare la consapevolezza globale dei problemi connessi alla popolazione, con particolare attenzione all'affermazione dei diritti sessuali e riproduttivi come diritti umani.

Le attività dell'UNFPA si concentrano in tre aree principali:

- contribuire ad assicurare l'accesso universale ai servizi per la salute riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, a tutte le coppie e individui entro il 2015;
- contribuire alla definizione di strategie per la popolazione e lo sviluppo tali da aumentare le capacità di programmazione nel settore della popolazione;
- promuovere la consapevolezza pubblica delle questioni legate alla popolazione e allo sviluppo e mobilitare le risorse e la volontà politica necessarie per l'attuazione degli obiettivi della Conferenza del Cairo.



La World Health Organization raccoglie i dati sull'epidemia da HIV/AIDS e sulle trasmissioni sessuali a livello mondiale . I suoi obbiettivi principali sono:

- la prevenzione del virus attraverso i rapporti sessuali;
- vaccini e cure;

- prevenzione dell'MTCT (trasmissione madre-bambino)
- studi epidemiologici
- accesso ai medicinali



L'obbiettivo della World Bank è quello di alleviare la povertà nel mondo e aumentare la qualità della vita. Tra il 1986 e il 1999 la World Bank ha finanziato con 980 milioni di dollari americani 75 progetti nel mondo contro l'HIV . Inoltre promuove campagne anti-AIDS e collabora con i governi di vari paesi per promuovere ricerche e raccogliere dati.

BIBLIOGRAFIA

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva, Switzerland: UNAIDS; June 2000.
2. Hammett T, Lindegren ML, Byers R, Wortley P, Bi D. Progress towards elimination of perinatal HIV infection in the United States. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract MoOrC239.
3. Thorne C, for the European Collaborative Study. Antiretroviral therapy and cesarean section to reduce vertical transmission of HIV in Europe. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract MoOrC240.
4. Fiore S, Newell M-L, for the European Arm of PACTG 316. Challenges in performing a randomised double-blind clinical trial: the European arm of the PACTG-nevirapine trial. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract TuPeB3248.
5. Gray G, McIntyre J, Jikov B, et al. Preliminary efficacy, safety, tolerability and pharmacokinetics of short course regimens of nucleoside analogues for the prevention of mother-to-child transmission (MTCT) of HIV. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract TuOrB355.
6. Moodley D, McIntyre J, for the SAINT Study Team. Evaluation of safety and efficacy of two simple regimens for the prevention of mother to child transmission (MTCT) of HIV infection: nevirapine vs lamivudine and zidovudine used in a randomised clinical trial (the SAINT study). Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract TuOrB356.
7. Coutsooudis A, Pillay K, Spooner E, Kuhn L, Coovadia HM, for the South African Vitamin A Study Group. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *Lancet*. 1999;354:471-474.
8. Ndauti R, for the Nairobi Breastfeeding Study. Program and abstracts of the 2nd Conference on Global Strategies for the Reduction of Mother to Child Transmission of HIV; September 1-5, 1999; Montreal, Canada. Abstract 47.
9. Gaay LA, Musoke P, Fleming T, et al. Intrapartum and neonatal single dose nevirapine compared with zidovudine for the prevention of mother-to-children transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomized trial. *Lancet*. 1999;354:795-802.
10. Gray G. The PETRA Study: early and late efficacy of three short ZDV/3TC combination regimens to prevent MTCT of HIV-1. Program and abstracts of the XIII International AIDS

Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract LbOr5.

11. Shaffer N, Chauchowong R, Mock PA, et al. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomized controlled trial. *Lancet*. 1999;353:773-780.

12. Owor M, Deseyve M, Duefield C, et al. The one year safety and efficacy data of HIVNET 012 trial. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract LbOr1.

13. Nduati R, John G, Mbori-Ngacha D, et al. Effect of breast-feeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomised clinical trial. *JAMA*. 2000;283:1167-1174.

14. Coutsooudis A. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract LbOr6.

15. Richardson B, John G, Hughes J, et al. Breastmilk infectivity of HIV-1 infected mothers. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract WeOrC492.

16. Nduati R, Richardson B, John G, et al. Impact of breastfeeding on maternal mortality among HIV-1 infected women: results of a randomized clinical trial. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract WeOrC495.

17. Mbori Ngacha D, Nduati R, John G, et al. Morbidity and mortality in breastfed and formula fed infants of HIV-1 infected women: results of a randomized clinical trial. Abstract WeOrC494.

18. Jeffery B, Webber L, Mokhondo R. Determination of the effectiveness of inactivation of HIV in human breast milk by Pretoria Pasteurisation. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract MoPeB2201.

19. Howett MK, Stoltzfus S, Berlin CM Jr, et al. Inactivation of HIV in milk by alkyl sulfate microbicides. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract LbPp123.

20. Jorgensen AF, Boisen. Pasteurization of HIV contaminated breast milk. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract LbPp122.

21. Chopra M, Schaay N, Piwoz E. What is the impact of an AZT programme on breastfeeding and infant care counselling and practises amongst health providers and HIV-infected women in Khayelitsha, South Africa? Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract MoOrD203.

22. Tlou S, Nyblade L, Field ML, Rantona K. Men's perspectives on initiatives to prevent

- mother to child transmission of HIV in Botswana. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract MoOrD204.
- 23.** Chopra M, Piwoz E. What are the barriers to offering exclusive breastfeeding as an option in an already existing AZT programme? Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract MoOrD206.
- 24.** Desclaux A, Taverne B, Alfieri C, Querre M, Coulibaly-Traore D, Ky-Zerbo O. Socio-cultural obstacles in the prevention of HIV transmission through breastmilk in West Africa. MoOrD205
- 25.** Desclaux A. Is HIV prevention incompatible with the medical culture of breastfeeding in West Africa? Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract TuPeD3721.
- 26.** Chuachoowong R, Bhadrakom C, Siriwasin W, et al. Determinants of HIV RNA in newborn nasal/oral secretions and association with risk for perinatal HIV transmission. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract MoOrC241.
- 27.** Mwanyumba F, Gaillard P, Verhofstede C, et al. The influence of HIV-1 shedding in the genital tract and mother-to-child HIV infection. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract TuOrB353.
- 28.** John G, Bird T, Overbaugh J, et al. CCR5 promoter polymorphisms in a Kenyan perinatal HIV-1 cohort: association with maternal 2-year mortality. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract TuOrB352.
- 29.** Jackson JB, Mracna M, Gauy L, et al. Selection of nevirapine resistant mutations in Ugandan women and infants receiving NVP prophylaxis to prevent HIV-1 vertical transmission (HIVNET 012). Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract LbOr13.
- 30.** Sullivan J, Cunningham C, Dorenbaum A, et al. Genotypic resistance analysis in women participating in PACTG 316 with HIV-1 RNA >10000 c/ml. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract LbOr14.
- 31.** Krasovec K, Soderlund N. Cost effectiveness of feeding interventions for preventing mother-to-child transmission of HIV. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract WeOrc618.
- 32.** Neil Söderlund, Karen Zwi, Anthony Kinghorn, and Glenda Gray. Prevention of vertical transmission of HIV: analysis of cost effectiveness of options available in South Africa. *BMJ*. 1999;318:1650-1656.

- 33.** Stringer J, Stinnett A, Rouse D, Sinkala M, Goldenburg R, Vermund S. Cost-effectiveness of two novel strategies of perinatal nevirapine administration for women who deliver preterm or lack prenatal care. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract WeOrC620.
- 34.** Rely K, Bertozzi S. Modelling the cost effectiveness (CE) of prevention strategies for mother-to-child HIV transmission (MTCT) in Mexico. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract WeOrC615.
- 35.** Ziegler JB, Fisher RJ, Law M. Would antenatal screening for HIV be cost-effective in a low prevalence setting? Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. Abstract WeOrC617.
36. Dati sui paesi africani forniti dal sito www.unaids.org