

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E STUDI
INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale*
in SCIENZE
POLITICHE,
RELAZIONI
INTERNAZIONALI E
DIRITTI UMANI



TITOLO TESI
DIFFUSIONE E
GESTIONE DEL
FENOMENO HIV/AIDS
NEL CONTINENTE
AFRICANO

Relatore: Prof. ELENA CALANDRI

Laureando: CATERINA
FRANCESCHINI
matricola N. 2013521

A.A. 2022/2023

*A Simon, Bryan e a tutti i ragazzi del
Talitha Kum. Perché possiate piantare i
vostri sogni e vederli crescere.*

*A mia zia Stefania, per l'amore
incondizionato che sa loro donare.*

Sommario

Introduzione.....	7
Parte prima	9
CAPITOLO 1: AIDS/HIV come fenomeno globale.....	9
1.Origine.....	9
1.2 UNAIDS: Global AIDS Update	15
1.2.1 UNAIDS.....	15
1.2.2 Global AIDS Update 2022	19
Parte seconda	26
CAPITOLO 2: Diffusione della malattia nel continente africano.....	26
2.1 Africa Subsahariana	26
2.2 Il caso del Kenya.....	31
CAPITOLO 3: Prevenzione e gestione della malattia nel continente africano.....	33
3.1 Prevenzione	33
3.2 Le terapie antiretrovirali ed il Medical Act contro le Big Pharma	38
3.3 Programma DREAM: Disease Relief through Excellent and Advanced Means	45
CAPITOLO 4: Le conferenze internazionali	48
4.1 La conferenza di Durban.....	48
4.2 Dichiarazione di Doha.....	50
4.3 XIV Conferenza Internazionale di Barcellona	51
Conclusioni.....	53
Bibliografia.....	55
Sitografia	57
Ringraziamenti	59

Introduzione

Il presente elaborato si concentra sulla diffusione, prevenzione e gestione della pandemia HIV/AIDS nel continente africano, specificamente nell'Africa Subsahariana evidenziando le differenze che intercorrono tra l'approccio Occidentale e quello adottato dai paesi in via di sviluppo.

Le motivazioni che mi hanno spinto ad affrontare tale tematica nascono in seguito all'esperienza di tirocinio svolta in Kenya. Per un periodo di un mese ho vissuto a contatto con bambini e ragazzi sieropositivi, ospitati dall'associazione Talitha Kum.

Lo studio vuole mettere in evidenza come il virus HIV/AIDS, seppur flagello mondiale comune a tutte le nazioni, secondo quanto dimostrano i dati raccolti in sede UNAIDS, abbia differenti conseguenze a seconda del contesto geografico ed economico sul quale incide.

Con particolare attenzione al continente africano, emergono tutte le difficoltà di un intero continente nel fronteggiare la pandemia in termini di contagi, decessi, accesso alle cure, stigma e discriminazione.

Se nel ricco Occidente già a partire dalla fine degli anni '90 le cure esistevano e si dimostravano efficaci, in Africa venivano negate nonostante i malati fossero in numero ben maggiore.

L'elevato costo dei farmaci antiretrovirali, a causa del monopolio dei brevetti da parte delle Big Pharma, faceva sì che in Africa la pandemia da HIV/AIDS si potesse affrontare soltanto in termini di mera prevenzione, in ottica quindi compensativa e non già complementare, alla cura medico-sanitaria, rendendo la lotta al virus inefficace.

Nel capitolo finale si tratterà poi delle più rilevanti Conferenze internazionali su

HIV/AIDS che hanno svolto l'importante ruolo di ricordare al mondo che l'AIDS continua ad essere un flagello per l'umanità e con il merito di aver fatto incontrare esperti e attivisti di paesi ricchi e poveri per migliorare lo scambio su problemi e soluzioni.

Parte prima

CAPITOLO 1: AIDS/HIV come fenomeno globale

1.Origine

L'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) veniva per la prima volta riconosciuta come malattia a sé stante il 5 giugno 1981 negli Stati Uniti sulla rivista CDC (Centers for Disease Control and Prevention).

Inizialmente le cause specifiche restarono ignote alla comunità scientifica, la quale si limitava a descriverne esclusivamente le manifestazioni cliniche¹.

In un iniziale rapporto l'immunologo dell'Università della California, Micheal Gottlieb, osservava l'incapacità di cinque giovani uomini omosessuali a fronteggiare con le loro difese immunitarie una malattia rara, la polmonite *Pneumocystis carinii*.²

Il virus responsabile di tale patologia venne pertanto definito con l'acronimo *GRID* (Gay- related Immune Deficiency).³

A questo rapporto, tuttavia, hanno fatto seguito numerose relazioni e nel giro di pochi mesi venne definito lo schema di base dell'epidemia. Sebbene la malattia sia stata riscontrata per la prima volta in uomini omosessuali ed eroinomani, i gruppi a rischio includevano immigrati haitiani, riceventi di trasfusioni, neonati, contatti sessuali femminili con uomini infetti, prigionieri e africani⁴

Pertanto, dopo aver stabilito che il virus non era limitato a quelle sole comunità, venne coniato nel corso di un congresso promosso dalla *Food and Drug Administration* (Fda) dell'agosto 1982 l'acronimo *AIDS* (Acquired Immune Deficiency Syndrome),

¹ Morozzo della Rocca, R, "La strage silenziosa", Roma/Bari, Laterza, 2021

² Cfr. M.Gottlieb, "Pneumocystis Pneumonia" – Los Angeles, "Morbidity and Mortality Weekly Report", June 5, 1981

³ Altman, Lawrence K, "New homosexual disorder worries health officials", Time, 1982

⁴ Morozzo della Rocca, R, "La strage silenziosa", p.,5

purtuttavia non delucidandone origini e meccanismi⁵.

Alla fine del medesimo anno, due furono gli eventi significativi nel quadro generale della pandemia: la prima morte, a seguito di una trasfusione infetta, di un bimbo emofiliaco e il primo caso di trasmissione materno-fetale dell'AIDS⁶.

Ben presto, i casi di AIDS vennero identificati anche in Congo, Ruanda, Tanzania e Zambia. Il team della *Food and Drug Administration* scrisse rapidamente un articolo sui casi zairesi e lo presentò al prestigioso "*Lancet*", che dopo un iniziale scetticismo lo pubblicò nel 1984.

In questi primi anni dell'epidemia molti scienziati si rifiutarono di credere che l'AIDS fosse un problema eterosessuale; inoltre respinsero le preoccupazioni circa il suo potenziale di diventare una pandemia globale come inutilmente allarmista.

Tuttavia, i casi iniziarono ad essere segnalati in ogni regione del mondo, nella maggior parte dei paesi europei, nonché in Australia, Nuova Zelanda, e parti dell'America Latina⁷.

Nel 1983, una riunione del CDC iniziò a discutere su come prevenire la diffusione dell'AIDS, considerando anche i rischi associati alle procedure di trasfusione di sangue, specialmente nel caso degli emofiliaci.

Nello stesso anno, presso l'Istituto Pasteur di Parigi, il virologo francese Luc Montagnier riportò l'isolamento di un nuovo virus che sarebbe potuto essere l'agente responsabile della diffusione della malattia. Il virus venne isolato da cellule cresciute in laboratorio di un paziente gay con linfonodi ingrossati, ma senza sintomi di AIDS.

Successivamente inviato al CDC di Atlanta, il virus venne analizzato e denominato

⁵ Kher, U, "*A name for the Plague*", Time, July 27, 1982

⁶ Istituto superiore della sanità

⁷ Piot P, Quinn T.C, Taelman H, Feinsod FM, Minlangu KB, Wobin O, Mbendi N, Mazebo P, Ndangi K, Stevens W *et. al.*, "*Acquired immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in Zaire*", Lancet, July 14, 1984

“LAV” (virus associato alla linfadenopatia).

Il virus che la provoca sarà successivamente identificato e certificato quale causa della malattia nel 1984 e nei due anni successivi un comitato internazionale di esperti gli attribuirà l'appellativo di HIV (Human Immunodeficiency Virus): il CDC annunciò pubblicamente che il virus *French Lave* era stato definitivamente identificato come causa dell'AIDS dai ricercatori dell'Istituto *Pasteur*. Il giorno successivo, il segretario alla salute e ai servizi umani degli Stati Uniti, Margaret Heckler, comunicò che Robert Gallo, direttore del Laboratorio di biologia cellulare tumorale presso il *National Cancer Institute*, aveva isolato un virus candidato per la malattia da pazienti affetti da AIDS.⁸

Rimaneva tuttavia da identificare questo germe vivente e da capirne il comportamento.

I virus sono stati scoperti e classificati come tali soltanto a partire dal 1935⁹ arrivando successivamente a constatare la loro capacità di riprodursi nel momento in cui entrano in contatto con altre cellule viventi.

Successivamente, però, fu possibile stabilire che alcuni virus, composti da proteine e da un filamento di RNA, riuscivano a replicare la sequenza di DNA delle cellule da loro parassitate e ad entrare così, legandosi ad esse, in uno stato di endosimbiosi.

Dovranno trascorrere diversi anni prima che questo tipo di virus, i retrovirus, vengano riconosciuti anche negli esseri umani; soltanto nel periodo compreso tra il 1976 e il 1980 «gli uomini entrarono in possesso dei mezzi tecnici e intellettuali indispensabili per l'identificazione e l'isolamento dell'agente causale dell'AIDS»¹⁰. Inoltre, una tappa importante nella definizione e identificazione del virus HIV si registrò nel 1986, quando Montaigner isolò un secondo ceppo del virus (HIV II) maggiormente diffuso in

⁸ Morozzo della Rocca, R, “*La strage silenziosa*”, p.,4

⁹ Grmek, M.D., “*History of AIDS Emergency and Origin of a modern Pandemic*”, Laterza, 1987

¹⁰ Grmek M.D., in Op. Cit. p.,76

Africa¹¹.

Nel 1985 ebbe luogo ad Atlanta, in Georgia, negli Stati Uniti, la prima Conferenza internazionale sull'AIDS, organizzata dal CDC e sponsorizzata dall'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) e dal Dipartimento della Salute degli Stati Uniti. A quel tempo erano stati segnalati 17.000 casi di AIDS, di cui oltre l'80% negli Stati Uniti, ma vi erano prove sempre più evidenti di casi in molti Paesi africani. Tuttavia, l'attenzione era concentrata sul mondo occidentale e solo tre africani vi parteciparono esclusivamente per insistenza del medico americano Jonathan Mann e il medico belga Peter Piot, che stavano lavorando con i colleghi africani in Zaire al Projet Sida (la prima collaborazione internazionale sull'AIDS in Africa) e che vedevano nella conferenza un'importante opportunità per discutere dell'AIDS in Africa.

Le aspettative dei medici per la conferenza non vennero tuttavia soddisfatte. Alcuni partecipanti rifiutarono di accettare che l'HIV potesse essere trasmesso attraverso i rapporti eterosessuali; altri presentarono dati statistici relativi alla situazione africana esagerati e privi di qualsiasi fondatezza tale da rafforzare lo scetticismo dei leader africani¹².

Inquietante si dimostrò l'ignoranza culturale dilagante all'interno della conferenza, quando un giornalista americano chiese ad un medico africano se fosse vero che l'AIDS potesse diffondersi perché gli africani avevano rapporti sessuali con le scimmie.

Diverse sono le teorie che negli anni sono venute articolandosi sulle origini della pandemia; l'ipotesi più accreditata è quella secondo cui il progenitore dell'HIV, o più esattamente il materiale virale evolutosi poi attraverso varie mutazioni nei diversi ceppi di HIV noti oggi alla comunità scientifica, si sarebbe diffuso a seguito della rottura di

¹¹Grmek, M.D., Milanesi C., " *Aids: Storia di una epidemia attuale* ". Laterza, 1989.

¹² Behrman, G., " *The Invisible People* ", New York, 2004

una segregazione nelle zone dell'Africa centrale, a ridosso delle foreste equatoriali ricche di corsi d'acqua tra Camerun sud-orientale e Congo.

Il virus avrebbe compiuto il salto di specie passando all'uomo dallo scimpanzè; in Africa, infatti, molti tipi di scimmie presentavano virus antesignani dell'HIV, denominati dagli studiosi come SIV (Simian Immunodeficiency Virus). Il passaggio del virus dell'immunodeficienza potrebbe essersi verificato durante la macellazione di animali infetti dopo la cattura, o dopo il ritrovamento della carcassa, oppure tramite qualsiasi altro accostamento con la carne cruda, da parte di uomini con ferite esposte che causavano un contatto di sangue e liquidi biologici.

Adattandosi ai portatori umani, il virus sarebbe successivamente arrivato ai centri urbani limitrofi alle stazioni fluviali, fino alle due capitali coloniali sul fiume Congo, la Brazzaville francese e la Léopoldville belga (Kinshasa in epoca postcoloniale). Proprio il colonialismo è ritenuto causa principale della rottura della segregazione e del migrare e diffondersi del virus in ragione degli scambi commerciali sempre più frequenti e delle potenziate vie di comunicazione¹³.

Nel corso degli anni, in parallelo al sempre più grande numero di vittime, crescevano letalità e aggressività del virus, la cui replicazione era in continua mutazione.

Il Congo, raggiunta l'indipendenza nel 1960, restava privo di materiale e personale sanitario in grado di fronteggiare adeguatamente la piaga che affliggeva la zona. In seno alle Nazioni Unite viene previsto il trasferimento di alcuni medici haitiani, la cui lingua madre era peraltro il francese, stessa lingua che i colonialisti belgi avevano imposto in Congo. Sarà proprio nel momento in cui il personale di Haiti farà ritorno ai Caraibi, che il morbo inizierà a diffondersi anche nel Nuovo Mondo.

¹³ Morozzo della Rocca, R, "*La strage silenziosa*", p.,9

Il ceppo più aggressivo dell'HIV sarebbe giunto ad Haiti intorno al 1966, anni in cui, per altro, era diffuso nell'isola caraibica il commercio del plasma ematico raccolto dalle migliaia di donatori ed esportato poi negli Stati Uniti, in aggiunta alla migrazione degli stessi haitiani verso il Nord¹⁴.

La costa orientale sarà la prima zona interessata dal diffondersi dell'epidemia: oltre ad Haiti, difatti, tutta la zona del Brasile e la città metropolitana di New York rappresenteranno due dei principali focolai di AIDS.

Le pratiche sessuali altamente promiscue praticate all'epoca, unite alla facilità di comunicazione, fornirono un fortissimo impulso alla diffusione dell'epidemia, che, pochi anni dopo, raggiunse la costa occidentale degli Stati Uniti, del Canada e dell'Europa centro-settentrionale. La terza fase dell'epidemia, divenuta ormai una vera e propria pandemia per la sua diffusione capillare in tutti i continenti, colpì l'Europa centro-meridionale a partire dalla seconda metà degli anni '80 e successivamente Stati Uniti, Thailandia, India e molte altre regioni asiatiche e africane¹⁵.

I paesi dell'Europa dell'Est in forza del loro relativo isolamento si mantennero pressoché immuni dal virus fino alla caduta del comunismo e alla liberalizzazione degli spostamenti; fu in questo momento che il virus arrivò anche nella parte orientale del continente europeo e si diffuse molto rapidamente, divenendo in pochi anni una vera piaga anche per Russia e Ucraina¹⁶.

¹⁴Pitchenik, A.E., "*Opportunistic Infections and Kaposi's Sarcoma among Haitians: Evidence of a New Acquired Immunodeficiency State*", *Annals of Internal Medicine*, March, 1983, pp., 277-284

¹⁵ Treccani, "*L'universo del corpo*", 1999

¹⁶ Redazione Adnkronos, 2016

1.2UNAIDS: Global AIDS Update

1.2.1 UNAIDS

Fino alla metà degli anni Novanta il WHO (World Health Organization), l'organizzazione internazionale competente per la sfera sanitaria e medica, era l'unica protagonista della lotta internazionale contro l'AIDS.

Nel 1995, sempre in seno all'ONU, viene creato UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV and AIDS) con l'incarico di coordinare e monitorare la lotta all'HIV/AIDS. L'UNAIDS viene pertanto istituito quindici anni dopo la prima relazione pubblicata sui casi di AIDS, anni durante i quali la maggior parte dei leader mondiali, in tutti i settori della società, aveva mostrato una sconcertante indifferenza alla crescente sfida di questa nuova epidemia¹⁷.

L'UNAIDS e l'Organizzazione Mondiale della Sanità stimarono nel 1996 che più di 4,6 milioni di persone erano morte di AIDS dall'inizio dell'epidemia e che oltre 20,1 milioni vivevano con il virus che porta all'AIDS. La maggior parte degli infetti (oltre 15 milioni) vive nell'Africa subsahariana, seguita da oltre 31,8 milioni in Asia, 1 milione in America Latina e nei Caraibi e circa 1,5 milioni in Nord America e Europa occidentale e centrale¹⁸

L'azione dell'UNAIDS si articola principalmente in 5 punti¹⁹:

- guidare la lotta mondiale contro l'AIDS e distribuire gli aiuti
- dare informazioni ed assistenza tecnica alle organizzazioni umanitarie che combattono l'AIDS

¹⁷ Knight, L., *UNAIDS: "The first 10 years 1996-2006"*, UNAIDS, November 3, 2008

¹⁸ UNAIDS/WHO 2007 *AIDS epidemic update*, November 2007.

¹⁹ Programma delle Nazioni Unite per l'HIV/AIDS

- studiare e prevenire lo sviluppo dell'epidemia
- lo sviluppo della cooperazione nazionale al fine di dare una risposta collettiva e non disorganizzata all'epidemia
- trovare fondi per combattere la malattia, supportare l'azione delle altre agenzie dell'ONU.

L'esigenza di istituire nella famiglia delle agenzie onusiane questo nuovo programma nasce dall'insoddisfazione di coloro che ritenevano insufficiente l'impegno del WHO, allora guidato dal giapponese Hiroshi Nakajima, contrario a dare priorità strategica alla lotta al virus e ai risvolti sociali che da essa ne derivavano.

Il contesto sociale e culturale inserito nell'andamento delle crisi sanitarie, infatti, contribuiscono alla “trasformazione dei paradigmi politico-culturali applicati alle crisi sanitarie e alla loro inserzione nelle relazioni politiche internazionali e nord-sud”²⁰.

Con particolare riferimento all'epidemia globale di HIV/AIDS emerge l'aspetto culturale delle questioni riproduttive/sexuali, incidendo profondamente nella lotta al virus.

Giocano un ruolo fondamentale anche le risposte delle autorità che associano l'AIDS alla promiscuità sessuale²¹.

L'approccio adottato fin dall'inizio dell'operato UNAIDS è definibile come “multisettoriale”: prima di essere epidemiologico, sostiene UNAIDS, l'approccio alla pandemia globale deve essere sociale, politico, economico, culturale, antropologico, pedagogico, demografico.

²⁰ Calandri E., “La geopolitica dei vaccini” in “Le conseguenze della pandemia da Covid-19” a cura di Pariotti E., Varsori A., Dipartimento SPGI, Padova University Press, Padova, 2022

²¹ Ibidem

L'aspetto medico acquisisce pertanto una dimensione residuale²²; si sostiene l'idea, già emersa negli anni Ottanta da J. Mann e accolta dal direttore generale dell'Oms H. Mahler, secondo cui il virus HIV/AIDS si doveva classificare non solo dal punto di vista medico, ma come malattia che trovava nella povertà, nell'oppressione, nella violenza sociale, il suo humus ideale²³.

Il concetto che ne deriva è quello di "salute globale": il raggiungimento in ottica transnazionale (trascendendo e superando le prospettive, gli interessi e le possibilità delle singole nazioni) del miglioramento della salute per tutte le persone del mondo, dove il concetto di salute viene inteso come stato di benessere bio-psico-sociale e come diritto umano fondamentale, risultante di processi non solo biologici, ma anche economici, sociali, politici, culturali e ambientali. Tale approccio è da applicare tanto alla prevenzione, quanto al trattamento della malattia ed è finalizzato a promuovere il rafforzamento dei sistemi sanitari attraverso riforme orientate all'equità, solidarietà, sostenibilità e inclusione sociale. Per questo è necessariamente intersettoriale, transdisciplinare e multi-metodologico.

L'UE se inizialmente incluse nelle sue politiche il concetto di "salute globale" relativamente alla mera cooperazione allo sviluppo, nel 2002 venne pubblicata la prima comunicazione sulla salute e riduzione della povertà nei paesi in via di sviluppo e nel 2010 venne pubblicata la comunicazione "The EU Role in Global Health" al fine di "comunitarizzare" il concetto di salute stesso nei paesi membri e di promuoverlo nei paesi in via di sviluppo²⁴

²² Morozzo della Rocca, R, *"La strage silenziosa"*, pp., 21-22

²³ Calandri E., *"La geopolitica dei vaccini"* in *"Le conseguenze della pandemia da Covid-19"* a cura di Pariotti E., Varsori A., Dipartimento SPGI, Padova University Press, Padova, 2022, Op. Cit., p., 88

²⁴ *Ivi*, p., 89

Assumono importante rilevanza le competenze delle agenzie onusiane non operanti in campo medico/sanitario. Ne è un esempio l'UNFPA (United Nations Population Found) che sostiene come le cause della diffusione del virus HIV risiedano essenzialmente in povertà, conflitti, problemi di “salute sessuale e riproduttiva”, “ineguaglianza di genere nella sessualità e nella vita di relazione” e deplora che “la ricerca sulle cause sociali, sul contesto e sulle conseguenze dell'epidemia sia ancora pesantemente influenzato dalla prospettiva sanitaria”²⁵.

Tra le agenzie degli inizi e quelle aggiunte nel tempo, UNAIDS arriverà a contare 11 co-sponsoring: UNHCR (Office of the United Nations High Commissioner for Refugees), UNICEF (United Nations Children's Fund); WFP(World Food Program); UNFPA (United Nation Population Found); ILO (International Labor Organization); UNESCO(United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization); WHO (World Health Organization); World Bank; UNODC (to United Nations Office on Drugs and Crime); UN Women (United Nation Entity for Gender Equality and Empowerment of Women)²⁶.

L'istituzione di UNAIDS avviene in un contesto permeato di lotta ideologica iniziata già negli anni Ottanta e destinata a perdurare a lungo. Se da una parte si continua ad affermare che l'AIDS è una questione medica, altre agenzie ONU ne evidenziano invece le questioni sociali più che quelle sanitarie. Da una parte gli interventi devono provenire da medici, specialisti di sanità pubblica, organismi sanitari locali e internazionali, tramite attività di prevenzione sul piano sanitario. Dall'altra, l'HIV/AIDS è definito come “problema della società” per cui “ogni risposta deve tener conto del contesto culturale, della pratica sessuale, della realtà e del suo rifiuto, dello status della

²⁵Cfr. UNFPA-UNAIDS, “*Report of the Planning Meeting on Strategic Options for HIV/AIDS Advocacy in Africa*”, 2001

²⁶ Morozzo della Rocca, R, “*La strage silenziosa*”, Laterza, 2021, p., 23

donna e dell'educazione delle ragazze"²⁷; l'approccio, pertanto, è essenzialmente di prevenzione sul piano sociale.

L'AIDS, soprattutto nei paesi poveri, è una tematica indubbiamente di società, di indigenza, di sviluppo, di educazione, di diritti umani, di guerre e di migrazioni²⁸.

Il direttore UNAIDS, Peter Piot, in carica tra il 1995 e il 2008, figura essere uno dei massimi decisori nella lotta mondiale all'AIDS. Nei primi anni del suo mandato egli sostiene per i paesi a risorse limitate la sola prevenzione dell'AIDS, ritenendo impraticabile le cure²⁹. Progetti-pilota di trattamenti con antiretrovirali promossi da UNAIDS hanno, infatti, esiti che scoraggiano determinate terapie in Africa; con il diffondersi dei farmaci antiretrovirali, le Big Pharma (l'insieme delle più grandi case farmaceutiche) detenevano il monopolio della produzione, con conseguenti costi insostenibili per i paesi più poveri.

Tale argomento sarà approfondito nel capitolo 3.

1.2.2 Global AIDS Update 2022

Negli ultimi due anni, le molteplici e sovrapposte crisi internazionali hanno avuto un impatto devastante sulle persone affette da AIDS, ponendo un freno alla lotta globale contro il virus.

La collisione tra le pandemie dell'AIDS e della COVID-19, insieme alle crisi economiche e umanitarie, ha messo la risposta globale all'HIV sotto una crescente minaccia, interrompendo i servizi sanitari in gran parte del mondo.

Secondo i dati rilevati dal Global AIDS Update 2022 la situazione si dimostra allarmante: i progressi registrati sono stati incerti, le risorse disponibili si sono andate

²⁷ Knight, L., *"The first 10 years 1996-2006"*, UNAIDS, November 3, 2008

²⁸ Morozzo della Rocca, R., *"La strage silenziosa"*, p., 24

²⁹ Piot, P., *"No Time to Lose"*, W.W. Norton & Co Inc, July 3, 2012

via via riducendo, mentre le disuguaglianze si sono ampliate; la diretta conseguenza di tali azioni non potrà che essere un esponenziale aumento di numero di morti per AIDS e di contagi del virus HIV.

La pandemia dell'AIDS ha preso una vita ogni minuto nel 2021, comportando 650.000 morti, nonostante siano stati attuati trattamenti efficaci del virus e strumenti per prevenire, rilevare e trattare le infezioni. Il numero dei beneficiari del trattamento per l'HIV è cresciuto più lentamente nel 2021 che in oltre un decennio: mentre tre quarti di tutte le persone che vivono con l'HIV hanno accesso al trattamento antiretrovirale, circa 10 milioni di persone non lo fanno.

Il progresso globale contro l'HIV sta rallentando piuttosto che accelerando, come evidenziato dagli ultimi dati raccolti da UNAIDS: nonostante le nuove infezioni da HIV stiano diminuendo a livello globale, lo scorso anno tale calo è stato solo del 3,6% rispetto al 2020, ovvero il dato più esiguo dal 2016³⁰.

L'Europa orientale, l'Asia centrale, il Medio Oriente, il Nord Africa e l'America Latina hanno tutti visto nell'ultimo decennio aumentare sensibilmente le infezioni annuali da HIV (Figura 1).

³⁰ Morozzo della Rocca, R, “*La strage silenziosa*”, p., 26



Figura 1 New HIV infections, by region, 2015-2021 UNAIDS epidemiological estimates, 2022.

Ogni giorno 4000 persone, tra cui 1100 giovani (dai 15 ai 24 anni), vengono contagiate dall'HIV. Se le tendenze attuali continuano, 1,2 milioni di persone saranno infettate da HIV nel 2025³¹.

Come riportato dal Global AIDS Update 2022, l'Africa dell'Est e l'Africa meridionale restano le regioni più pesantemente colpite dal virus HIV, con 20.6 milioni [18.9 milioni-23.0 milioni] di persone affette nonché il 54% delle persone con HIV globalmente considerate.

³¹ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2022, p., 7

Il virus continua a colpire in maniera sproporzionata donne e ragazze, registrandosi un aumento per questa fascia del 63% nel 2021. Le infezioni HIV risultano essere tre volte più alte tra le ragazze (dai 15 ai 24 anni) rispetto ai ragazzi maschi della stessa età.

Nonostante il dilagare dei contagi, sono stati fatti progressi sostanziali in tema di contenimento della pandemia: il numero di nuove infezioni, difatti, è diminuito del 44% tra il 2010 e il 2021 (38% tra le donne e 52% tra gli uomini). La regione ha compiuto importanti progressi anche per quanto concerne la sfera infantile, riducendo il numero dei contagi tra bambini del 61% a partire dal 2010. Tuttavia, tali progressi rimangono circoscritti entro i confini di pochi stati, quali Botswana, Eswatini, Malawi, Rwanda, Zambia e Zimbabwe. La situazione sembra migliorare anche in stati quali Kenya, Namibia, Sud Africa e Uganda, riducendo del 73% le infezioni da HIV entro la fine del 2020

Nonostante i progressi registrati nella parte orientale/meridionale, la lotta all'AIDS nel continente africano richiede un'accelerazione per poter essere eliminata entro il 2030, come stabilito dagli obiettivi delle politiche UNAIDS.

Vi sono, difatti, regioni quali Madagascar e Sud Sudan, in cui le infezioni crescono sensibilmente³².

Per quanto concerne la parte centro Ovest, l'HIV continua ad avere un impatto rilevante: nel 2021 vengono registrate 5 milioni di persone sieropositive. La regione ha il terzo più alto tasso di persone che vivono con l'HIV nel mondo con cinque paesi (Cameroon, Costa d'Avorio, Ghana, Nigeria e Repubblica democratica del Congo) che rappresentano circa due terzi di tutte le persone affette da HIV nella regione.

Tuttavia, anche in questa parte del continente sono stati compiuti importanti passi avanti

³² UNAIDS, “*Global UNAIDS Update 2022*”, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2022, pp., 2-3

nel porre fine all'AIDS: il numero di nuove infezioni HIV è diminuito tra tutte le età del 43% tra il 2020 e il 2021, con un calo più rapido tra la popolazione maschile (49%) rispetto a quella femminile (38%)³³.

Per quanto concerne i dati relativi al Nord Africa e al Medio Oriente, si registra un aumento del 33% dal 2010 al 2021, rendendola una delle tre zone nel mondo, insieme all'Est Europa, all'Asia centrale e all'America Latina, in cui l'infezione da HIV è in aumento.

Nel 2021 solo il 67% delle persone affette dal virus conosce il suo stato e le morti legate ad AIDS sono diminuite solo del 22% rispetto al 2010, su una media globale che si stanZIA invece intorno al 52%.

Medio Oriente e Nord Africa sono inoltre regioni che contano il più basso livello di copertura sanitaria e trattamenti antiretrovirali nel mondo, accessibili solo al 50% della popolazione infetta³⁴.

Asia e il Pacifico hanno compiuto importanti progressi nell'affrontare la più grande epidemia regionale al di fuori dell'Africa subsahariana. Le suddette regioni contavano circa 6 milioni di persone che vivevano con l'HIV [4,9 milioni-7,2 milioni] nel 2021, con un'incidenza sproporzionata verso quella parte di popolazione emarginata.

La regione continua, tuttavia, ad implementare tecniche di contenimento, cura e prevenzione della pandemia. Nel 2021 il 76% di chi vive con HIV è consapevole di tale status e l'86% ha accesso a cure e trattamenti³⁵.

Un'altra zona interessata da un'alta incidenza del virus HIV/AIDS è l'America Latina che in materia di gestione e prevenzione ha mostrato scarsi miglioramenti.

³³ *Ivi*, pp., 56-57

³⁴ *Ivi*, pp., 288-289

³⁵ *Ivi*, p., 118

Dal 2010 al 2021, infatti, si è registrato un aumento del 5% di persone infette, arrivando a registrare 2,2 milioni di persone sieropositive nella regione (1,5 milioni-2,8 milioni)

Tra coloro affetti da HIV nel 2021, l'82% conosceva il loro stato, il 69% accedeva alle cure.

Il 31% delle persone che vivono con l'HIV in America Latina nel 2021 non ricevere terapia antiretrovirale e la percentuale di persone di nuova diagnosi con infezione da HIV avanzata variava dal 10% in Uruguay al 44% in Paraguay³⁶.

Infine, i Caraibi registrano la più alta concentrazione di persone sieropositive al di fuori dell'Africa Subsahariana, nonostante la regione abbia effettuato importanti progressi in materia di risposta all'AIDS.

Il numero di persone sieropositive nel 2021 era di 14.000, ovvero il 28% in meno rispetto al 2010 e il numero di morti legate ad AIDS cala del 50%³⁷.

Europa dell'Est e Asia centrale registrano la crescita più veloce del virus HIV nel mondo. Nel 2021 i nuovi infetti ammontano a 160.0000, con una crescita del 48% rispetto al 2010.

Le morti correlate ad AIDS sempre nel 2021 sono circa 44.000 equivalendo ad un aumento del 32% rispetto al 2010.

Inoltre, il 63% delle persone affette dal virus non è consapevole della sua sieropositività e l'81% di coloro che sono invece consapevoli del loro stato hanno accesso ai trattamenti³⁸.

L'Europa occidentale e il Nord America registrano invece passi importanti per porre fine al dilagare della pandemia AIDS, ma la regione continua a registrare 2.3 milioni di

³⁶ Ivi, pp., 194-195

³⁷ Ivi, pp., 242-243

³⁸ Ivi, pp., 322-323

persone sieropositive.

Dal 2010 al 2021, le nuove infezioni sono diminuite del 16% e le morti legate ad AIDS del 34%.

Numerosi paesi, quali Germania, Olanda, Gran Bretagna e Irlanda del Nord stanno registrando importanti progressi in materia di trattamento sanitario: il 91% delle persone sieropositive è consapevole di avere l'HIV e il 93% di quest'ultime ha accesso ai trattamenti antiretrovirali.

Negli Stati Uniti, tuttavia, la percentuale di coloro che sono consapevoli della propria sieropositività e che hanno accesso alle terapie antiretrovirali, sono leggermente inferiori rispetto a quelle europee, ammontando rispettivamente intorno all' 87% e all'83%³⁹.

³⁹*Ivi*, pp., 362-363

Parte seconda

CAPITOLO 2: Diffusione della malattia nel continente africano

2.1 Africa Subsahariana

L'Africa subsahariana (SSA) ospita la più grande epidemia di HIV, registrando il 68% del tasso globale di malattia.⁴⁰

I Paesi africani più colpiti formano una "cintura dell'AIDS" ⁴¹nell'Africa orientale e meridionale. Questa fascia è composta da circa 16 Paesi (Gibuti, Etiopia, Uganda, Kenya, Tanzania, Ruanda, Burundi, Mozambico, Malawi, Zambia, Zimbabwe, Namibia, Botswana, Swaziland, Lesotho e Sudafrica) e si estende lungo la parte orientale del continente fino al Sudafrica. Tali Paesi rappresentano solo poco più del 4% della popolazione mondiale, ma in essi si concentra oltre il 50% delle infezioni da HIV globali⁴².

Secondo l'UNAIDS tutti i Paesi più colpiti sono contigui tra loro nella parte bassa del continente. Si tratta di Sudafrica, Lesotho, Swaziland, Botswana, Namibia, Zambia e Zimbabwe, con tassi di prevalenza superiori al 30%.

Più a nord, sempre nella cintura dell'AIDS, Mozambico, Malawi, Burundi, Ruanda, Kenya, Tanzania ed Etiopia registrano tassi di prevalenza tra il 6 e il 15%.⁴³

Lo studio “HIV Viral Load Working Group. Have the explosive HIV epidemics in sub-Saharan Africa been driven by higher community viral load?” ⁴⁴ si è basato su analisi

⁴⁰ Infectious Disease Epidemiology Group, Weill Cornell Medical College – Qatar, Qatar Foundation - Education City, P.O. Box 24144, Doha, Qatar

⁴¹ Goliber, T., “*The Status of the HIV/AIDS Epidemic in Sub-Saharan Africa*”, Population Reference Bureau, July 2, 2002,

⁴² *Ibidem*

⁴³ UNAIDS, Global UNAIDS Update, July, 2022

⁴⁴ Abu-Raddad, *et.al.*, “*HIV Viral Load Working Group. Have the explosive HIV epidemics in sub-*

statistiche di un database di 71.668 misurazioni della carica virale dell'HIV-RNA plasmatico, provenienti da 44 diverse zone in sette diverse regioni del mondo, dimostrando come l'entità dell'epidemia di HIV nell'Africa subsahariana dipenda in larga misura dalla co-infezione dell'HIV con altre infezioni multiple responsabili dell'aumento della carica virale del virus HIV e quindi dalla rapidità della sua trasmissione ad altre persone all'interno della popolazione.

Il presente lavoro ha dimostrato che esiste una sostanziale eterogeneità regionale nella carica virale dell'HIV e che i livelli più alti si registrano nell'Africa subsahariana, coerentemente con l'ipotesi che le co-infezioni aumentano la carica virale dell'HIV in questa parte del mondo.

Inoltre, lo studio "Mapping HIV clustering: a strategy for identifying populations at high risk of HIV infection in sub-Saharan Africa"⁴⁵, analizza la diffusione geografica dell'epidemia HIV nella SSA identificando, attraverso una mappatura spaziale, i contesti nei quali il tasso di infezione è maggiore o minore.

Vengono in totale analizzati 20 Paesi della SSA: Burkina Faso, Burundi, Camerun, Repubblica democratica del Congo, Etiopia, Ghana, Guinea, Kenya, Lesotho, Liberia, Malawi, Mali, Mozambico, Ruanda, Senegal, Swaziland, Sierra Leone, Tanzania, Zambia e Zimbabwe.

Attraverso la scansione spaziale di Kulldorff⁴⁶, sono stati identificati i cluster di incidenza del virus e successivamente, per ogni cluster, la forza del raggruppamento è stata stimata utilizzando il rischio relativo (RR) di infezione da HIV all'interno del

Saharan Africa been driven by higher community viral load?", AIDS, March 27, 2013

⁴⁵ Cuadros, *et. al.*, International Journal of Health Geographics, 2013.

⁴⁶ Tale metodologia è divenuta il test più utilizzato per il rilevamento di cluster in epidemiologia. Individua la posizione dell'area con un numero di casi (ad esempio infezioni da HIV) superiore o inferiore a quello atteso in base alla casualità spaziale, valutandone la significatività statistica mediante la scansione graduale di una finestra circolare che delimita la regione di studio.

cluster⁴⁷.

L'analisi ha identificato 38 cluster ad alta prevalenza di HIV presenti in Burkina Faso, Burundi, Repubblica democratica del Congo e Mali, con un'incidenza superiore al 4%(Figura 1).

Nei restanti 12 Paesi sono stati identificati 45 cluster nei quali è stata evidenziata una bassa prevalenza del virus HIV, con un'incidenza inferiore al 4%(Figura 2).

Nelle figure 1 e 2 sono evidenziati in rosso i cluster con un'alta prevalenza del virus HIV, in blu i cluster registranti una bassa prevalenza.

⁴⁷ Il rischio relativo è la probabilità che un soggetto, appartenente ad un gruppo esposto a determinati fattori, sviluppi la malattia, rispetto alla probabilità che un soggetto appartenente ad un gruppo non esposto sviluppi la stessa malattia.

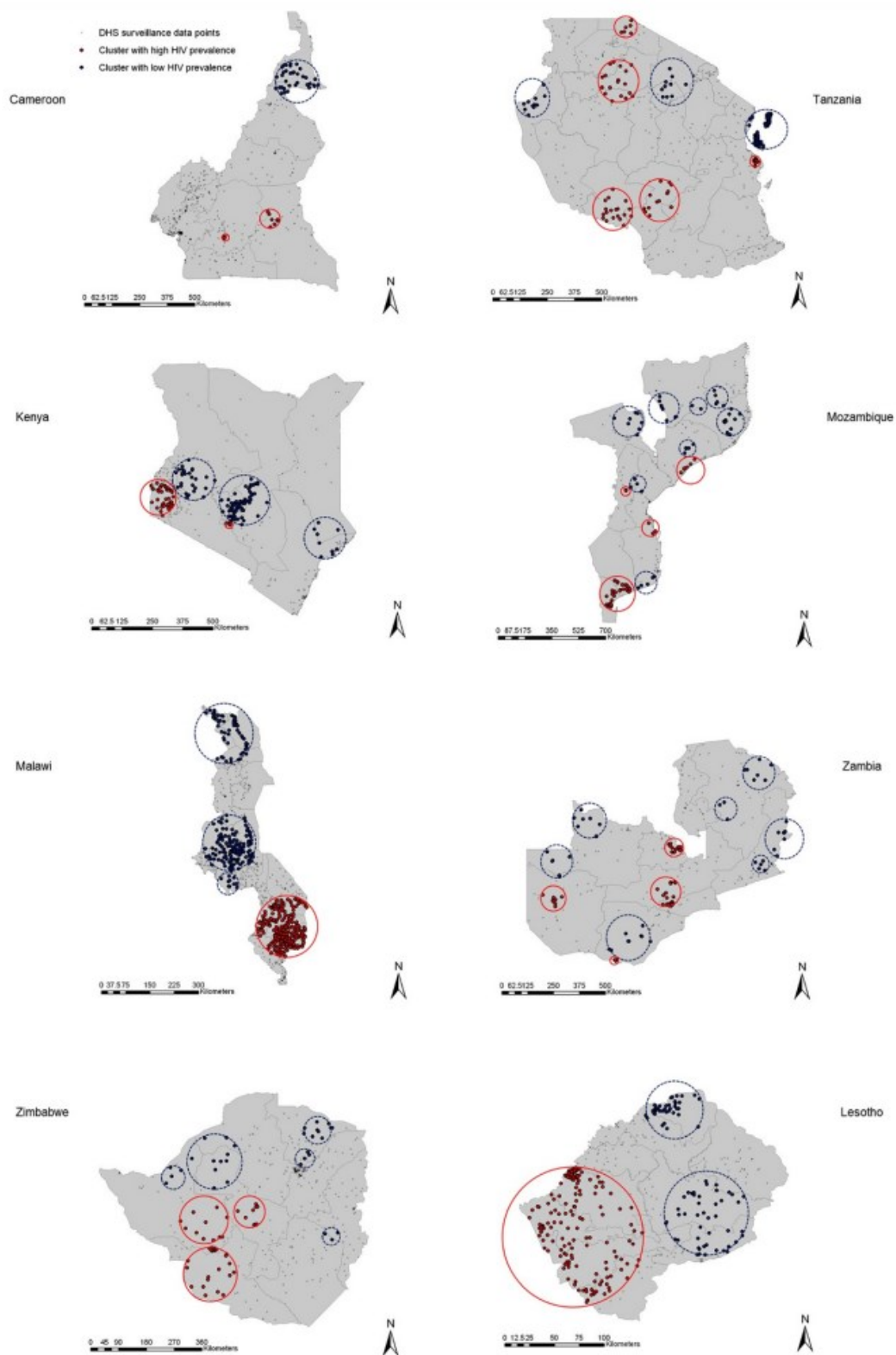


Figura 1 Cuadros et al., *International Journal of Health Geographics*, 2013

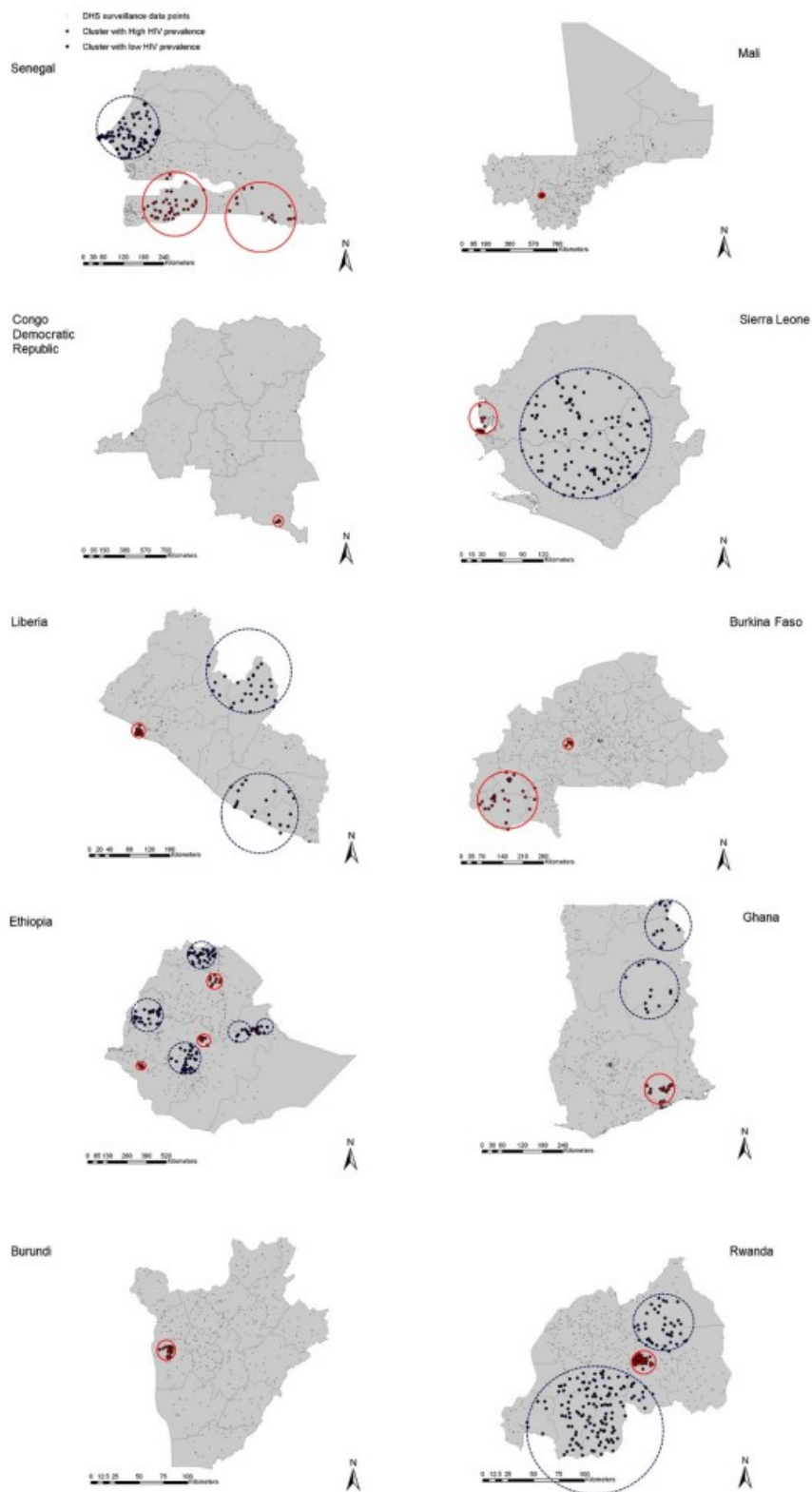


Figura 2 Cuadros et al., *International Journal of Health Geographics*, 2013

Il suddetto studio fornisce prove dirette di un forte raggruppamento geografico dell'infezione dell'HIV nell'Africa sub-Sahariana⁴⁸.

2.2 Il caso del Kenya

Il primo caso di infezione da HIV/AIDS registrato in Kenya risale al 1984.

Dopo due decenni di silenzio da parte di governi e istituzioni, a partire dal 1999, l'emergenza da HIV/AIDS viene dichiarata disastro nazionale: il costo della pandemia, stimato intorno ai 700 miliardi di dollari, è per il Paese insostenibile.

Nel documento “ PRSP: Poverty Reduction Strategy Paper”⁴⁹ si sottolinea come la pandemia rappresenti la più grande sfida per l'economia del Kenya: l'AIDS colpisce, infatti, in larga misura persone giovani ed economicamente produttive e aumenta la spesa sanitaria, gravando enormemente sulle casse dello Stato⁵⁰.

Il documento evidenzia, inoltre, come il contesto socioeconomico sia sfavorevole ai fini di un'efficace gestione dell'emergenza: più della metà della popolazione keniota si trova in uno stato di povertà e il reddito pro-capite nel 2002 è di circa 280\$⁵¹.

Tale emergenza si manifesta attraverso: fame, malnutrizione, analfabetismo, mancato accesso all'istruzione di base, mancanza di dimora e impossibilità di accedere a servizi sociali essenziali quali l'acqua e i servizi igienici.

Le persone in suddetto stato tendono a raggrupparsi in zone emarginate: circa l'80% della popolazione povera vive, infatti, nelle aree rurali o in baraccopoli (zone per altro caratterizzate da una bassa produttività agricola che rendono incerta anche la mera

⁴⁸Cuadros *et.al.*, International Journal of Health Geographics, 2013

⁴⁹Wilkinson, J., & Marshali, J., “ *Poverty reduction strategy papers (PRSPs)—fulfilling their potential for children in poverty?*”. Journal of International Development: The Journal of the Development Studies Association, 2002

⁵⁰ Kiai, V. *et.al.*, “*The impact of HIV/AIDS on the land issue in Kenya*”, March, 2002

⁵¹ *Ibidem*

sussistenza)⁵².

Dilaganti sono gli episodi di violenza sessuale nei confronti di donne e bambini e sempre più diffuso diviene il lavoro sessuale, registrando un'incidenza del virus intorno al 23%, a cui si aggiungono le tradizionali pratiche di circoncisione e infibulazione in totale assenza di norme igieniche: il virus HIV/AIDS trova in questo scenario il suo humus ideale.

Secondo le stime UNAIDS nel 2000 i sieropositivi nel Paese ammontano a 2.1 milioni di persone rendendo il Kenya la terza più grande area colpita nell'Africa Subsahariana⁵³; negli anni a venire conterà più di 4.2 milioni di persone affette da HIV e circa 200.000 nuove infezioni ogni anno.

Dopo il primo caso di infezione, il Governo ha iniziato ad intraprendere diverse misure al fine di impedire il diffondersi della malattia, ma è soltanto con l'aprirsi del nuovo millennio che si è dato impulso alle strategie di gestione e prevenzione. Nel 2005 viene, infatti, attuato il Piano strategico nazionale per l'HIV/AIDS per il periodo 2005-2010⁵⁴.

Nel Giugno del 2014 il Ministero della Salute keniana pubblica un rapporto intitolato "Kenya HIV Prevention Revolution Road Map", con l'obiettivo di rafforzare drasticamente la prevenzione dell'HIV e di ridurre a zero le nuove infezioni entro il 2030⁵⁵.

Secondo le ultime statistiche fornite dall'UNAIDS nel 2021 si registrano 1,4 milioni di persone affette da HIV (con una prevalenza del 4% negli adulti), 35.000 infezioni e 22.000 decessi annuali legati all'AIDS. Le persone sottoposte a trattamento antiretrovirale rappresentano il 78% dei sieropositivi.

⁵² Kiai, V. *et.al.*, "The impact of HIV/AIDS on the land issue in Kenya", Op. cit.

⁵³ UNAIDS, *Global UNAIDS Update 2000*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2000

⁵⁴ Kiai, V. *et.al.*, "The impact of HIV/AIDS on the land issue in Kenya", Op. cit.

⁵⁵ Ministry of Health, "Kenya HIV Prevention Revolution Road Map", UNAIDS, June, 2014

CAPITOLO 3: Prevenzione e gestione della malattia nel continente africano

3.1 Prevenzione

La prevenzione dell'AIDS nel continente africano ha conosciuto diverse fasi⁵⁶. La prima è quella che comprende gli anni che vanno dal 1982, anno in cui sono apparsi i primi casi di AIDS in Africa (precisamente in Uganda) alla nascita di UNAIDS nel 1995. In questa fase si mira soprattutto ad agire sui comportamenti individuali: è proprio in Uganda che si conia l'acronimo "ABC" (Abstinence, Be faithful, Condom).

L'approccio incoraggiava i giovani a ritardare la data del loro primo rapporto sessuale praticando l'*astinenza* fino al matrimonio e da tale momento essere *fedeli* al/la proprio/a partner, evitando quindi rapporti occasionali. La strategia, inoltre, raccomandava l'utilizzo del *preservativo* qualora si dovessero contrarre rapporti sessuali extraconiugali o nell'eventualità in cui uno dei due partner fosse affetto dal virus.⁵⁷

L'approccio "ABC", tuttavia, ha sollevato forti critiche circa la sua efficacia. Un commentary pubblicato sulla rivista *American Journal of Public Health*⁵⁸ ha evidenziato tre principali limiti relativi alla strategia proposta in sede UNAIDS.

Il primo emergeva in riferimento ad una prospettiva di genere: dilaganti erano, difatti, le differenze quantitative dei contagi che intercorrevano tra uomini e donne a svantaggio, prevedibilmente, di queste ultime. Le forti limitazioni del loro potere decisionale concernenti la loro sfera relazionale/sessuale, pratiche culturali dannose, episodi di violenza sessuale, ma anche l'accesso differenziato all'alfabetizzazione e all'istruzione, costituivano una discriminante nei confronti delle donne, esponendole ad un rischio di

⁵⁶ Morozzo della Rocca, R, "La strage silenziosa", p., 85

⁵⁷ Rosso, N. A. "Sulla prevenzione dell'infezione da HIV/AIDS: quanto contano A, B e C?".

⁵⁸ L. Dworkin, et.al., "Going Beyond "ABC" to Include "GEM": Critical Reflections on Progress in the HIV/AIDS Epidemic", January, 2007

contrarre l'HIV che si rivelava superiore rispetto a quello che incombeva sugli uomini.

In merito si è espresso il direttore esecutivo del *Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione*, T. Obaid, sostenendo che:

“ Abstinence is meaningless to women who are coerced into sex. Faithfulness offers little protection to wives whose husbands have several partners or were infected before marriage.

And condoms require the cooperation of men. The social and economic empowerment of women is key”.

Il secondo limite evidenziato vedeva come caso concreto la crisi economica della Thailandia: a causa della diminuzione delle opportunità economiche, infatti, donne e ragazze, in particolare le lavoratrici del sesso, erano più propense ad accettare rapporti sessuali senza l'uso del profilattico qualora l'uomo offrisse più denaro per una prestazione senza preservativo. L'approccio ABC, pertanto, non teneva conto dei diversi contesti economici, nonostante gli studiosi avessero più volte sottolineato l'intersezione critica tra povertà e rischio per le donne di contrarre il virus HIV/AIDS.

Il terzo limite si sostanziava nel fatto che la strategia UNAIDS, riferendosi ad individui che affrontano situazioni statiche e a luoghi geografici non mutevoli, non riconoscesse il massiccio aumento del fenomeno migratorio, sia transfrontaliero, sia interno: la separazione dal partner per coloro che sono costretti ad emigrare, fornivano opportunità per un maggior numero di interazioni sessuali con partner extraconiugali (sia per l'uomo migrante, sia per la donna del partner emigrato), provocando la diffusione del virus da aree ad alta sieroprevalenza ad altre con un tasso più basso.

L'intervento richiesto, pertanto, si basava su un modello multisettoriale che tenesse conto della realtà mutevole e dei contesti socio-culturali dei differenti paesi.

La seconda fase di prevenzione coincide con la nascita di UNAIDS; il programma delle Nazioni Unite sosteneva fossero state sottovalutate le complessità ambientali di vita dei popoli, così come le complicate dinamiche culturali ostili ai cambiamenti comportamentali nella sfera sessuale. Sul comportamento individuale è, difatti, possibile agire soltanto partendo da quello socio-culturale⁵⁹.

Secondo quanto sostenuto dallo stesso UNAIDS⁶⁰ “nessun singolo metodo o approccio di prevenzione può fermare da solo l’epidemia di HIV”; si è evidenziata la necessità di mettere in campo più metodi ed interventi combinati al fine della riduzione del rischio di infezione da HIV.

Tra le principali strategie di prevenzione ancora oggi rilevanti figurano:

- uso dei profilattici;
- limitare il numero di partner sessuali;
- sottoporsi a test ed assistenza sociosanitaria per HIV, tubercolosi e altre malattie a trasmissione sessuale;
- utilizzo di siringhe ed aghi sterilizzati;
- terapia antiretrovirale.

Ancora oggi il meccanismo principale di prevenzione dall’ infezione da HIV è infatti incentrato sulla limitazione all’esposizione ai fattori di rischio.

La disponibilità di test e l’assistenza per la prevenzione dell’HIV consentono agli individui di apprendere volontariamente il proprio stato e di ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione del virus.

⁵⁹ Morozzo della Rocca, R, “*La strage silenziosa*”, p., 87

⁶⁰Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)

Nell'ambito della sua strategia per il periodo 2016-2021 e all'insegna del motto «Fine dell'epidemia»⁶¹, UNAIDS ha perseguito diversi sotto-obiettivi in tre orientamenti strategici differenti:

- prevenzione completa
- miglioramento dell'assistenza medica
- lotta contro la stigmatizzazione e la discriminazione legate all'HIV/AIDS e promozione dei diritti umani e della parità di genere

Soltanto perseguendo questi obiettivi si potrà ridurre il numero dei nuovi contagi, migliorare il trattamento sanitario per il paziente sieropositivo e ridurre i decessi da AIDS.

In aggiunta a tali scopi rimane presente la necessità di creare modelli educativi innovativi al fine di promuovere cambiamenti comportamentali nella sfera sessuale/riproduttiva fornendo ai giovani servizi adeguati alle loro esigenze.

In tale ottica vanno mobilitati tutti i corpi intermedi della società, le comunità, le associazioni ed ogni altra attività collettiva e non solo quelli con competenza sanitaria.

A fronte dell'impossibilità di acquistare i costosi farmaci antiretrovirali (dei quali si parlerà nel capitolo seguente) brevettati nel ricco Occidente, le agenzie ONU si orientano maggiormente su azioni di cura e supporto provenienti dalla società civile, attribuendole una funzione compensativa e non già complementare.

Oltre all'elevato costo della terapia antiretrovirale, ciò che fece propendere i governi verso la prevenzione piuttosto che la cura, riguardava l'inconsistenza dei sistemi sanitari africani: cure di massa avrebbero condotto tali sistemi al collasso. La persistenza di

⁶¹ *Ibidem*

vecchie piaghe quali malaria, tifo e tubercolosi, inoltre, rendevano (e rendono tuttora) difficile curare l'AIDS come malattia a sé stante.

Ed anche qualora dovesse poi sussistere un sistema sanitario adeguato, il rapporto degli africani con i centri di salute e le burocrazie statali rende impraticabile l'idea di un trattamento medico sanitario⁶².

Pertanto, se si ritiene impraticabile (per supponenza o per mera convenienza) la strada del trattamento sanitario, è alla cultura popolare e alla prevenzione che ci si affida.

Vengono messe in campo teorie e prassi che spaziano da campagne informative sui media, a corsi educativi, all'educazione sessuale dentro e fuori scuola, a programmi per prostitute e loro clienti, ad interventi psicologici⁶³.

Il fatto che l'approccio preventivo non sia stato coniugato con un approccio terapeutico, svincolato quindi dalla componente medica, ha condannato la prevenzione ad incidere scarsamente nella lotta all'AIDS.

Applicare schemi occidentali a contesti quali quelli africani ha, inoltre, vanificato molti sforzi che pur avevano valenza in sé: campagne informative in paesi con un elevato tasso di analfabetizzazione; utilizzo del preservativo considerato dalla maggioranza come amorale e contro natura; resilienza sociale in una società disfatta dall'epidemia e con una scarsa coscienza sociale⁶⁴.

Oggigiorno la strategia principale, sempre in termini di prevenzione, si sostanzia in programmi di informazione delle malattie sessualmente trasmissibili (come HIV/AIDS) ed educazione alla salute sessuale e riproduttiva.

⁶² Morozzo della Rocca, R, "*La strage silenziosa*", pp., 73-78

⁶³ Morozzo della Rocca, R, "*La strage silenziosa*", p., 90

⁶⁴ *Ivi*, p., 105

Tale strategia prende il nome di “edutainment education”⁶⁵, dove il termine *edutainment* è un neologismo che deriva dai termini *education* (educazione) ed *entertainment* (intrattenimento).

L’approccio, quindi, si sostanzia in iniziative volte ad educare ed intrattenere simultaneamente, nonché nell’obiettivo di integrare messaggi sociali all’interno di formati comunicativi popolari.

3.2 Le terapie antiretrovirali ed il Medical Act contro le Big Pharma

Nel 1987 viene introdotto in Occidente il primo farmaco antiretrovirale⁶⁶, la azidotimidina (AZT); creduta utile per ritardare l’AIDS conclamato, ben presto rivela la sua non efficacia se assunta singolarmente. Inoltre, dato il suo elevato costo, era inaccessibile ai paesi africani.

A causa della forte tendenza del virus HIV a mutare, si rese necessario trovare farmaci sempre nuovi e somministrandone contemporaneamente diverse tipologie , adottando quindi un approccio combinato.

In seguito alla Conferenza di Vancouver, nel luglio del 1996⁶⁷, venne annunciata una nuova cura in grado di ridurre drasticamente la carica virale: è la “triterapia HAART” (Highly Active Anti-Retroviral Therapy) che resta attualmente la terapia maggiormente efficace (vedi Figura 1), seppur con l’obiettivo di monitorare la situazione del paziente sieropositivo o non tanto con quello di curarla.

La diffusione del regime HAART ha inciso notevolmente sulla situazione

⁶⁵ Simonelli M., *"Oltre l'ABC per una corretta educazione alla salute sessuale e riproduttiva in Africa"*, Diritti umani e diritto allo sviluppo: La promozione dei diritti dei minori da una prospettiva di genere, 2012

⁶⁶ I farmaci antiretrovirali hanno lo scopo di portare la conta linfocitaria CD4+ ad un valore normale e di ridurre la quantità di RNA dell’HIV presente in circolo.

⁶⁷ Whiteside A., *“Vancouver AIDS conference: special report. A verdict on the conference: sadly, not one world or one hope”*, AIDS Anal Afr., 1996

epidemiologica: dai picchi di mortalità del 2000 (3 milioni di decessi di cui 2,4 in Africa) si è passati a 770.000 nel 2018 (di cui 470.000 in Africa).⁶⁸

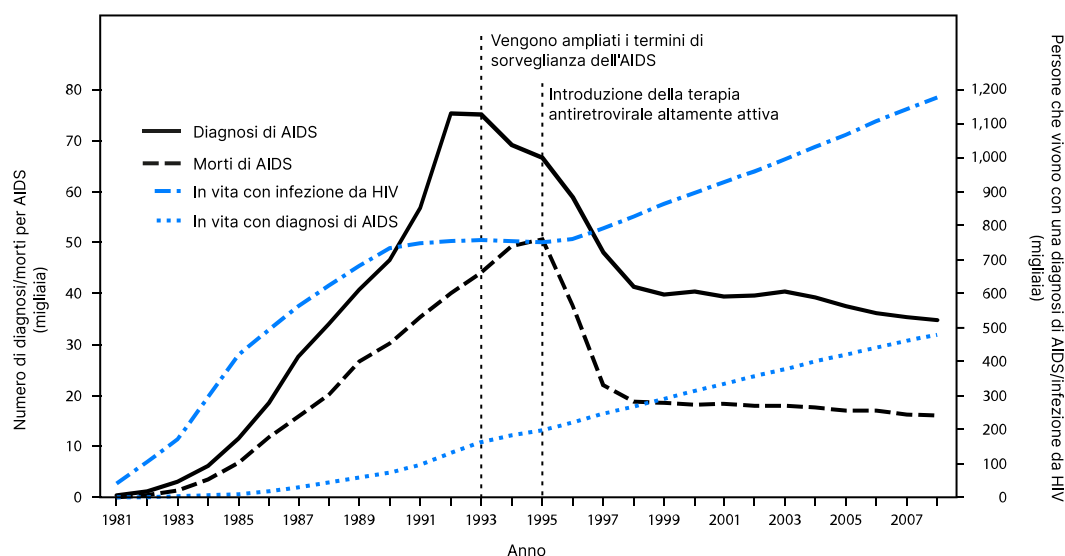


Figura 1: Nuove infezioni e decessi tra il 1981 e 2008, con evidente calo di quest'ultimi all'introduzione dei nuovi antiretrovirali

Sebbene nella teoria il motto alla base di tale conferenza fosse “One World, One Hope”, gli esiti pratici si rivelarono ben diversi: fin da subito divenne chiaro che la tri-terapia era accessibile soltanto dal ricco Occidente, confermando l’esistenza di malati di serie A e malati di serie B, prevedendo per i primi, oltre alla mera prevenzione, anche la cura, obiettivo perseguibile solo lontanamente per i secondi.

La comunità mondiale ignorò fin dall’inizio tali differenze rifiutandosi di finanziare regimi terapeutici e adottando come giustificazione motivi economici, laddove budget sanitari troppo poveri dei paesi del Sud del mondo non possono far fronte ai costi elevati delle cure e laddove vi sia un forte squilibrio tra costo delle cure per abitante e PIL per abitante per cui un paziente sieropositivo sarebbe costato eccessivamente di più del poco in grado di produrre per il paese; motivi medici avvalendosi della supposta

⁶⁸ Morozzo della Rocca, R, “La strage silenziosa”, p.,211

incapacità delle deboli sanità pubbliche a fronteggiare cure complesse e alla presunta inettitudine degli africani nell'aderire alle cure⁶⁹.

Nonostante alcune voci si appellassero al motto originale della Conferenza di Vancouver, quale quella del presidente francese J. Chirac che nel 1997 in Costa d'Avorio ricordò l'importanza di un beneficio comune dei farmaci antiretrovirali, le agenzie internazionali ribadivano unanimi l'impossibilità economica e tecnica della triterapia nei paesi poveri⁷⁰.

Nel giugno del 2000, l'annuale report UNAIDS presentava tre *care and support packages*, uno *essential*, uno *intermediate*, uno *advanced*, da applicare secondo il livello di ciascun paese, I farmaci antiretrovirali rientravano nel terzo pacchetto destinato a quei paesi dotati di risorse umane, infrastrutturali e finanziarie.

Il pacchetto *essential* destinato ai paesi africani si limitava a contenere supporto psicosociale, disponibilità dei test HIV e cure palliative per patologie derivanti da AIDS, ma nulla che impattasse efficacemente contro il decorrere del virus.⁷¹

Laddove, invece, “la capacità di mobilitare risorse è estremamente limitata, il pacchetto sarà necessariamente più limitato che laddove la disponibilità di risorse è relativamente illimitata”⁷².

Gli anni che intercorrono tra la scoperta della triterapia HAART e l'inizio del nuovo millennio furono caratterizzati da una forte sfiducia nei confronti delle cure contro l'AIDS in Africa, non solo da parte delle grandi istituzioni internazionali, ma anche da numerose riviste scientifiche, prestigiosi mezzi di comunicazione, studiosi e scienziati.

Sulla prestigiosa rivista “The Lancet” il professore O. Muller, *et.al.* sottolinearono

⁶⁹ Morozzo della Rocca, R, “*La strage silenziosa*”, p.,30

⁷⁰ *Ivi*, p., 34

⁷¹ *Ivi*, p., 37

⁷² UNAIDS, “*Report on the global HIV/AIDS epidemic*”, Geneva, June, 200

l'impossibilità di allargare le terapie nei paesi africani, con particolare riferimento all'Africa Subsahariana, dove le spese destinate alla salute ammontavano a meno di dieci dollari pro capite all'anno.

Introdurre terapie complesse in un contesto dove non vengono rispettati i minimi standard sanitari, è un'ipotesi completamente irrealizzabile. Le conseguenze di tale presunta inattitudine potrebbero portare ad una maggiore resistenza del virus HIV ai farmaci⁷³.

Nel maggio del 2002 vennero pubblicati su "The Lancet" articoli volti a ribadire la convenienza della prevenzione rispetto alla cura per quei paesi in via di sviluppo.

Si ribadisce il concetto della *cost-effectiveness*⁷⁴, ovvero sull'opportunità economica in rapporto ai risultati, sostenendo sia molto più remunerativo investire, in Africa, in condom, controllo delle trasfusioni, trattamenti di malattie sessualmente trasmissibili, test HIV, piuttosto che sugli antiretrovirali.

Finanziare HAART a discapito della prevenzione equivarrebbe ad una maggiore perdita di vite; al fine di massimizzare i benefici i finanziamenti e le risorse dovrebbero essere destinati alla prevenzione e ad una cura che non sia HAART⁷⁵.

Forti saranno le opposizioni a tale prospettiva definita "obsoleta e semplicistica" (P.Piot). Prevenzione e terapia medica devono essere considerate complementari quali che siano le circostanze e la questione economica deve rivolgersi alla riduzione della fornitura delle cure ed al reperimento di fondi necessari⁷⁶.

Nel 2001, sul "New England Journal of Medicine", si stimò il costo della triterapia

⁷³ Muller O. *et.al.*, "Antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa", The Lancet, January 3, 1998, p.68

⁷⁴ Morozzo della Rocca, R, "La strage silenziosa", p., 65

⁷⁵ Marseille E. *et.al.*, "HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa", The Lancet, May 25, 2002

⁷⁶ Ndoye I. *et.al.*, *Perspectives*, in « L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicale », Paris, 2002

condotta in un anno negli Stati Uniti, raggiungendo un'oscillazione tra i 13.000 e i 23.000 dollari. Nel medesimo anno, la spesa sanitaria media pro capite nei paesi in via di sviluppo corrispondeva a 13 dollari⁷⁷.

Nel 1998 gli africani detengono un reddito annuo pro capite che varia dai 3159 dollari in Sud Africa, ai 668 in Camerun, fino ai 142 del Burundi e i 134 dell'Etiopia⁷⁸.

Tuttavia, in Africa un anno di cura con gli antiretrovirali passò da costare 20.000 dollari nel 1996 a 1200 nel 2000.

Con l'avvento del nuovo millennio, la cosiddetta *Accelerating Access Initiative*, tramite cui UNAIDS funge da intermediario tra le cause farmaceutiche e quei paesi dotati di risorse limitate per abbassare i prezzi dei farmaci, ne fece oscillare il costo tra i 1850 e i 950 dollari. L'anno seguente il prezzo calerà ulteriormente a quota 500⁷⁹.

Nonostante le cause farmaceutiche inizino ad accettare le differenze di prezzi tra paesi ricchi e paesi poveri, si diffuse un sentimento di scetticismo dettato dall'avanzare, nel mercato concorrenziale, dei farmaci generici *non patented* con un costo nettamente inferiore.

In sede ONU, tuttavia, la strada che si preferì percorrere fu quella della negoziazione con le Big Pharma (maggiori cause farmaceutiche internazionali) circa i farmaci *branded* anziché quella della concorrenza dettata dai farmaci generici.

Sud Africa e Thailandia avanzarono un tentativo di produrre autonomamente farmaci generici in risposta all'emergenza da AIDS, ma gli Stati Uniti procedettero fin da subito a ritorsioni commerciali, costringendo i due paesi, sebbene legittimati dal diritto

⁷⁷ Freedblerg K.A. et. al., "The Cost-Effectiveness of Combination Anti-retroviral Therapy for HIV Disease", New England Journal of Medicine, March 15, 2001

⁷⁸ Dati tratti da International Monetary Fund, *World Economic Outlook database*, April, 2018

⁷⁹ UNAIDS, "Accelerating Access to HIV Care, Support, and Treatment", Geneva, 2000

internazionale⁸⁰, ad abbandonare l'idea di una produzione indipendente e autonoma.

Paesi più potenti, con un numero spropositato di malati, quali Brasile e India, si ostinarono a lottare contro gli Stati Uniti per la produzione di tali farmaci e dopo un lungo dibattito tra leader internazionali, la guerra contro l'industria dei generici cessò; si raggiunse inoltre un accordo circa i farmaci brevettati: avranno prezzi remunerativi nei paesi ricchi e prezzi popolari nei paesi poveri⁸¹.

Nel 1997 Nelson Mandela, allora presidente della Repubblica Sudafricana, promulgò il "Medical Act", una legge che permetteva la produzione autonoma o l'importazione di farmaci a basso costo, ignorando i brevetti delle Big Pharma, secondo quanto stabilito dall'accordo internazionale denominato "Trips" (Trade related intellectual property rights); stipulato all'interno del WTO prevedeva la possibilità per gli stati firmatari di determinare alcune deroghe ai vincoli di brevetto in casi di estrema emergenza (quale quella da AIDS).

Contro il "Medical Act" si schierarono 39 Big Pharma, ma nell'aprile del 2001 il processo si concluse in favore del governo sudafricano, con il conseguente ritiro da parte delle multinazionali farmaceutiche della loro azione legale, anche in seguito alle pressioni esercitate dall'opinione pubblica e dai titolari delle quote del capitale sociale delle aziende stesse.

Al G8 del 2001 la denuncia di "Big Pharma" e della normativa sui brevetti della Wto rese l'industria farmaceutica simbolo negativo della globalizzazione sollevando lo scetticismo dell'opinione pubblica.

⁸⁰ Si tratta dei Trade-Related Aspect of Intellectual Propriety Right WTO, che tutelano lo sfruttamento economico dei brevetti e prevedono clausole d'eccezione in situazioni di emergenza sanitaria.

⁸¹ Morozzo della Rocca, R, *"La strage silenziosa"*, pp., 70-71

Uno spartiacque nella copertura globale con antiretrovirali, lo segnarono due importanti obiettivi fissati dalla comunità internazionale.

Il primo, “3 by 5” era stato lanciato dall’Oms nel 2003 con l’obiettivo di garantire gli antiretrovirali a 3 milioni di persone a basso e medio reddito entro la fine del 2005.

Il trattamento venne fortemente diffuso e la copertura crebbe in maniera esponenziale, passando da 400 mila persone nel dicembre 2003 a 1,3 milioni di persone nel dicembre 2005. L’obiettivo, tuttavia, venne raggiunto solo nel 2007.

Il secondo, lanciato nel 2005 dal vertice mondiale delle Nazioni Unite prevedeva l’importante iniziativa “Tutti entro il 2010” con lo scopo di raggiungere un accesso universale alla prevenzione, al trattamento e alla cura di HIV/AIDS entro il 2010.

Tuttavia, i risvolti pratici di tale obiettivo non saranno entusiasmanti tanto quanto quelli ipotizzati nella teoria⁸².

Secondo il rapporto “Towards universal access: scaling up priority Hiv/Aids interventions in the health sector” , pubblicato congiuntamente nel 2009 da OMS, UNICEF e UNAIDS nei Paesi a basso e medio reddito il numero di persone trattate con farmaci antiretrovirali è passato dai circa 3 milioni del 2007 ai quasi 4 milioni del 2008.

La copertura delle terapie antiretrovirali ha raggiunto il 42% (era il 33% nel 2007) e la percentuale di donne incinte sieropositive che hanno ricevuto gli opportuni trattamenti per evitare di trasmettere l’infezione ai figli è aumentata dal 35% del 2007 al 45% del 2008. Complessivamente, l’accesso al trattamento antiretrovirale nei paesi in via di sviluppo è aumentato del 36% in un anno e di 10 volte negli ultimi 5 anni⁸³.

Il presente rapporto intende mettere in luce le priorità sanitarie legate alla pandemia

⁸² Istituto Superiore della Sanità, November, 2009

⁸³ “TOWARDS UNIVERSAL ACCESS Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector”, WHO, 2010

HIV/AIDS, descrivendo i risultati ottenuti e le sfide ancora aperte per il raggiungimento di una maggiore accessibilità alla prevenzione, ai trattamenti e alle cure contro il virus, con particolare riferimento alle priorità d'intervento nei Paesi economicamente più poveri.

Nel 2002 si affermava su "The Lancet" la tesi secondo cui la strategia di prevenzione dell'HIV/AIDS era "almeno 28 volte più *cost-effective* che HAART"⁸⁴

Nel 2015, invece, in sede UNAIDS si stimava che gli investimenti in HAART avessero un ritorno economico di 17 volte.⁸⁵

Nello stesso anno il WHO lanciava il programma 90-90-90 finalizzato ad avere entro il 2020 un 90% di sieropositivi consapevoli del proprio status, un 90% di sieropositivi con accesso ad HAART ed un 90% di sieropositivi curati e non più contagiosi in seguito alla soppressione della carica virale.

Seppur con base valida, i primi anni del 90-90-90 si sono rivelati meno entusiasmanti del previsto.⁸⁶

3.3 Programma DREAM: Disease Relief through Excellent and Advanced Means

La maggior parte dei governi africani, di fronte alla mancanza di terapie per i malati di AIDS, reagiva senza eccessivo stupore; la politica della sola prevenzione veniva comunemente accettata.

In aggiunta, riconoscere l'AIDS come emergenza mondiale spaventava i governi per l'enormità del compito che ne sarebbe derivato: in particolare preoccupavano le turbolenze sociali e politiche qualora fosse stato dato avvio all'uso dei farmaci, poiché

⁸⁴ Cfr. Marseille *et.al.* "HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa"

⁸⁵ Si veda UNAIDS, "HIV treatment in Africa: A looming crisis", Geneva, June 15, 2015

⁸⁶ Morozzo della Rocca, R, "La strage silenziosa", p., 211

le condizioni dei sistemi sanitari pubblici li avrebbero garantiti solo per una minoranza dei malati⁸⁷.

La passività verso l'epidemia caratterizza anche il Mozambico: nonostante lo stesso presidente J. Chissano dichiarasse puntualmente il suo obiettivo di lottare contro l'AIDS, non reclamava terapie antiretrovirali.

Nel 1997 giunsero a Roma, alla Comunità di Sant'Egidio⁸⁸, notizie della morte causate dall'AIDS di suoi membri in Mozambico; appare fin da subito inaccettabile che le possibilità di vita dipendano dal luogo geografico.

Ecco quindi che medici della Comunità iniziano in Mozambico una fase di screening sistematico della situazione epidemiologica.

In questo contesto africano venne immaginato di curare gratuitamente l'AIDS, seguendo gli standard occidentali, tenendo conto però della specificità africane, con le rispettive misure capaci di rendere la cura antiretrovirale efficace: educazione alla salute, sostegno nutrizionale, diagnostica avanzata, formazione del personale, contrasto alle piaghe, quali malaria e tubercolosi, che si aggiungono a quella dell'AIDS.

Attività specifiche vengono inoltre realizzate per le fasce d'età e categorie di beneficiari particolarmente vulnerabili: donne, partorienti, bambini e adolescenti.

Al malato nei centri DREAM si offre counselling al momento del test e durante tutto il percorso di cura con l'obiettivo di porre fine allo stigma, alla segregazione e all'isolamento.

La visibilità di tale comunità è data, inoltre, da un team di attivisti (malati stabilizzati) che intervengono a fronte di qualsiasi necessità, con la principale funzione di

⁸⁷ Morozzo della Rocca, R, "*La strage silenziosa*", p., 136

⁸⁸ Rete di comunità nata a Roma nel 1968 che ad oggi opera in più di 70 paesi del mondo, con particolare attenzione alle periferie, raccoglie uomini e donne di ogni età e condizione

intermediari tra struttura sanitaria e paziente⁸⁹.

Ad oggi il programma è presente in 10 paesi del continente (Mozambico, Malawi, Kenya, Tanzania, Repubblica di Guinea, Repubblica democratica del Congo, Repubblica Centrafricana, Eswatini, Camerun, Nigeria)⁹⁰.

Conta 48 centri dislocati in tutto il paese, 25 dei quali dotati di laboratori di biologia molecolare. Ciascuno di questi 48 centri è suddiviso in dipartimenti (medico, diagnostico, farmaceutico, infermieristico, nutrizionale, stoccaggio, *home care*), con dei rispettivi coordinatori *ad hoc*.

Di contro, infatti, ad una sanità centralizzata nei grandi ospedali, DREAM prevede una sanità disseminata sul territorio volta a raggiungere anche quei pazienti *hard-to-reach*⁹¹.

⁸⁹ Morozzo della Rocca, R, “*La strage silenziosa*”, pp., 182-183

⁹⁰ DREAM, Sant’Egidio

⁹¹ Morozzo della Rocca, R, “*La strage silenziosa*”, p., 187

CAPITOLO 4: Le conferenze internazionali

Nel seguente capitolo vengono esposti i principali studi relativi alle più recenti conferenze internazionali sull'AIDS, la prima delle quali fu organizzata ad Atlanta 35 anni fa.

Hanno svolto l'importante ruolo di ricordare al mondo che l'aids continua a essere un flagello per l'umanità e hanno fatto incontrare esperti e attivisti di paesi ricchi e poveri per migliorare lo scambio su problemi e soluzioni⁹². Hanno inoltre contribuito a favorire l'introduzione delle cure e dei farmaci nei paesi a risorse limitate.

4.1 La conferenza di Durban

Tra il 9 ed il 14 luglio 2000 si svolse a Durban la Conferenza internazionale sull'AIDS. Libero accesso ai farmaci, disponibilità di vaccini, ampliamento della sfera di potere conferito alle donne. Sono queste le tre principali tematiche che hanno caratterizzato la XIII Conferenza internazionale sull'AIDS tenutasi, per la prima volta in un paese africano, a Durban.

Dalla Conferenza arrivano importanti novità circa le terapie adottabili per evitare la trasmissione materno-fetale: viene annunciato un nuovo farmaco, la *neviparina* in grado di bloccare il passaggio del virus da madre a figlio. Secondo i dati presentati dai Centers for Disease Control and prevention di Atalanta (USA), somministrando una dose di tale farmaco alla donna durante il travaglio e al neonato nei primi due giorni di vita, il rischio di trasmissione si dimezza.

Tra i presenti figurarono gli attivisti sudafricani di Treatment Action Campaign⁹³;

⁹² The Economist, July, 2020

⁹³ The Treatment Action Campaign è un'organizzazione sudafricana di attivisti per l'HIV/AIDS co-fondata dall'attivista sieropositivo Zackie Achmat nel 1998

difronte a migliaia di giornalisti, gli attivisti sostengono l'introduzione delle cure antiretrovirali in Africa.⁹⁴

Ciò che venne rimproverato ai governi e alle agenzie internazionali, fu la strategia limitata alla mera prevenzione.

Scrivono *Le Monde diplomatique* nei giorni della Conferenza: "Prima di essere un pericolo, l'AIDS è una malattia. In assenza di una qualsiasi prospettiva terapeutica, le persone affette non sono incoraggiate ad assumere il loro status sierologico e le relative conseguenze [...] L'insistenza esclusiva sulla prevenzione, che marginalizza gli sforzi per l'accesso alle cure, accelera la propagazione dell'epidemia. La politica del *tout-prévention* ha essa stessa prodotto il suo fallimento".⁹⁵

Nell'immediato, gli obiettivi di Durban non vedranno la luce. Forte rimane la prevenzione svincolata da cure medico-sanitarie.

Nello stesso Sud Africa i risultati stentano ad affermarsi; il presidente Thabo Mbeki esprime posizioni dissenzienti nei confronti dell'AIDS, definendola come conseguente alla povertà e alla malnutrizione cui il mondo occidentale costringe quello africano, sostenendo invece che tra HIV e AIDS conclamato non vi sia correlazione alcuna.

Nei successivi nove mesi a Durban, nulla di nuovo accade.

Necessario è attendere la creazione di un Global Fund che raccolga risorse contro AIDS, malaria e tubercolosi. L'iniziativa venne intrapresa in Nigeria nell'aprile del 2001 da Kofi Annan, l'allora Segretario delle Nazioni Unite, in seno ad un summit di capi africani.

Annan auspica il superamento di una cura a due velocità e la libera fornitura di cure a

⁹⁴ Morozzo della Rocca, R, "La strage silenziosa", p.38

⁹⁵ Ph. Riviére, « *Sida, fin de l'indifférence* », *Le Monde diplomatique*, 2000

tutti i malati ovunque nel mondo⁹⁶.

4.2 Dichiarazione di Doha

Un anno dopo Durban, nel novembre 2001, in seno alla riunione del WTO svoltasi a Doha (Qatar) vennero enunciati importanti obiettivi circa il rapporto tra salute e proprietà intellettuali dei farmaci.

Riconosceva il pieno diritto dei paesi a risorse limitate di ricorrere alla registrazione forzata dei farmaci e di stabilirne i motivi che li spingono a farne ricorso e di determinare i casi di emergenza nazionale o altre circostanze di estrema urgenza.

La Dichiarazione, conosciuta anche come *Dichiarazione di Doha sull'Accordo TRIPS e la salute pubblica*, si proponeva di combattere in modo efficace malattie come l'HIV/AIDS, la tubercolosi o la malaria e per garantire l'approvvigionamento dei principali medicinali dei paesi poveri.

Nel quadro degli accordi TRIPS⁹⁷ i paesi membri dell'OMC (Organizzazione Mondiale del Commercio) detengono la possibilità di accordare licenze obbligatorie per la produzione dei cosiddetti medicinali *branded*. Spesso, però, tale produzione è destinata esclusivamente al mercato interno e non all'esportazione.

La questione relativa all'importazione parallela dei farmaci, ovvero alla possibilità in capo ai paesi produttori di farmaci *not-branded* anti HIV di esportarli verso quei paesi che non sono in grado di produrli (senza ricorrere in ritorsioni commerciali da parte dei paesi occidentali) restava, infine, irrisolta.

⁹⁶ Secretary-General proposes Global Fund for fight against HIV/AIDS and other infectious disease at African Leaders Summit, April 26, 2001

⁹⁷ L'accordo TRIPS stabilisce i requisiti che le leggi dei paesi aderenti devono rispettare per tutelare la proprietà intellettuale in ambiti che vanno dal copyright, delle indicazioni geografiche, dei brevetti e dei marchi di fabbrica registrati.

Oltre al libero esercizio della registrazione forzata e dell'importazione parallela, si chiedeva ai governi dell'Occidente di trasferire, in tempi quanto più brevi possibili, conoscenze ed assistenza tecnica ai paesi in via di sviluppo.

4.3 XIV Conferenza Internazionale di Barcellona

Durante la XIV Conferenza Internazionale sull'HIV/AIDS tenutasi a Barcellona nel 2002, venne presentato congiuntamente dall'UNAIDS, USAIDS ((Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale) e UNICEF, il rapporto "Children on the Brink" (Bambini sull'orlo del baratro) finalizzato a far luce sulla drammatica situazione dei bambini resi orfani dall'AIDS, soprattutto nella regione dell'Africa Subsahariana.

Secondo il rapporto nelle tre regioni oggetto di studio (Africa Subsahariana, America Latina e Caraibi) oltre 13,4 milioni di bambini hanno perso uno od entrambi i genitori a causa della malattia.

L'Africa presenta la più alta percentuale di bambini orfani. Nel 2001 oltre 34 milioni di bambini dell'Africa Subsahariana risultavano orfani, un terzo dei quali a causa dell'AIDS.

Nel rapporto sono state inoltre stilate 12 principali strategie per fornire l'aiuto adeguato ai bambini orfani e/o malati di HIV/AIDS⁹⁸:

- Rafforzare e sostenere la capacità delle famiglie di proteggere e prendersi cura dei propri figli
- Mobilitare e rafforzare risposte basate sulla comunità
- Rafforzare la capacità dei bambini e dei giovani per soddisfare i propri bisogni
- Garantire che i governi sviluppino politiche appropriate, compresi quadri giuridici e

⁹⁸ A Joint Report on Orphan Estimates and Program Strategies, 2002

programmatici, nonché i servizi essenziali per i bambini più vulnerabili

- Sensibilizzare le società per creare un ambiente che favorisca il sostegno ai bambini colpiti da HIV/AIDS
- Prestare particolare attenzione ai ruoli dei ragazzi, uomini e donne, ed affrontare la discriminazione di genere
- Garantire il pieno coinvolgimento dei giovani
- Rafforzare il sistema scolastico e garantire l'accesso all'istruzione
- Ridurre lo stigma del malato e la discriminazione
- Accelerare lo scambio di conoscenze e informazioni
- Rafforzare le partnership a tutti i livelli e costruire alleanze tra i principali stakeholder
- Assicurare che il sostegno esterno non mini l'iniziativa e la motivazione della comunità

Conclusioni

Con la presente tesi si è voluto trattare il tema legato alla pandemia, quella di HIV/AIDS, che, seppur di carattere mondiale, risulta colpire diversamente i popoli a seconda del contesto geografico, politico, economico e sociale.

Fin dalla sua diffusione l'AIDS risulta essere discriminante per specifiche categorie sociali: dalla comunità gay, agli immigrati, agli eroinomani, fino ad arrivare a stigmatizzare un intero continente, quello africano, quello che, non a caso, presenta i redditi pro-capite più bassi del mondo.

Infatti, se uomini politici, personalità internazionali, scienziati, accademici vantavano nel ricco Occidente di essere finalmente giunti ad una cura per una malattia che da sempre miete milioni di persone, in Africa tali cure venivano negate.

Mentre la comunità internazionale da una parte inneggiava ad una cura universale, dall'altra contribuiva a diffondere nell'opinione pubblica l'idea secondo la quale gli africani non potevano essere curati per motivi economici e culturali e che fosse opportuno, se non addirittura necessario, agire soltanto in termini di mera prevenzione.

Una prevenzione che, a fronte di un disagio di tali dimensioni, si dimostrava inefficace.

Quello che dominava, per supponenza o mera convenienza, era un sentimento di *afropessimismo*: curare i malati di AIDS in Africa è sostanzialmente una perdita di tempo e di denaro.

Ed era forse questa giustificazione che alleggeriva il peso delle coscienze dei vertici internazionali e delle ricche case farmaceutiche che per un lungo periodo, forse troppo lungo, hanno gelosamente custodito il monopolio della terapia antiretrovirale, l'unica a rappresentare un baluardo di fronte all'epidemia, innalzando in maniera esorbitante i prezzi dei farmaci rendendoli conseguentemente inaccessibili ai paesi in via di sviluppo.

Se si continua a perseguire l'ottica di un doppio standard nel garantire le cure necessarie alla persona umana, si continuerà a perpetrare una sistematica violazione dei diritti umani.

Il diritto alla salute, menzionato per la prima volta nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, costituisce, infatti, parte integrante dei diritti fondamentali internazionalmente riconosciuti.

Il Preambolo afferma che “il godimento delle migliori condizioni di salute fisica e mentale è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, opinione politica, condizione economica o sociale”.

La comunità internazionale dovrebbe comprendere che l'universalizzazione della cura rappresenta un beneficio non solo direttamente al contesto africano, ma anche con effetti generali nei confronti di un mondo sempre più interconnesso e globalizzato.

Bibliografia

- Abu-Raddad, *et.al.*, “*HIV Viral Load Working Group. Have the explosive HIV epidemics in sub-Saharan Africa been driven by higher community viral load?*”, AIDS, March 27, 2013
- Altman, Lawrence K, “*New homosexual disorder worries health officials*”, Time, 1982
- Behrman, G., “*The Invisible People*”, New York, 2004
- Calandri E., “*La geopolitica dei vaccini*” in “*Le conseguenze della pandemia da Covid-19*” a cura di Pariotti E., Varsori A., Dipartimento SPGI, Padova University Press, Padova, 2022
- Cuadros, *et. al.*, International Journal of Health Geographics, 2013.
- Dworkin L., *et.al.*, “*Going Beyond “ABC” to Include “GEM”: Critical Reflections on Progress in the HIV/AIDS Epidemic*”, January, 2007
- Freedblerg K.A. *et. al.*, “*The Cost-Effectiveness of Combination Anti-retroviral Therapy for HIV Disease*”, New England Journal of Medicine, March 15, 2001
- Goliber, T., “*The Status of the HIV/AIDS Epidemic in Sub-Saharan Africa*”, Population Reference Bureau, July 2, 2002,
- Gottlieb M., “*Pneumocystis Pneumonia*” – Los Angeles, “*Morbidity and Mortality Weekly Report*”, June 5, 1981
- Grmek, M.D., “*History of AIDS Emergency and Origin of a modern Pandemic*”, Laterza, 1987
- Grmek, M.D., Milanesi C., “*Aids: Storia di una epidemia attuale*”. Laterza, 1989.
- Kher, U, “*A name for the Plague*”, Time, July 27, 1982
- Kiai, V. *et.al.*, “*The impact of HIV/AIDS on the land issue in Kenya*”, March, 2002
- Knight, L., UNAIDS: “*The first 10 years 1996-2006*”, UNAIDS, November 3, 2008
- Marseille E. *et.al.*, “*HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa*”, The Lancet, May 25, 2002
- Ministry of Health, “*Kenya HIV Prevention Revolution Road Map*”, UNAIDS, June, 2014
- Morozzo della Rocca, R, “*La strage silenziosa*”, Roma/Bari, Laterza, 2021
- Muller O. *et.al.*, “*Antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa*”, The Lancet, January 3, 1998, p.68
- Ndoye I., *et.al.*, *Perspectives*, in «*L’Initiative sénégalaise d’accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicale*», Paris, 2002
- Ph. Rivière, «*Sida, fin de l’indifférence*», Le Monde diplomatique, 2000

- Piot P, Quinn T.C, Taelman H, Feinsod FM, Minlangu KB, Wobin O, Mbendi N, Mazebo P, Ndangi K, Stevens W *et. al.*, “*Acquired immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in Zaire*”, Lancet, July 14, 1984
- Piot, P., “*No Time to Lose*”, W.W. Norton & Co Inc, July 3, 2012
- Pitchenik, A.E., “*Opportunistic Infections and Kaposi's Sarcoma among Haitians: Evidence of a New Acquired Immunodeficiency State*”, Annals of Internal Medicine, March , 1983, pp., 277-284
- Rosso, N. A. “*Sulla prevenzione dell’infezione da HIV/AIDS: quanto contano A, B e C?*”.
- Simonelli M., “*Oltre l’ABC per una corretta educazione alla salute sessuale e riproduttiva in Africa*”, Diritti umani e diritto allo sviluppo: La promozione dei diritti dei minori da una prospettiva di genere, 2012
- UNAIDS, “*Global UNAIDS Update 2022*”, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2022, --, “*Report on the global HIV/AIDS epidemic*”, Geneva, June, 2000--, “*Global UNAIDS Update 2000*”, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2000 --, UNAIDS/WHO 2007 *AIDS epidemic update*, November 2007.
- UNFPA-UNAIDS, “*Report of the Planning Meeting on Strategic Options for HIV/AIDS Advocacy in Africa*”, 2001
- Whiteside A., “*Vancouver AIDS conference: special report. A verdict on the conference: sadly, not one world or one hope*”, AIDS Anal Afr., 1996
- WHO, “*TOWARDS UNIVERSAL ACCESS Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*”, WHO, 2010
- Wilkinson, J., & Marshali, J., “*Poverty reduction strategy papers (PRSPs)—fulfilling their potential for children in poverty?*”. Journal of International Development: The Journal of the Development Studies Association, 2002

Sitografia

- DREAM, Sant'Egidio <https://www.dream-health.org/>
- Istituto superiore della sanità (ISS) <https://www.iss.it/>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) <https://www.unaids.org/en>
- Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) <https://unric.org/it/>
- Redazione Adnkronos, 2016 <https://www.adnkronos.com/redazione>
- World Health Organization (WHO) <https://www.who.int/>

Ringraziamenti

Ringrazio la Professoressa Calandri per avermi seguita nel mio progetto di tesi.

Ringrazio i miei genitori per avermi dato la possibilità di conseguire i miei studi e per la pazienza avuta fin dagli inizi della mia carriera scolastica.

Ringrazio mia sorella Margherita, il cui legame inscindibile mi permette di avere un punto fermo nella vita.

Ringrazio mia nonna Luciana, per avermi sempre fatto trovare un piatto caldo dopo lezione.

Ringrazio le mie zie: Stefania, per avermi sempre trasmesso entusiasmo ed allegria; il nostro viaggio in Kenya sarà un'esperienza per la vita; Elena, per aver organizzato tutte le mie feste con cura, amore e...buon gusto; Sandra, per aver addolcito la mia vita con le sue prelibatezze e non solo.

Ringrazio mio zio Giorgio, che con i suoi racconti mi ha trasmesso la sua passione per i viaggi.

Ringrazio Nicole, per aver sempre saputo starmi accanto e dimostrarmi, completamente, il suo affetto.

Ringrazio Giulia, per la sua spensieratezza e semplicità che sono per me d'ispirazione.

Ringrazio Valentina, per avermi supportata in questi anni di studio e avermi incoraggiata nei momenti di difficoltà.

Ringrazio le migliori studentesse di Servizio Sociale, Elena, Veronica ed Elisa, per il percorso condiviso insieme tra Ca' Borin e Galilei.

Ringrazio i cugini Mavoschini, per essere una presenza di gioia e festosità nella mia vita e in quella della mia famiglia.